



estudos de psicologia

Volume 28
Número 2
Abril/Junho 2011

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. Segre - Universidad Iberoamericana Ciudad de México - Mexico
André Sirota - Université de Paris X - Nanterre - France
Bernardo Jiménez-Domínguez - Universidad de Guadalajara - Mexico
Charles Spielberger - University of South Florida - USA
Denise Defey - Universidad de la República - Uruguay
George Everly - Johns Hopkins University - USA
Ignacio Dobles - Oropeza - Facultad de Ciencias Sociales - Costa Rica
Jacqueline Barus-Michel - Université de Paris 7 - Denis Diderot - France
José J. B. V. Raposo - Universidade de Trás-os Montes e Alto Douro - Portugal
Leandro Almeida - Universidade do Minho - Portugal
Maria Pérez Solís - Universidad Complutense de Madrid - España
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: sbi.neassinaturas@puc-campinas.edu.br

Anual: Pessoas físicas: R\$90,00 Institucional: R\$250,00

Aceita-se permuta

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

Annual: Individual rate: R\$90,00 Institutional rate: R\$250,00

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: sbi.nerevistas@puc-campinas.edu.br

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

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

INDEXAÇÃO / INDEXING

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

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

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

Copyright Estudos de Psicologia

FICHA CATALOGRÁFICA

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

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

v.28 n.2 abr./jun. 2011

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

- 135 **Stress e trabalho docente na área de saúde**
Stress and university teaching in the health sector
| Maria das Graças Marrocos de Oliveira | Cármen Lúcia Cardoso
- 143 **Cognição e hipertensão: influência da escolaridade**
Cognition and hypertension: the influence of schooling
| Eliane Ferreira Carvalho Banhato | Danielle Viveiros Guedes
- 153 **Aplicações do método fenomenológico à pesquisa em psicologia: tradições e tendências**
Applying the phenomenological method to psychology research: traditions and trends
| Thiago Gomes DeCastro | William Barbosa Gomes
- 163 **Saúde mental e diferentes horários de trabalho para operadores de petróleo**
Mental health and different work shifts for oil industry workers
| Silvânia da Cruz Barbosa | Livia de Oliveira Borges
- 175 **A experiência da maternidade em uma família homoafetiva feminina**
The experience of motherhood in a female same-sex parenting family
| Ana Laura Moraes Martinez | Valéria Barbieri
- 187 **Qualidade de vida e transplante de células-tronco hematopoéticas alogênicas: um estudo longitudinal**
Quality of life following allogeneic, hematopoietic stem cell transplantation: a longitudinal study
| Aline Bicalho Matias | Érika Arantes de Oliveira-Cardoso | Ana Paula Mastropietro | Júlio César Voltarelli | Manoel Antônio dos Santos
- 199 **Identificação dos níveis de stress em equipe de atendimento pré-hospitalar móvel**
Identification of the levels of stress in a pre-hospital mobile care team
| Sandra Soares Mendes | Luciane Ruiz Carmona Ferreira | Milva Maria Figueiredo De Martino
- 209 **Clima organizacional e atividades de prevenção ao uso de risco de álcool**
Organizational climate and alcohol risk prevention
| Erica Cruvinel | Telmo Mota Ronzani
- 219 **Violência contra a mulher: levantamento dos casos atendidos no setor de psicologia de uma delegacia para a mulher**
Violence against women: survey of the cases seen in the psychology service at a women's police station
| Lila Maria Gadoni-Costa | Ana Paula Noronha Zucatti | Débora Dalbosco Dell'aglio

- 229 **Programa de reabilitação neuropsicológica da memória aplicada à demência: um estudo não controlado intrassujeitos**
Neuropsychological rehabilitation of memory applied to dementia: an intra-subject non-controlled study
| Sérgio Leme Da-Silva | Danilo Assis Pereira | Fabrício Veloso | Corina Elizabeth Satler | Adriana Arantes | Renato Maia Guimarães
- 241 **Plantão psicológico no Brasil (1997-2009): saberes e práticas compartilhadas**
Emergency psychological services in Brazil (1997-2009): shared knowledge and practices
| Bianca Nascimento de Souza | Airle Miranda de Souza
- 251 **Desempenho no teste de atenção dividida como resultado da idade das pessoas**
Performance in the divided attention test as a function of people's age
| Fabián Javier Marín Rueda
- 261 **Validação de conteúdo de cenas do teste de conhecimento tático no tênis**
Scene content validation in a tactical knowledge test of tennis
| Layla Maria Campos Aburachid | Pablo Juan Greco
- 269 **Controle da ansiedade materna de bebê pré-termo via contato lúdico-gráfico**
Control of maternal anxiety in respect of pre-term babies using drawing game intervention
| Rosely Aparecida Prandi Perrone | Vera Barros de Oliveira

Resenha BOOK REVIEW

- 279 **A morte inventada: depoimentos e análise sobre a alienação parental e sua síndrome**
Fading away: testimonials and analysis concerning parental alienation syndrome
| Ana Ludmila Freire Costa
- 283 **Instruções aos Autores**
Instructions to Authors

Stress e trabalho docente na área de saúde¹

Stress and university teaching in the health sector

Maria das Graças Marrocos de OLIVEIRA²

Cármem Lúcia CARDOSO³

Resumo

Este estudo teve como objetivo investigar as manifestações clínicas de *stress* e os fatores estressantes no trabalho de docentes em saúde de uma universidade pública do norte do Brasil. Foram aplicados os instrumentos: Inventário de Sintomas de *Stress* para Adultos de Lipp e Questionário sobre percepção do próprio *stress*. Verificou-se que 24,2% dos participantes apresentaram manifestações clínicas de *stress*, dentre os quais 95,4% encontravam-se na fase de resistência. Em relação à sintomatologia do *stress*, verificou-se que 63,6% apresentavam sintomas físicos, e 36,4%, sintomas psicológicos. Quanto à percepção do próprio *stress*, do *stress* no trabalho e nas condições de trabalho, os docentes avaliaram-se como muito estressados. Os resultados referentes às manifestações clínicas de *stress* estiveram associados aos docentes com filhos ($p=0,005$) e que se percebem como muito estressados ($p<0,05$). Assim, destaca-se a necessidade de atenção e cuidado a essa parcela de docentes, que pareceram enfrentar dificuldades no ambiente de trabalho.

Unitermos: Professores. Recursos humanos em saúde. *Stress*.

Abstract

The purpose of this study was to investigate the clinical manifestations of stress and stress factors in health department lecturers at a public university in Northern Brazil. The following instruments were used: Lipp's Stress Symptoms Inventory for Adults and a Questionnaire on the self-perception of stress. It was found that 24.2% of participants had clinical signs of stress and that 95.4% were in the resistance stage. As regards the symptoms of stress, it was found that 63.6% had physical symptoms while 36.4% presented psychological symptoms. As for the self-perception of stress, stress at work and working conditions, the teaching staff evaluated themselves as highly stressed. The results related to clinical manifestations of stress were associated with teaching staff with children ($p=0.005$), who perceive themselves as highly stressed ($p<0.05$). Thus, there is a need for care and attention for this population of university lecturers who appear to be facing some difficulties in the workplace.

Uniterms: *Stress. Health manpower. Teachers.*

Lipp (2000, p.12) afirma que "O *stress* é um estado de tensão que causa uma ruptura no equilíbrio interno do organismo... . Em geral, o corpo todo funciona em

sintonia, como uma orquestra... . Mas quando o *stress* ocorre, esse equilíbrio, chamado *homeostase* pelos especialistas, é quebrado e não há mais entrosamento

▼▼▼▼▼

¹ Artigo elaborado a partir da tese de M.G.M. OLIVEIRA, intitulada "Stress, síndrome de *burnout* e qualidade de vida em docentes da área de saúde". Universidade de São Paulo, 2009.

² Universidade Federal do Amazonas, Faculdade de Ciências da Saúde. Av. Darcy Vargas, 755, Chapada, 69050-020, Manaus, AM, Brasil. Correspondência para/Correspondence to: M.G.M. OLIVEIRA. E-mail: <gmarrocos@ufam.edu.br>.

³ Universidade de São Paulo, Faculdade de Filosofia, Ciência e Letras de Ribeirão Preto, Departamento de Psicologia e Educação. Ribeirão Preto, SP, Brasil.

entre os vários órgãos do corpo". Lipp e Malagris (2001) apontam que altos níveis de *stress* podem influenciar negativamente o bem-estar físico e emocional das pessoas. Tais influências podem gerar problemas de ajustamento social, familiar/afetivo, de saúde e profissional.

No que se refere a aspectos sociais, o *stress* excessivo, de acordo com Santos e Rocha (2003), pode levar o indivíduo a uma tendência de afastamento do contato humano, além de conflitos interpessoais. Quanto às consequências na área profissional, o *stress* excessivo pode provocar absenteísmo, atrasos, desempenho insatisfatório, queda da produtividade, problemas de relacionamento. Segundo Tanganelli (2001), quanto às consequências familiares verifica-se que as reações do *stress* excessivo podem contribuir para o mau desempenho da saúde física e mental de todos os membros da família. Nesse sentido, professores universitários têm assumido uma multiplicidade de atividades com alto grau de exigência e responsabilidade, estando vulneráveis à tensão psicológica e ao *stress* excessivo, o que pode afetar a qualidade do trabalho e a saúde desses profissionais. Assim, o controle do *stress* é fundamental para uma vida saudável e produtiva.

No Brasil, estudos sistemáticos acerca do *stress* foram desenvolvidos em várias profissões e em diferentes contextos. Em relação à profissão docente, os estudos conduzidos por Reinhold (2004) e Martins (2007) avaliaram as manifestações sintomáticas de *stress*, através do Inventário de Sintomas de *Stress* para Adultos (ISSL) de Lipp, em professores do ensino fundamental nos Estados de São Paulo e na Paraíba respectivamente, encontrando resultados semelhantes, ou seja, mais da metade dos participantes apresentaram manifestações de *stress*.

Com relação ao ensino universitário, Christophoro e Wadman (2002) desenvolveram um estudo que teve por objetivo verificar a presença de *stress* ocupacional e sua relação com as condições de trabalho. Trata-se de um estudo exploratório descritivo, de natureza qualitativa, com 30 enfermeiros, docentes universitários. Os dados indicaram que a maioria dos docentes relatou ter *stress* e atribuíram-no a várias razões: condições de trabalho, questões financeiras, pressões do trabalho, competitividade e conflito no relacionamento interpessoal.

Jepson e Forrest (2006) propuseram-se, através de pesquisa quantitativa no Reino Unido, identificar fatores individuais que contribuíssem para o desenvolvimento do *stress* em uma amostra de 95 professores universitários, buscando compreender por que, sob as mesmas circunstâncias ambientais, alguns apresentavam níveis maiores de *stress* do que outros. O estudo examinou a influência do comportamento tipo A, dificuldades pessoais de realização, compromisso ocupacional e o *stress* percebido dentro da profissão docente. A análise de regressão múltipla indicou correlação positiva entre o comportamento tipo A, as dificuldades pessoais de realização e o *stress* percebido, e ainda, correlação negativa entre o compromisso profissional e o *stress*. Tal estudo aponta que fatores pessoais e de personalidade influenciam as manifestações de *stress*.

Especificamente no contexto dos profissionais de saúde, vários estudos foram realizados, como os de Costa, Lima e Almeida (2003), que avaliaram o *stress* associado ao trabalho do enfermeiro com portadores de transtorno mental, inserido no contexto de hospital psiquiátrico. Trata-se de pesquisa quantitativa através do ISSL, realizada em sete hospitais psiquiátricos da cidade de Fortaleza, Ceará, com amostra composta por 42 participantes, a maioria do sexo feminino (92,9%). Os resultados mostram que 38,0% da amostra apresentaram *stress* e destes, 30,9% encontravam-se na fase de resistência. O estudo evidenciou a ocorrência do *stress* em um terço dos profissionais enfermeiros.

Em outro estudo, Fraga (2004) investigou manifestações de *stress* em 32 médicos lotados em 3 unidades da Secretaria Municipal de Saúde de Goiânia (GO), buscando verificar a presença de indicadores de *stress* e possíveis relações entre o *stress* e o trabalho, utilizando o ISSL. Os resultados obtidos mostraram que 23 médicos (72,0%) apresentaram *stress*, sendo que 18 participantes (78,0%) encontravam-se na fase de resistência e 5 (22,0%) na fase de quase exaustão. Em relação à sintomatologia, houve predomínio de sintomas psicológicos em 43,0% dos médicos; sintomas físicos em 35,0% e em 22,0% concomitantemente sintomas físicos e psicológicos.

Malagris e Fiorito (2006) avaliaram o nível de *stress* utilizando o ISSL em técnicos da área de saúde da Policlínica Naval Nossa Senhora da Glória, localizada no Rio

de Janeiro. Participaram 34 técnicos de diversos setores, 28 do sexo feminino (83,0%) e 6 do masculino (17,0%). Os resultados apontaram 82,3% dos participantes com manifestações de *stress*, sendo que 76,9% encontram-se na fase de resistência e 23,0% na fase de quase exaustão, com predominância de sintomas psicológicos (69,2%).

O estudo realizado por Ferrareze, Ferreira e Carvalho (2006), na Unidade de Cuidados Intensivos da Unidade de Emergência do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (UE-HCFMRP-USP), buscou avaliar as manifestações de *stress* em um grupo de 12 enfermeiros pelo ISSL. Verificou-se que 8 enfermeiros (66,7%) da amostra apresentavam *stress*, enquanto os demais sujeitos encontravam-se sem *stress*.

A pesquisa desenvolvida por Santos e Cardoso (2010) buscou avaliar as manifestações de *stress*, *burnout*, autopercepção quanto ao *stress* e ao trabalho em 25 profissionais de serviços substitutivos em saúde mental. Foram utilizados os seguintes instrumentos: ISSL, Maslach Burnout Inventory e um Roteiro Complementar. Os resultados apontaram que 36% dos participantes apresentaram manifestação de *stress*, 44,0% avaliaram-se como muito estressados e 60% apresentaram alto esgotamento emocional. O trabalho foi avaliado como muito estressante para 60,0% dos participantes. Concluiu-se que número considerável de profissionais de saúde mental apresentou indicadores de *stress*, com consequente dificuldade em relação ao trabalho em saúde mental. As autoras sugerem que sejam desenvolvidas intervenções que ofereçam suporte ao trabalhador, visando à proteção da saúde deles e dos usuários atendidos pelo serviço de saúde mental.

Tendo em vista os custos emocionais do *stress* e seu impacto no desempenho e qualidade do trabalho efetuado por docentes, como na própria saúde do trabalhador, faz-se necessária uma investigação junto a essa população, considerando que ela enfrenta desafios atrelados às atividades de ensino e assistência à saúde da população.

Nesse contexto, o presente estudo objetivou investigar as manifestações de *stress*, bem como a percepção do próprio *stress* e de fatores estressantes no trabalho em docentes do ensino superior que atuam nos cursos da área da saúde de uma instituição pública de ensino superior da região norte do Brasil.

Método

Este estudo apresenta-se como uma pesquisa quantitativa, transversal, de escolha intencional da população estudada. Foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Amazonas, de acordo com o Processo nº 0209.0.115.222-07.

A instituição de ensino superior estudada possui 4 cursos de graduação na área de saúde: odontologia, farmácia, medicina e enfermagem. O trabalho foi realizado com 91 docentes, o que corresponde a 61,1% da totalidade do universo pesquisado.

Os critérios de inclusão foram: docente do ciclo profissionalizante, efetivo e do quadro permanente (concursado), uma vez que tal profissional atua tanto na docência quanto na prestação de serviços à comunidade, desenvolvendo atividades clínicas e hospitalares da rede do Sistema Único de Saúde (SUS). Assim, foram excluídos do estudo docentes que possuem contrato temporário e docentes do ciclo básico, por não viverem as atividades práticas de saúde.

Foram utilizados para este estudo os seguintes instrumentos:

a) Inventário de Sintomas de *Stress* para Adultos de Lipp: esse Inventário foi construído e validado por Lipp (2000). Visa, de forma objetiva, avaliar os sintomas de *stress*, o tipo de sintomas e a fase de *stress* em que o indivíduo se encontra. É composto por 53 itens, divididos em 3 partes, que avaliam os sintomas que o profissional apresenta nas últimas 24 horas (Fase I), na última semana (Fase II) e no último mês (Fase III);

b) Questionário de perfil sociodemográfico e ocupacional: o instrumento, na primeira parte, contém 18 questões, sendo 11 questões abertas e 7 fechadas, subdivididas em dados sociodemográficos e dados profissionais. A segunda parte avalia a percepção do próprio *stress* e fatores estressantes - tal instrumento foi elaborado por Santos e Cardoso (2010), com questões que avaliam de forma subjetiva a percepção do próprio *stress* e fatores estressantes do trabalho. Os participantes foram convidados a responder em uma escala de tipo Likert, de 3 pontos, de intensidade variando de "nada estressante" até "muito estressante".

Os professores foram convidados a participar, através de contatos telefônicos ou pessoais, com

agendamento. Os instrumentos eram autoaplicáveis, mas a coleta foi acompanhada pela autora, para eventual esclarecimento de dúvida, sendo realizada individualmente. O tempo médio de aplicação dos questionários foi de 15 minutos.

Para a definição do tratamento estatístico, foi aplicado aos dados obtidos, inicialmente, o Teste Kolmogorov-Smirnov para verificação da normalidade. Devido à não normalidade dos dados, foi efetuado o tratamento estatístico inferencial, através de estatística não-paramétrica, com utilização do Teste do Qui-Quadrado ou do Teste Exato de Fisher. Através do Coeficiente de Correlação não-paramétrico de Spearman, foi efetuada análise correlacional, objetivando relacionar as variáveis das diferentes técnicas, adotando-se valores de 5% ($p \leq 0,05$).

Resultados

A apresentação dos dados teve como foco os resultados dos indicadores de manifestações de *stress*, a percepção do próprio *stress* e fatores estressantes do trabalho.

Do total de 149 docentes da área da saúde, 61,1% participaram da pesquisa. A amostra foi composta de 91 docentes, com participação de um número maior de profissionais da categoria médica ($n=35$), apesar de representarem 41,2% do total de docentes do curso. Participaram 90,5% dos docentes dos cursos de Odontologia e Farmácia e 81,8% dos docentes do curso de Enfermagem. A maioria dos participantes era do sexo feminino (63,7%), com idade de 46 anos ou mais (57,1%), seguido pela faixa etária de 36-45 anos (35,2%); com pós-graduação concluída (74,7%). Quanto ao estado civil, a maioria tinha companheiro (70,3%) e filhos (79,1%). Houve nesse estudo predomínio de docentes com 16 a 30 anos de graduados (46,1%) e, em relação ao tempo de serviço na Universidade, 45,0% possuíam entre 1 e 15 anos de tempo de trabalho na docência de saúde.

Do total de participantes ($n=91$), 24,2% apresentaram *stress*, segundo os critérios normativos do instrumento. Dos 22 docentes com *stress*, 95,4% encontravam-se na fase de resistência e 4,5% na fase de quase exaustão. Em relação à sintomatologia do *stress*, verificou-se que 63,6% dos professores apresentam predo-

minância de sintomas físicos, e 36,4%, de sintomas psicológicos.

Observou-se que 41,7% dos profissionais se percebiam muito estressados, sendo que para 47,2% dos profissionais o trabalho foi avaliado como fator muito estressante. Trabalhar em equipe e trabalhar diretamente com pessoas foi avaliado pelos docentes como pouco estressante (49,4% e 42,9%, respectivamente). O contato com os alunos e com os colegas de trabalho foi considerado pelos docentes como pouco estressante (67,0% e 58,2%, respectivamente). Pode-se supor que fatores ligados ao ambiente e às condições laborais de sala de aula, como salário, infraestrutura e recursos materiais estão atrelados à maior percepção de *stress* nos docentes.

Em relação à presença de indicadores de *stress*, de acordo com o ISSL, os docentes com filhos apresentaram percentagens significativamente maiores (30,6%) quando comparados aos docentes sem filhos (0,0%), ($p=0,005$). Vale ressaltar que 69,4% dos docentes que tinham filhos não apresentaram manifestações clínicas de *stress*.

Verificou-se correlação positiva entre as manifestações clínicas de *stress* e a percepção do próprio *stress* ($p < 0,05$), o que sugere que as manifestações de *stress* avaliadas por dois instrumentos diferentes estão correlacionadas entre si. Foi encontrada correlação positiva entre as manifestações clínicas de *stress* e a percepção do *stress* no trabalho ($p \leq 0,01$) e em relação ao ambiente e às condições de trabalho ($p \leq 0,01$). Pode-se supor que o *stress* vivenciado pelos docentes esteja correlacionado a estressores no ambiente de trabalho.

Discussão

Analisando-se os resultados relativos aos indicadores de *stress* através do ISSL, verificou-se que 75,8% dos participantes não apresentaram manifestações clínicas de *stress*. Os resultados encontrados em docentes universitários foram semelhantes aos achados por Costa et al. (2003) com enfermeiros (62,0%) e por Moniz e Araújo (2006) com voluntários de saúde (79,5%).

Segundo Barreto (2007), os docentes entrelaçam os movimentos de tensão com estratégias adaptativas que, em vez de levá-los ao desânimo e ao *stress*, têm propiciado na sala de aula o prazer de ensinar. Essa

capacidade de serem resilientes, afirma o autor, é importante para os docentes universitários, que respondem aos riscos e aos desafios da sociedade aprendendo a viver na incerteza, podendo ser estimulados a refletir sobre a ação e sobre os erros, privilegiando a criatividade, compartilhando saberes, propondo estratégias de tomada de decisão e planejando formas de intervenção dentro de cada realidade.

Costa (2008) aponta que é preciso usar as situações difíceis da vida para ampliar a capacidade de resolução de problemas e para melhor adaptação às diversas situações enfrentadas. A capacidade de resistir às adversidades e crescer a partir do cuidado ao outro, possibilita aos docentes da área de saúde um melhor enfrentamento dos desafios do dia a dia.

Vale ressaltar que aproximadamente um quarto dos professores (24,2%) apresentou manifestações clínicas de *stress*, de acordo com os dados normativos propostos por Lipp (2000), revelando um número considerável de docentes com *stress*. Pode-se supor que tais resultados estejam atrelados às estratégias de enfrentamento utilizadas pelos professores para lidarem com as demandas e pressões do trabalho docente. Parece que tais estratégias não estão sendo suficientes para que os docentes se defendam do *stress*. Outra variável relevante na determinação do *stress* é o nível de satisfação com o próprio trabalho e nesse sentido pode-se hipotetizar que os docentes com manifestações de *stress* estejam pouco satisfeitos com o próprio trabalho. Ressalta-se, ainda, a importância dos tipos de personalidade na ocorrência do *stress*. O estudo conduzido por Jepson e Forrest (2006) aponta que pessoas com personalidade tipo A são mais suscetíveis ao *stress*. Destaca-se a necessidade de novos estudos visando verificar fatores individuais que contribuem para o desenvolvimento do *stress* e ainda para avaliar os recursos desenvolvidos pelos profissionais para lidarem com as exigências do trabalho docente na área da saúde.

Dentre os profissionais da presente pesquisa, com manifestações sintomáticas de *stress*, a maioria (95,4%) encontrava-se na fase de resistência. Essa é a fase intermediária no processo de *stress* e caracteriza-se pelo cansaço físico e mental, dificuldade com a memória e maior vulnerabilidade a doenças. Lipp e Malagris (2001) enfatizam que na fase de resistência o organismo busca o reequilíbrio através do uso de grande quantidade de

energia, podendo resultar em sensação de desgaste generalizado, aparentemente sem causa. Ressalta-se ainda que, quanto maior o esforço praticado para adaptação e restabelecimento da harmonia interior, maior é o desgaste sofrido. Porém, quando o organismo consegue se adaptar completamente, o processo de *stress* é interrompido e os sintomas desaparecem, não deixando sequelas. Destaca-se que o planejamento e a execução de uma intervenção voltada ao controle do *stress* poderiam ser muito benéficos aos docentes com manifestações de *stress*.

As pesquisas desenvolvidas por Malagris e Fiorito (2006) com técnicos de saúde e por Fraga (2004), com médicos, encontraram resultados semelhantes, ou seja, predominância de sintomas na fase de resistência. Os autores apontam o impacto negativo sobre a qualidade de vida dos profissionais, o que pode afetar diretamente sua atuação no campo da docência e da assistência.

Os sintomas de *stress* apresentados pelos docentes, na presente pesquisa, são predominantemente de natureza física (63,6%), concordando com os estudos de Carvalho e Malagris (2007). Tais profissionais apresentam sintomatologia como taquicardia, tensão muscular, dificuldade no sono, problema de memória e desgaste físico constante. Ressalta-se que a presença desses sintomas pode intervir negativamente na disposição do indivíduo, inclusive na qualidade do trabalho, dificultando a realização das atividades cotidianas, independentemente de sua capacidade cognitiva.

Foi encontrada associação estatisticamente significativa entre ter filhos e apresentar manifestações sintomáticas de *stress*. Destaca-se que, conforme apontado anteriormente, a maioria dos docentes da amostra é do sexo feminino. Rocha-Coutinho (2005) afirma que uma das questões mais complexas e difíceis, em relação ao trabalho da mulher, é a maternidade. Guimarães (2009) aponta uma grande satisfação com a maternidade em professoras universitárias, assim como dificuldade em conciliar a vida profissional e familiar, o que pode gerar *stress*.

Em relação à percepção do próprio *stress*, 41,7% dos docentes avaliaram-se como muito estressados. Vale ressaltar que alguns dos docentes que se percebem estressados não apresentaram sintomatologia de *stress* através da aplicação do ISSL, que é uma medida objetiva do *stress*, na medida em que avalia se o respondente

possui os sintomas. Por outro lado, a percepção do próprio *stress* refere-se a uma avaliação subjetiva, que se faz importante, uma vez que o enfrentamento de situações potencialmente estressantes depende da percepção e análise do indivíduo quanto à sobrecarga causada por um estressor. Ressalta-se ainda a amplitude de significados que a palavra *stress* comporta, ou seja, opressão, desconforto, sobrecarga e adversidade, o que também pode ter contribuído para as diferenças encontradas entre as duas avaliações do *stress*.

O próprio trabalho foi avaliado por 47,2% dos docentes como muito estressante, e a maioria dos profissionais avaliou o ambiente e as condições de trabalho como muito estressantes. Assim, itens como salário, ausência de recursos materiais, pressão no trabalho, desorganização no serviço, pouco conforto e instalações físicas inadequadas foram avaliados como geradores de *stress*.

A maioria dos docentes avaliou o contato com os alunos (67,0%) e com os colegas de trabalho (58,2%) como pouco estressante. Vale ressaltar que a literatura aponta que uma das mais importantes formas de lidar com o *stress* no trabalho é a prática da conversa com os colegas e o apoio deles recebido em contatos informais (Reid et al., 1999; Robinson, Clements & Land 2003). Pode-se supor que os docentes participantes do estudo conseguiram manter boas relações com os alunos e os colegas de trabalho.

Foi encontrada correlação positiva entre as manifestações clínicas de *stress* e a percepção do próprio *stress* avaliado como muito estressante ($p < 0,05$), sugerindo que as manifestações de *stress* estão correlacionadas com a percepção do mesmo. Encontrou-se, ainda, uma correlação positiva entre as manifestações clínicas de *stress* (ISSL) e a percepção do *stress* no trabalho ($p < 0,01$), e em relação ao ambiente e às condições laborais ($p < 0,01$). Tal resultado revela a importância do trabalho e das suas condições como fatores potencialmente estressantes e aponta a necessidade de intervenções nas estruturas organizacionais, visando promover a saúde do trabalhador. Nesse sentido faz-se necessário repensar os fatores atrelados às condições do trabalho docente, como as dificuldades decorrentes da falta de material para execução das atividades, a pressão no trabalho, a baixa remuneração, o aumento cada vez maior de alunos nas turmas, e a multiplicação

de cursos de graduação sem a contratação de novos docentes, entre outros.

Esses fatores também foram encontrados no estudo realizado por Reinhold (2004) com professores, acerca das fontes e dos sintomas de *stress* ocupacional. Tal estudo aponta a precariedade das condições de trabalho, sendo esta a principal causa de *stress* nesses profissionais.

Considerações Finais

Concluiu-se, de maneira geral, que a maioria dos profissionais não apresentou sintomatologia de *stress*, o que revela que esses profissionais estavam conseguindo lidar com as exigências impostas pela profissão docente da área da saúde, o que implica o compromisso com atividades tanto de ensino quanto de assistência.

Por outro lado, aproximadamente um quarto dos docentes apresentou manifestações clínicas de *stress*. Assim, destaca-se a necessidade de atenção e cuidado a esta parcela de docentes, que, pelos dados analisados anteriormente, supõe-se estarem enfrentando diversas dificuldades, como, por exemplo, nos relacionamentos pessoais, no trabalho em equipe, com as condições do trabalho, entre outros. Nesse contexto, fazem-se necessários investimentos visando à construção de programas que favoreçam o enfrentamento das dificuldades, bem como o desenvolvimento de habilidades necessárias à execução das tarefas próprias da profissão. O estudo concluiu que as atividades desenvolvidas pelos docentes em seu ambiente de trabalho contribuíam para a presença de *stress*.

Algumas limitações do estudo precisam ser consideradas, como a reduzida aceitação para participação na pesquisa por parte dos docentes/médicos, o que fez que o tamanho da amostra se restringisse, apesar da ampla participação dos docentes dos demais cursos estudados (farmácia, odontologia e enfermagem). Além disso, o questionário (percepção do próprio *stress* e de fatores estressantes no trabalho) que avaliou a percepção subjetiva de *stress* não tem estudo de validação; esse instrumento foi utilizado de forma auxiliar para que fosse possível avaliar a percepção do participante em relação ao próprio *stress* e a fatores estressantes, oferecendo uma leitura ampliada da questão.

Apesar de tais limitações, acredita-se que os resultados são relevantes e que novas investigações poderão comparar docentes da área de saúde que estão trabalhando na assistência, docentes de saúde com atuação em ensino e pesquisa, e docentes universitários de outras áreas. Seria interessante comparar os resultados obtidos neste estudo com os de outras instituições de ensino superior da mesma região (públicas e privadas), buscando mapear a sobrecarga enfrentada por docentes, visando, se necessário, implantar medidas de prevenção e controle do *stress*, e buscando uma melhoria da qualidade de vida dos docentes, de forma a influir positivamente no ambiente de sala de aula e das práticas ambulatoriais e hospitalares.

Referências

- Barreto, M. A. (2007). *Ofício, estresse e resiliência: desafios do professor universitário*. Tese de doutorado não-publicada, Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal.
- Carvalho, L., & Malagris, L. E. N. (2007). Avaliação do nível de stress em profissionais de saúde. *Estudos em Pesquisa e Psicologia*, 7 (3), 210-222.
- Christophoro, R., & Wadman, M. A. P. (2002). Estresse e condições de trabalho: um estudo com docentes do curso de enfermagem da UEM, Estado do Paraná. *Acta Scientiarum*, 24 (3), 757-763.
- Costa, A. C. G. (2008). *Educação: uma perspectiva para o século XXI*. São Paulo: Canção Nova.
- Costa, J. R. A., Lima, J. V., & Almeida, P. C. (2003). Stress no trabalho do enfermeiro. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 37 (3), 63-71.
- Ferrareze, M. V. G., Ferreira, V., & Carvalho, A. M. P. (2006). Percepção do estresse entre enfermeiros que atuam em terapia intensiva. *Acta Paulista de Enfermagem*, 19 (3), 310-15.
- Fraga, G. S. (2004). *Ambiente de trabalho, estresse e saúde em médicos da rede municipal de saúde de Goiânia*. Dissertação de mestrado não-publicada, Programa de Pós-Graduação em Ciências Ambientais e Saúde, Universidade Católica de Goiás, Goiânia.
- Guimarães, M. G. V. (2009). *Vida familiar e profissional: percepção das professoras de ensino superior da cidade de Manaus*. Tese de doutorado não-publicada, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade São Paulo, Ribeirão Preto.
- Jepson, E., & Forrest, S. (2006). Individual contributory factors in teacher stress: the role of achievement striving and occupational commitment. *British Journal of Educational Psychology*, 76 (1), 183-97.
- 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. E. N. (2001). O stress emocional e seu tratamento. In B. Rangé (Org.), *Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria* (pp.475-490). Porto Alegre: Artmed.
- Malagris, L. E. N., & Fiorito, A. C. C. (2006). Avaliação do nível de stress de técnicos da área de saúde. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 23 (4), 391-398. doi: 10.1590/S0103-166X200600040007.
- Martins, M. G. T. (2007). Sintomas de stress em professores brasileiros. *Revista Lusófona de Educação*, 10, 109-128.
- 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.
- Reid, Y., Johnson, N., Morant, N., Kuipers, E., Szmukler, G., Thornicroft, P., et al (1999). Explanations for stress and satisfaction in mental health professionals: a quality study. *Social Psychiatry Psychiatric Epidemiology*, 34 (6), 301-8.
- Reinhold, H. H. (2004). *O sentido da vida: prevenção do stress e burnout em professores*. Tese de doutorado não-publicada, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de Campinas.
- Robinson, J. R., Clements, K., & Land, C. (2003). Workplace stress among psychiatric nurses. Prevalence, distribution, correlates, predictors. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Service*, 41 (4), 32-41.
- Rocha-Coutinho, M. L. (2005) Variações sobre um antigo tema: a maternidade para mulheres com uma carreira profissional bem-sucedida. In T. Féres Carneiro (Org.), *Família e casal: efeitos da contemporaneidade* (pp.122-137). Rio de Janeiro: PUC-Rio.
- Santos, A. F. O., & Cardoso, C. L. (2010). Profissionais de saúde mental: manifestação de stress e burnout. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 27 (1), 67-74. doi: 10.1590/S0103-166X2010000100008.
- Santos, C. M. C., & Rocha, L. S. A. D. (2003). *O stress e o professor em uma escola de formação de professores na cidade do Rio de Janeiro*. Trabalho de conclusão de curso não-publicada, Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro.
- Tanganelli, M. S. (2001). Você me estressa, eu estresso você. In M. E. N. Lipp, (Org.), *O stress está dentro de você* (pp.155-168). São Paulo: Contexto.

Recebido em: 6/5/2010
Versão final reapresentada em: 15/9/2010
Aprovado em: 24/9/2010

Cognição e hipertensão: influência da escolaridade

Cognition and hypertension: the influence of schooling

Eliane Ferreira Carvalho **BANHATO**¹

Danielle Viveiros **GUEDES**²

Resumo

É comum no envelhecimento a presença de hipertensão arterial. Embora esta pareça exercer impacto negativo na cognição, resultados de estudos que as relacionam não são consensuais. Dentre as escalas cognitivas, a Escala Wechsler de Inteligência para Adultos-III e suas formas abreviadas constituem-se como padrão-ouro. Objetivou-se descrever e comparar a cognição de hipertensos e não hipertensos, discriminados pela escolaridade, utilizando a forma abreviada 8 e resultados obtidos com o Mini-exame do Estado Mental. Investigaram-se 118 idosos da comunidade de uma cidade mineira, sendo 63 hipertensos com idade média de 77,52 anos (DP=8,89), escolaridade média de 5,83 anos (DP=4,55) e predomínio feminino (71,2%). Entre aqueles com baixa escolaridade, apenas o Índice de Compreensão Verbal não obteve diferença significativa para hipertensos e não hipertensos. Entre os participantes de alta escolaridade não foram encontradas diferenças significantes na cognição. Identificaram-se associações fortes entre os resultados do Miniexame do Estado Mental e a forma abreviada com oito subtestes da Escala Wechsler de Inteligência para Adultos-III, nos grupos de hipertensos e não hipertensos. Estudos futuros devem aprofundar a relação entre esses instrumentos.

Unitermos: Cognição. Envelhecimento. Escolaridade. Hipertensão.

Abstract

The presence of hypertension in the aging process is very common. Although this seems to exert a negative impact on cognition, the results of studies that link them are not conclusive. Amongst the cognitive rating scales, Wechsler Adult Intelligence Scale - III and its abbreviated forms are considered to be the gold standard. This study aims to describe and compare the cognition of elderly people who are hypertensive and non-hypertensive by using short form SF8 and the results of the Mini Mental State Examination. A group of 118 elderly people, of whom 63 were hypertensive, was investigated in a community of a city in the state of Minas Gerais. The average age was 77.52 years (SD=8.89), the average number of years of schooling was 5.83 (SD=4.55) and there were more elderly women (71.2%). Amongst those with lower levels of schooling, only the verbal comprehension rate did not show a significant difference between the hypertensive and non-hypertensive. In the group with higher levels of schooling, no significant difference was found in terms of cognition. A strong relation between the results of the Mini Mental State Examination and short form SF8 was identified in both the hypertensive and non-hypertensive groups. Further studies should be conducted to further the knowledge of the relationship between these instruments.

Uniterms: Cognition. Aging. Educacional. Hypertension.

O envelhecimento populacional é fenômeno observado tanto nos países desenvolvidos quanto naqueles em desenvolvimento (Chaimowicz, 2007).

Dentre os principais fatores que contribuíram para tanto estão a redução da mortalidade, a diminuição das taxas de fecundidade, o aumento das taxas de sobrevivência, a



¹ Universidade Federal de Juiz de Fora, Programa de Pós-Graduação em Saúde. R. José Lourenço Kelmar, s/n., Campus Universitário, 36036-330, Juiz de Fora, MG, Brasil. Correspondência para/Correspondence to: E.F.C. BANHATO. E-mail: <ebanhato@yahoo.com.br>.

² Universidade Federal de Juiz de Fora, Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Juiz de Fora, MG, Brasil.

melhoria nas condições de saneamento e infraestrutura básica e os avanços da medicina e da tecnologia (Rodrigues & Rauth, 2002).

Embora o envelhecimento seja um processo natural, é comum nessa fase da vida o aparecimento de doenças crônico-degenerativas, perdas cognitivas, limitações físicas, dentre outras alterações (Ramos, 2002). No Brasil, além das dificuldades citadas, a transição demográfica apresenta características peculiares, uma vez que o país ainda não resolveu problemas clássicos relativos à saúde, educação, saneamento básico, previdência social, transporte etc. (Chaimowicz, 2007).

Assim, a mudança de uma população jovem para outra envelhecida altera o panorama epidemiológico no que se refere à morbidade e à mortalidade (Oliveira, Santos, Lebrão, Duarte & Pierin, 2008). No Brasil, o Ministério da Saúde detectou a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), doença crônico-degenerativa de natureza multifatorial, como uma das principais morbidades associadas à velhice (Brasil. Ministério da Saúde, 2007). Além disso, sua frequência aumenta progressivamente com a idade, alcançando 75,0% em indivíduos com 75 ou mais anos (Lieberman, 2007).

No entanto, a identificação de HAS é uma tarefa difícil, por exigir mensuração e informações a respeito do uso recente de medicação (Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure, 2003). A busca por indicadores simples tem sido amplamente estimulada. Lima-Costa, Peixoto e Firmo (2004) avaliaram a validade da hipertensão autorreferida e encontraram uma sensibilidade de 72,1% e 86,4% de especificidade, concluindo que se constituía em um indicador apropriado à doença hipertensiva.

Quanto à relação entre a hipertensão arterial e a função cognitiva, os resultados de várias pesquisas não são consensuais (Cavalini & Chor, 2003). Estudo de revisão que investigou 11 trabalhos publicados entre 1996 e 2006 encontrou que, na maioria deles, houve relação positiva entre HAS e declínio cognitivo (Sashida, Fontes & Driusso, 2008). Comparando 60 idosos hipertensos com 30 normotensos por meio de testes neuropsicológicos, Vicario, Martinez, Baretto, Casale e Nicolosi (2005) identificaram, nos primeiros, maior prejuízo no desempenho de tarefas de reconhecimento tardio e em habilidades que envolvem a região pré-frontal. Na mesma direção,

Tzourio, Dufouil, Ducimetie' re, Alpe' rovitch e EVA Study Group (1999), em estudo longitudinal de quatro anos e de base populacional com 1 373 idosos, encontraram risco de declínio cognitivo igual a 4,3 vezes (IC 95% = 2,1-8,8) naqueles sem tratamento anti-hipertensivo e 1,9 vezes nos que estavam sendo tratados.

Cavalini e Chor (2003), por sua vez, pela metodologia transversal, investigaram 99 idosos portadores de *deficit* cognitivo e não encontraram associação significativa entre HAS e declínio cognitivo naqueles com idade entre 65 e 79 anos. Entre os mais idosos, no entanto, houve associação inversa de grande magnitude entre essas variáveis (*odds ratio*=0,13; IC 95%=0,03-0,54). Por outro lado, Posner et al. (2002), em estudo longitudinal com 1 259 idosos hipertensos e livres de demência, concluíram que a HAS não esteve associada às mudanças na memória, linguagem ou função cognitiva geral no período de sete anos de seguimento.

Dentre as possíveis razões para a diversidade dos achados relacionando HAS com cognição, citam-se as diferenças reais entre as populações estudadas, o método empregado para aferir a pressão arterial e os instrumentos utilizados na avaliação cognitiva. No que se refere aos instrumentos, ainda que sejam vários os disponíveis para esse fim, eles nem sempre apresentam propriedades psicométricas adequadas (Mota, Banhato, Silva & Cupertino, 2008). Além disso, o grau de escolaridade é uma variável que pode afetar o padrão de desempenho normal em provas cognitivas (Yassuda & Abreu, 2006).

Um teste amplamente utilizado para avaliar cognição é a escala Wechsler de Inteligência para Adultos (WAIS). Publicada originalmente em 1939, por David Wechsler, com o nome Wechsler-Bellevue Scale, passou por várias revisões, culminando com o atual modelo - a WAIS-III, disponibilizada nos Estados Unidos em 1997 (Wechsler, 1997), e no Brasil em 2004 (Nascimento & Figueiredo, 2005).

Padrão-ouro na avaliação intelectual, a escala WAIS-III compreende dois módulos, um Verbal (QIV) e outro de Execução (QIE), formados por sete subtestes cada um, totalizando 14 subtestes (Wymer, Rayls & Mark, 2003). Eles avaliam diferentes aspectos do funcionamento cognitivo [atenção, memórias (de trabalho, se-

mântica, episódica), funções executivas, velocidade de processamento da informação, organização visuo-espacial] e, nesse sentido, podem ser considerados como uma bateria (Noffs, Yasigi, Pascalicchio, Caboclo & Yacubian, 2006).

Uma característica nova na WAIS-III é a presença de quatro Índices Fatoriais, denominados Índices de Compreensão Verbal (ICV), de Memória de Trabalho (IMT), de Organização Perceptual (IOP) e de Velocidade de Processamento (IVP). Esses índices fornecem subcores mais refinadas das capacidades intelectuais.

No Brasil, a escala WAIS-III foi adaptada e validada por Nascimento (2004). No entanto, ainda é escasso o número de estudos brasileiros que a utilizam, particularmente, no que se refere à população idosa. Uma razão que justifique essa constatação empírica é o prazo relativamente longo despendido na aplicação (60 a 90 minutos), o que pode resultar em fadiga, dispersão atencional e perda da motivação.

Para solucionar tal problema, existe a opção de se utilizarem Formas Abreviadas (FA) da escala como alternativas de aplicação. A validação da Forma Abreviada com oito subtestes (FA8) foi relatada por Christensen, Girard e Bagby (2007) em uma amostra psiquiátrica. Os autores utilizaram dois subtestes por Índice Fatorial e encontraram altos coeficientes de precisão e validade (>0,90), além de uma economia de 50% no tempo de aplicação. Outra vantagem da FA8 está no fato de propiciar uma avaliação multifatorial da inteligência, uma vez que mantém a estrutura dos Índices Fatoriais.

Coutinho (2009) investigou o comportamento psicométrico de quatro diferentes FA, (com 2, 4, 7 e 8 subtestes). A autora concluiu que, ainda que a FA4 e a FA8 sejam substituições aceitáveis da versão completa da WAIS-III, a FA8 constitui a melhor alternativa para situações que requeiram medidas válidas e precisas dos Índices Fatoriais e dos QIs.

Pelo exposto, o objetivo deste estudo foi descrever e comparar o desempenho cognitivo de idosos hipertensos e não hipertensos, discriminados pela escolaridade, utilizando a FA8. Além disso, pretendeu comparar os resultados obtidos nessa forma abreviada com o teste de rastreio cognitivo global, o Miniexame do Estado Mental (MEEM) (M.F. Folstein, S.E. Folstein & McHugh, 1975).

Método

Participantes

Este estudo transversal utilizou uma amostra de conveniência composta por 118 indivíduos com idade igual ou superior a 60 anos, residentes na comunidade de Juiz de Fora (MG). Na amostra, 63 idosos eram hipertensos estáveis, sendo 46 do sexo feminino (73%). Dentre os que não apresentavam hipertensão (n=55), 38 eram mulheres (69,1%).

A pesquisa foi autorizada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), sob protocolo nº 205, em 2007. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido antes de sua inclusão na amostra.

Instrumentos

Questionário sociodemográfico: Foi empregado um questionário elaborado pelas autoras, contendo questões referentes ao sexo, idade, estado civil e tempo de escolaridade.

Miniexame do Estado Mental (MEEM) (Folstein et al., 1975): é composto por 30 itens que avaliam orientação espaço-temporal, memória imediata, evocação, memória de procedimento e linguagem. O escore varia de 0 a 30 pontos, com ponto de corte de 23 (Almeida, 1998).

Forma Abreviada com oito subtestes (FA8) da Escala Wechsler de Inteligência para Adultos-III (WAIS-III) (Nascimento, 2004): os subtestes que a constituem estão descritos a seguir:

Vocabulário: avalia o desenvolvimento da linguagem e o conhecimento de palavras. A pontuação máxima é de 66 pontos.

Aritmética: pontuação máxima de 22 pontos, o subteste avalia a habilidade de resolução de problemas complexos.

Semelhanças: o subteste avalia a formação de conceito verbal e pensamento lógico abstrato. Apresenta pontuação máxima de 38.

Dígitos: utilizado para avaliar a memória de trabalho e as habilidades de recordação e repetição imediata. Consiste na repetição oral de seqüências numé-

ricas em ordem direta (16 itens) e inversa (14 itens), perfazendo 30 pontos.

Completar Figuras: esse subteste requer a habilidade de diferenciar o essencial dos detalhes, ou seja, o conhecimento do objeto, raciocínio e memória de longo prazo. A pontuação máxima é de 25.

Códigos: com valor máximo de 133 pontos, avalia velocidade e acurácia na coordenação olho/mão e memória visual de curto prazo.

Raciocínio Matricial: investiga o processamento da informação visual e o raciocínio abstrato, perfazendo 26 pontos no total.

Procurar Símbolos: esse subteste investiga a atenção e a rapidez do processamento cognitivo num limite de tempo de 120 segundos. A pontuação máxima é de 60.

Observação: a presença/ausência de hipertensão foi considerada a partir de autorrelato.

Procedimentos

O estudo foi realizado em uma cidade de porte médio, de aproximadamente 500 mil habitantes, dos quais 11,6% são constituídos por idosos. Utilizou-se uma amostra de conveniência controlada pelo desempenho cognitivo segundo o MEEM.

Os indivíduos, convidados por contato telefônico, foram esclarecidos quanto aos objetivos e procedimentos da pesquisa e aqueles que aceitaram agendaram uma entrevista posterior. Os instrumentos foram aplicados na residência dos idosos por graduandos em Psicologia, previamente treinados.

Os dados foram transferidos para uma planilha eletrônica e analisados descritiva e inferencialmente, trabalhando-se com um intervalo de confiança de 95%. Cabe ressaltar que, na escala WAIS-III, os resultados iniciais obtidos são brutos para cada subteste. Posteriormente, os mesmos são convertidos em escores ponderados padronizados, cujo sistema possui média igual a 10 e desvio-padrão igual a três, o que permite comparar os desempenhos entre os subtestes, uma vez que a escala não apresenta pontos de corte. Os resultados apresentados neste estudo referem-se aos escores ponderados (Nascimento, 2004) obtidos do Grupo de Referência (idades de 60-64 anos e 65-89 anos). Os

resultados ponderados são também analisados em percentis, os quais permitem a classificação em inferior, médio-inferior, médio-superior e superior. Para estimar os escores ponderados de QIV, QIE e dos Índices Fatoriais da FA8, foi utilizada a técnica da proporcionalidade (*proratio*) (Coutinho, 2009).

Resultados

Participaram deste estudo 118 indivíduos, com média de idade de 77,52 anos (Desvio-Padrão - DP= 8,89) e 5,83 anos (DP= 4,55) de escolaridade. Houve predomínio do sexo feminino (n=84; 71,2%; $\chi^2=21,19$; $g/1=1$; $p=0,00$). Em relação à situação conjugal, observaram-se 45,8% (n=54) de viúvos, 40,7% (n=48) de casados, 6,8% (n=8) de solteiros e 6,0% (n=7) de divorciados. Através da análise de Qui-quadrado, foram verificadas diferenças estatisticamente significativas entre as categorias dessa variável ($\chi^2=65,32$; $g/3=3$; $p=0,00$). A distribuição sociodemográfica da amostra dividida em grupos (Grupo 1 = hipertensos; Grupo 2 = normotensos) encontra-se na Tabela 1.

O Teste *t* para amostras independentes não revelou diferença estatisticamente significativa entre os grupos 1 e 2 no que se refere à idade ($t=-1,13$; $g/116=116$; $p=0,26$). Por outro lado, a média de escolaridade do Grupo 2 foi significativamente superior à do Grupo 1 ($t=-2,15$; $g/116=116$; $p=0,03$). Não foi observada diferença significativa na distribuição dos grupos por sexo ($\chi^2=0,22$; $g/1=1$; $p=0,64$).

O desempenho cognitivo global da amostra total e dos grupos 1 e 2, aferido pelo MEEM bem como pela FA8, está descrito na Tabela 2. Não houve diferença estatisticamente significativa entre os grupos no que se refere ao desempenho no MEEM. Por outro lado, na FA8, foi encontrada média significativamente superior no Grupo 2.

Devido ao fato de os grupos terem diferido quanto à escolaridade e de essa variável ter se correlacionado positivamente com os escores totais das escalas (MEEM: $r=0,52$; $p=0,00$; FA8: $r=0,68$; $p=0,00$), realizou-se análise de covariância, a fim de controlar o seu efeito nos escores do MEEM e da FA8. Os resultados, em sua quase totalidade, apontaram que a escolaridade esteve relacionada ao desempenho cognitivo, não garantindo que as diferenças observadas anteriormente nos escores dos grupos se devam à hipertensão.

Tabela 1. Resultados sociodemográficos da amostra por grupos. Juiz de Fora (MG), 2009.

	Grupos					
	1 Hipertensos (n=63)			2 Não hipertensos (n=55)		
Idade	M=76,65 (DP=9,01)			M=78,51 (DP=8,71)		
Escolaridade	M=5,00 (DP=4,20)			M=6,78 (DP=4,78)		
Sexo	n	%	$\chi^2=13,35$	n	%	$\chi^2=8,02$
Feminino	46	73,0	$gl=1$	38	69,1	$gl=1$
Masculino	17	27,0	$p=0,00$	17	30,9	$p=0,00$
<i>Situação conjugal</i>						
Viúvo	30	47,6		24	43,6	
Casado	25	39,7	$\chi^2=38,26$	23	41,8	$\chi^2=28,27$
Divorciado	5	7,9	$gl=3$	2	3,6	$gl=3$
Solteiro	2	3,2	$p=0,00$	6	10,9	$p=0,00$

M: média; DP: desvio-padrão.

Tabela 2. Desempenho cognitivo da amostra. Juiz de Fora (MG), 2009.

Subtestes	Amostra total (n=110)		Grupo 1 (n=63)		Grupo 2 (n=55)		t	gl	p
	M	DP	M	DP	M	DP			
MEEM	23,26	6,08	22,57	6,00	24,05	6,13	-1,33	116	0,19
FA8 da WAIS-III	106,71	30,60	101,28	31,45	112,94	28,61	-2,10	116	0,04
<i>FA8-Escala Verbal</i>									
Vocabulário	9,44	3,52			10,05	3,03	-1,79	116	0,07
Semelhanças	10,58	3,05	10,29	3,25	10,91	2,80	-1,11	116	0,27
Aritmética	9,08	3,30			9,27	3,38	-0,60	116	0,55
Dígitos	10,85	3,72	10,02	3,79	11,80	3,43	-2,66	116	0,01**
<i>FA8-Escala de Execução</i>									
Completar figuras	9,98	3,50	9,67	3,45	10,35	3,53	-1,05	116	0,29
Raciocínio matricial	9,60	3,04	8,84	2,74	10,47	3,16	-3,00	116	0,00**
Códigos	8,44	2,91	7,90	2,91	9,05	2,82	-2,17	116	0,03**
Procurar símbolos	9,18	2,71	8,59	2,75	9,85	2,52	-2,59	116	0,01**

M: média; DP: desvio-padrão; MEEM: minixame do estado mental.

A partir desses resultados, investigou-se o comportamento da amostra em grupos homogêneos de instrução escolar. Assim, os indivíduos foram divididos em baixa (até quatro anos de estudo formal) e alta escolaridade (mais de quatro anos) e, então, foi analisado o efeito da hipertensão no desempenho cognitivo.

Desempenho dos indivíduos com baixa escolaridade

Esse grupo foi constituído por 67 idosos (56,8% da amostra total), com predomínio de mulheres (n=47; 70,1%; $\chi^2=10,88$; $gl=1$; $p=0,00$). A média etária foi de 77,99

anos (DP=8,75), e a de escolaridade, 2,64 anos (DP=1,59). As médias encontradas no MEEM e na FA8 estão descritas na Tabela 3.

O grupo de hipertensos com baixa escolaridade (n=38) foi predominantemente feminino (n=27; 71,1%; $\chi^2=6,74$; $gl=1$; $p=0,01$). A média de idade foi 75,95 anos (DP=9,11) e a de escolaridade, 2,39 anos (DP=1,65).

A comparação entre o conhecimento adquirido, expresso pelo conjunto verbal (QIV), e a aprendizagem não verbal, representada pelo conjunto de execução (QIE), encontrou médias de 48,16 (DP=16,90) e de 38,28 (DP=11,92), respectivamente. O domínio verbal foi significativamente superior ao de execução ($t=5,56$; $gl=37$; $p=0,00$).

Tabela 3. Desempenho cognitivo de hipertensos e normotensos segundo a escolaridade. Juiz de Fora (MG), 2009.

	Baixa escolaridade				t	p	Baixa escolaridade				t	p
	Hipertensos		Não hipertensos				Hipertensos		Não hipertensos			
	M	DP	M	DP			M	DP	M	DP		
MEEM	20,03	5,47	22,10	6,17	-1,46	0,15	26,44	4,58	26,23	5,41	0,15	0,88
FA8	86,44	27,12	100,14	24,25	-2,14	0,04	123,83	23,29	127,22	26,57	-0,48	0,63
<i>Subtestes FA8</i>												
V	7,29	3,32	8,69	2,85	-1,81	0,07	11,36	3,28	11,58	2,47	-2,27	0,80
S	8,74	2,67	9,45	2,21	-1,16	0,25	12,64	2,61	12,54	2,49	0,14	0,89
At	7,45	2,56	8,17	2,59	-1,14	0,26	11,12	2,92	10,50	3,78	0,65	0,52
D	8,63	3,67	10,62	2,94	-2,39	0,02	12,12	2,96	13,12	3,50	-1,09	0,28
CF	8,29	2,91	9,03	3,19	-0,99	0,32	11,76	3,19	11,81	3,36	0,05	0,96
RM	8,00	2,78	9,90	2,99	-2,68	0,01	10,12	2,17	11,12	3,27	-1,28	0,21
Cd	6,63	2,15	7,86	1,79	-2,49	0,01	9,84	2,88	10,38	3,18	-0,64	0,52
PS	7,18	1,81	8,72	1,96	-3,32	0,00	10,72	2,57	11,11	2,50	-0,56	0,52
<i>Índices fatoriais FA8</i>												
ICV	24,04	8,71	27,21	7,12	-1,60	0,12	36,00	8,27	36,17	6,64	-0,08	0,93
IOP	24,43	7,86	28,40	8,48	-1,97	0,05	32,82	7,11	34,38	8,75	-0,70	0,49
IMT	24,12	8,84	28,19	7,10	-2,03	0,05	34,86	7,17	35,42	9,52	-0,24	0,81
IVP	13,82	3,72	16,59	3,59	-3,07	0,00	20,56	5,15	21,50	5,32	-0,64	0,52

MEEM: miniexame do estado mental; V: vocabulário; S: semelhanças; At: aritmética; D: dígitos; CF: completar figuras; RM: raciocínio matricial; Cd: códigos; PS: procurar símbolos; ICV: índice de compreensão verbal; IOP: índice de organização perceptual; IMT: índice de memória de trabalho; IVP: índice de velocidade de processamento; M: média; DP: desvio-padrão.

Para se obterem medidas mais refinadas das habilidades cognitivas, foram investigados os Índices Fatoriais da FA8 (Tabela 3). A análise de variância (ANOVA) de medidas repetidas (IC = 95%) identificou diferenças significantes entre suas médias ($F(2,93) = 57,72; p = 0,00$). A análise *post hoc* de Bonferroni revelou que o desempenho na Velocidade de Processamento (IVP) foi significativamente inferior aos demais Índices Fatoriais ($p = 0,00$).

O grupo de não hipertensos ($n = 29$) apresentou média etária de 80,66 anos ($DP = 7,61$) e de escolaridade de 2,97 anos ($DP = 1,48$). Houve predomínio do sexo feminino ($n = 20; 69,0\%; \chi^2 = 4,17; gl = 1; p = 0,04$). A *performance* cognitiva está descrita na Tabela 3.

A comparação do desempenho entre os domínios verbal e de execução identificou diferença estatisticamente significativa ($t = 9,84; gl = 28; p = 0,00$), com média superior no conjunto verbal (QIV: $M = 55,40, DP = 13,05$; QIE: $M = 44,74, DP = 11,86$). Quanto às médias nos Índices Fatoriais, a ANOVA de medidas repetidas revelou diferenças significantes ($F(3,76) = 65,46; p = 0,00$), havendo desempenho inferior no IVP ($p = 0,00$).

Quando os idosos hipertensos e normotensos foram comparados em relação à escolaridade, não

houve diferença significativa ($t = -1,47; gl = 65; p = 0,15$). A análise do desempenho cognitivo identificou que, apesar de serem mais velhos ($t = -2,25; gl = 65; p = 0,03$), os não hipertensos obtiveram médias significativamente superiores nos subtestes Dígitos, Raciocínio Matricial, Códigos e Procurar Símbolos. Em relação aos domínios, os hipertensos apresentaram média significativamente mais baixa no QIE ($t = -2,20; gl = 65; p = 0,03$), o que não ocorreu no QIV ($t = -1,91; gl = 65; p = 0,06$). Na análise dos Índices Fatoriais apenas a compreensão verbal (ICV) não obteve diferença significativa entre hipertensos e normotensos (Tabela 3).

Analisando a relação entre as escalas cognitivas, observou-se que tanto no grupo de hipertensos quanto no de normotensos houve correlação positiva entre os escores no MEEM e na FA8 (Hipertensos: $r = 0,85; p = 0,00$; Normotensos: $r = 0,78; p = 0,00$).

Desempenho dos indivíduos com alta escolaridade

Formado por 51 idosos (43,2% da amostra total), o grupo com alta escolaridade apresentou 72,5% de mulheres ($n = 37; \chi^2 = 10,37; gl = 1; p = 0,00$) e escolaridade média de 10,02 anos ($DP = 3,68$). A *performance* cognitiva avaliada pelo MEEM e pela FA8 está descrita na Tabela 3.

O grupo de hipertensos com alta escolaridade ($n=25$) foi predominantemente feminino ($n=19$; 76,0%; $\chi^2=6,76$; $g/1=1$; $p=0,01$). A média de idade foi 77,72 anos ($DP=8,95$) e a de escolaridade, 8,96 anos ($DP=3,78$).

A média de desempenho foi de 70,86 no QIV ($DP=13,13$), e de 52,97 no QIE ($DP=11,37$). O Teste t para amostras pareadas revelou desempenho superior e significativo no domínio verbal ($t=11,46$; $g/1=24$; $p=0,00$). Analisando os Índices Fatoriais da FA8, a ANOVA de medidas repetidas demonstrou diferenças significantes ($F(2,49) = 61,63$; $p=0,00$), com desempenho significativamente inferior no IVP ($p=0,00$).

Quanto ao grupo de não hipertensos ($n=26$), o sexo feminino foi predominante ($n=18$; 69,2%; $\chi^2=3,85$; $g/1=1$; $p=0,05$). A média etária foi de 76,12 anos ($DP=9,38$) e a de escolaridade, 11,04 anos ($DP=3,35$).

As habilidades cognitivas médias no QIV foram de 71,60 ($DP=16,64$), e no QIE, 55,62 ($DP=13,82$), havendo diferença estatisticamente significativa entre elas ($t=7,95$; $g/1=25$; $p=0,00$). Nos Índices Fatoriais houve diferenças significantes ($F(3,67) = 55,01$; $p=0,00$), confirmando desempenho inferior no IVP ($p=0,00$).

A comparação dos indivíduos com alta escolaridade em relação à presença da doença hipertensiva não identificou diferença etária significativa ($t=0,62$; $g/1=49$; $p=0,53$). Também não foram encontradas diferenças significantes no desempenho cognitivo dos idosos hipertensos e normotensos, ainda que aqueles que não apresentavam a doença tivessem maior escolaridade ($t=-2,08$; $g/1=49$; $p=0,04$). No que se refere aos domínios, não foram encontradas diferenças significativas entre os grupos (QIV: $t=-1,19$; $g/1=49$; $p=0,85$; QIE: $t=-0,75$; $g/1=49$; $p=0,46$). O mesmo ocorreu em relação aos Índices Fatoriais. (Tabela 3).

A análise de associação entre as escalas cognitivas identificou correlação positiva entre os escores do MEEM e da FA8, tanto no grupo de hipertensos ($r=0,77$; $p=0,00$) quanto no de normotensos ($r=0,77$; $p=0,00$).

Discussão

A distribuição por sexo na amostra total do presente estudo corroborou achados na literatura relativos à feminização da velhice (Chaimowicz, 2007). Por outro lado, a média de escolaridade encontrada foi superior à

nacional, relatada pelo Censo de 2000, que foi de 3,4 anos (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2002).

Os dados relativos à distribuição homogênea de síndrome hipertensiva entre sexos confirmaram o relato de Nussbacher (2007) de que não há diferenças significativas da doença entre homens e mulheres. A maior escolarização observada nos idosos não hipertensos talvez tenha sido um fator importante na compreensão que eles possuíam sobre os benefícios do cuidado com a saúde, motivando-os à busca de meios para promovê-la (Maciel & Guerra, 2007).

Um tópico a ser ressaltado neste estudo é o efeito exercido pela escolaridade no desempenho cognitivo dos indivíduos. Uma interpretação superficial dos escores inferiores obtidos pelos idosos hipertensos apontaria para a influência dessa doença no desempenho cognitivo, o que não se confirmou quando o total de anos estudados foi controlado. Esse achado pode ser um dos fatores que contribuem para os resultados controversos observados na literatura especializada (Yassuda & Abreu, 2006).

A opção por analisar os dados da amostra distribuídos uniformemente segundo o tempo de estudo demonstrou que, tanto no grupo de baixa escolaridade quanto no de alta, o domínio de raciocínio verbal foi superior ao de execução, independentemente da presença ou não de doenças. Esse achado reitera os dados da literatura de que, em idosos, as habilidades verbais (inteligência cristalizada) são mantidas ou mesmo aprimoradas com o passar dos anos, enquanto as funções ligadas à capacidade de pensar, planejar e manipular estímulos com rapidez de processamento (inteligência fluida) declinam progressivamente (Camargos & Nascimento, 2009; Neri, 2006).

A avaliação de funções mais específicas oriundas dos domínios mencionados acima e investigada a partir dos Índices Fatoriais, demonstrou que a velocidade de processamento, habilidade relacionada à atenção, à memória e à concentração para processar rapidamente a informação visual, foi inferior em todos os grupos investigados, independentemente de escolaridade e hipertensão. Tal fato é consoante com a teoria de Salthouse (1996), que propõe que a base do declínio cognitivo encontra-se em apenas um mecanismo fundamental: a maior lentidão do processamento com a idade.

A presença de doença hipertensiva não influenciou o desempenho cognitivo dos idosos com alta *performance* educacional. Uma hipótese que pode ser testada em estudos futuros é o efeito protetor da escolarização contra o declínio cognitivo (Argimon & Stein, 2005). Por outro lado, no grupo de baixa escolaridade, a presença de hipertensão esteve relacionada a pior desempenho cognitivo, demonstrando o efeito dessa doença sobre a cognição nos indivíduos pouco escolarizados. Especialmente no Brasil, onde há significativas discrepâncias no nível educacional da população, esse achado reitera a importância de que os delineamentos das investigações relativas à cognição enfatizem a discriminação da amostra por escolaridade.

A constatação de associações fortes entre o MEEM e a FA8 nos grupos de hipertensos e normotensos, independentemente da escolaridade, indica que ambos os instrumentos estão avaliando o mesmo construto (desempenho cognitivo). Sugere-se que estudos futuros aprofundem a investigação da relação entre essas escalas.

Apesar da relevância dos achados, uma limitação deste estudo foi a utilização de uma amostra de conveniência. Além disso, o fato de o diagnóstico de hipertensão ter sido obtido por meio de autorrelato não possibilitou identificar os diferentes graus da doença. Sugere-se que futuros estudos explorem os efeitos que o tempo de instalação do agravo, a forma de tratamento, o tipo de medicamento utilizado e a dosagem da medicação podem ter sobre as variáveis investigadas, uma vez que ainda são insuficientes os conhecimentos nessa importante área.

Considerações Finais

Os achados do presente estudo podem contribuir de forma importante para o conhecimento das relações entre hipertensão e cognição. Espera-se que os resultados subsidiem outros trabalhos e intervenções nas áreas geriátrica e gerontológica.

A influência da escolaridade na associação negativa entre cognição e hipertensão, encontrada neste estudo, aponta para a necessidade do desenvolvimento de estratégias que possibilitem maior acesso da população à educação de qualidade. Especialmente no Brasil, onde a desigualdade de oportunidades educacionais é

significativa, é imperioso que se adotem políticas sociais que garantam educação formal a todos. No que se refere à promoção de saúde, é fundamental o desenvolvimento de medidas eficazes de natureza preventiva e de controle de processos crônicos, como a hipertensão.

Em relação aos instrumentos utilizados, destaca-se que a FA8 da WAIS-III pode ser uma alternativa vantajosa na avaliação neuropsicológica de idosos, por propiciar a investigação de diferentes funções cognitivas, obedecendo às exigências de validade psicométrica para essa população. Além disso, pode evitar a fadiga e a desmotivação do testando no processo avaliativo, pelo tempo mais reduzido demandado em sua aplicação.

Desse modo, sugere-se a adoção do referido instrumento na investigação cognitiva de idosos. Isso porque, na prática, ainda se esbarra em dificuldades quanto à disponibilidade de testes adequados para o esclarecimento do perfil cognitivo dessa população. A utilização mais frequente da FA8, tanto na clínica, quanto em pesquisas, possibilitará um maior refinamento no conhecimento da utilidade da escala no processo de diferenciação diagnóstica de idosos com diferentes níveis de escolaridade.

Referências

- Almeida, O. P. (1998). Mini exame do estado mental e o diagnóstico de demência no Brasil. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, 56 (3B), 605-612.
- Argimon, I. I. L., & Stein, L. M. (2005). Habilidades cognitivas em indivíduos muito idosos: um estudo longitudinal. *Cadernos de Saúde Pública*, 21 (1), 64-72.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. (2007). *Cadernos de atenção básica: envelhecimento e saúde da pessoa idosa* (Vol. 19, pp.71-80). Brasília: Ministério da Saúde.
- Camargos, A. L., & Nascimento, E. (2009). Terapia de reposição hormonal e desempenho cognitivo na terceira idade. *Estudos de Psicologia* (Campinas), 26 (4), 437-443. doi: 10.1590/S0103-166X2009000400004.
- Cavalini, L. T., & Chor, D. (2003). Inquérito sobre hipertensão arterial e déficit cognitivo em idosos de um serviço de geriatria. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 6 (1), 7-17.
- Chaimowicz, F. (2007). O Envelhecimento populacional no mundo. In O. V. Forlenza. *Psiquiatria & geriátrica: do diagnóstico precoce à reabilitação* (pp.11-15). São Paulo: Atheneu.
- Christensen, B. H., Girard, T. A., & Bagby, R. M. (2007). Wechsler Adult Intelligence Scale-Third Edition short

- form for index and IQ scores in a psychiatric population. *Psychological Assessment*, 19, 236-240.
- Coutinho, A. C. A. M. (2009). *Investigação psicométrica de quatro formas abreviadas do WAIS-III para avaliação da inteligência*. Dissertação não-publicada, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.
- Folstein M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). Minimal mental state: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatry Research*, 12 (3), 189-198.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2002). Perfil dos idosos responsáveis pelos domicílios no Brasil, 2000. *Estudo & Pesquisa*, 9, 20-24.
- Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. (2003). Seventh report of the joint national committee on prevention, detection, evaluation, and treatment of high blood pressure. *Hypertension*, 42 (6), 1206-1252.
- Liberman, A. (2007). Aspectos epidemiológicos e o impacto clínico da hipertensão no indivíduo idoso. *Revista Brasileira de Hipertensão*, 14 (1), 17-20.
- Lima-Costa, M. F., Peixoto, S. V., & Firmo J. O. A. (2004). Validade da hipertensão auto-referida e seus determinantes (projeto Bambuí). *Revista de Saúde Pública*, 38 (5), 637-642.
- Maciel, A. C. C., & Guerra, R. O. (2007). Influência dos fatores biopsicossociais sobre a capacidade funcional de idosos residentes no nordeste do Brasil. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 10 (2), 178-189.
- Mota, M. M. P. E., Banhato, E. F. C., Silva, K. C. A., & Cupertino, A. P. F. B. (2008). Triage cognitiva: comparações entre o mini-mental e o teste de trilhas. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 25 (3), 353-359. doi: 10.1590/S0103-66X2008000300004.
- Nascimento, E. (2004). WAIS-III: escala de inteligência Wechsler para adultos: manual/David Wechsler; adaptação e padronização de uma amostra brasileira. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Nascimento, E., & Figueiredo, V. L. M. (2005). A terceira edição das escalas Wechsler de inteligência. In R. Primi (Org.), *Temas em avaliação psicológica* (pp.127-159). Porto Alegre: Casa do Psicólogo.
- Neri, A. L. (2006). Envelhecimento cognitivo. In E. V. Freitas, L. Py, F. A. X. Cançado, J. Doll & M. L. Gorzoni. *Tratado de geriatria e gerontologia* (pp.1236-1244). Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan.
- Noffs, M. H. S., Yasigi, L., Pascalicchio, T. F., Caboclo, L. O. S. F., & Yacubian, E. M. T. (2006). Desempenho cognitivo de pacientes com epilepsia do lobo temporal e epilepsia mioclônica juvenil: avaliação por meio da Escala WAIS-III. *Journal of Epilepsy and Clinical Neurophysiology*, 12 (1), 7-12.
- Nussbacher, A. (2007). Hipertensão Arterial no Idoso. In O. V. Forlenza. *Psiquiatria Geriátrica: do diagnóstico precoce à reabilitação* (pp.303-309). São Paulo: Atheneu.
- Oliveira, S. M. J. V., Santos, J. L. F., Lebrão, M. L., Duarte, Y. A. O., & Pierin, A. M. G. (2008). Hipertensão arterial referida em mulheres idosas: prevalência e fatores associados. *Texto & Contexto Enfermagem*, 17 (2), 241-249.
- Posner, H. B., Tang, M. X., Luchsinger, J., Latigua, R., Stern, Y., & Mayeux, R. (2002). The relationship of race/ethnicity and blood pressure to change in cognitive function. *Journal of American Geriatric Society*, 50 (3), 424-429.
- Ramos, L. R. (2002). Epidemiologia do envelhecimento. In E. V. Freitas, L. Py, A. L. Neri, F. A. X. Cançado, M. L. Gorzoni & S. M. Rocha. *Tratado de geriatria e gerontologia* (pp.383-393). Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan.
- Rodrigues, N. C., & Rauth, J. (2002). Os desafios do envelhecimento no Brasil. In E. V. Freitas, L. Py, A. L. Neri, F. A. X. Cançado, M. L. Gorzoni, S. M. Rocha *Tratado de geriatria e gerontologia* (pp.106-110). Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan.
- Salthouse, T. A. (1996). The processing-speed theory of adult age differences in cognition. *Psychological Review*, 103 (3), 403-428.
- Sashida, V. T., Fontes, S. V., & Driusso, P. (2008). Relação entre hipertensão arterial e cognição. *Revista de Neurociências*, 16 (2), 152-156.
- Tzourio, C., Dufouil, C., Ducimetie're, P., Alpe'rovitch, A., & EVA Study Group (1999). Cognitive decline in individuals with high blood pressure: a longitudinal study in the elderly. *Neurology*, 53, 1948-1952.
- Vicario, A., Martinez, C. D., Baretto, D., Casale, A. D., & Nicolosi, L. (2005). Hipertension and cognitive decline: impact on executive function. *The Journal of Clinical Hypertension*, 7 (10), 598-604.
- Wechsler, D. (1997). *Manual for the Wechsler Memory Scale* (3rd ed.) San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Wymer, J. H., Rayls, K., & Wagner, M. T. (2003). Utility of a clinically derived abbreviated form of the WAIS-III. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 18 (8), 917-927.
- Yassuda, M.S. & Abreu, V.P.S. (2006). Avaliação cognitiva. In E. V. Freitas, L. Py, F. A. X. Cançado, J. Doll & M. L. Gorzoni. *Tratado de geriatria e gerontologia* (pp. 1252-1259). Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan.

Recebido em: 3/9/2009
 Versão final reapresentada em: 21/10/2010
 Aprovado em: 17/11/2010

Aplicações do método fenomenológico à pesquisa em psicologia: tradições e tendências¹

Applying the phenomenological method to psychology research: traditions and trends

Thiago Gomes **DeCASTRO**²
William Barbosa **GOMES**²

Resumo

Nos últimos vinte anos vem ocorrendo um aumento expressivo da aplicação do método fenomenológico à pesquisa empírica em psicologia. O presente estudo é uma apreciação descritiva e crítica de como o método fenomenológico foi utilizado em 34 artigos nacionais (de 1996 a 2007) e 21 artigos do periódico norte-americano *Journal of Phenomenological Psychology* (de 2000 a 2008). A análise concentrou-se na descrição operacional dos passos técnicos do método das pesquisas, com atenção à redução fenomenológica, considerada elemento lógico central dessa orientação investigativa. Os resultados da revisão apontaram pluralidade lógica e técnica na aplicação da redução fenomenológica entre os artigos publicados no Brasil, e homogeneidade aplicativa entre as pesquisas do periódico internacional. Tal recurso foi geralmente descrito como meio técnico de tematização de relatos e definição de essencialidades em uma compreensão hermenêutica do relato de experiências. A discussão se encaminhou para a heterogeneidade e as possíveis convergências associadas a essa prática.

Unitermos: Coleta de dados. Pesquisa fenomenológica. Psicologia.

Abstract

In the last twenty years, there has been a significant increase in the application of the phenomenological method in empirical psychological research. The present study is a descriptive and critical appreciation of how the phenomenological method was used in 34 Brazilian articles (between 1996 and 2007), and 21 scientific articles published in the North American Journal of Phenomenological Psychology (between 2000 and 2008). The analysis focused on the operational description of the technical steps related to the sections on research methodology, with particular emphasis on the concept of phenomenological reduction, considered to be the central, logical element of this investigative orientation. The results of the review point to a logical, technical plurality in the application of phenomenological reduction among the articles published in Brazil, and applicable uniformity among the research published in the international journal. This resource was generally described as a technical means for clustering reports and also a definition of essentiality in an hermeneutic understanding of the reporting of experiences. Heterogeneity and the possible convergences associated with this practice are discussed.

Uniterms: Data collection. Phenomenological research. Psychology.

▼▼▼▼

¹ Artigo elaborado a partir da dissertação de T.G. DeCASTRO, intitulada "Lógica e técnica na redução fenomenológica: da filosofia à empiria em psicologia". Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2009.

² Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Instituto de Psicologia. R. Ramiro Barcelos, 2600, Sala 123, 90035-003, Porto Alegre, RS, Brasil. Correspondência para/Correspondence to: W.B. GOMES. E-mail: <wbgomes@gmail.com>.

Agradecimento: ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico pelo fomento à pesquisa.

O presente estudo traz um panorama descritivo e crítico dos modos operacionais vigentes do método fenomenológico aplicado à pesquisa psicológica. Para tanto, foi realizada uma seleção de artigos publicados em revistas científicas de psicologia entre os anos de 1996 e 2007 no Brasil, contrastando-os com artigos publicados no *Journal of Phenomenological Psychology* (JPP) entre 2000 e 2008. O JPP foi um marco na divulgação do movimento fenomenológico na Psicologia e das aplicações do método à pesquisa empírica, inicialmente nos EUA, e a seguir em outros países.

A exposição está organizada em cinco tópicos. O primeiro retoma aspectos históricos da transição da fenomenologia husserliana para o método fenomenológico empírico; o segundo relata dois levantamentos prévios realizados no Brasil, com artigos que utilizaram a fenomenologia como método de pesquisa; o terceiro apresenta os dados do levantamento realizado para esta revisão; o quarto analisa a proposta da fenomenologia empírica desenvolvida pela *Duquesne University*, publicada em artigos no JPP; e, por fim, discutem-se as convergências e divergências entre os modos de apropriação do método, permitindo-se questionar quais as contribuições e inovações que tal prática vem oferecendo à psicologia.

Método fenomenológico e pesquisa em psicologia

A interface psicologia-fenomenologia data dos primeiros escritos do filósofo Edmund Husserl (1859-1938), reconhecido como o definidor do significado contemporâneo atribuído à expressão fenomenologia (Mora, 2007; Zilles, 1996). Em síntese, a fenomenologia refere-se ao fundamento da investigação das relações lógicas puras inerentes à consciência intencional (Husserl, 1913/2006). Em suas *Investigações Lógicas* (1901/2001), o filósofo problematizou a importação do modelo que prioriza aspectos exteriores à experiência para o estudo da subjetividade, no que denominou psicologismo. Em contrapartida, defendeu a fenomenologia como um projeto de psicologia descritiva, definição que posteriormente julgou equivocada, em *A ideia da fenomenologia* (1907/2000), obra em que o autor migrou para um projeto de fundacionismo rigoroso,

baseado na tese da experiência essencial subjetiva como medida para um sistema de conhecimento.

Em seu projeto metodológico de fenomenologia, Husserl (1913/2006) delineou um aporte conceitual e contemplativo sobre o método e as ciências, mas não sugeriu meios técnicos para a reorientação da atitude natural que criticava, para a atitude fenomenológica que defendia. Por atitude natural entendem-se as teses explicativas que não indagam sobre as bases e as possibilidades da efetivação de seu conhecimento. Por conseguinte, a atitude fenomenológica deve ser aquela que conduz aos modos de aparecimento de um fenômeno à consciência intencional.

A transição da fenomenologia filosófica para a psicologia fenomenológica empírica recebeu várias influências no decorrer do século XX (Spiegelberg, 1982). Seu fortalecimento como agenda de pesquisa sistematizada ocorreu apenas em meados das décadas de 1960 e 1970, nos Estados Unidos da América, junto a um grupo de psicólogos, em sua maioria, associados à *Duquesne University* em Pittsburgh/Pensilvânia (Manganaro, 2005).

Na segunda metade do século XX, essa relação perdeu sob o enfoque de distintos projetos epistemológicos, geralmente submetendo a teoria fenomenológica aos interesses de legitimação de uma nova abordagem ou corrente teórica em psicologia. Um exemplo dessa associação é a defesa de uma psicologia como ciência humana, pautada na investigação do vivido e perpassada por reformas metodológicas e de conteúdo em seu escopo, ou mesmo em um sistema fenomenológico de psicologia (Aanstoos, 1996; Giorgi, 1970). Na Inglaterra, esse modelo de transposição da fenomenologia para a psicologia empírica foi desenvolvido pela *Sheffield Hallam University*, que em meados da década de 1980 lançou as bases para investigações do mundo-vivido com ênfase nos contextos da saúde e educação (Ashworth, 2003). Outra variação proposta foi a idealizada pela Escola Copenhague de Psicologia Fenomenológica, em meados da década de 1950, na qual a ênfase metodológica repousava sobre a descrição da experiência consciente de indivíduos e pesquisadores em situações experimentais (Gallagher & Sorensen, 2006).

Mais recentemente a transposição da fenomenologia para o contexto da pesquisa psicológica vem sendo debatida entre psicólogos cognitivistas e neurocientistas (Gallagher, 2003; Varela, 1996). Esses pesqui-

sadores manifestam interesse em reformular o valor empírico concedido a relatos de experiência em contextos experimentais para a avaliação de respostas neurofuncionais.

No Brasil, a associação entre fenomenologia e psicologia parece ter-se iniciado na década de 1940, com a identificação do ano de 1948 como marco da defesa da primeira tese de doutorado versada no método fenomenológico. O trabalho, defendido pelo médico Nilton Campos (1898-1963) na antiga Universidade do Brasil (atual Universidade Federal do Rio de Janeiro), articulou relações entre o método fenomenológico, a introspecção psicológica e a teoria da gestalt (Gauer, Gomes & Holanda, 2004). Contudo, a aplicação consistente do método fenomenológico à pesquisa em psicologia ocorreu apenas em meados da década de 1970, em grande parte impulsionada pelo grupo de pesquisa do professor Joel Martins na Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP) (Forghieri, 1992).

Na literatura especializada em pesquisa fenomenológica, o método empírico tem sido definido como uma investigação, clara e precisa, de aspectos particulares da experiência humana (Polkinghorne, 1989), bem como um método para a análise da vivência de um sujeito em determinadas situações do seu cotidiano (Sells, Topor & Davidson, 2004). Seria, portanto, uma forma de pesquisa orientada à descoberta de significados expressos por um sujeito sobre sua experiência. No entanto, o processo de investigação dessas significações pode assumir várias configurações, preservando a referência ao método fenomenológico (Moreira, 2004).

van Manen (2002) lembra que se deve estar atento às diferentes tradições do método fenomenológico. O autor enumera várias dessas vertentes representadas por reconhecidos filósofos: Husserl com a fenomenologia transcendental, Merleau-Ponty com a existencial, Ricouer e Gadamer com a hermenêutica, Derrida com a linguística, e Levinas com a fenomenologia ética. AmatuZZi (1996) foi mais abrangente ao distinguir seis modalidades: 1) pesquisa fenomenológica como filosofia; 2) fenomenologia eidética; 3) fenomenologia hermenêutica; 4) psicologia fenomenológica empírica; 5) pesquisa fenomenológica experimental; 6) pesquisa fenomenológica em grupo. Comparando-se as duas

classificações, nota-se que van Manen trouxe as tradições iniciadas pelos filósofos identificados com o movimento fenomenológico, ao passo que AmatuZZi procurou identificar diferentes modalidades, sem, contudo, clarificar as especificidades de uma pesquisa filosófica e eidética, ou empírica e experimental. Certamente, empíricas seriam as pesquisas que trabalham com algum tipo de dados de entrevistas, observações, documentos etc., enquanto as experimentais remeteriam a situações artificiais com algum tipo de controle, mas que também levariam a depoimentos ou outros dados de primeira pessoa. Em síntese, a diferença entre os autores apenas enuncia a força de uma influência, mas pouco acrescenta à distinção da lógica aplicada à pesquisa. Nesse sentido, a distinção por modalidades poderia elucidar com mais clareza a lógica utilizada nas análises propostas.

Sobre a uniformidade da pesquisa fenomenológica empírica, Giorgi (2006) examinou seis teses de doutorado que utilizaram o método fenomenológico como recurso analítico. O autor constatou grande variação de entendimento e modo de utilização da redução fenomenológica, elemento lógico estrutural da captação do fluxo intencional em uma comunicação do vivido. Em um debate detalhado quanto à convergência técnica no uso do método, não se obteve uma integração harmoniosa.

Um ponto de destaque nessa discussão é a relação entre lógica e técnica na pesquisa. Como em outros métodos, há nas variadas estratificações técnicas fenomenológicas uma orientação lógica implícita ou explícita. Os procedimentos lógicos presentes na técnica fornecem o julgamento da especificidade de um método, na medida em que articulam a racionalidade que conduz a análise (Gomes, 2008). No exemplo da fenomenologia, de modo geral, essa racionalidade se faz presente na mediação entre o que é dado como referência e o que é tomado como significado. Espera-se, portanto, que essa racionalidade esteja descrita nos artigos para indicar os modos de análise, elucidando as etapas reflexivas percorridas pelos pesquisadores.

A presença do método fenomenológico em pesquisas de psicologia no Brasil

Já foram realizados no Brasil dois levantamentos sobre as publicações em psicologia embasadas no

método fenomenológico. O primeiro deles, conduzido por Forghieri (1992), abarcou a produção científica do país em livros, teses, dissertações, e artigos relacionados direta ou indiretamente à fenomenologia. O levantamento foi solicitado pela Associação Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Psicologia (Anpepp), abrangendo o período de 1980 a 1991. Contudo, o levantamento recuou à década de 1970 para a inclusão dos livros publicados. O estudo evidenciou que as pesquisas fenomenológicas apresentam dois aspectos em comum: a descrição da vivência do próprio pesquisador, e a descrição dos procedimentos fenomenológicos de pesquisa. As principais áreas de abrangência temática foram a psicologia da educação e a psicologia clínica. Os problemas de pesquisa estavam comumente ligados a situações existenciais, como o envelhecimento, a toxicomania, a maternidade e diferentes doenças físicas e psíquicas. De acordo com a autora, muitos desses trabalhos lidavam com os sentidos de sofrimento e bem-estar, o que confirma uma tendência de vinculação entre método fenomenológico e temas existenciais.

Em outro levantamento, pesquisadores da Universidade Metodista de São Paulo (Umesp) analisaram dissertações e teses defendidas no Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo (IPUSP) entre 1934 e 1998, dissertações da Pós-Graduação em Psicologia da Umesp de 1981 a 1998, e resumos de trabalhos apresentados na Sociedade Brasileira para o Progresso da Ciência (SBPC) nos anos de 1996 e 1997 (Castro, 2000). Em relação ao período estudado no banco de teses do IPUSP, constatou-se o ano de 1985 como do primeiro registro de um trabalho que se denominou fenomenológico. O título do trabalho é "Contribuições ao estudo e compreensão do fenômeno do suicídio: uma análise existencial fenomenológica", defendido por Valdemar Augusto Angerami. No espaço de tempo que antecede essa dissertação há forte predominância de trabalhos de cunho humanista, os quais fazem alusão parcial à fenomenologia. De 1985 a 1998 foram mais 18 trabalhos defendidos no IPUSP vinculando a psicologia à fenomenologia, todos voltados à área de educação e 17 deles com caráter empírico. Embora ambos os levantamentos tenham revelado uma significativa produção de pesquisas fenomenológicas na década de 1980, é na década de 1990 que os grupos de pesquisa voltados à interação entre fenomenologia e psicologia estabeleceram maior representatividade e linearidade na produ-

ção de pesquisa. Em outros termos, é nessa década que despontam no Brasil as primeiras discussões sobre os limites e possibilidades lógicas e teóricas da utilização do método fenomenológico na pesquisa científica em psicologia. Tal associação é ainda fonte de amplo debate, como bem podem indicar as controvérsias acerca de uma naturalização da fenomenologia (Zahavi, 2004).

Critérios utilizados nesta pesquisa

O levantamento aqui proposto abordou os artigos empírico-fenomenológicos publicados por periódicos de psicologia. Foram contempladas, apenas, as pesquisas que utilizaram relatos (entrevistas, observações, depoimentos) de sujeitos participantes. Foram, portanto, excluídos aqueles trabalhos que buscavam investigar manifestações pictográficas ou poéticas de domínio público, bem como análises psicológicas de personagens ou de textos. Deste modo, foram consideradas como pesquisas empírico-fenomenológicas aquelas (1) que declararam seu método como fenomenológico e (2) que investigaram aspectos da vivência subjetiva ou perceptiva de seus depoentes. O levantamento incluiu duas frentes de análise, a primeira referente a artigos publicados em revistas de psicologia com circulação nacional, e a segunda, para efeito de contraste, ao periódico norte-americano *Journal of Phenomenological Psychology*.

Para os artigos brasileiros, delimitou-se para análise o período de 1996 a 2007, mediante consulta às bases de dados da Biblioteca Virtual de Saúde - BVSPsi, do SciELO e do portal de periódicos da Capes. As palavras-chave utilizadas para busca foram: *método fenomenológico*, *fenomenologia*, *pesquisa qualitativa*, *fenomenológico*. Na catalogação dos artigos consideraram-se: 1) periódico de psicologia em que o artigo foi encontrado; 2) ano de publicação; 3) autor(es); 4) caráter empírico ou teórico do artigo; 5) tema abordado no trabalho; 6) etapas estabelecidas no método de análise dos dados; 7) descrição do modo como o conceito de redução fenomenológica é operacionalizado no método e na análise dos dados; 8) instrumento utilizado na coleta dos dados; 9) identificação do autor tomado como referência metodológica. Após organização dos dados, segundo os critérios listados, foi elaborada uma descrição sintética do material encon-

trado e uma análise comparativa entre as operacionalizações metodológicas para a pesquisa em psicologia.

O método fenomenológico em periódicos brasileiros - 1996/2007

Foram encontrados 90 artigos que associaram psicologia à fenomenologia. Dentre eles, 34 foram estudos empíricos (sentido estrito de inclusão de sujeitos participantes) e 56 teóricos (sentido geral). Nessa contagem não foram incluídos textos que, embora reconhecendo a influência, não indicaram critérios de análise fenomenológica. Em relação à publicação de artigos empírico-fenomenológicos destacaram-se os periódicos Estudos de Psicologia (PUC-Campinas), Psicologia: Reflexão e Crítica (UFRGS) e Psico (PUCRS). Com efeito, as regiões brasileiras correspondentes a esses periódicos - Rio Grande do Sul e interior do Estado de São Paulo - são os locais onde se encontram dois grupos de referência na aplicação do método fenomenológico ao contexto de pesquisa em psicologia. São eles o Laboratório de Fenomenologia Experimental e Cognição (LaFec) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), coordenado pelo professor William B. Gomes, e o grupo de pesquisa Processos Psicológicos: abordagens qualitativas da PUC-Campinas, coordenado pelo professor Mauro Martins AmatuZZi. Somado aos dois centros, tem ganhado destaque sobre o quadro de publicações, nos últimos cinco anos, o Laboratório de Psicopatologia e Psicoterapia Humanista Fenomenológica Crítica da Universidade de Fortaleza, coordenado pela pesquisadora Virginia Moreira.

Os trabalhos publicados pelo grupo da UFRGS possuem base epistemológica na associação entre a fenomenologia de Maurice Merleau-Ponty e a semiótica de Charles Sanders Peirce, direcionando o sentido científico das análises para a captação dos fluxos intencionais, revelados em relatos de experiência em contextos experimentais, em termos de regras comunicacionais (Gomes, Rosemberg, Alencastro & DeCastro, 2008). Já as pesquisas de AmatuZZi vinculam a investigação fenomenológica à intervenção ou atenção psicológica, buscando a exploração do mundo vivido em diferentes contextos do cotidiano existencial e aproximando-se a uma fundamentação teórica humanista (AmatuZZi, 2009). Nos trabalhos de Virginia Moreira

observa-se a associação da fenomenologia de Merleau-Ponty a uma perspectiva crítica da contemporaneidade, em forma de análises compreensivas da experiência de sujeitos em condições existenciais adversas (Moreira & Guedes, 2007).

O levantamento conduzido por Forghieri (1992) indicou a inexistência de um periódico no Brasil especializado na publicação de artigos sobre fenomenologia ou o método fenomenológico. Este panorama foi alterado em 2006 com a alteração editorial do veículo Revista da Abordagem Gestáltica. Originalmente fundado em 1995, o periódico passou a integrar apenas em 2006 em seu editorial os tópicos: 1) psicologias e psicoterapias de orientação fenomenológica e existencial; 2) fenomenologia pura e aplicada; e 3) pesquisa qualitativa e fenomenológica.

Dentre os temas abordados nos estudos empíricos destacaram-se as áreas de psicologia hospitalar e psicologia da saúde. Esses trabalhos concentravam relatos de experiência de equipes de saúde em hospitais, vivência de algum tipo de doença, ou processos comportamentais específicos ao contexto de saúde física e psicológica. Estudos que enfocavam as relações familiares inter e intrageracionais e seu impacto na gestação também foram frequentes. A psicologia da educação, que havia sido apontada por Forghieri (1992) e Castro (2000) como um dos temas de maior incidência de trabalhos fenomenológicos, publicou poucos artigos no período avaliado.

Em relação aos instrumentos utilizados para a coleta dos depoimentos, nos 34 estudos empíricos prevaleceram as modalidades de entrevista aberta ou fenomenológica (11 itens) e semiestruturada (12 itens), como já era de se esperar em se tratando de pesquisas amparadas em relatos vivenciais. No entanto, depoimentos escritos (3 itens), diário de campo (2 itens) e grupos operativos e terapêuticos (2 itens) despontaram como propostas inovadoras para a coleta desse tipo de dado. Nessas pesquisas, o instrumento dominante foi a entrevista individual. No entanto, houve trabalhos que analisaram protocolos de resposta redigidos pelos participantes ou respostas verbais enunciadas em contexto grupal.

Na justificação do método, foram mencionados Maurice Merleau-Ponty (11 itens), Richard Lanigan (11 itens), Amedeo Giorgi (8 itens), Martin Heidegger (2),

Edmund Husserl (4) e Alfred Schutz (1). A fenomenologia-existencial de Merleau-Ponty, traduzida como uma tríade metodológica - descrição-redução-interpretação - aparece ora como inspiração teórica para análise dos dados, ora como inspiração técnica estrita para a condução das análises. O filósofo também é citado em combinação com outros autores da escola fenomenológica, como no caso da fenomenologia-semiótica de Richard Lanigan. Nessas pesquisas, Merleau-Ponty é apontado como solo epistemológico da tríade analítica, mas a interpretação é conduzida por regras comunicacionais, e não por temáticas existenciais. No caso de Giorgi, sua menção é invariavelmente associada aos procedimentos técnicos de compreensão global, separação em temas e produção de sínteses estruturais do vivido. Entre os autores brasileiros, os mais citados nesta seção são os pesquisadores Mauro AmatuZZi (6 itens), William Gomes (11 itens) e Yolanda Forghieri (4 itens).

A presença da redução fenomenológica na estrutura metodológica das pesquisas não é uma constante. Dentre os 34 estudos empíricos avaliados, a redução é mencionada em 19. Quando descrita, aparece com frequência associada à versão de retorno às essências ou identificação das essencialidades do vivido - redução eidética na terminologia husserliana. Apenas em cinco desses trabalhos é mencionada a adoção ou descrição da orientação suspensiva - *epoché* - ou ruptura com a atitude explicativa natural. Tal panorama indica uma tendência da técnica fenomenológica para a análise estrutural dos vividos, ou das partes constituintes de sua evidência. Por outro lado, as pesquisas não problematizam o processo de interferência do pesquisador na mediação dos dados expressivos para a organização das compreensões finais sobre os fenômenos em estudo.

O *Journal of Phenomenological Psychology*

O periódico norte-americano *Journal of Phenomenological Psychology*, especializado na área, é o veículo de publicações mais antigo dedicado à associação entre fenomenologia e psicologia. Segundo Manganaro (2005), o JPP foi um dos principais promotores na difusão da psicologia fenomenológica nos EUA, impulsionado pela fértil tradição fenomenológica da *Duquesne University*. O periódico foi fundado em 1970

nessa universidade pelo Professor Amedeo Giorgi, numa tentativa de legitimar uma psicologia científica de base fenomenológica (Giorgi, 1998). A análise dos primeiros trabalhos publicados na revista permite destacar: 1) o diálogo da iniciante psicologia fenomenológica com abordagens consolidadas, como psicanálise e humanismo, 2) a fundamentação de pesquisas empíricas com autores da filosofia existencial; e 3) a investigação de vivências específicas a partir da releitura metodológica propiciada pela fenomenologia.

Os editores do periódico informam, na descrição do jornal, que o senso de fenomenologia adotado pela revista segue uma proposta "continental", o que significa afirmar que seguem a fenomenologia acadêmica consolidada na França e Alemanha no decorrer do século XX (Giorgi, 1998). Reconhecem, entretanto, que esse método pode ser entendido de diversas maneiras, não sendo objetivo privilegiar exclusivamente uma ou outra forma de compreensão.

No intervalo de tempo entre os anos 2000 e 2008, o periódico publicou 62 artigos científicos, dos quais apenas 21 podem ser considerados empíricos segundo os critérios pré-definidos. Desse montante, é possível afirmar que o destaque é a forte presença da sistematização técnica dos passos analíticos propostos por Giorgi (1985). Mais da metade dos artigos (13 itens) relatam basear-se no método fenomenológico-psicológico do psicólogo norte-americano. Isso pode ser explicado pela notoriedade de seu trabalho nos Estados Unidos, sendo certamente um dos principais difusores do método na psicologia acadêmica daquele país. Mas também pode ser entendido pela presença de Giorgi como editor-chefe da revista por cerca de 25 anos, permanecendo até hoje como editor associado.

Acompanhando a tendência do levantamento brasileiro, os instrumentos utilizados com maior frequência para a obtenção dos relatos vivenciais são a entrevista fenomenológica (6 itens) e a semiestruturada (8 itens). Em relação à organização metodológica dos trabalhos, constatou-se forte preocupação quanto à definição operacional da redução fenomenológica aplicada ao contexto empírico, diferentemente do observado nos artigos publicados no Brasil. A consequência direta dessa exposição mais clara das lógicas interpretativas e descritivas no uso do procedimento deslocou o foco da redução enquanto argumento

teórico para adentrar em seu território aplicativo. A descrição do processo redutivo é uma constante entre os artigos do JPP, fornecendo um quadro fiel e passível de avaliação quanto à transposição do método fenomenológico da filosofia para a psicologia.

De modo geral, a redução fenomenológica foi operacionalizada de acordo com a técnica de demarcação de unidades, ou procura de evidências essenciais da estrutura de um relato. Equipara-se, nesse sentido, ao modelo de redução eidética propagado nas pesquisas brasileiras, sendo enquadrada nesse procedimento a técnica de variação imaginativa livre. Cabe ao pesquisador, na execução da variação, exercitar sua criatividade para redefinir as possibilidades de evidência de um fenômeno, tomando como base os limites concretos do relato experiencial a que tem acesso. Como bem apontou Giorgi (2008), faz-se necessário o uso das variações imaginárias para que as significações atinjam estatuto de essências.

Ainda que não totalmente explicitados os critérios lógicos que regem a operação da redução eidética e, sobretudo, a variação imaginativa livre, as pesquisas norte-americanas parecem reconhecer a importância de se incluir uma explicação sobre essa orientação de pesquisa. Um exemplo dessa clareza é o modelo adotado por Sages e Szybek (2000), em que a redução é definida como busca por intencionalidades em um relato experiencial. Ao contrário da proposta de Giorgi (1985), na qual um relato é separado em unidades de sentido definidas pelo pesquisador, os autores tentam diminuir as interferências interpretativas na tematização, realizando duas modalidades de análise: 1) modalidade de função (perceptivo, significativo, imaginativo); e 2) modalidades dóxicas (certeza, dúvida, possibilidade). A síntese dessas análises revelaria as intencionalidades de um depoimento experiencial. Através desses critérios, o trabalho de organização compreensiva do texto obteria uma sistematização analítica mais descritiva e menos hermenêutica.

Outra alternativa para a definição dos procedimentos de redução é a citada por van Manen (1990), em que a busca por essencialidades estruturais do vivido - redução eidética - dá-se pelo permanente retorno, durante a tematização, à pergunta de pesquisa. Proceder-se-ia, nesse formato, a um reconhecimento dos objetivos e pressupostos envolvidos no processo de

compreensão das mensagens do relato, e não a uma negação dos valores pessoais vinculados à percepção de determinado fenômeno, como pode sugerir o preceito lógico de suspensão de crenças em uma realidade - *epoché*.

Um terceiro modelo de tematização e análise fenomenológica é o sugerido por Sells et al. (2004), segundo os quais a leitura dos relatos dos participantes deve gerar uma narrativa em primeira pessoa, com o conteúdo identificado pelo pesquisador como significativo. O pesquisador deixa de emitir um relatório ou uma revisão em terceira pessoa do esqueleto essencial da experiência do entrevistado, para assumir a função de mediação experiencial na constituição de uma leitura compreensiva sobre o relato. A técnica da tematização de Sells et al. (2004) orienta-se por uma ferramenta lógica hermenêutica nomeada "pontes empáticas". Proposta semelhante a essa técnica são as "versões de sentido", descritas no Brasil por AmatuZZi (2001).

Considerações Finais

O levantamento e análise realizados indicam que a utilização do método fenomenológico está crescendo no Brasil, associada a grupos de pesquisa em programas de pós-graduação *stricto sensu*. Também atesta o interesse de jovens pesquisadores pelo estudo da fenomenologia. Há, entre os autores dos estudos revisados, variações interpretativas e operacionais quanto ao entendimento e uso do método, o que é consistente com a trajetória do movimento fenomenológico. De modo geral, pode-se afirmar, primeiro, que o método vem sendo empregado como uma atitude de escuta acolhedora e não crítica ao material que aparece à análise do pesquisador, donde a predominância é o uso de entrevistas; segundo, que o método vem sendo um recurso privilegiado para o estudo das vivências subjetivas.

Uma pergunta que às vezes se faz é o que especifica o método fenomenológico dentre as muitas modalidades de pesquisas qualitativas. Primeiro, pode-se argumentar que o método não se restringe à pesquisa qualitativa. É primordialmente um instrumento de análise lógica e de confronto à realidade, uma persistente desconfiança sobre o que está posto. Nesse sentido, a descrição fenomenológica poderá contar com as mais variadas fontes de informação, inclusive a estatística.

Na verdade, a atitude exploratória e compreensiva da fenomenologia tornou-se referência para os métodos qualitativos em geral, mas o método se caracteriza pela técnica da redução fenomenológica e pela explicitação da suspensão de juízos. Embora tal condição seja reafirmada continuamente, é o esclarecimento e transparência desse recurso que fortalecerá a análise e cumprirá as exigências de transparência e rigor. É a clareza da redução que elucidará o inesperado, a surpresa, o novo da interpretação, permitindo a replicação e novas descobertas. Essa condição certamente é uma meta que preocupa e desafia aos praticantes do método.

Além das repercussões acerca da pluralidade na definição de um programa de pesquisa fenomenológica em psicologia, existem incertezas em torno do procedimento de mediação entre dados descritivos e interpretações analíticas. O recurso da variação imaginativa, que rege a ordem dessa mediação, requer explicitação da lógica pela qual se efetiva. Seja qual for, é importante que fique claro o modo como o pesquisador interpretou seu fenômeno de estudo. Nesse ponto, questiona-se o sentido ético da orientação do investigador sobre o direcionamento de sua mediação entre referente e significado atribuído. Ou seja, como seria possível avaliar, ou mesmo dialogar com a aplicação de um método investigativo, se a lógica instrumental desse método não é descrita? Esse, certamente, é um desafio permanente ao uso do método.

A fenomenologia não é mais uma novidade e tampouco pode ser reduzida às preocupações humanistas e existenciais. Constitui-se um modo original de reflexão epistemológica que depois levará à revisão das práticas científicas em geral. Nesse sentido, seria um contrassenso defendê-la como extensão das teorias mencionadas. Desenvolvimentos futuros do método fenomenológico não poderão desconsiderar a trajetória histórica do movimento, seja para o estudo da subjetividade ou das muitas possibilidades que oferece às neurociências, às ciências naturais, às ciências jurídicas e à relação entre humanos e tecnologia.

Enfim, espera-se que o estudo e a utilização do método continuem em desenvolvimento nos próximos anos, tendo em vista as contribuições que o pensar fenomenológico pode trazer para as ciências e para as relações entre pessoas, grupos e países. Espera-se

também que esse desenvolvimento possa aprimorar formas diferenciadas no contexto empírico da psicologia, assim como problematizar o processo de mediação dos pesquisadores no trabalho com dados experienciais.

Referências

- Anstoos, C. M. (1996). Reflections and visions: an interview with Amedeo Giorgi. *The Humanistic Psychologist*, 24 (1), 3-27.
- Amatuzzi, M. M. (1996). Apontamentos acerca da pesquisa fenomenológica. *Estudos de Psicologia* (Campinas), 13 (1), 5-10.
- Amatuzzi, M. M. (2001). *Por uma psicologia humana*. Campinas: Editora Alínea.
- Amatuzzi, M. M. (2009). Psicologia fenomenológica: uma aproximação teórica humanista. *Estudos de Psicologia* (Campinas), 26 (1), 93-100. doi: 10.1590/S0103-166X2009000100010.
- Ashworth, P. (2003). An approach to phenomenological psychology: the contingencies of the lifeworld. *Journal of Phenomenological Psychology*, 34(2), 145-156.
- Castro, D. S. P. (2000). A articulação do método fenomenológico com as ciências humanas: a proposta da Fenpec-Umesp. In D. S. P. Castro (Org.), *Fenomenologia e análise do existir* (pp.41-64). São Bernardo do Campo: Editora da Umesp.
- Davidson, L. (2004). Phenomenology and contemporary clinical practice: introduction to special issue. *Journal of Phenomenological Psychology*, 35 (2), 149-162.
- Forghieri, Y. C. (1992). A Investigação fenomenológica da vivência: justificativa, origem, desenvolvimento, pesquisas realizadas. In R. M. S. Macedo (Org.), *Mapeamento da pesquisa em psicologia no Brasil* (n.2, pp.19-42). São Paulo: Cadernos da ANPEPP.
- Gallagher, S. (2003). Phenomenology and experimental design toward a phenomenologically enlightened experimental science. *Journal of Consciousness Studies*, 10 (9-10), 85-99.
- Gallagher, S., & Sorensen, J.P. (2006). Experimenting with phenomenology. *Consciousness and Cognition: an International Journal*, 15 (1), 119-134.
- Gauer, G., Gomes, W., & Holanda, A. (2004). Psicologia humanista no Brasil. In M. Massimi (Org.), *História da psicologia no Brasil do século XX* (pp.87-104). São Paulo: E.P.U.
- Giorgi, A. (1970). *Psicologia como ciência humana: uma abordagem de base fenomenológica*. Belo Horizonte: Interlivros.
- Giorgi, A. (1985). *Phenomenology and psychological research*. Pittsburgh: Duquesne University Press.
- Giorgi, A. (1998). The origins of the journal of phenomenological psychology and some difficulties in introducing phenomenology into scientific psychology. *Journal of Phenomenological Psychology*, 29 (2), 161-176.

- Giorgi, A. (2006). Difficulties encountered in the application of the phenomenological method in the social sciences. *Análise Psicológica*, 24 (3), 353-361.
- Giorgi, A. (2008). Sobre o método fenomenológico utilizado como modo de pesquisa qualitativa nas ciências humanas: teoria, prática e avaliação. In J. Poupart (Org.), *A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos* (pp.386-409). Petrópolis: Vozes.
- Gomes, W. B. (2008). A distinção de procedimentos técnicos e lógicos na análise fenomenológica do exercício didático: o que é uma boa aula de psicologia? *Revista da Abordagem Gestáltica*, 13 (2), 228-240.
- Gomes, W. B., Rosemberg, D., Alencastro, L. S., & DeCastro, T. G. (2008). Reversibilidade entre percepção e expressão na experiência cinematográfica: a completção gestáltica para campo multiestável. *Revista da Abordagem Gestáltica*, 14 (2), 161-171.
- Husserl, E. (2000). *A idéia da fenomenologia*. Lisboa: Edições 70. (Originalmente publicado em 1907).
- Husserl, E. (2001). *Logical investigations*. Florence: Routledge. (Originally published in 1901).
- Husserl, E. (2006). *Idéias para uma fenomenologia pura e para uma filosofia fenomenológica*. São Paulo: Idéias & Letras. (Originalmente publicado em 1913).
- Manganaro, P. (2005). Desenvolvimentos da fenomenologia nos Estados Unidos da América e na Grã-Bretanha. *Memorandum*, 8, 72-78.
- Mora, J. F. (2007). *Diccionario de filosofia abreviado*. Buenos Aires: Mondadori.
- Moreira, V. (2004). O método fenomenológico de Merleau-Ponty como ferramenta crítica na pesquisa em Psicopatologia. *Psicologia: Reflexão & Crítica*, 17 (3), 447-456.
- Moreira, V., & Guedes, D. (2007). Largada pelo marido! O estigma vivido por mulheres em Tianguá-CE. *Psicologia em Estudo*, 12 (1), 71-79.
- Polkinghorne, D. E. (1989). Phenomenological research methods. In R. S. Valle & S. Halling (Orgs.), *Existential-phenomenological perspectives in psychology: exploring the breadth of human experience* (pp.41-60). New York: Springer.
- Sages, R., & Szybek, P. (2000). A phenomenological study of students' knowledge of biology in a swedish comprehensive school. *Journal of Phenomenological Psychology*, 31 (2), 155-187.
- Sells, D., Topor, A., & Davidson, L. (2004). Generating coherence out of chaos: examples of the utility of empathic bridges in phenomenological research. *Journal of Phenomenological Psychology*, 35 (2), 253-272.
- Spiegelberg, H. (1982). *The phenomenological movement: a historical introduction*. Boston: Martinus Nijhoff.
- van Manen, M. (1990). *Researching lived experience: human science for an action-sensitive pedagogy*. Albany, NY: Suny Press.
- van Manen, M. (2002). *Phenomenology inquiry*. Retrieved January 12, 2009, from <<http://www.phenomenologyonline.com>>.
- Varela, F. J. (1996). Neurophenomenology: a methodological remedy to the hard problem. *Journal of Consciousness Studies*, 3 (4), 330-350.
- Zahavi, D. (2004). Phenomenology and the project of naturalization. *Phenomenology and the Cognitive Sciences*, 3 (4), 331-347.
- Zilles, U. (1996). *A crise da humanidade européia e a filosofia*. Porto Alegre: EDIPUCRS.

Recebido em: 30/6/2009
Aprovado em: 29/10/2010

Saúde mental e diferentes horários de trabalho para operadores de petróleo

Mental health and different work shifts for oil industry workers

Silvânia da Cruz **BARBOSA**¹

Livia de Oliveira **BORGES**²

Resumo

Esta pesquisa identificou perfis de saúde mental em uma amostra de 144 operadores de petróleo engajados em diferentes horários de trabalho. Aplicaram-se os instrumentos: Questionário de Saúde Geral (versão reduzida de 12 itens), Escala de Autoestima, Escala de Afetos Positivos e Negativos e a escala de atributos valorativos do Inventário de Motivação e Significado do Trabalho. Os fatores empíricos foram usados como indicadores para medir cinco dimensões de saúde mental propostas no modelo ecológico de Peter Warr. Identificaram-se quatro perfis de saúde mental: Equilibrado, Ansioso, Oscilante e Satisfatório. Analisando a variância dos perfis por horário de trabalho (análise de conglomerados), observou-se que os operadores engajados no turno ininterrupto de revezamento e no regime de sobreaviso tendem a apresentar os perfis Equilibrado e Satisfatório, enquanto os que trabalham nos regimes administrativo e administrativo de campo, os perfis Ansioso e Oscilante.

Unitermos: Análises estatísticas. Bem-estar subjetivo. Jornada de trabalho. Saúde mental.

Abstract

This research identified mental health profiles in a sample of 144 oil industry workers engaged in different work shifts. The following questionnaires were applied: General Health Questionnaire (reduced version consisting of 12 items), Self-Esteem Scale, Positive and Negative Affect Scale and the scale of value attributes in the Motivation Inventory and Meaning of Work. Empirical factors were used as indicators to measure five dimensions of mental health in accordance with Peter Warr's ecological model. Four profiles of mental health were identified: 1) Balanced, 2) Anxious, 3) Oscillating; and 4) Satisfactory. When the variation in profiles was analyzed per work shift (cluster analysis), it was observed that the oil industry workers engaged in continuous, rotating shifts and on standby shifts tend to present the balanced and satisfactory profiles, while those working in the areas of administration and field administration tend to present anxious and oscillating profiles.

Uniterms: Statistical analysis. Subjectivity. Work hours. Mental health.

O horário de trabalho tem potencial de estruturação do tempo e de organização da vida das pessoas, conforme a literatura especializada vem tratando

(Blanch, 1996; Blanch, Espuny, Gala & Martín, 2003; Garrido, 2006; Jahoda, 1987; Kohn & Schooler, 1983; Locke & Taylor, 1990). Representa, então, uma das dimensões das condi-

▼▼▼▼▼

¹ Universidade Estadual da Paraíba, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Departamento de Psicologia. R. das Baraúnas, 35, Universitário, 58429-500, Campina Grande, PB, Brasil. Correspondência para/Correspondence to: S.C. BARBOSA. E-mail: <silv.barbosa@gmail.com>.

² Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Filosofias e Ciências Humanas, Departamento de Psicologia. Belo Horizonte, MG, Brasil.

Agradecimentos: à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior e ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, ao Programa Integrado de Pós-Graduação em Psicologia Social da Universidade Federal do Rio Grande do Norte e a Universidade Estadual da Paraíba.

ções de trabalho que mais geram impacto na vida e bem-estar psicológico dos trabalhadores. Segundo Garrido (2006), quando um trabalhador perde controle sobre a organização do tempo e passa a conviver com mudanças consecutivas de turno, com jornadas excessivamente longas e rápidas rotações dos dias de descanso, sua saúde psíquica pode estar em risco.

Tendo em vista a frequência, cada vez maior, de horários noturnos e de turnos alternados de trabalho na atual sociedade 24 horas e, diante dos possíveis riscos que eles podem causar, cresce o interesse no campo da saúde mental e trabalho em estudar como tais horários afetam o trabalhador. Partilhando desse interesse, a presente pesquisa foi desenvolvida com o objetivo de identificar os perfis de saúde mental dos operadores de petróleo da Petrobrás atuantes na Bacia Potiguar, diferenciados por horário de trabalho.

Como dentro desse campo de conhecimento existem muitas abordagens sobre o que seja saúde mental, a seção seguinte será dedicada a esclarecer o conceito que fundamentou a presente pesquisa.

O conceito de saúde mental segundo o modelo ecológico de Warr

Até meados do século passado predominou na mentalidade científica uma concepção de saúde como se fosse ausência de doença. Nesse ponto de vista, as doenças tinham causas biológicas e pouca relação com os problemas psicológicos e sociais, o que conduziu muitas pesquisas em Psicologia Organizacional e do Trabalho a focalizarem quase que exclusivamente aspectos negativos da saúde (enfermidades).

A partir de 1948, quando a Organização Mundial de Saúde (OMS) definiu a saúde como *“um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não somente como ausência de enfermidades”* (World Health Organization - WHO, 1948), a saúde passou, gradualmente, a ser vista de forma menos reducionista e mais integral. Apesar das críticas existentes atualmente sobre tal conceito, como sua baixa utilidade para diferenciar qualidades e intensidades de saúde, e das tendências atuais da própria WHO para atualizá-lo com a intenção de torná-lo mais mensurável (Benavides, García & Ruiz-Frutos, 2004), tal conceito foi um marco no estabelecimento da tendência nas pesquisas de identificar também os aspectos positivos de saúde.

O conceito proposto pela WHO atende à complexidade do construto, sendo congruente com a ideia de que a enfermidade física é apenas uma das manifestações do desequilíbrio orgânico, e de que se devem levar em conta os aspectos psicológicos e sociais para compreender a saúde. A partir de 1960, intensificaram-se os avanços científicos, sendo incorporados cada vez mais nas pesquisas os fatores não biológicos (como meio ambiente, aspectos sociodemográficos, condições de vida e fatores de experiência) para melhor entender os processos de saúde e doença.

Mesmo tendo percorrido um longo caminho evolutivo, o conceito de saúde ainda continua amplo, ambíguo e de difícil operacionalização, visto que é carregado dos valores sociais predominantes em cada tempo e lugar (Canguilhem, 1995; Ogden, 1999; Warr, 1987). Sendo produto de uma construção sócio-histórica, não há uma definição de saúde universalmente aceita e aplicável a todos os povos, épocas e culturas, podendo os processos psicológicos ser descritos e interpretados de diferentes formas, dependendo da perspectiva teórica de cada autor.

Conforme o enfoque adotado, a saúde pode ser vista, num sentido clínico, como ausência de sintomas de mal-estar. Pode, também, ser vista como um estado de bem-estar psicológico e social de um indivíduo ou grupo de indivíduos num dado contexto sociocultural, indicando sentimentos positivos (prazer, satisfação, comodidade) ou negativos (ansiedade, depressão, insatisfação). Por sua vez, os componentes e processos da saúde podem ser tomados como variáveis indicadoras de condutas de enfrentamento a situações continuamente desgastantes, ou podem ser tomados como variáveis preditoras de uma vida saudável, resultante de práticas preventivas contra doenças.

No campo de estudo em saúde mental e trabalho, no qual a presente pesquisa se insere, existem diferentes formas de abordar a saúde, mas dadas as especificidades de suas bases epistemológicas, todas elas compreendem a problemática da saúde no trabalho a partir de fatores antecedentes e das conseqüências para o indivíduo e para seu contexto laboral. As principais diferenças encontradas nessas abordagens dizem respeito à definição dos indicadores que podem focalizar aspectos de saúde, da doença ou do processo saúde/doença, abrangendo indicadores de bem-estar, mal-estar

ou a integração de ambas as dimensões (Mendes & Cruz, 2004).

Dentro desse campo existem também diferentes modelos teóricos que permitem identificar fatores benéficos e/ou prejudiciais à saúde mental (psiquiátrico, psicanalítico, comportamentalista, cognitivo, psicossocial etc.), com conceitos, termos e estilos discrepantes entre si.

No modelo elaborado por Warr (1987), denominado ecológico, esses fatores são de caráter psicossocial e estão fortemente relacionados com o conteúdo do trabalho, com as condições de emprego, com a organização do trabalho e com as relações interpessoais que se estabelecem dentro do ambiente laboral. Nesse modelo, o conceito de saúde mental não é tomado no sentido psicopatológico, e sim, como sinônimo de bem-estar psicológico ou equilíbrio emocional. Portanto, estar mentalmente saudável significa manter um equilíbrio entre as experiências emocionais positivas e negativas, de modo que os sentimentos positivos prevaleçam sobre os negativos.

Associadas às divergências conceituais, há também divergências terminológicas. Assim, expressões como saúde mental, saúde psíquica, bem-estar psicológico, entre outras, são usadas sem suficiente e clara diferenciação conceitual. Aqui, emprega-se o termo saúde mental por ser aquele mais consolidado e o empregado no modelo ecológico, que se passa a descrever mais detidamente.

O modelo ecológico de Warr (1987) considera que a saúde mental é composta por cinco dimensões.

A primeira, denominada bem-estar afetivo, abrange vivências de estimulação e prazer que definem o quanto o indivíduo se sente bem internamente.

A segunda dimensão, denominada competência pessoal, define-se pela capacidade que o indivíduo tem para enfrentar as pressões do meio e solucionar problemas. Alerta-se, no entanto, que um baixo nível de competência nem sempre quer dizer que a saúde mental esteja deteriorada, pois, para que isso ocorra, é preciso que a primeira dimensão da saúde (bem-estar afetivo) esteja em um nível baixo.

A terceira dimensão, chamada autonomia, indica a capacidade da pessoa para atuar sobre as influências externas, fazendo valer suas próprias opiniões. Warr

(1987) explica que um bom nível de saúde mental requer certa independência para agir no ambiente e, também, que o indivíduo se sinta responsável pelo que faz.

A quarta dimensão, chamada aspiração, manifesta-se pelo grau de interesse e esforço despendido para buscar novas oportunidades e atingir os próprios objetivos valorados. Para o autor, um nível moderado de motivação ou aspiração repercute positivamente na saúde mental; em contrapartida, um nível muito baixo origina apatia e um nível muito elevado, ansiedade crônica.

Por fim, a quinta dimensão, chamada funcionamento integrado, distingue-se das demais por considerar a pessoa em sua totalidade, supondo um equilíbrio entre as outras dimensões.

Segundo o modelo ecológico, se o indivíduo apresenta *deficits* em uma ou mais dessas dimensões psíquicas, sua saúde pode estar em risco, sendo que os níveis de alterações psíquicas (baixos, constantes, elevados) variam entre os indivíduos de acordo com seus atributos pessoais e com a forma como percebem o ambiente em que estão inseridos. Os atributos pessoais moderam o impacto do ambiente sobre a saúde, sendo tais atributos avaliados por meio das dimensões de saúde, já explicitadas, e por meio dos aspectos sociodemográficos.

O ambiente e o horário de trabalho dos operadores de petróleo

Para que se possa entender a influência do horário de trabalho na saúde mental, é imprescindível buscar informações sobre o contexto laboral dos trabalhadores. O caminho escolhido para buscar essas informações constituiu uma etapa preliminar desta pesquisa, durante a qual foram revisadas literaturas, realizadas visitas *in loco* às estações produtivas (terrestres e marítimas) e analisados documentos de uso público fornecidos pelo sindicato dos petroleiros e pela própria empresa. Esses procedimentos foram úteis para se obter uma visão mais apropriada da realidade laboral dos participantes, possibilitando descrever o ambiente e os regimes de trabalho em que eles atuam diariamente na Petrobrás, conforme descrito a seguir.

A Bacia Potiguar é uma Unidade de Negócio da Petrobrás, situada entre o Rio Grande do Norte e o Ceará

(RN/CE), sendo que sua quase totalidade está no primeiro Estado, cobrindo um área de 48 mil km² mar adentro e uma profundidade de 2 mil metros. Nessa Unidade de Negócio existem três células organizacionais produtoras de petróleo, denominadas Ativos Produção, com sedes geograficamente localizadas nos municípios de: 1) Alto do Rodrigues (ATP-ARG), responsável pela produção da área leste da bacia potiguar; 2) Mossoró (ATP-MO), responsável pela produção de óleo e gás da área oeste da bacia potiguar; e 3) Guamaré (ATP-M), responsável pela produção marítima, sendo formado por um polo industrial e plataformas marítimas.

Segundo Rocha (2005), a Bacia Potiguar ocupa atualmente a posição de maior produtora terrestre de petróleo do país, detendo quinze concessões exploratórias. Os poços em produção estão majoritariamente situados no município de Mossoró, sendo que a maior parte da produção advém de Canto do Amaro (CAM), hoje o principal campo produtivo terrestre do país, respondendo por 35,4% de todo o petróleo terrestre produzido nacionalmente.

Os operadores de petróleo participantes da pesquisa exercem suas atividades diárias nas chamadas estações terrestres e/ou nas plataformas marítimas. Em visita às estações em terra, observou-se que elas ficam localizadas em áreas muito isoladas e distanciadas entre si, sendo ligadas por estreitas estradas de terra emaranhadas no meio da caatinga. Um operador sozinho é responsável por, no mínimo, três estações petrolíferas e, por isso, precisa estar constantemente se deslocando de uma estação a outra, chegando a percorrer longas distâncias durante toda a jornada de trabalho. Quanto às plataformas, são instalações complexas para exploração e produção do óleo. Operam distantes da costa marítima e, por isso, precisam funcionar com certo grau de autonomia. Essa localização implica um conjunto de ações coordenadas para manter os serviços de alimentação e alojamento da tripulação embarcada, bem como o fornecimento de água, energia, transportes (barcos e/ou helicópteros), serviços médicos e de comunicação, entre outros. Os operadores de petróleo podem exercer suas atividades em um dos seguintes horários de trabalho existentes na empresa:

1) Regime Administrativo (ADM): caracteriza-se por um expediente corrido de 8 horas diárias, perfazendo

um total de 40 horas semanais, com folga nos finais de semana. É aplicado aos que exercem serviços exclusivamente burocráticos.

2) Turno Ininterrupto de Revezamento (TIR): caracteriza-se por uma jornada diária de 12 horas e carga semanal de 33,6 horas. Nesse esquema, os grupos se revezam em turnos, cumprindo 14 dias de trabalho e 21 dias de folga. O revezamento funciona da seguinte forma: após sete dias de trabalho, os grupos têm sete dias de folga; em seguida ficam mais sete dias confinados e têm 14 dias de folga. Uma turma trabalha de 7h a 19h, e outra de 19h a 7h, sendo que aquela que trabalhou à noite, na semana seguinte trabalhará durante o dia. Esse horário se aplica aos que ficam confinados em terra ou, em alto mar (embarcados).

3) Regime Especial de Campo (REC): esse horário foi criado para atender a necessidades especiais da empresa (falta de empregados, licenças, férias etc.). Os empregados engajados nesse esquema também trabalham 12 horas diárias, com carga semanal de 33,6 horas, mas diferentemente do turno TIR, após uma semana de trabalho, folgam 12 dias. Esse horário é aplicado somente aos empregados que exercem atividades operacionais ou administrativas (não enquadradas como turno TIR) exercidas em locais confinados em áreas terrestres ou equipes sísmicas.

4) Regime de Sobreaviso: caracteriza-se por uma jornada diária de 12 horas, com 1,5 dia de folga para cada dia de trabalho. Nesse esquema, os operadores permanecem em estado de prontidão, podendo ser chamados a qualquer hora do dia ou da noite, inclusive em períodos de folga e momentos de descanso.

5) Regime Administrativo de Campo (ADM de Campo): horário semelhante ao do Regime Administrativo. A diferença é que, nesse esquema, trabalham operadores que se dividem entre o trabalho burocrático e de campo.

Por ocasião da pesquisa, esta última modalidade de horário ainda não havia sido oficializada, mas vinha sendo praticada desde 1993, regulada por circulares e norma interna. Os demais horários constavam no Acordo Coletivo de Trabalho (Petrobrás, 2005), sendo todos eles resultantes de negociações entre os empregados e a Companhia.

Método

A pesquisa de campo seguiu um *design* transversal, definido por Bordalo (2006) como um tipo de estudo no qual fator e efeito são observados num dado momento histórico. Insere-se, também, dentro do que Gil (1987) classifica como pesquisa descritiva, que visa caracterizar uma dada população ou fenômeno explorando relações entre variáveis, sem manipulá-las; e ainda dentro do que Bruyne, Herman e Schoutheete (1977) classificam de pesquisa comparativa, a qual procura identificar semelhanças e diferenças entre grupos.

Participantes

Nos três Ativos Produção que cobrem a Bacia Potiguar trabalhavam 536 operadores de petróleo em horários diferenciados. A amostra foi não probabilística porque o critério de abordagem às pessoas deu-se por acessibilidade e aceitabilidade em participar do estudo. Foram recolhidos 146 questionários válidos, mas, após análises preliminares das características sociodemográficas, verificou-se que no Regime Especial de Campo (REC) existiam apenas dois sujeitos. Por ser um grupo muito pequeno e estatisticamente inviável, resolveu-se excluí-lo das análises principais e, a partir dessa exclusão a amostra totalizou 144 sujeitos, sendo 38 lotados em Alto do Rodrigues (27,0%), 69 em Mossoró (48,0%), 36 em Guamaré (25,0%) e um (1,0%) que não especificou o local de trabalho.

A amostra correspondeu, então, a 27,0% da população com as seguintes características principais:

a maioria era casada (66,0%), do sexo masculino (96,0%), com idade entre 19 e 56 anos (Média - $M=39$; Desvio-
-Padrão - $DP=9,87$) e com filhos (79,0%). Quanto à escolaridade, 46,0% completaram o ensino médio e 42,0% possuíam nível superior. Todos ingressaram na Petrobrás por concurso público, variando quanto ao tempo de serviço na empresa de 1 a 28 anos ($M=15,5$; $DP=9,36$). A distribuição da amostra por regime de trabalho indica que a maioria (44,0%) trabalhava no turno TIR, enquanto 34,0% trabalhavam no regime ADM, 11,0% no Sobreaviso, 10,0% no ADM de Campo e 1,0% não respondeu.

Instrumentos

Para avaliar as cinco dimensões da saúde mental segundo o modelo ecológico, foram utilizados o Questionário de Saúde Geral (QSG-12), o fator Autoestima Negativa da Escala de Autoestima, a Escala de Afetos Positivos e Negativos e dois fatores valorativos (1) Justiça no Trabalho e (2) Autoexpressão e Realização Pessoal - do Inventário da Motivação e do Significado do Trabalho (IMST). A correspondência entre os fatores mensurados por esses questionários e as dimensões da saúde mental do modelo ecológico está sintetizada na Tabela 1.

O QSG-12 corresponde à versão resumida do Questionário de Saúde Geral criado por Goldberg (1972) para identificar transtornos mentais leves (não psicótico). É autoadministrável e, na maioria das pesquisas, é usado como instrumento unifatorial; no entanto, a pesquisa desenvolvida por Borges e Argolo (2002a; 2002b) aponta a adequação de mensurar dois fatores: 1) Deterioração da Autoeficácia, que diz respeito aos sentimentos de

Tabela 1. As cinco dimensões da saúde mental e seus indicadores. Natal (RN), 2008.

Dimensões da saúde mental	Conceito das dimensões de saúde mental	Indicadores
Bem-estar afetivo	Diz respeito ao quanto o indivíduo se sente bem internamente	Os fatores: Depressão e Tensão Emocional do QSG-12, Afetos Positivos e Afetos Negativos da escala de afetos, e Autoestima Negativa da escala de autoestima
Competência	Capacidade para enfrentar pressões do meio e solucionar problemas	O fator Deterioração da Autoeficácia do QSG-12
Autonomia	Capacidade para atuar sobre as influências externas e determinar as próprias opiniões	
Aspiração	Grau de interesse e esforço despendido para buscar oportunidades e atingir objetivos	Os fatores da escala de atributos valorativos do IMST (Justiça no Trabalho; Autoexpressão e Realização Pessoal)
Funcionamento integrado	Manifesta-se pela harmonia/equilíbrio entre todas as outras dimensões	Não foi usado nenhum indicador específico, e sim, o conjunto dos indicadores anteriores

competência percebida pelo sujeito na realização das atividades; 2) Depressão e Tensão Emocional, que diz respeito aos sentimentos de tensão e esgotamento emocional. Os 12 itens que compõem o instrumento investigam se o sujeito experimentou recentemente algum sintoma de transtorno mental, devendo sua resposta ser dada em uma escala de quatro pontos que varia de 0 a 3.

A Escala de Autoestima foi criada por Rosenberg (1965/1999) e conta com validação no Brasil realizada por Hutz (2002). Contém sete itens com respostas variando de '1' (concordo totalmente) a '4' (discordo totalmente), que permitem ao sujeito autoavaliar-se positiva ou negativamente.

A Escala de Afetos Positivos e Negativos foi elaborada por Diener e Emmons (1984) para avaliar a valência dos afetos. É composta por nove tipos de afeto, sendo quatro positivos (feliz, alegre, satisfeito e divertido) e cinco negativos (deprimido, preocupado, frustrado, raivoso e infeliz). Para equilibrar a quantidade de afetos, optou-se em seguir o procedimento usado nos estudos de Chaves (2003; 2007), em que se incluiu mais um afeto positivo: otimista. O objetivo da escala é avaliar quanto o sujeito tem experimentado cada uma das dez emoções dispostas no instrumento, em ordem numérica. A escala é formada por sete pontos que variam de '1', significando nada, a '7', significando extremamente. Segundo Chaves (2003), a comprovada adequação psicométrica dessa escala pode ser encontrada em pesquisas antecedentes.

O IMST foi elaborado por Borges e Alves-Filho (2001) para mensurar, no que diz respeito aos significados do trabalho, os atributos valorativos (o que o trabalho deve ser) e descritivos do trabalho (o que o trabalho é). Borges, Alves-Filho e Tamayo (2008) e Borges, Tamayo e Alves-Filho (2005) reavaliaram o referido inventário com amostras ocupacionais da cidade de Natal (RN), sendo que na última de suas pesquisas a amostra totalizou 555 pessoas, das quais 19,9% são os petroleiros que participaram da presente pesquisa. A estrutura fatorial encontrada por esses autores identificou que os atributos valorativos são mensuráveis por quatro fatores: Justiça no Trabalho (Alfa=0,91), Autoexpressão e Realização Pessoal (Alfa=0,82), Sobrevivência Pessoal e Familiar (Alfa=0,78) e Desgaste e Desumanização (Alfa=0,78).

Mesmo existindo estudos precedentes atestando a validade desses instrumentos, optou-se em repetir tais análises para confirmar se os parâmetros psicométricos das escalas estavam adequados à amostra. Aplicou-se, então, análise fatorial para verificar se os itens se agrupavam nos fatores previstos, e estimaram-se os coeficientes de *Alfa de Cronbach* (α) para verificar a consistência interna dos fatores. No QSG-12 foram identificados dois fatores: o primeiro com valor próprio (*eigenvalue*) de 5,72 e o segundo de 8,64, explicando, conjuntamente, 56,3% da variância total. Os fatores contam com itens com cargas fatoriais superiores a 0,30, correspondentes a Depressão e Tensão Emocional (Alfa = 0,87) e Deterioração da Autoeficácia (Alfa = 0,79).

Na escala de Autoestima foram identificados dois fatores com *eigenvalues* de 2,99 e 1,19, respectivamente, explicando, conjuntamente, 59,6% da variância total. O instrumento ficou constituído por 6 itens com cargas fatoriais acima de 0,30 correspondentes aos fatores Autoestima Negativa (Alfa=0,77) e Autoestima Positiva (Alfa=0,61), sendo que apenas o primeiro fator foi usado na pesquisa, e o segundo foi descartado por apresentar baixa consistência interna. Na Escala de Afetos Positivos e Negativos identificaram-se dois fatores com *eigenvalues* de 6,07 e 1,14, respectivamente, ambos explicando 72,2% da variância total. O instrumento ficou constituído por 10 itens com cargas fatoriais superiores a 0,40, correspondentes aos fatores Afetos Negativos (Alfa=0,91) e Afetos Positivos (Alfa=0,87).

No IMST, o tamanho da amostra (N=144) foi insuficiente para aplicar a análise fatorial. Contudo, considerou-se a variância dos escores nos fatores e a adequação para funcionar como indicadores da dimensão aspiração do modelo ecológico, concluindo que apenas os fatores (1) Justiça no Trabalho e (2) Autoexpressão e Realização Pessoal eram adequados.

Para caracterizar a amostra (idade, estado civil, escolaridade, tempo de serviço etc.) foi utilizada uma ficha sociodemográfica, sendo as respostas resumidas na seção que descreve os participantes da pesquisa.

Procedimentos

As respostas contidas nos questionários foram digitadas na forma de banco de dados do *Statistical Package for the Social Science for Windows* (SPSS), por meio

do qual foram realizadas as seguintes análises: estatísticas descritivas (média, desvio padrão e frequência) para caracterizar a amostra; análises fatoriais para verificar a validade dos instrumentos (referidas na seção anterior); estimativas dos escores em todos os fatores das escalas usadas, sendo que na escala de Autoestima inverteu-se o sentido da escala que passou a variar de “discordo totalmente” a “concordo totalmente”; análise de conglomerados (*Cluster*) para identificar os perfis de saúde mental da amostra; e, por fim, teste de Qui-quadrado para avaliar a interdependência entre a distribuição dos perfis e o regime de trabalho.

Resultados e Discussão

Conforme explicitado na Tabela 1, a saúde mental dos participantes da amostra foi avaliada considerando cinco dimensões do modelo ecológico, mensuradas por meio de sete fatores empíricos. Assim, a primeira dimensão (Bem-estar afetivo) foi avaliada pelos fatores Depressão e Tensão Emocional, Afetos Negativos, Afetos Positivos e Autoestima Negativa.

No QSG-12, quanto mais elevada a pontuação nos fatores, maiores os prejuízos à saúde mental. A média da amostra no fator Depressão e Tensão Emocional foi de 1,04 (Tabela 2), indicando que os participantes apresentaram tendência a reduzida depressão e tensão emocional, já que a escala variava de 0 a 3. No entanto, o desvio-padrão chamou atenção para a variação dos escores, visto que 50 participantes apresentaram escores entre 1 e 2, enquanto 12 participantes apresentaram escores superiores a 2. Portanto, 43% dos participantes apresentaram sintomas depressivos e de esgotamento emocional.

Na escala de Afetos Positivos e Negativos, quanto maiores as pontuações atribuídas às emoções positivas, melhor a saúde mental (escores a partir de 5) e, quanto menores as pontuações atribuídas às emoções negativas (escores até 3), também melhor a saúde mental. A Tabela 2 aponta que a média no fator Afetos Negativos foi menor do que a média encontrada no fator Afetos Positivos (2,79 e 4,83, respectivamente), indicando que entre os participantes prevaleceram sentimentos positivos. Para identificar se existia diferença estatisticamente significativa entre os afetos positivos e negativos, aplicou-se o teste *t*. O resultado ($t=-11,1; p\leq 0,001$) confirma que a amostra tendia a experimentar mais afetos positivos que negativos.

Na escala de Autoestima, quanto mais o indivíduo concorda com os enunciados positivos e quanto mais discorda dos enunciados negativos, melhor sua autoestima. A Tabela 2 mostrou que a média no fator Autoestima Negativa foi de 1,73, com desvio-padrão baixo, considerando que a escala é de 0 a 7. Observou-se que 110 participantes apresentam escores inferiores ou iguais a 2, indicando que os operadores de petróleo tendem a apresentar baixa autoestima negativa.

Os resultados estatísticos apresentados revelam que a maioria da amostra tendeu a experimentar um bem-estar afetivo positivo. Em outras palavras, a dimensão de bem-estar afetivo encontrou-se resguardada para a maioria. No entanto, foi muito ampla a proporção de participantes com sintomas depressivos e de tensão emocional.

A segunda dimensão da saúde (Competência) e a terceira (Autonomia) foram avaliadas pelo fator Deterioração da Autoeficácia do QSG-12. Altos escores no referido fator indicam que o indivíduo não se percebe

Tabela 2. Média da distribuição e desvio-padrão nos fatores usados para medir as dimensões de saúde mental. Natal (RN), 2008.

Dimensões de saúde psíquica	Escalas	Fatores	Média	Desvio-padrão
Bem-estar afetivo	QSG-12	Depressão e tensão emocional	1,04	0,61
		Afetos Positivos e Negativos		
			Afetos negativos	2,79
		Afetos positivos	4,83	1,15
	Autoestima	Autoestima negativa	1,73	0,76
Competência e autonomia	QSG-12	Deterioração da autoeficácia	0,54	0,59
Aspiração	IMST	Justiça no trabalho	3,0	0,66
		Autoexpressão e realização pessoal	3,1	0,61

QSG-12: questionário de saúde geral; IMST: inventário da motivação e do significado do trabalho.

realizando bem suas atividades profissionais. A média da amostra nesse fator foi de 0,54 (Tabela 2), indicando uma tendência de percepção de baixa dificuldade entre os operadores para executar as tarefas. O desvio-padrão, entretanto, não foi baixo ($DP=0,68$). Detendo-se mais detalhadamente na distribuição, observou-se que 116 participantes apresentaram escores inferiores ou iguais a 1, enquanto 25 participantes tiveram escores entre 1 e 2, e apenas 3 participantes, escores superiores ou iguais a 2. Encontrar uma proporção de 19,4% dos participantes ($n=28$) com escores em faixa de risco ou elevados deve ser visto como um sinal de alerta. Em síntese, embora predominassem sentimentos positivos referentes às dimensões de Competência e Autonomia para a maioria, havia um grupo necessitando de atenção nessas dimensões.

Para avaliar a quarta dimensão da saúde (Aspiração), tomaram-se os escores atribuídos pelos participantes aos fatores valorativos do IMST: Justiça no Trabalho e Autoexpressão e Realização Pessoal. A Tabela 2 mostra que as médias encontradas estão muito próximas entre si, sendo de 3,1 para o fator Autoexpressão e Realização Pessoal, e de 3,0 para o fator Justiça no Trabalho, o que indica que os operadores desejam igualmente e de forma muito intensa esses dois aspectos de trabalho.

Segundo Warr (1987), níveis muito altos de aspiração não devem ser considerados *a priori* bons resultados, visto que podem estar gerando ansiedade nos indivíduos, seja porque eles não percebem êxito em seus esforços, seja porque suas expectativas estão acima do que é possível conseguir. Considerando que nesses resultados predominaram níveis elevados de aspiração e que na primeira dimensão da saúde (bem-estar afetivo) existem 43,0% dos participantes mencionando sintomas depressivos e de tensão emocional, estimaram-se os coeficientes de correlação entre os escores nos fatores Justiça no Trabalho e Autoexpressão e Realização Pessoal com os escores no fator Depressão e Tensão Emocional. Encontraram-se respectivamente $r=-0,17$ ($p\leq 0,05$) e $r=-0,22$ ($p\leq 0,01$), indicando que os níveis de aspiração encontrados podem estar entre as causas de tensão, produzindo ansiedade nos participantes.

Como a quinta e última dimensão da saúde (Funcionamento integrado) manifesta-se pelo equilíbrio entre as quatro dimensões antes referidas, não se usou

nenhum indicador específico para avaliá-la, e sim, o conjunto dos escores obtidos nas demais dimensões por cada participante. Aplicou-se, então, a Análise de Conglomerados ao conjunto dos escores nos sete fatores indicadores da saúde psíquica, para melhor analisar como a saúde integral se manifestava na amostra. Essa técnica possibilita identificar como os participantes combinam os escores atribuídos aos vários indicadores do bem-estar psicológico. Em outras palavras, a técnica divide a amostra em subgrupos, combinando seus escores de modo a evidenciar diferenças significativas entre eles e, ao mesmo tempo, as semelhanças dentro do próprio grupo. Uma vez aplicada a Análise de Conglomerados, foram identificados quatro grupos com os seguintes perfis de bem-estar psicológico: 1) Bem-estar psicológico Equilibrado, 2) Bem-estar psicológico Ansioso, 3) Bem-estar psicológico Oscilante e, 4) Bem-estar psicológico Satisfatório (Tabela 3).

Conforme a Tabela 3, o primeiro perfil (Equilibrado) é compartilhado por 58 participantes, sendo esse o grupo mais numeroso e o que apresenta as maiores médias em Afetos Positivos e em Autoexpressão e Realização Pessoal; inclusive dentro do próprio grupo essas são também as duas maiores médias, seguidas de Justiça no Trabalho. Apresenta os menores escores em Deterioração da Autoeficácia, em Depressão e Tensão Emocional, em Afetos Negativos e em Autoestima Negativa. Provavelmente esse grupo experimenta certo grau de ansiedade na luta por realização profissional e por melhores condições de trabalho; contudo, tem elevados escores nos sentimentos positivos e baixos escores nos negativos, o que o classifica como um grupo que se apresenta com a saúde mental equilibrada.

O segundo perfil (Ansioso) é compartilhado por 23 participantes, com as maiores médias em Afetos Negativos em comparação aos outros grupos. Dentro do grupo, as médias em Afetos Negativos e em Afetos Positivos são as mais altas e, como estão próximas, denota que existe certa oscilação e/ou ambiguidade entre esses dois tipos de sentimentos, sendo os negativos mais prevalentes. Também pontua alto em Autoexpressão e Realização Pessoal e em Justiça no Trabalho, e destaca-se por ter a maior média em Depressão e Tensão Emocional, o que o classifica como o grupo que, provavelmente, venha experimentando mais ansiedade.

Tabela 3. Combinação dos escores nos diferentes indicadores do bem-estar psicológico (n=143). Natal (RN), 2008.

Indicadores do bem-estar psicológico	Perfis de saúde mental			
	Equilibrado	Ansioso	Oscilante	Satisfatório
Depressão e tensão emocional	0,64	1,89	1,48	0,92
Deterioração da autoeficácia	0,22	1,00	1,23	0,40
Afetos negativos	1,90	4,75	3,61	2,61
Afetos positivos	5,83	3,20	4,26	4,58
Autoestima negativa	1,48	1,88	2,79	1,52
Justiça no trabalho	3,05	3,10	2,10	3,15
Autoexpressão e realização pessoal	3,30	3,12	2,36	3,23
Participantes (n)	58	23	18	44

Nota: A aplicação da análise de *Cluster* abrange o desenvolvimento de ANOVA que indicou que todas as variáveis consideradas são capazes de diferenciar significativamente os grupos ($p \leq 0,001$).

O terceiro perfil (Oscilante) agrupa 18 participantes com pontuações altas e aproximadas em Afetos Positivos e em Afetos Negativos, o que denota oscilação e/ou ambiguidade entre esses dois sentimentos, sendo que, diferentemente do segundo grupo, os sentimentos positivos são levemente prevalentes. Também se destaca como o grupo que pontua mais alto em Deterioração da Autoeficácia e em Autoestima Negativa e tem a segunda maior média em Depressão e Tensão Emocional. Provavelmente, os participantes com esse perfil são os que mais experimentam dificuldades em realizar as atividades e tendem a se autoavaliar mais negativamente.

O quarto perfil (Satisfatório) agrupa 44 participantes com altas pontuações em Afetos Positivos e em Justiça no Trabalho. Em Autoexpressão e Realização Pessoal tem médias muito próximas aos dois primeiros grupos. Esse grupo, semelhante ao primeiro, experimenta tensão, porém em doses aceitáveis que não comprometem a saúde mental.

Observou-se nesses resultados que Afetos Positivos foi o indicador que mais se destacou favoravelmente em todos os grupos e que, embora o fator Depressão e Tensão Emocional não tenha pontuado alto, a ansiedade se mostrou evidente nos grupos, sobretudo quando se leva em conta as altas médias para os indicadores que mediram a dimensão aspiração. Em síntese, o funcionamento integrado dos operadores de petróleo encontra-se preservado para a maioria (71,3%), mas a soma dos participantes com perfis Ansioso e Oscilante revela quase um terço da amostra (28,7%) com a saúde mental desgastada, o que deve servir como alerta para

que medidas recuperativas do equilíbrio emocional possam ser tomadas.

Comparando os grupos segundo os perfis de saúde (conglomerados) por características sociodemográficas, encontraram-se diferenças significativas nas médias de tempo de serviço ($F=8,18$; $p \leq 0,001$) e idade ($F=4,99$; $p \leq 0,01$), indicando que os participantes com mais idade e tempo de serviço tendem a apresentar perfil Equilibrado ou Satisfatório (mais bem-estar), enquanto os participantes com menos idade e tempo de serviço tendem a apresentar perfis Ansioso ou Oscilante (menos bem-estar), conforme se vê na Tabela 4.

Como as atividades dos operadores de petróleo são complexas e altamente arriscadas, é possível que os fatores idade e tempo de serviço estejam sendo traduzidos como acúmulo de experiência profissional. Assim, para eles, quanto mais experiência adquirida, mais conforto psicológico para enfrentar a complexidade e os riscos diários que envolvem a tarefa.

Os horários de trabalho e a saúde mental dos operadores de petróleo

Para analisar a variabilidade dos perfis de saúde mental da amostra (*clusters*) por horário de trabalho, elaborou-se uma tabela de dupla entrada e aplicou-se o teste de Qui-quadrado. O resultado [$\chi^2(9,142)=20,17$; $p \leq 0,02$] rejeita a independência entre as duas variáveis. Conforme se vê na Tabela 5, as pessoas engajadas nos regimes TIR e Sobreaviso tendem a apresentar perfis de saúde mental Equilibrado e Satisfatório, enquanto as que trabalham nos regimes ADM de Campo e ADM tendem a apresentar perfis Ansioso e Oscilante.

Tabela 4. Síntese geral dos perfis do bem-estar psicológico e características sociodemográficas. Natal (RN), 2008.

Perfis do bem-estar psicológico	Variáveis contínuas	
	Tempo/serviço	Idade
1) <i>Equilibrado</i> : Apresenta as maiores médias em Afetos Positivos e em Autoexpressão e Realização Pessoal, e as menores médias em Deterioração da Autoeficácia, em Depressão e Tensão Emocional, em Afetos Negativos e em Autoestima Negativa. Tem altos escores nos sentimentos positivos e baixos escores nos negativos. Concentra operadores com mais idade e mais tempo de serviço na empresa	18,6	42,4
2) <i>Ansioso</i> : Apresenta média alta e aproximada em Afetos Negativos e Positivos, sendo os sentimentos negativos mais prevalentes. Também apresenta média alta em Autoexpressão e Realização Pessoal, em Justiça no Trabalho e em Depressão e Tensão Emocional. Concentra os operadores com menos idade e menos tempo de serviço	8,2	33,5
3) <i>Oscilante</i> : Apresenta pontuações altas e aproximadas em Afetos Positivos e Negativos, sendo os positivos ligeiramente prevalentes. Apresenta maior pontuação em Deterioração da Autoeficácia e em Autoestima Negativa e tem a segunda maior média em Depressão e Tensão Emocional. Concentra os operadores com a terceira maior média de idade e de tempo de serviço	12,4	37,9
4) <i>Satisfatório</i> : Apresenta altas pontuações em Afetos Positivos, em Justiça no Trabalho e em Autoexpressão e Realização Pessoal. Tem a segunda maior média de idade e de tempo de serviço	16,5	39,3
Teste aplicado: Anova	F=8,18; $p \leq 0,001$ F=4,99; $p \leq 0,01$	

Tabela 5. Combinação dos clusters nos diferentes regimes de trabalho (n=142). Natal (RN), 2008.

Perfis de bem-estar psicológico	Regimes de trabalho				
	ADM	Sobreaviso	TIR	ADM de Campo	Total
1 - Equilibrado	16	6	34	2	58
	32,7	40,0	54,0	13,3	40,8
2 - Ansioso	12	1	4	5	22
	24,5	6,7	6,3	33,3	15,5
3 - Oscilante	7	2	5	4	18
	14,3	13,3	7,9	26,7	12,7
4 - Satisfatório	14	6	20	4	44
	28,6	40,0	31,7	26,7	31,0
Participantes (n)	49	15	63	15	142

A aplicação da análise de *Cluster* abrange o desenvolvimento de ANOVA que indicou que todas as variáveis consideradas são capazes de diferenciar significativamente os grupos ($p \leq 0,001$).

ADM: regimes administrativo; TIR: turno ininterrupto de revezamento.

Considerando todos os resultados descritos, foi possível examinar quais horários de trabalho estão mais associados a efeitos mais positivos e/ou negativos na saúde mental da amostra. As análises revelaram, então, que os operadores engajados no ADM de Campo são mais tensos, mais negativos e sentem mais dificuldades para exercer as atividades. Os de Sobreaviso e ADM apresentam estabilidade emocional, experimentam sentimentos positivos e não veem dificuldades em fazer as tarefas. Os de turno TIR destacam-se como os mais tranquilos, mais positivos e mais autônomos frente às tarefas. As análises também indicam que o horário ADM

de Campo se destacou como o mais nocivo à saúde mental, e os turnos TIR e de Sobreaviso como os horários mais associados a efeitos positivos.

Pelos resultados obtidos e pelas lacunas deixadas no presente estudo, seria recomendável a realização de pesquisas mais detalhadas sobre a influência do horário de trabalho no bem-estar psicológico dos trabalhadores em seus aspectos epidemiológicos, e, também, que se ampliassem os indicadores como cultura e valores organizacionais, significado e centralidade do trabalho e satisfação no trabalho. Outra linha de estudo muito adequada seria aprofundar a análise do ambiente

laboral (aqui pouco explorado) e suas repercussões nas relações familiares e no lazer, dado que em muitos casos a dificuldade de conciliar o horário de trabalho com a vida extralaboral decorre das formas de gestão organizacional e das condições de trabalho.

Referências

- Benavides, F. G., García, A. M., & Ruiz-Frutos, C. (2004). La salud y sus determinantes. In F. G. Benavides, C. Ruiz-Frutos & A. M. García (Orgs.), *Salud laboral: conceptos y técnicas para la prevención de riesgos laborales* (pp.3-16). Barcelona: Masson.
- Blanch, J. M. (1996). Psicología social del trabajo. In J. L. Alvaro, A. Garrido & J. R. Torregrosa (Orgs.), *Psicología social aplicada* (pp.85-120). Madrid: McGraw-Hill Interamericana de España.
- Blanch, J. M., Espuny, M. J., Gala, C., & Martín, A. (2003). Teoría de las relaciones laborales: fundamentos. Barcelona: Editorial UOC.
- Bordalo, A. A. (2006). Estudo transversal e/ou longitudinal. *Revista Paranaense de Psicologia*, 20 (4), 5. Recuperado em 2, 2009, disponível em <<http://scielo.iec.pa.gov.br/pdf/rpm/v20n4/v20n4a01.pdf>>.
- Borges, L. O., & Argolo, J. C. T. (2002a). Estratégias organizacionais na promoção da saúde mental do indivíduo podem ser eficazes? In G. Jacques & W. Codo (Orgs.), *Saúde mental e trabalho: leituras* (pp.271-275). Petrópolis: Vozes.
- Borges, L. O., & Argolo, J. C. T. (2002b). Adaptação e validação de uma escala de bem-estar psicológico para uso em estudos ocupacionais. *Avaliação Psicológica*, 1 (1), 17-27.
- Borges, L. O., & Alves-Filho, A. (2001). A mensuração da motivação e do significado do trabalho. *Estudos de Psicologia*, 6 (2), 177-194.
- Borges, L. O., Alves-Filho, A., & Tamayo, A. (2008). Motivação e significado do trabalho. In M. M. M. Siqueira (Org.), *Medidas do comportamento organizacional: ferramentas de diagnóstico e de gestão* (pp.215-248). Porto Alegre: Artmed.
- Borges, L. O., Tamayo, A., & Alves-Filho, A. (2005). Significado do trabalho entre os profissionais de saúde. In L. O. Borges (Org.), *Os profissionais de saúde e seu trabalho* (pp.143-197). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Bruyne, P., Herman, J., & Schoutheete, M. (1977). Os modos de investigação. In P. Bruyne, J. Herman & M. Schoutheete (Orgs.), *Dinâmica da pesquisa em ciências sociais* (pp.221-251). Rio de Janeiro: F. Alves.
- Canguilhem, G. (1995). *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- Chaves, S. S. S. (2003). *Valores como preditores do bem-estar subjetivo*. Dissertação de mestrado não-publicada, Programa de Pós Graduação em Psicologia, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa.
- Chaves, S. S. S. (2007). *O bem-estar subjetivo e os valores humanos em músicos e advogados da cidade de João Pessoa*. Tese de doutorado não-publicada, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal.
- Diener, E., & Emmons, R. A. (1984). The independence of positive and negative affect. *Journal of Personality and Social Psychology*, 47 (5), 1105-1117.
- Garrido, A. (2006). El trabajo: presente y futuro. In A. Garrido (Org.), *Sociopsicología del trabajo* (pp.19-55). Barcelona: UOC.
- Goldberg, D. (1972). *The detection of psychiatric illness by questionnaire*. London: Oxford University Press.
- Gil, A. C. (1987). *Métodos e técnicas de pesquisa social*. São Paulo: Atlas.
- Hutz, C. (2002). Questionário de auto-estima de Rosenberg: adaptação brasileira. *Laboratório de Psicometria da UFRGS*. Recuperado em 12, 2005, disponível em <www.psicologia.ufrgs.br/laboratorio/>.
- Jahoda, M. (1987). *Empleo y desempleo: un análisis sociopsicológico*. Madrid: Ediciones Morata.
- Kohn, M. L., & Schooler, C. (1983). *Work and personality*. New Jersey: Ablex Publishing Corporation.
- Locke, E. A., & Taylor, M. S. (1990). Stress, coping, and meaning of work. In A. P. Brief & W. R. Nord (Org.), *Meaning of occupational work* (pp.135-170). Massachusetts: Lexington Books.
- Mendes, A. M., & Cruz, R. M. (2004). Trabalho e saúde no contexto organizacional: vicissitudes teóricas. In A. Tamayo (Org.), *Cultura e saúde nas organizações* (pp. 39-55). Porto alegre: Artmed.
- Ogden, J. (1999). *Psicologia da saúde*. Lisboa: Climepsi.
- Petrobrás/Federação Única dos Petroleiros (2005). *Acordo coletivo de trabalho*. Natal.
- Rocha, A. P. B. (2005). *Expansão urbana de Mossoró (período de 1980 a 2004): geografia dinâmica e reestruturação do território*. Natal: EDUFRN.
- Rosenberg, M. (1999). *Society and the adolescent self-image*. Princeton: Princeton University Press. (Originally published in 1965).
- Warr, P. (1987). *Work, unemployment, mental health*. New York: Oxford University Press.
- World Health Organization. (1948). Constitution of World Health Organization. Retrieved in 6, 2007, from <<http://www.who.int/about/es>>.

Recebido em: 1/9/2009

Versão final reapresentada em: 16/9/2010

Aprovado em: 11/3/2011

A experiência da maternidade em uma família homoafetiva feminina¹

The experience of motherhood in a female same-sex parenting family

Ana Laura Moraes **MARTINEZ**²

Valéria **BARBIERI**²

Resumo

A família nuclear heterossexual tem como marca a atribuição das funções materna/paterna aliada ao sexo dos cuidadores. Arranjos familiares diferentes são vistos como exceção e considerados como fonte de psicopatologias. Embora haja predomínio das famílias heteroparentais, elas hoje dividem espaço com novas configurações, como as famílias homoparentais. O presente ensaio buscou compreender, por meio do método de estudo de caso, como se dá o desempenho da função materna em uma família homoparental feminina, composta pelas parceiras e pelo filho biológico de uma delas. Foi realizada uma entrevista com o casal em separado e aplicação de desenho da família com estórias. Com a criança, realizou-se uma sessão lúdica. Também houve uma entrevista familiar diagnóstica com o casal e a criança, e uma devolutiva. O material foi interpretado pelo referencial psicanalítico. Observou-se que a maternagem foi, em grande parte, desempenhada pela parceira e não pela mãe biológica.

Unitermos: Família. Maternidade. Paternidade. Psicanálise.

Abstract

In families with a heterosexually-based core, maternal and paternal functions are associated with the gender of the care-givers. Families of non-traditional orientation are usually seen as a source of psychopathologies. Even though the conventional, traditional arrangement is still prevalent, this arrangement has come to share its space and importance with new and questioning family configurations, among which one may quote same-sex parents. The present essay has attempted to understand, by way of case studies, the performance of the maternal function in a female same-sex parenting family, composed of a female couple in the role of parents and the biological child of one of them. For the purpose of this analysis, an interview was conducted with the couple, separately, followed by the use of the family drawing test. A game was devised to test the child. There was also a diagnostic family interview with the couple and with child, with feedback. The material was interpreted on the basis of psychoanalytical reference. It was observed that the maternal function was largely conducted by the other partner and not by the biological mother.

Uniterms: Family. Motherhood. Fatherhood. Psychoanalysis.

▼▼▼▼▼

¹ Artigo elaborado a partir do projeto de doutorado de A.L.M. MARTINEZ, intitulado "A maternagem e a paternagem em famílias homossexuais". Universidade de São Paulo, 2008.

² Universidade de São Paulo, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Departamento de Psicologia e Educação. Av. Bandeirantes, 3900, Monte Alegre, 14040-901, Ribeirão Preto, SP, Brasil. Correspondência para/Correspondence to: A.L.M. MARTINEZ. E-mail: <contato@psicologiaribeiraopreto.com.br>.

A experiência da maternidade é uma temática complexa, que envolve fatores biológicos, culturais, sociais e psicológicos. Em cada cultura e sociedade ela é significada de forma distinta, o que irá interferir decisivamente na vivência individual do que é ser mãe. De acordo com esse ponto de vista, Scavone (2001) afirma que a maternidade deve ser entendida como um fenômeno social.

A “invenção” da maternidade, tal como concebida na família moderna, data do final do século XVIII e início do século XIX, quando ocorreu um declínio do poder patriarcal e maior controle das mulheres sobre a criação e educação dos filhos (Guiddens, 1993). Com essa divisão sexual do trabalho, os homens eram responsáveis pela provisão financeira, e as mulheres pelos cuidados com a casa e a prole, o que fez despontar uma intensa valorização do sentimento de amor materno, naturalizado e explicado a partir de bases biológicas e instintivas. A esse fenômeno Badinter (1985) deu o nome de mito do amor materno. Diante dessa prerrogativa, mulheres que não viam na maternidade uma realização pessoal, ou ainda, mães que não nutriam sentimentos ternos por seus filhos eram vistas com maus olhos, já que estariam negando sua natureza procriadora.

A Psicologia e a Psicanálise do século XIX também contribuíram para esse discurso, enfocando a importância do vínculo afetivo mãe-bebê nos primeiros anos de vida como fundamentais para o desenvolvimento infantil saudável. Tal concepção, a despeito de seu caráter genuíno, acarretou muitas vezes uma idealização da figura da mãe na literatura psicológica.

Entretanto, a partir da segunda metade do século XX, algumas importantes mudanças sociais começaram a se esboçar no âmbito das famílias, até então fundamentadas no amor romântico. Com a consolidação da sociedade industrial, o conceito de maternidade sofreu alterações, passando de um modelo tradicional a um modelo moderno (maternidade como escolha e proles reduzidas). Essa mudança na concepção da maternidade ocorreu em função do ingresso da mulher no mercado de trabalho (embora marcado por desigualdades), de seu maior acesso à educação e profissionalização, e do

avanço dos métodos contraceptivos e, mais recentemente, conceptivos (Scavone, 2001).

Desde então, a vivência da maternidade é constituída por uma colcha de retalhos, por possibilidades e paradoxos diversos, trazendo às mulheres pós-modernas algumas implicações e conflitos importantes. Conjugando múltiplos e variados papéis, as mulheres experimentam diversas possibilidades de existência e de pertencimento, o que, às vezes, é vivido com grande dose de angústia. As famílias também se reconfiguram de formas múltiplas e variadas, sendo cada vez maior o número de famílias recompostas, monoparentais, adotivas, homossexuais³ e homoparentais⁴. Com isso, a experiência da maternidade se modifica radicalmente e de diversas maneiras - mulheres que optam por não ter filhos, que buscam produções independentes através da inseminação artificial, por exemplo, ou ainda, homossexuais que buscam na ciência ou na adoção a possibilidade de viverem a maternidade (Roudinesco, 2003). Entretanto, apesar dessa diversidade vivencial referente à maternidade, ainda parece perdurar uma intensa representação que a associa à determinação biológica feminina, o que faz com que qualquer ação que contrarie tal lógica seja vista como perversa ou patológica.

Maternidade e determinismo biológico

Enquanto na Idade Média o reconhecimento da filiação se dava pela palavra do *pater* em relação ao filho, que podia ou não ser biológico, a partir da Idade Moderna começa a haver uma intensa valorização dos laços consanguíneos nesse reconhecimento (Lévi-Strauss, 1956), fazendo da célula familiar nuclear - mãe, pai e filho - o lugar privilegiado para a construção do indivíduo. Essa “cultura do sangue e da biologia” acabou por enfatizar que a “preparação biológica” vivida pela mulher durante a gravidez implicaria uma prontidão para que ela vivenciasse de forma positiva a maternidade e o cuidado com o filho recém-nascido. Haveria, assim, um encantamento quase mágico e imediato de um pelo outro, o que poderia ser facilitado, segundo Durhan

▼▼▼▼

³ O termo homossexualidade indica a existência de prática sexual com pessoas do mesmo gênero, não implicando mudança de definição de sexo.

⁴ O termo homoparentalidade, criado na França em 1997 pela Associação de Pais e Futuros Pais Gays e Lésbicas (APGL), designa uma situação em que pelo menos um adulto que se reconhece como homossexual cria pelo menos uma criança.

(1983), por causa do longo período de tempo que a mãe passa gestando e cuidando do seu bebê. Winnicott (1964/1982) afirma, nesse sentido, que não era possível a ele saber o que sentia uma mãe ao ver seu filho no berço, já que esse “encantamento” era algo que só as mulheres podiam sentir.

Por conta desta concepção, mães que rejeitavam seus filhos no início da vida passaram a ser vistas como apresentando alguma doença séria, tal como Tristeza Materna, Psicose Puerperal e Depressão Pós-Parto (American Psychiatric Association, 1995), por negarem sua natureza afável e procriadora.

Contrariando a visão anterior presente em alguns momentos de sua obra, Winnicott (1964/1982) afirma que o desempenho da função materna não está restrito à mãe biológica. Ao contrário, muitos pais podem se mostrar melhores no desempenho dessa função do que as mães biológicas. O mesmo pode ocorrer com as mães adotivas que, oferecendo um ambiente de continuidade e de estabilidade ao bebê, podem vir a compensá-lo em relação ao seu início de vida e de amamentação, confuso e turbulento. Nesse sentido, Winnicott, sem negar as dificuldades enfrentadas pela criança logo no início da vida, considera que o bebê alimentado por mamadeira desde o princípio, embora mais pobre de experiência, ou talvez por causa disso, será capaz de ser alimentado por uma série de pessoas solícitas sem que isso lhe provoque muita confusão. Essa afirmação é importante, pois desconstrói em parte a ideia de que toda criança adotiva estaria predisposta a desenvolver doenças do *self* pelo seu início de vida difícil e conturbado.

Dessa forma, nota-se que Winnicott oscila ao longo da sua obra entre duas posições relacionadas ao cuidado materno-infantil. A primeira, em que aponta uma associação entre a preparação biológica da mãe para o cuidado da criança, e a segunda, em que questiona a associação entre a biologia e a disposição afetiva para o cuidado e enfoca que pais ou mesmo mães adotivas podem exercer de forma bastante satisfatória a preocupação materna primária. Tal função, segundo o autor, pode ser realizada por qualquer pessoa capaz de: existir e continuar existindo, mesmo após os ataques do bebê; amar de um modo físico, proporcionando calor, contato corporal, movimento e quietude; auxiliar o bebê na transição entre o estado de tranquilidade e o de exci-

ção; permitir que o bebê domine; introduzir aos poucos o mundo externo; fornecer continuidade ao bebê sem apressar seu desenvolvimento; e, por fim, tolerar sua falta de integração (Winnicott, 1964/1982).

Nesse último aspecto, a teoria winnicottiana parece deixar claro que o importante é que alguém disponível assuma o cuidado físico-afetivo da criança, quando a mãe se encontra impossibilitada de assumi-lo, seja por questões de ordem afetiva, material ou ambas. Esse argumento abre possibilidades para abarcar, em sua teoria, o desempenho da função materna em famílias que fogem ao modelo tradicional, tais como as modalidades homoparentais, que problematizam a associação entre a maternagem e a biologia.

A família homoparental

O termo homoparentalidade foi cunhado em 1997 pela Associação de Pais e Futuros Pais Gays e Lésbicas (APGL) em Paris, nomeando a situação em que pelo menos um adulto que se autodesigna homossexual é ou pretende ser pai ou mãe de, pelo menos, uma criança. Trata-se de um modelo familiar alternativo, que abrange os vínculos parentais entre homossexuais, travestis ou transexuais e seus possíveis filhos adotivos ou biológicos, no caso de filhos de casamentos ou relacionamentos heterossexuais anteriores (Zambrano, 2006).

As críticas a essa organização familiar são inúmeras, sendo a principal delas referente ao temor de que a criança que se desenvolve neste contexto tenha dificuldade para discriminar o feminino do masculino e de constituir sua própria sexualidade. Outro discurso que reforça tal visão diz respeito aos possíveis preconceitos que a criança irá sofrer na escola e na comunidade em geral (Uziel, 2002). De acordo com Zambrano (2006), tanto a escola como as pessoas em geral não estão preparadas para lidar com tal diversidade.

Porém, estudos já mostraram que crianças criadas por famílias homoparentais adquirem maior capacidade de transitar entre diferentes possibilidades de relações afetivo-sexuais, posicionando-se de forma mais aberta em relação a elas. Nesse contexto, Bailey, Bobrow, Wolf, Mikach (1995) revelaram que mais de 90% dos filhos adultos de pais *gays* se consideravam heterossexuais. Stacey e Biblarz (2001) mostraram que a

taxa de homossexualidade de meninos e meninas é igual em ambas as modalidades familiares, heterossexual e homoparental. Eles também revelaram que os filhos adolescentes de mães lésbicas tendem a ser menos agressivos que os das famílias heterossexuais; já as adolescentes tendem a se adaptar menos às expectativas tradicionais de sexo (docilidade, delicadeza etc.) e a ter um repertório maior de relações afetivo-sexuais.

Em relação ao modo como o casal homossexual vai desempenhar a função materna e paterna, ou seja, como será feita essa divisão em relação aos cuidados necessários à criança, Silverstein e Auerbach (1999) mostram uma tendência natural dessas famílias em desvincularem sexo e maternidade/paternidade. Assim, eles sugerem uma semelhança entre as famílias homoparentais e a organização familiar de outras culturas, em que a maternidade/paternidade está mais ligada a estratégias de adaptação a contextos específicos, podendo a função parental ser perfeitamente exercida por pessoas de qualquer sexo, ligadas ou não biologicamente à criança. Silverstein e Auerbach afirmam ainda que arranjos familiares diversos do tradicional se mostram competentes no cuidado e educação da criança, independentemente de sua orientação sexual. Portanto, o mais importante para o desenvolvimento emocional da criança seria a existência de, pelo menos, um responsável adulto capaz de manter com ela uma relação afetiva sólida e saudável.

Diante dessas considerações, o presente ensaio teve como objetivo conhecer, por meio do estudo de caso de uma família homoparental feminina, o modo como se estabelece e se desenvolve a função materna, de modo a contribuir para o enriquecimento do arcabouço teórico da Psicologia Clínica e do Desenvolvimento, tornando-as cada vez mais inclusivas.

Método

Participantes

*Joana*⁵: tinha 42 anos e trabalhava durante o dia como auxiliar de enfermagem. À noite, fazia o segundo

ano de um curso de nível técnico de enfermagem. Era viciada em jogos (bingo). Seus pais moravam em outro Estado, e ela não possuía nenhum parente próximo na cidade onde residia. Apesar de manter uma relação afetiva com Mônica há vinte anos, Joana mantinha esporadicamente relações extraconjugais homo e heterossexuais, sendo que em um desses encontros engravidou de Pedrinho. Isso ocorreu em um período em que estava rompido o relacionamento com Mônica.

Mônica: possuía 52 anos e trabalhava no mesmo local que Joana. cursou até o ensino médio. Sua família também residia em outro Estado. O único parente próximo era uma irmã que morava no mesmo terreno em que ela e Joana, mas que não sabia que ambas formavam um casal. Ao contrário de Joana, Mônica não mantinha relações com outras mulheres e alegava ter certeza de sua homossexualidade. No passado, Mônica fora viciada em bebidas e drogas. Assim que ficou sabendo da gravidez de Joana, propôs que ambas reatassem a relação, para que ela pudesse auxiliá-la na gravidez.

Pedrinho: tinha 9 anos e estava na quarta série. Era filho biológico de Joana e nunca conheceu o pai, embora sempre insistisse para que a mãe os apresentasse. Durante o dia, quando não estava na escola, era cuidado pela irmã de Mônica. À noite ficava com Mônica, enquanto Joana estudava. Ao término deste estudo, seu pai faleceu e, segundo o casal, o menino estava bastante revoltado com a mãe.

Instrumentos e procedimentos

Após explicitação dos objetivos do trabalho e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) por parte do casal, deu-se início ao processo investigativo que constou das etapas a seguir descritas.

Foram feitas entrevistas individuais com Joana e Mônica, em momentos separados, gravadas em fita cassete, com o consentimento de ambas. A ordem das entrevistas foi sugerida por Joana, sendo ela a primeira e Mônica a segunda. Ao final da entrevista com cada

participante, foi realizada a aplicação do Procedimento de Desenhos da Família com Estórias (DF-E), conforme proposto por Trinca (1997). Nesse momento, o gravador foi desligado para não provocar maiores resistências na associação de ideias das participantes.

No segundo encontro, realizou-se sessão lúdica com Pedrinho.

No terceiro encontro, reuniram-se todos os membros da família, para a realização da Entrevista Familiar Diagnóstica (EFD), conforme proposto por Soifer (1982). Nesse dia, utilizando como mediador a caixa lúdica (a mesma utilizada com Pedrinho), solicitou-se que eles brincassem como desejassem, enquanto eram observados pela psicóloga.

Por fim, foram marcados mais três encontros em dias separados, quando foram realizadas as devolutivas com Joana, Mônica e Pedrinho, bem como feitos os devidos encaminhamentos do caso. Exceto no momento das entrevistas semiestruturadas realizadas com Joana e Mônica, não foram empregados procedimentos de gravação dos encontros, sendo todos eles transcritos *a posteriori*, com exceção da aplicação do DF-E, quando a pesquisadora tomou nota das estórias no momento em que os participantes as produziam.

Utilizou-se como método de análise dos dados o referencial teórico da Psicanálise. Nessa modalidade de pesquisa qualitativa, compreende-se o investigador como parte integrante e fundamental na interpretação dos dados, através das modalidades de comunicação inconsciente que permeiam o campo, e que são fundamentais para a compreensão da dinâmica inconsciente dos participantes investigados.

Resultados

Entrevista com Joana

A gravidez de Joana ocorreu num momento em que estava separada de Mônica porque, segundo ela, *a relação já tinha acabado há muito tempo*. Contou que Mônica, ao saber da gravidez, propôs-se a ajudá-la a cuidar do bebê. Joana narrou que a gravidez, porém, afastou ainda mais as duas, particularmente na esfera sexual, embora tenha servido para uni-las afetivamente, já que agora tinham um bebê para cuidar. Joana viveu a

gravidez invadida por sentimentos de rejeição e vergonha da barriga. Segundo ela, a rejeição da gravidez se deu porque também ela fora rejeitada pela mãe quando estava grávida dela. Era a filha mais nova de um casamento bastante conturbado, sendo que sua mãe estava com quarenta anos quando engravidou dela e já havia adotado um menino dez anos antes porque até então não tivera nenhum filho homem. Seu pai, por sua vez, era *ausente e mulherengo* e passava vários meses viajando porque era caminhoneiro. Quando chegava em casa, apesar de trazer presentes para Joana (os quais ela esperava sempre ansiosamente), batia nela e na mãe e se embebedava. De acordo com Joana, tudo isso interferiu na vivência de sua gravidez, fazendo-a *sentir pavor de engravidar*.

Sua rejeição à gravidez estendeu-se depois do parto, interferindo na sua relação de cuidado com o filho. Assim, contou que grande parte do cuidado do filho foi assumido por Mônica, que lhe dava banho, levava-o aos médicos e embalava-o nos momentos de choro. Por isso, considera-se mais pai do que mãe, tendo *somente parido a criança*. Em outros momentos, revelou que gostaria de ser uma mãe melhor e que às vezes se arrepende *de perder a cabeça com o filho*. Joana contou que, à noite, quando Pedrinho está com medo ou precisa de alguma coisa, procura Mônica e não ela. Também disse que, quando Mônica sai, Pedrinho fica apavorado com medo de ela não voltar mais.

Entrevista com Mônica

Em relação à gravidez de Joana, Mônica contou que esta ocorrera num momento em que elas estavam separadas e que, a princípio, foi um choque para ela. Entretanto, *depois de dois dias* já havia aceitado o fato e ligou para Joana oferecendo ajuda para cuidar da criança. A partir desse instante, começaram a morar juntas e não se separam mais, pelo menos fisicamente. Mônica disse também que, após o nascimento de Pedrinho, a relação sexual entre as duas *esfriou*, porque ela própria sentia estar desrespeitando a criança (mesmo se o encontro fosse fora da casa). Por outro lado, elas se aproximaram mais afetivamente. Nesse aspecto, Mônica disse se sentir confusa já que muitas vezes se questiona se continua na relação por causa de Joana ou de Pedrinho. Contou ainda que todas as vezes que elas saem sozinhas

acabam falando dele e retornam rapidamente para casa, pois não conseguem ficar longe.

No que se refere ao cuidado de Pedrinho, comentou que assumiu grande parte das tarefas, uma vez que Joana *voltou a trabalhar cedo*. Assim, ela era responsável por dar banhos, trocar fralda, levar aos médicos e embalar durante o choro. Contou que essa “divisão de tarefas” ocorreu de forma natural, já que Joana *era meio sem paciência*. Ressaltou que seu cuidado com Pedrinho não tem a ver com sua relação com Joana, ou seja, não faz isso como uma *troca*, mas sim porque tem um carinho enorme por ele. Narrou que Pedrinho, à medida que crescia, só queria ficar com ela e que, se ameaçasse sair de casa sozinha, *ele abria um berreiro*. O mesmo não acontecia com a mãe. Assim, muitas vezes, ela voltava mais cedo dos lugares para fazê-lo dormir, enquanto Joana continuava na festa. Ou então, ela emprestava o carro para Joana sair e ficava cuidando de Pedrinho. Contou que estimula Joana a sair mais vezes sozinha com o menino, mas que *ela logo perde a paciência por ser enérgica e inflexível com ele*. Contou que, nos momentos de dormir, o menino a procura.

Em relação ao pai de Pedrinho, ressaltou não concordar com o fato de Joana nunca tê-lo apresentado à criança e disse temer por saber que, na adolescência, esse encontro será ainda mais delicado. Por outro lado, contou que Joana tem um *medo intenso* de tocar nesse assunto, e que só conseguiu conversar sobre isso com ela quando Pedrinho tinha quatro anos de idade. Já Pedrinho, segundo conta, evita tocar no assunto do pai quando ela busca conversar a respeito. Por fim, salientou que procura não se *meter* neste assunto, pois não lhe diz respeito.

Sessão lúdica com Pedrinho

Pedrinho chegou para a sessão lúdica meio tímido, mas com um olhar muito curioso. Sozinho com a psicóloga na sala lúdica, o garoto pareceu mais à vontade. A psicóloga convidou-o a sentar-se, apresentou-se e mostrou-lhe a caixa, dela retirando o fantoche do Chapeuzinho Vermelho. Pedrinho parecia pisar em ovos. A psicóloga pegou o fantoche do lobo mau e, junto com Pedrinho, ensaiou uma pequena cena em que o lobo devorava Chapeuzinho. Pedrinho abandonou o fantoche de Chapeuzinho, meio assustado com o

possível desfecho da história. Pegou miniaturas de soldados, monstros, cowboys e dinossauros, olhando-as atentamente e guardando com cuidado cada uma no devido lugar. Curioso com um carrinho de madeira, perguntou à psicóloga se ela o havia feito. Depois, curioso com a família de bonecos, repetiu a mesma pergunta, parecendo questionar se ela conseguia mesmo criar coisas. Encorajado pela psicóloga, abriu o saquinho com os bonecos e ficou surpreso e feliz ao encontrar o boneco-cachorrinho. Ensaiou novamente um mergulho na brincadeira, mas desistiu, guardando cuidadosamente a família. Isso tudo ainda parecia perigoso demais para ele. Voltou a pegar as miniaturas e, questionado se queria brincar com elas, balançou a cabeça em sinal positivo. Montou uma guerra entre monstros e soldados, cada um deles com um dinossauro guardião que os ajudava na luta. A guerra terminou com destruição e morte: os monstros mataram os soldados, os dinossauros mataram os monstros, um dinossauro matou o outro, restando apenas um, que morreu de fome e sede. Até mesmo a árvore miniatura morreu, porque ninguém se lembrou de colocar água nela.

A psicóloga começou a compreender por que Pedrinho esteve evitando, até aquele momento, mergulhar em alguma atividade lúdica - para não entrar em contato com as cenas de terror que moravam em sua mente. Tendo-lhe a psicóloga dito que aquela era uma história muito triste porque tudo ficava destruído e solitário, Pedrinho balançou a cabeça em sinal positivo.

Notando que a vovó-boneco havia sido “esquecida” dentro do caminhão de madeira pela psicóloga, ele disse: “Nossa, esqueceram a vovó. A família toda dela foi viajar! Agora ela vai viajar também”. Começou a locomover o caminhão, porém a vovó caiu várias vezes ao chão e foi atropelada por outro carro. A cena se repetiu algumas vezes e ela teve que ir para o hospital, onde ficou internada. A família foi visitá-la, mas só adultos podiam entrar no quarto; crianças e cachorros deviam ficar do lado de fora. Porém, o menino-boneco era esperto e deu um jeitinho de entrar. Ao ir embora, a família também sofreu um acidente e todos tiveram que voltar ao hospital, agora para ser internados. Ao receberem alta, foram para casa.

Nesse novo cenário, o menino e o cachorro eram grandes amigos e foram viajar (somente os dois) para

vários países diferentes. O pai do menino não gostava do cachorro porque ele era de rua e tinha sarna. Por isso, seu pai tinha alergia a ele. Depois de uma viagem, o cachorro raivoso avançou contra o pai do garoto, que foi parar no hospital.

Em outro momento, o pai deu dinheiro para o menino comprar um cachorro de raça. Ele comprou um labrador, mas isso de nada adiantou, pois ainda assim o pai tinha alergia ao animal. Novamente, o menino e o cão foram obrigados a viajar, pois não havia lugar para eles ali. O boneco-bebê, que até então estava caído no chão (Pedrinho não o tinha manuseado ainda), foi enviado pelo correio pela mãe até o local onde o menino e o cachorro estavam. Nesse instante, a psicóloga disse a Pedrinho que era difícil para aquele menino ter que cuidar de todos: do cachorro e do bebê. Ele respondeu: "A família dele é louca. Mas ele é forte". Voltando da viagem, o garoto fica "babando" pela moto, muito bonita, que o havia comprado. O cachorro foi enxotado novamente e ficou embaixo do carro. Então Pedrinho falou: "E assim termina a história. O menino cresce e vai trabalhar e o cachorro vira cão de guarda. Fica forte também!" Pôs o bebê em cima do carro, dizendo que o haviam esquecido lá, e colocou o cachorro guardando o bebê.

Entrevista familiar diagnóstica

Pedrinho, Joana, Mônica e a irmã desta chegaram ao consultório com cinco minutos de atraso. Chamados à sala de atendimento, todos se levantaram, exceto a irmã de Mônica que, segundo Joana, iria ficar cuidando das bolsas. Pedrinho subiu as escadas olhando atentamente para a mãe, mas, ao entrar pela porta do consultório, foi até a caixa de um jeito bem espontâneo. Joana sentou-se no divã e pegou o jogo UNO. Mônica ficou em pé, parada no meio da sala, parecendo sem lugar.

Pedrinho pegou o jogo de palitos e chamou Mônica para jogar, sentando-se ambos no chão. Nesse momento, Joana ficou visivelmente incomodada e permaneceu olhando para a caixa do UNO e para os dois jogando palitos. Depois, foi até a caixa, pegou o dominó, sentou-se ao lado deles e chamou Pedrinho para jogar, num tom sutilmente agressivo. Pedrinho foi imediatamente até a mãe, deixando Mônica no meio

do jogo, desconcertada. Joana falou com Pedrinho de maneira agressiva: "Vai, pega a carta! Não tá vendo?"

Pedrinho abandonou o jogo, dizendo à mãe: "Mãe, essa é a família de bonecos que eu te falei!" Começou a tirar os bonecos do saquinho, pegando o menino e o cachorro. Joana perguntou quem eram, e Pedrinho respondeu ser Pipoca (sua cachorra), dando risada. Quando ele perguntou à mãe quem ela iria ser, ela primeiro pegou a menina (boneco que deveria ser irmã do menino-boneco), depois a avó, e ainda depois a boneca-adulta (segunda geração). Mônica, por sua vez, pegou a boneca-avó.

Pedrinho disse que o menino e o cachorro iriam viajar. Nesse momento, Joana ficou visivelmente angustiada e disse que ele não cabia naquele carro. Arrancou o boneco de dentro do carrinho, mas Pedrinho voltou a colocá-lo, dizendo que iriam viajar pelo mundo e não voltariam mais, porque ganharam na loteria. Joana perguntou: "Mas você vai sozinho? Não vai me levar junto? Duvido que consiga ir sozinho. Não consegue nem ficar à noite em casa sozinho. Tem medo de tudo." Esse diálogo se repetiu por alguns instantes. Depois, Pedrinho deu o bebê nos braços do boneco-mãe (Joana), dizendo: "Você se esqueceu do bebê." Ela disse: "Não. A mãe não quer o bebê", e colocou-o de lado. Joana pegou o fantoche de Chapeuzinho Vermelho, dizendo que ele não iria viajar porque morria de medo de ficar sozinho. Pedrinho pegou o fantoche de lobo mau, dizendo que, se ela não ficasse quieta, iria comê-la. Começaram a brigar com os fantoches.

Depois, Pedrinho pegou o papel e fez dois desenhos, o primeiro, um caçador tentando pegar um pica-pau arteiro, e o segundo, um homem das cavernas conversando com um caçador. Neste instante, Joana e Mônica diziam para Pedrinho tomar cuidado para não sujar a sala com as pontas de lápis. Minutos depois, Mônica pegou o boneco-vovó e colocou-o no carro, dizendo que iria dar uma voltinha. Pedrinho, com o fantoche de lobo mau, disse bravo que ela não iria a lugar nenhum, porque ela podia ir e não voltar mais. Disse ainda: "Se ela for, eu mato ela!". Mônica disse que só iria dar uma voltinha, que não iria embora para sempre. Então Joana disse: "Mas e se a vovó arrumar um namorado?" Pedrinho gritou: "Não quero". Mônica disse, tentando acalmá-lo: "Mas eu não vou embora. Vou ficar aqui". Por fim, Pedrinho disse: "Cansei, vou matar a tia

Mônica". Pegou a espada de dentro da caixa, Joana pegou a outra e ambos começaram a lutar. Ganharia quem acertasse o coração do adversário. Joana quase acertou de verdade o olho de Pedrinho.

Discussão dos Resultados

As experiências de rejeição

Joana narrou sua experiência como mãe, esboçando a rejeição que sentiu pelo bebê já durante a gravidez. Racionalizou esse sentimento, explicando-o pela rejeição que ela própria sofrera quando a mãe se descobriu grávida dela, e pela relação tumultuada que os pais tinham. Essa experiência afetiva sinaliza que Joana, ao engravidar, reviveu de forma intensa e regressiva sentimentos experimentados pela mãe em relação a ela nos primeiros anos de sua vida, e que parecem ter comprometido seu desenvolvimento emocional.

Conforme assevera Winnicott (1988), a experiência da ilusão, a partir da qual o bebê acredita que cria o seio que lhe é apresentado pela mãe, é fundamental para a construção de um sentimento de existir no mundo de forma autêntica e integrada, o que Joana pareceu não conseguir sentir. Assim, ela permaneceu encarcerada numa dinâmica psicológica cujas origens parecem situadas numa insuficiência no suprimento de suas próprias necessidades de ilusão.

Buscando a reparação dessa falta, ela voltou-se para o pai, buscando nele continência e acolhimento que não recebeu da mãe; contudo sua empreitada foi novamente frustrada, dado que, em seu ponto de vista, o pai também não era uma pessoa digna de confiança, dada sua instabilidade afetiva. Com isso, Joana pareceu ficar dividida entre a mãe e o pai, sem vincular-se de forma segura a ninguém, podendo-se situar aí possivelmente a raiz de sua bissexualidade.

Como a ilusão não se completa, as introjeções não são possíveis, o que a deixa muito dependente do objeto externo, tal como fica em relação a Pedrinho. Ou seja, como não foi possível haver a introjeção segura de um objeto, necessita do objeto real para poder se acalmar e sentir que, de fato, ele existe. Nesse sentido, Giovacchini (1995), aponta que as falhas na formação

de representações mentais dos objetos, bem como a existência de um ego pouco integrado, que não consegue discriminar ou discrimina mal a realidade externa e interna, podem ser descritas como um quadro borderline. Nesses casos, conforme coloca o autor, a realidade externa é sentida como aniquiladora e invasora. No caso de Joana, tanto a realidade como o objeto externo ficam preenchidos de seus terrores e angústias, o que se expressa nos momentos em que busca se fundir a Pedrinho ou, então, nos momentos em que o repele para longe, quando percebe sua dependência extrema em relação a ele.

Essa relação ambivalente fica evidente no contato com Pedrinho, marcado ora por momentos de proximidade e indiscriminação, ora por momentos de rechaço e raiva, tal como expresso nos trechos a seguir:

É que... o Pedrinho é essa coisa assim tão boa que a gente acaba se cobrando. Tá bom aqui, mas tá na hora de ir embora que ele está lá sozinho. Coitadinho do Pedrinho. Fica vitimando ele. Ah, então vamos. Sempre que a gente sai pra beber: Ah, vamos. Mas quando o Pedrinho não está parece que falta um pedaço. Entende? Então fica aquele vazio, aquela coisa meio oca, sabe? Às vezes ele está enchendo o saco: ah, ah, ah... Mas ele está.

Quando eu chego cansada ele quer falar tudo de uma vez, sabe? E aí eu estou cansada. Tipo assim: eu tenho que tomar banho e ele está jogando futebol. Aí eu brigo porque ele está jogando futebol e eu saio daqui sem ver ele. Então eu vou correndo chamar no futebol. Aí eu já venho brigando com ele. Aí eu já fico nervosa com ele, quero que ele tome banho, quero que coisa, porque eu estou indo pra escola. Nessas horas eu acabo sentando a mão nele. Aí eu chego à escola e, mais tarde, eu fico ligando: Oh, filho, mamãe te ama. Isso aí eu falo pra ele todos os dias. Eu faço estas coisas porque eu te amo. Não quero que você fique na rua. Não gosto de criança que fica na rua.

Neste movimento confuso de indiscriminação e rechaço que Joana mantém com Pedrinho, observa-se que ele não consegue alcançar no vínculo com ela a segurança e a continuidade necessárias para se desenvolver, embora se mantenha bastante apegado a ela. A única figura que confere a ele segurança e alguma continência é tia Mônica, a quem Pedrinho se apegava com mais confiança. A proximidade entre os dois provoca muito ciúme e raiva em Joana, que, em alguns momentos, chega a rivalizar a atenção de Pedrinho com Mônica, como observado no trecho descrito da Entre-

vista Familiar Diagnóstica, em que ele decide jogar palitos com Mônica, e precisa deixar essa atividade porque Joana praticamente exige que ele venha jogar dominó com ela.

Essa situação coloca Pedrinho numa posição delicada - a de permanecer atento aos movimentos da mãe, sem, entretanto, se descuidar para que a tia Mônica não o deixe, o que lhe provoca bastante tensão e o impede de viver com autenticidade seus desejos amorosos e hostis. Com isso, ele procura se adequar ao ambiente para ser querido, mas, mesmo assim, teme provocar alergia (rejeição) nas pessoas de quem busca o afeto, como foi explicitado na sessão lúdica, no episódio de que faziam parte o menino, o pai e o cachorro.

Nesse momento também fica evidente como Pedrinho fica à mercê de seus impulsos destrutivos não simbolizados: o cachorro avança no pai por causa da sua raiva, o que o faz ir para o hospital.

Nessa configuração familiar em particular, Joana ocupa o lugar de pai, e não de mãe, contrariando o discurso biologicista de que *mãe é aquela que pare*:

Às vezes eu brinco que eu falo que eu só pari. Mãe mesmo é ela. Ele só dorme se for com ela. Tudo ele fica: Oh, tia Mônica." Que ele chama ela de tia... Então é muito mais assim (silêncio). Eu sou o paizão, né. O pai de brigar, de xingar, de dar bronca. Ela não. Tudo o menino tá certo. Ai, coitado do menino, né. Sempre. Eu acho que aí fica mais difícil ainda, né, dessa relação acabar porque o Pedrinho é muito dependente dela. Aonde vai, ela tem que ir junto. Hoje mesmo ela falou assim: "Você precisa sair mais com a sua mãe, ficar mais sua mãe, né". Mas não. Ele tem que estar sempre.... Sai mais com ela mesmo do que comigo (silêncio).

Nesse sentido, Granato (2000) aponta que nem todas as mães biológicas conseguem viver de forma satisfatória a preocupação materna primária, com é o caso de Joana. Algumas temem que o estado de preocupação com seu bebê as deixe exauridas e, por isso, preferem entregá-lo aos cuidados de outro, voltando rapidamente aos seus afazeres costumeiros. No caso de Joana, segundo ela própria relata, logo após o parto retomou suas atividades profissionais rapidamente, deixando os cuidados do bebê com Mônica, embora fosse invadida com frequência por sentimento de culpa.

Essa necessidade de retomar suas atividades logo após o parto permite pensar que Joana fazia uso

de seus elementos masculinos, tal como Winnicott (1975) concebe, para evitar mergulhar na regressão possibilitada pela gravidez. Assim, segundo ele, o eu, independentemente de ser homem ou mulher, conta com elementos masculinos e femininos que integram o *self* de forma mais ou menos equilibrada. No caso de Joana, o *fazer* (associado ao elemento masculino) parece predominar em sua conduta.

Já para Mônica, Pedrinho parece dar um novo sentido à sua vida. Oferecendo-se como um continente mais seguro a ele, ela capta a angústia do menino nos momentos de separação. Nesse sentido, pode-se afirmar que Pedrinho também permanece dependente do objeto externo para poder se acalmar, vivenciando uma experiência catastrófica ao menor sinal de ausência deste, uma vez que ele não pôde ser introjetado de forma satisfatória, tal como representado na entrevista familiar diagnóstica:

Mônica pegou a vovó e disse que iria até o shopping dar uma voltinha. Nesse momento, Pedrinho colocou o fantoche de lobo mau e comeu a vovó. Disse bravo e angustiado que ela não iria a lugar algum. Disse ainda: Não quero que a tia Mônica vá viajar porque ela pode ir e não voltar mais. Então eu não deixo. Se ela for, eu mato ela.

Essa vivência de extrema dependência do objeto parece repetir a história que Joana tem com seus objetos de apego, tornando o crescimento e o desenvolvimento emocional de Pedrinho ainda mais difícil.

Mãe biológica e de coração

Retomando os conceitos de Winnicott (1958/1983) acerca da importância da continência materna diante dos conteúdos *primitivos* do bebê recém-chegado, pode-se supor que Joana não consegue provê-lo de suficientes oportunidades de ilusão, em função de ela própria não ter tido devidamente atendidas as mesmas necessidades. Com isso, o contato com o meio e o olhar humanizador da mãe só lhe foram possíveis até certo ponto. Daí sua dificuldade em se oferecer como continente mental e psíquico a Pedrinho, o que torna os impulsos vivenciados por Pedrinho *perigosos* e mortíferos, já que não puderam ser humanizados. Com isso, diante da ausência de um continente que possa *digerir* sua agressividade não metabolizada, ela se torna bastante perigosa.

Diante da dificuldade que Joana apresenta para conter e metabolizar as angústias do filho e permanecer viva para ele, Mônica ocupa esse papel de cuidadora, acolhendo suas angústias e, com isso, Pedrinho se torna muito apegado a ela. Essa dinâmica familiar vem corroborar a ideia, já bastante difundida na Sociologia e na Antropologia, de que a preparação gestacional vivida pela mulher não constitui necessariamente uma preparação emocional para o cuidado com o filho. Ao contrário, o envolvimento com a maternagem (função de cuidar e maternar) está relacionado a fatores sociais e culturais complexos, e principalmente com a disposição emocional da pessoa que se propõe a cuidar de uma criança, tal como fica expresso na frase de Mônica:

Trocava fralda e tudo. Ele ficava praticamente... porque ela trabalhava. Eu chegava mais cedo. Sempre fui pegá-lo na creche à tarde. Tanto é que eu não podia sair porque ele só queria ficar comigo. Só comigo. Eu sentia que tinha que ajudar e dar carinho. Mas ele tem muita confiança em mim, né? Muitas coisas. Por exemplo, outro dia eu conversei com a mãe dele e disse que eles têm que sair mais sozinhos, que ela tem que participar mais da vida dele. Ele não aceita. Se ela vai ali e eu aqui, ele pergunta: Você vai voltar, tia Jô? Por exemplo, se ele está aqui e eu pego a bolsa pra sair. Ele quer saber aonde que eu vou, que horas que eu volto. Se eu falo que vou pra R., pelo amor de Deus, tem que ir escondido dele. Ele não aceita. A Joana, ele aceita. A mim, ele não aceita. Eu não sei por quê.

Vale ressaltar que Mônica apontou em alguns momentos da entrevista que nunca teve desejo de ser mãe e que sente *não levar o menor jeito com crianças*. Apesar disso, relata que todas as crianças de sua família (sobrinhos, afilhados) apegam-se a ela com muita facilidade, o que acredita ocorrer porque ela consegue compreendê-las em suas necessidades. Olhar para as necessidades da criança e compreendê-la enquanto *alteridade*, mais do que se *confundir* com ela, é o que estabelece o processo de humanização do bebê, conforme afirmam Aiello-Vaisberg e Granato (2006). É o que Mônica consegue realizar quando compreende o profundo terror que Pedrinho nos apresenta.

Considerações Finais

Diante do material exposto, parece ficar premente aquilo que Winnicott refere como a impossi-

bilidade de algumas mães vivenciarem a *regressão materna primária*. No caso de Joana, por não ter podido contar com um ambiente emocional continente para suas próprias angústias, ela não pôde vivenciar na gravidez a preocupação materna primária, condição que prepara o cuidador para estabelecer uma comunicação sutil, porém intensa com o lactente. Conforme ela mesma revela, provavelmente a vivência da rejeição materna e a ausência de um ambiente *continente* às suas próprias angústias, dificultaram em grande parte o seu desenvolvimento. Além disso, a introjeção de uma figura masculina e paterna prejudicada e ausente contribuiu para que ela não conseguisse desenvolver plenamente sua experiência edípica.

Dessa maneira, pode-se afirmar que não é o fato de Joana viver uma escolha homoafetiva com Mônica que seria prejudicial ao desenvolvimento de Pedrinho, mas sim a qualidade precária dessa relação, que, conforme foi mostrado, não se apresenta sob a dinâmica de um casal parental que Pedrinho possa internalizar. Nesse sentido, este estudo defende que, muito mais do que julgar se um ambiente familiar é saudável ou não para o desenvolvimento de uma criança por conta da orientação sexual dos pais, o fundamental é compreender sua realidade intrínseca e a forma como seus membros se relacionam.

Também, nesse sentido, no caso em análise, a vivência da gravidez e da maternidade não constituiu, por si só, elemento preparatório para o estabelecimento de um bom vínculo com o bebê, mas significou mais a possibilidade de se angustiar diante de vivências tão intensas e de reviver as feridas narcísicas da mãe biológica. Por outro lado, Pedrinho pôde contar com a presença ativa e constante da "tia" Mônica que, mesmo não sendo sua mãe biológica, tem tentado funcionar como uma boa mãe de coração, e auxiliar a criança no processo de reparação das dificuldades de seu desenvolvimento.

Por fim, observações atentas diante de realidades tão diversas da família tradicional, embora cada vez mais presentes, só são possíveis graças ao aprofundamento apaixonado, respeitoso e continente dos valores alheios por parte do pesquisador, o que lhe permite se confrontar com o diferente e o novo, a fim de apreender os sentidos dessas novas experiências e realidades, que clamam cada vez mais por seu reconhecimento na sociedade pós-moderna.

Referências

- Aiello-Vaisberg, T. M., & Granato, T. M. M. (2006). *Ser e fazer: na clínica winnicottiana da maternidade*. São Paulo: Idéias e Letras. (Coleção Psi-Atualidades).
- American Psychiatric Association. (1995). Manual diagnóstico e estatístico dos Distúrbios Mentais - DSM-VI (4ª ed). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Badinter, E. (1985). *Um amor conquistado: o mito do amor materno*. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira.
- Bailey, J. M., Bobrow, D., Wolf, M., & Mikach, S. (1995). Sexual orientation of adult son of gay fathers. *Developmental Psychology*, 31 (1), 124-129.
- Durham, E. R. (1983). *Perspectivas antropológicas da mulher*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Granato, T. M. M. (2000). *Encontros terapêuticos com gestantes à luz da preocupação materna primária*. Dissertação de mestrado não-publicada, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.
- Giovacchini, P. L. (1995). Interpretações, uma área técnica obscura. In Giovacchini, P. L. (Org.), *Táticas e técnicas psicanalíticas D. W. Winnicott* (pp.65-78). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Guiddens, A. (1993). *A transformação da intimidade*. São Paulo: Unesp.
- Levi-Strauss, C. (1956). As organizações dualistas existem? In F. Boas. *Antropologia estrutural*. Rio de Janeiro: Editora Tempo Brasileiro.
- Roudinesco, E. (2003). *A família em desordem*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Scavone, L. (2001). Motherhood: transformation in the family and in gender relations. *Interface Comunicação Saúde e Educação*, 5 (8), 47-60.
- Silverstein, L. B., & Auerbach, C. F. (1999). Deconstructing the essential father. *American Psychologist*, 6, 397-407.
- Soifer, R. (1982). *Psicodinamismos da família com crianças*. Petrópolis: Vozes.
- Stacey, J., & Biblarz, T. J. (2001). (How) Does the sexual orientation of parent mother? *American Sociological Review*, 66, 159-183. Recuperado em abril 11, 2010, disponível em: <<http://www.france.qrd.org/assocs/apgl/>>.
- Trinca, W. (1997). *Formas de investigação clínica em psicologia: procedimentos de desenhos-histórias e procedimentos de desenhos de famílias com estórias*. São Paulo: Vetor Editora Psico-Pedagógica.
- Uziel, A. P. (2002). *Família e homossexualidade: velhas questões, novos problemas*. Tese de doutorado não-publicada, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de Campinas.
- Winnicott, D. W. (1975). A criatividade e suas origens. In D. W. Winnicott. *O brincar e a realidade* (p.95-120). Rio de Janeiro: Imago.
- Winnicott, D. W. (1982). Um homem encara a maternidade. In D. W. Winnicott. *A criança e o seu mundo* (6ª ed., p.15-18). Rio de Janeiro: Editora LTC. (Originalmente publicado em 1964).
- Winnicott, D. W. (1983). Psicanálise do sentimento de culpa. In D. W. Winnicott. *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional* (pp.19-30). Porto Alegre: Artmed. (Originalmente publicado em 1958).
- Winnicott, D. W. (1988). Pediatria e psiquiatria. In D. W., Winnicott. *Textos selecionados: da pediatria à psicanálise* (3ª ed, pp.233-253). Rio de Janeiro: Francisco Alves.
- Zambrano, E. (2006). Parentalidades "impensáveis": pais/mães homossexuais, travestis e transexuais. *Horizontes Antropológicos*, 12 (26), 123-147.

Recebido em: 16/9/2009
Aprovado em: 11/3/2011

Qualidade de vida e transplante de células-tronco hematopoéticas alogênicas: um estudo longitudinal¹

Quality of life following allogeneic, hematopoietic stem cell transplantation: a longitudinal study

Aline Bicalho **MATIAS**²

Érika Arantes de **OLIVEIRA-CARDOSO**²

Ana Paula **MASTROPIETRO**³

Júlio César **VOLTARELLI**³

Manoel Antônio dos **SANTOS**⁴

Resumo

Este estudo teve como objetivo avaliar a qualidade de vida de pacientes submetidos ao transplante de células-tronco hematopoéticas alogênicas, comparando as fases pré-transplante de células-tronco hematopoéticas, o momento do isolamento protetor na Enfermaria e o pós-transplante de células-tronco hematopoéticas imediato. A amostra foi composta por sete pacientes (quatro homens e três mulheres) submetidos ao transplante de células-tronco hematopoéticas no primeiro semestre de 2008. Na coleta de dados foi utilizado o Questionário Genérico de Avaliação de Qualidade de Vida (SF-36), aplicado individualmente em situação face a face. A comparação das médias obtidas nas fases pré-transplante de células-tronco hematopoéticas e Enfermaria evidenciou diferença estatisticamente significativa nos domínios Capacidade Funcional ($p=0,022$) e Dor ($p=0,036$). Comparando-se as etapas da Enfermaria e do pós-transplante de células-tronco hematopoéticas, evidenciou-se diferença significativa no Estado Geral de Saúde ($p=0,036$). Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre as variáveis no pré e pós-transplante de células-tronco hematopoéticas. Desse modo, comparando-se as três etapas do transplante foi possível verificar que houve depreciação da qualidade de vida durante o isolamento protetor na Enfermaria, seguida de recuperação dos aspectos mensurados.

Unitermos: Células-tronco. Qualidade de vida. Saúde mental. Transplante de medula óssea.

Abstract

This research aimed to assess the quality of life of patients undergoing allogeneic, hematopoietic stem cell transplantation, comparing the pre-hematopoietic stem cell transplantation phase with the phase of protective isolation in the ward and the immediate post-hematopoietic stem cell transplantation. The sample comprised seven patients (four men and three women) who were submitted to

▼▼▼▼▼

¹ Artigo elaborado a partir do projeto intitulado "Qualidade de vida e aspectos psicológicos de pacientes que aguardam o transplante de medula óssea: um estudo longitudinal". Universidade de São Paulo, 2010. Apoio: Fundação de Apoio à Pesquisa do Estado de São Paulo, processo nº 2007/58648-5.

² Universidade de São Paulo, Membro do Núcleo de Ensino e Pesquisa em Psicologia da Saúde. Ribeirão Preto, SP, Brasil.

³ Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Hospital das Clínicas, Unidade de Transplante de Medula Óssea. Ribeirão Preto, SP, Brasil.

⁴ Universidade de São Paulo, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Departamento de Psicologia e Educação. Av. Bandeirantes, 3900, 14040-901, Ribeirão Preto, SP, Brasil. Correspondência para/Correspondence to: M.A. SANTOS. E-mail: <masantos@ffclrp.usp.br>.

this procedure in the first half of 2008. For the data collection, the Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36) was used and individually applied in face-to-face situations. The comparison between mean data collected in the pre-hematopoietic stem cell transplantation phase and in the ward revealed a statistically significant difference in Functional Capacity ($p=0.022$) and Pain ($p=0.036$). When comparing the ward and post-hematopoietic stem cell transplantation phases, a significant difference in General Health ($p=0.036$) was clearly shown. There was no statistically significant difference between the pre- and post-hematopoietic stem cell transplantation variables. Thus, when comparing the three transplantation phases, it was found that the quality of life diminished during protective confinement in the ward, followed by the recovery of the evaluated aspects.

Uniterms: Stem cells. Quality of live. Mental health. Bone marrow transplantation.

O Transplante de Células-Tronco Hematopoéticas (TCTH) constitui um recurso terapêutico utilizado para uma série de doenças malignas e para várias doenças congênitas e adquiridas de origem hematopoética, genética ou imunológica (Mastropietro, Oliveira-Cardoso, Simões, Voltarelli & Santos, 2010; Mendes, Bittencourt & Dusse, 2010). A medula óssea é um tecido líquido, também conhecido como tutano, que ocupa o interior dos ossos. Nesse tecido são formadas as hemácias, leucócitos e plaquetas, principais componentes do sangue. Quando ocorre o comprometimento da medula óssea, por doenças hematológicas ou neoplasias, e os tratamentos convencionais não são eficientes ou não oferecem possibilidades de melhora ao paciente, o TCTH é indicado como alternativa terapêutica (Thomas, 2000).

O TCTH ou Transplante de Medula Óssea (TMO), como ainda é mais conhecido - consiste na substituição da medula doente por células normais de medula óssea. Assim, a nova medula infundida passará a assumir a produção das células sanguíneas (Thomas, 2000). O procedimento é altamente complexo e pode ser dividido em três fases distintas: pré-TCTH, TCTH propriamente dito e pós-TCTH (Oliveira, Santos, Mastropietro & Voltarelli, 2009; Riul & Aguillar, 1997).

O pré-TCTH é marcado pelo momento pré-admissional, quando são realizadas avaliações pela equipe multidisciplinar. Em seguida, é feita a admissão hospitalar do paciente. A internação visa à realização do regime de condicionamento e imunossupressão, provocada por doses elevadas de quimioterapia. A aplasia medular exige que o paciente seja mantido em rigoroso regime de isolamento protetor. O TCTH propriamente dito é uma fase caracterizada pela coleta da medula óssea do doador (no caso do transplante alogênico), processamento e infusão de medula no paciente, e o enxertamento da medula óssea, a denominada "pega" da medula. Já o pós-TCTH é uma etapa caracterizada pela alta hospitalar, quando o enxer-

tamento é considerado bem-sucedido e não se observam complicações decorrentes do transplante (Guimarães, Oliveira-Cardoso, Mastropietro, Voltarelli & Santos, 2010; Oliveira-Cardoso, Santos, Mastropietro & Voltarelli, 2009b).

Embora não se trate de um processo cirúrgico, mas de uma infusão indolor, semelhante à transfusão sanguínea, o TCTH acarreta sérios riscos para o paciente, desde a perda da integridade física até o risco de morte. Por esse motivo, é considerado um tratamento que pode curar e, ao mesmo tempo, que pode levar ao óbito (Álvares, Bach & Campos, 2003).

Assim, os primeiros conflitos psicológicos enfrentados pelos pacientes antecedem o transplante em si. Muitos dos candidatos ao TCTH têm como doença de base neoplasias hematológicas. A descoberta do câncer hematológico, ou de uma outra doença hematológica grave, é um momento especialmente difícil para os pacientes. Além do impacto causado pelo diagnóstico, muitas vezes incrementado pela não resolubilidade dos tratamentos convencionais, é comum que os pacientes vivenciem o conflito em relação à tomada de decisão pela realização ou não do transplante (Cooper & Powell, 1998; Oliveira & Santos, 2009; Oliveira-Cardoso et al., 2009b), uma vez que o TCTH surge como uma real possibilidade curativa, porém, simultaneamente, induz medo e acentua incertezas, pois aumenta o risco de o paciente ter sua sobrevida abreviada em decorrência de complicações do próprio procedimento. Essa ambiguidade incontornável desperta sentimentos ambivalentes de medo e esperança (Álvares et al., 2003; Guimarães, Santos & Oliveira, 2008).

É comum, ainda, que o paciente se preocupe com sua condição física, enfrente complicações na fase pós-TCTH, interrupções de projetos e descontinuidade de sua vida social devido ao longo período de internação, quimioterapia agressiva, regime de isolamento

protetor durante o período da aplasia medular, sem contar os inúmeros efeitos adversos do tratamento a longo prazo, como infertilidade, disfunção hormonal e, em alguns casos, recidiva da doença de base. Além disso, a pessoa submetida ao transplante também pode amargar dificuldades financeiras durante o tratamento (Lesko, 1990; Matsubara, Carvalho, Canini & Sawada, 2007). Tais estressores podem interferir de modo negativo na qualidade de vida dos pacientes (Oliveira & Santos, 2009; Oliveira-Cardoso et al., 2009b).

Nos últimos anos, a qualidade de vida tem sido estudada em diferentes contextos de saúde e doença, uma vez que a enfermidade não afeta somente a dimensão física, mas também repercute sobre o estado psicológico do indivíduo, seu nível de independência e suas relações sociais, fatores que extrapolam o objeto da saúde da medicina tradicional (Orley & Kuyken, 1994). Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS) refere-se a um conceito multidimensional que abrange a percepção do indivíduo a respeito de sua posição na vida, dentro de um contexto cultural e de um sistema de valores nos quais ele está inserido, relacionados aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (Fleck et al., 1999). Nesse contexto, recentemente a qualidade de vida de pacientes submetidos ao TCTH tem recebido maior atenção, em decorrência do aprimoramento da técnica, que tem elevado o índice de sobrevida dos pacientes, permitindo evolução mais favorável dos quadros.

Estudo realizado com pacientes candidatos ao TCTH mostrou que cerca de metade dos pacientes no momento pré-TCTH enfrentam níveis significativos de sofrimento psíquico (Trask et al., 2002). São diversos os fatores que podem interferir de maneira negativa na QVRS de pacientes submetidos ao TCTH, dentre eles: disfunções sexuais, desajustamento psicossocial e vocacional, estresse psicológico e manifestações psicopatológicas decorrentes dos efeitos adversos da própria terapêutica (Heinonen, Volin, Zevon, Uutela, Barrick & Ruutu, 2005; Molassiotis & Morris, 1999; Oliveira & Santos, 2009).

Em estudo recente, realizado por Gregurek, Brajkovic, Kalenic, Bras e Persic-Brida (2009), observou-se correlação estatisticamente significativa entre ansiedade e qualidade de vida. Assim, com o aumento dos sintomas de ansiedade, houve declínio do nível de

qualidade de vida. Contribuindo, ainda, para o rebaixamento da qualidade de vida dos pacientes durante a realização do transplante, Heinonen et al. (2005) chamam a atenção para o fato de o TCTH ser reconhecido como uma das estratégias terapêuticas mais estressantes no tratamento de certos tipos de câncer. Os autores apontam alguns aspectos que contribuem para a instalação de quadros de estresse, tais como: mudanças drásticas de vida, longa duração do tratamento, períodos de hospitalização e confinamento, efeitos colaterais dos procedimentos utilizados, medo da morte e falta de informações.

Fife, Huster, Cornetta, Kennedy, Akard e Broun (2000) realizaram um estudo longitudinal com 101 participantes submetidos ao TCTH, avaliando-os por meio de uma escala autoaplicável, nos momentos: antes da internação, pouco antes da infusão da medula óssea, sete dias e 14 dias após o transplante, e depois de um mês, três meses e 12 meses após a hospitalização. Foi encontrada maior depreciação do sofrimento emocional após a admissão hospitalar e antes da infusão da nova medula. Uma semana após o transplante foi observada uma diminuição dos sintomas de ansiedade e depressão. Além disso, confirmou-se que os três meses e um ano após o TCTH foram os períodos de menor sofrimento emocional.

Acompanhando essas evidências, McQuellon et al. (1998) publicaram um estudo prospectivo no qual avaliaram 74 pacientes do período pré-TCTH até um ano pós-TCTH. Os autores concluíram que, durante a internação, os pacientes apresentaram os piores índices gerais de qualidade de vida, havendo uma melhora progressiva em 100 dias e um ano, na medida em que recuperavam o convívio familiar e comunitário.

No pós-TCTH, principalmente no período imediato, os pacientes sofrem mais intensamente com as consequências do tratamento. Observa-se prejuízo no funcionamento físico, saúde geral, vitalidade e funcionamento social e emocional. O rebaixamento da qualidade de vida no pós-TCTH pode estar associado com ao longo tempo de internação, fraqueza física e prevalência de sintomas físicos e de ansiedade, depressão e estresse (Hann, Jacobsen, Martinho, Kronish, Azzarello & Fields, 1997; Peres & Santos, 2009; Trask et al., 2002).

Goetzmann et al. (2007) apontam a importância do acompanhamento psicossocial durante a evolução

do tratamento, principalmente para pacientes com alta vulnerabilidade na etapa pré-TCTH, a fim de favorecer melhor adaptação e ajustamento às etapas pós-TCTH. Apesar das dificuldades mencionadas, muitos sobreviventes ao transplante alcançam uma boa condição de saúde, bons níveis de capacidade funcional e baixos níveis de angústia e sofrimento psicológico. São capazes de se adaptarem socialmente e de reassumirem papéis ocupacionais (Haberman, Bush, Young & Sullivan, 1993).

No Brasil, ainda são escassas as investigações científicas sobre os aspectos psicológicos experimentados pelos pacientes submetidos ao TCTH, apesar do índice cada vez mais elevado de sobrevivência dos portadores de doenças hematológicas e da angústia que vivenciam para decidirem pela realização ou não do procedimento, que implica riscos significativos, proporcionais ao seu potencial benefício (Álvares et al., 2003; Oliveira & Santos, 2009).

Assim, o objetivo do presente estudo foi avaliar comparativamente a qualidade de vida de pacientes submetidos ao TCTH durante as três primeiras fases do transplante: pré-TCTH, Enfermaria (TCTH propriamente dito) e pós-TCTH imediato.

Método

Participantes

A amostra foi composta por sete pacientes, quatro homens e três mulheres, com idades variando entre 37 e 52 anos. Todos os homens participantes do estudo eram casados ou viviam em união estável e, entre as mulheres, apenas uma era solteira. Em relação ao *status* profissional, os homens exerciam atividades como contador, vendedor, pedreiro e policial militar, e as mulheres eram donas de casa e empregada doméstica. Os participantes apresentavam diferentes doenças de base: Leucemia Linfóide Aguda, Leucemia Mielóide Aguda, Linfoma Não-Hodgkin, Mieloma Múltiplo, Síndrome Mielodisplásica, Anemia de Fanconi, sendo que esta última condição havia acometido dois participantes. Todos tinham indicação para o TCTH alogênico, procedimento no qual a fonte de células-tronco hematopoiéticas é um doador geneticamente similar.

Para seleção dos participantes foram adotados os seguintes critérios de inclusão: pacientes maiores de

18 anos, de ambos os sexos, com indicação para o transplante alogênico, que aceitaram participar da pesquisa. Foram excluídos os pacientes com evidência de comprometimento psiquiátrico, intelectual e/ou debilidade orgânica, ou qualquer outra condição que pudesse prejudicar a compreensão ou o desempenho no instrumento aplicado.

Instrumento

Foi utilizado o Questionário Genérico de Avaliação de Qualidade de Vida (SF-36), traduzido e adaptado para a língua portuguesa por Ciconelli (1997), a partir do *Medical Outcomes Study 36 Item Short-Form Health Survey*. Trata-se de um instrumento de avaliação genérica de saúde, multidimensional, elaborado originalmente na língua inglesa, de fácil administração e compreensão. Esse instrumento tem sido largamente aplicado nos estudos que investigam o TCTH, tanto em contexto nacional como internacional. (Guimarães et al., 2008).

O SF-36 tem por objetivo mensurar as necessidades humanas básicas, o bem-estar emocional e funcional (Ware & Sherbourne, 1992). É constituído por 36 questões, que abrangem componentes físicos e mentais da QVRS. Dentre os primeiros, destacam-se os aspectos (ou domínios): Capacidade Funcional, que avalia as limitações relacionadas às atividades físicas; Aspectos Físicos, que afere o quanto as limitações físicas dificultam a realização de atividades diárias; Dor, que mensura a interferência da dor nas atividades da vida diária; Estado Geral de Saúde, que avalia a percepção do indivíduo sobre sua saúde e motivação pessoal. Dentre os componentes mentais, destacam-se: Aspectos Sociais, que avalia a frequência da interferência nas atividades sociais devido a problemas físicos ou emocionais; Vitalidade, que examina os sentimentos de cansaço e exaustão; Aspectos Emocionais, que mensura as limitações para realizar atividades devido à interferência de problemas emocionais; Saúde Mental, que avalia a percepção de sintomas de ansiedade, depressão, alteração do comportamento e descontrole emocional.

Procedimentos

Após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição hospitalar, a coleta de dados

foi realizada nas dependências da Unidade de Transplante de Medula Óssea (UTMO) da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP-USP). Os pacientes que atendiam aos critérios de inclusão e concordaram em participar do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e responderam ao SF-36 em três momentos distintos: no momento da internação para início do procedimento, cerca de oito dias após a infusão da nova medula óssea e, aproximadamente, 35 dias após a alta hospitalar.

Para análise dos dados foram seguidas as instruções de Ciconelli (1997). Após a aplicação do instrumento, foi atribuído um escore para cada questão, posteriormente transformado em uma escala de 0-100, sendo cada dimensão analisada separadamente. Em decorrência do próprio construto de qualidade de vida, não existe um valor geral estimado pelo instrumento.

Para a análise estatística foi utilizado o teste não-paramétrico de Wilcoxon para amostras dependentes, escolhido por se tratar de uma amostra reduzida e com variáveis pareadas, considerando-se um valor de $p \leq 0,05$ para estimar o nível de significância.

Resultados

Como pode ser visualizado na Tabela 1, que apresenta a comparação das médias de QVRS obtidas nas fases pré-TCTH e Enfermaria, a análise dos dados evidenciou diferença estatisticamente significativa nos aspectos Capacidade Funcional ($p=0,022$) e Dor ($p=0,036$). Esse resultado indica que houve depreciação em tais domí-

nios, quando se compararam as fases pré-TCTH e Enfermaria. Entre as demais variáveis da QVRS analisadas pelo SF-36 não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas.

Apesar de não terem alcançado significância estatística, as diferenças de escores de qualidade de vida encontradas nas fases pré-TCTH e Enfermaria apontam uma discrepância qualitativamente importante, uma vez que os participantes apresentaram depreciação de diversos domínios da QVRS durante o período de internação (mais precisamente, em seis dos oito domínios avaliados: Aspectos Físicos, Estado Geral de Saúde, Vitalidade, Aspectos Sociais, Aspectos Emocionais e Saúde Mental). Ocorreram pioras na avaliação da Capacidade Funcional, Aspectos Físicos e Aspectos Sociais, bem como nos domínios Dor, Vitalidade e Saúde Mental.

A Tabela 2 mostra a comparação da qualidade de vida, avaliada pelo SF-36, nos momentos pré e pós-TCTH. A análise dos dados não evidenciou diferenças estatisticamente significativas entre as variáveis. Embora as discrepâncias encontradas não sejam estatisticamente significativas, as diferenças de escores de qualidade de vida nas fases pré e pós-TCTH apontam um declínio, na fase pós-TCTH, dos valores de alguns domínios da QVRS: Capacidade Funcional, Aspectos Físicos, Dor e Aspectos Sociais. Já nos aspectos Estado Geral de Saúde e Aspectos Emocionais observou-se melhora na fase pós-TCTH.

A Tabela 3 mostra a comparação da qualidade de vida, avaliada pelo SF-36, nas fases da Enfermaria e pós-TCTH. Na comparação da QVRS entre essas etapas,

Tabela 1. Comparação dos valores médios de qualidade de vida, avaliada pelo SF-36, nas fases pré-TCTH e Enfermaria. Ribeirão Preto (SP), 2009-2010.

Aspectos da QVRS	Pré-TCTH		Enfermaria		p
	M	DP	M	DP	
Capacidade funcional	64,3	25,0	20,0	18,5	0,022*
Aspectos físicos	35,7	45,3	3,6	9,5	0,100
Dor	86,0	24,7	45,1	33,6	0,036*
Estado geral de saúde	65,5	18,2	66,1	13,5	0,675
Vitalidade	62,5	28,7	43,6	31,5	0,151
Aspectos sociais	69,6	36,7	21,4	21,3	0,059
Aspectos emocionais	28,0	48,8	33,3	47,1	1,000
Saúde mental	72,0	29,5	68,0	14,9	1,000

* $p \leq 0,05$. M: média; DP: desvio-padrão; SF-36: questionário genérico de avaliação de qualidade de vida; TCTH: transplante de células-tronco hematopoéticas; QVRS: qualidade de vida relacionada à saúde.

Tabela 2. Comparação dos valores médios de qualidade de vida, avaliada pelo SF-36, nas fases pré-TCTH e pós-TCTH. Ribeirão Preto (SP), 2009-2010.

Aspectos da QVRS	Pré-TCTH		Pós-TCTH		p
	M	DP	M	DP	
Capacidade funcional	64,3	25,0	48,5	22,6	0,151
Aspectos físicos	35,7	45,3	7,1	18,9	0,273
Dor	86,0	24,7	61,8	24,7	0,208
Estado geral de saúde	65,5	18,2	78,4	10,7	0,208
Vitalidade	62,5	28,7	59,0	24,1	0,800
Aspectos sociais	69,6	36,7	53,5	37,3	0,418
Aspectos emocionais	28,0	48,8	62,0	48,7	0,201
Saúde mental	72,0	29,5	73,6	25,0	0,917

* $p \leq 0,05$. M: média; DP: desvio-padrão; SF-36: questionário genérico de avaliação de qualidade de vida; TCTH: transplante de células-tronco hematopoéticas; QVRS: qualidade de vida relacionada à saúde.

Tabela 3. Comparação dos valores médios de qualidade de vida, avaliada pelo SF-36, nas fases da Enfermaria e pós-TCTH. Ribeirão Preto (SP), 2009-2010.

Aspectos da QVRS	Enfermaria		Pós-TCTH		p
	M	DP	M	DP	
Capacidade funcional	20,0	18,5	48,5	22,6	0,138
Aspectos físicos	3,6	9,5	7,1	18,9	1,000
Dor	45,1	33,6	61,8	24,7	0,402
Estado geral de saúde	66,1	13,5	78,4	10,7	0,036*
Vitalidade	43,6	31,5	59,0	24,1	0,075
Aspectos sociais	21,4	21,3	53,5	37,3	0,093
Aspectos emocionais	33,3	47,1	62,0	48,7	1,000
Saúde mental	68,0	14,9	73,6	25,0	0,402

* $p \leq 0,05$. M: média; DP: desvio-padrão; SF-36: questionário genérico de avaliação de qualidade de vida; TCTH: transplante de células-tronco hematopoéticas; QVRS: qualidade de vida relacionada à saúde.

a análise dos dados evidenciou diferença estatisticamente significativa no aspecto Estado Geral de Saúde ($p=0,036$), que aparece mais rebaixado na Enfermaria. Entre as demais variáveis não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas. As diferenças obtidas entre as médias dos escores sugerem uma avaliação inferior dos aspectos da qualidade de vida na fase da Enfermaria.

Discussão

A literatura ressalta o impacto que as doenças neoplásicas provocam nos pacientes e em seus familiares (Deitos & Gaspary, 1997; Peres & Santos, 2006a; Valle, 1994). A descoberta de um câncer hematológico é um possível desencadeador de transtornos de ajustamento nos pacientes (Peres & Santos, 2005; 2006b), daí a

necessidade de avaliação da qualidade de vida com vistas a melhorar as indicações terapêuticas para cada caso. Assim, é de fundamental importância que a equipe multidisciplinar de saúde, responsável pela condução do tratamento, compreenda a dinâmica envolvida na relação paciente-família-cuidado e identifique a influência que os fatores psicossociais exercem nesse contexto, facilitando, assim, o processo de adaptação à nova realidade.

Após o diagnóstico, um novo confronto altamente impactante pode advir, com a tomada de decisão pela realização ou não do tratamento. O paciente passa pelas fases de seleção de possíveis doadores, preparo para o transplante, o transplante propriamente dito, possíveis complicações decorrentes da elevada toxicidade da quimioterapia e dos procedimentos invasivos, a tão aguardada "pega da medula" e a alta da unidade

hospitalar para acompanhamento ambulatorial (Oliveira-Cardoso et al., 2009b; Peres & Santos, 2006c). Considerando que essas etapas acentuam o estresse e potencializam reações de ansiedade e depressão, a equipe de saúde deve estar preparada para oferecer um ambiente de confiança e acolhimento às necessidades apresentadas pelos pacientes e seus cuidadores. Uma comunicação clara e baseada em vocabulário simples deve prevalecer no contato entre profissionais, pacientes e familiares, de modo a permitir a assimilação de inúmeras informações, com diferentes níveis de complexidade. Também se devem respeitar as expectativas, crenças e valores de cada indivíduo e de seu contexto sociofamiliar. Essas atitudes podem ajudar a minimizar as consequências negativas que um procedimento tão radical e agressivo como o TCTH acarreta para a qualidade de vida dos pacientes (Matsubara et al., 2007).

Corroborando o que já está claramente documentado na literatura (Oliveira-Cardoso, Santos, Mastropietro & Voltarelli, 2010; Peres & Santos, 2006b), o transplante surge para esses pacientes como uma possibilidade resolutive, uma vez que a recuperação da saúde e dos aspectos a ela relacionados dependem dessa opção terapêutica. Os pacientes tendem a se agarrar na possibilidade dessa intervenção dar certo, por mais que os riscos e fatores adversos associados ao procedimento sejam enfatizados pela equipe no momento de se ponderar a relação custo-benefício, durante o delicado processo de conduzir a tomada de decisão. Assim, os indivíduos que têm indicação para se submeterem ao TCTH tendem a se fixar nos possíveis benefícios que a terapêutica pode lhes trazer, nutrindo expectativa de recuperação substancial da saúde e dos aspectos vitais relacionados à qualidade de vida que foram prejudicados pela doença.

Apesar dessa possibilidade ser cada vez mais plausível, na medida em que o avanço do conhecimento na área permite a obtenção de resultados mais seguros e duradouros, o transplante ainda é vivenciado como uma experiência nova e ameaçadora, pois tanto pode salvar, como levar ao óbito (Álvares et al., 2003; Oliveira-Cardoso et al., 2010), o que interfere significativamente na qualidade de vida dos pacientes. Dessa maneira, a decisão pela realização do TCTH geralmente vem acompanhada pela esperança de cura, mas também pode ser desencadeadora de sentimentos ambivalentes,

de esperança e medo do que possa acontecer no futuro. Esse incremento de incertezas potencializa conflitos psicológicos mobilizadores de ansiedade, devido à complexidade e aos riscos potenciais envolvidos. Esses fatores adversos contribuem para depreciar a qualidade de vida.

Os dados obtidos no presente estudo sugerem a potencial vulnerabilidade psicológica dos pacientes nas vésperas da realização do transplante. Assim, o rebaixamento de aspectos avaliados pelo SF-36, como Estado Geral de Saúde, Aspectos Físicos e Emocionais, pode guardar relação com a fragilidade física decorrente do agravamento da doença de base e também com a ambivalência de sentimentos despertados com a tomada de decisão pela realização do transplante. A situação paradoxal de risco e esperança suscita nos participantes emoções extremas e ambivalentes, como euforia e choque, otimismo e temor de que o procedimento não dê certo. O medo de morrer pode ser recalcado na busca de uma postura resignada frente ao que não se pode modificar, de conformismo diante da oportunidade representada pelo novo tratamento, da busca de conforto e serenidade, e até mesmo na felicidade por ter, finalmente, chegado a hora de poder se submeter a uma terapêutica que parece promissora, como ocorre no contexto de outros tipos de transplante (Ravagnani, Domingos & Miyazaki, 2007).

A qualidade de vida do paciente no período prévio à realização do transplante pode interferir no modo como ele vivencia a passagem pelo isolamento protetor da Enfermaria e as mudanças radicais que ocorrem em seu corpo. O modo como o paciente irá reestruturar sua vida, após a alta hospitalar e o retorno ao lar, pode estar associado com a maneira como ele vivenciou as etapas anteriores do tratamento. Nessa vertente, destaca-se a importância de uma exploração minuciosa da situação social e psicológica do paciente candidato ao TCTH (Peres & Santos, 2006b; 2006c), visto que muitos sofrem com questões relacionadas a uma incipiente preparação psicológica e social. A rede de apoio social também precisa ser apreciada. Assim, Krasuska, Dmoszynska, Daniluk e Stanislawek (2002) apontam para a importância de desenvolver recursos educativos, como disponibilizar uma cartilha de informações ao paciente, elaborada em linguagem simples e clara, com o objetivo de esclarecer dúvidas e responder às perguntas iniciais.

Durante o TCTH propriamente dito, os pacientes permanecem confinados em um quarto, em regime de total isolamento protetor, enquanto aguardam a infusão da nova medula e recebem a quimioterapia que induz a imunossupressão, o que aumenta exponencialmente o risco de contrair infecções oportunistas. Por passarem um longo período nesse estado de confinamento e sistema imunológico aniquilado, não é raro que desenvolvam reações de ajustamento à situação adversa, permeada por ansiedade, irritabilidade e tédio. Em casos extremos, podem apresentar grave descompensação psíquica, inclusive com vivências de despersonalização. Adiciona-se a esse quadro preocupante a constante ameaça de ocorrerem complicações decorrentes do próprio procedimento do transplante, como a temida Doença do Enxerto Contra o Hospedeiro (DECH), que pode potencializar a exposição a fatores estressores e aumentar o risco de morte (Álvares et al., 2003; Peres & Santos, 2006b).

Pontes, Guirardello e Campos (2007) apontam, com base em um estudo de caso, que o paciente que vivencia essa situação sofre com a ausência da família, o medo da morte e a incerteza quanto ao futuro, além de experimentar sentimentos de compaixão, proteção exagerada e imprecisão de informações, mesclados com o excesso de manuseio pela equipe de enfermagem. Deve-se acrescentar ainda a desorientação causada pela ruptura da vida cotidiana, com o afastamento do trabalho e a restrição de espaço físico. O incômodo sentido com o isolamento social e o afastamento da família é agravado pela imobilidade física e pela limitação a um ambiente hospitalar asséptico e monótono. A essas restrições são adicionados os efeitos colaterais dos quimioterápicos, a ocorrência de mudanças profundas na autoimagem e a necessidade de manterem um acompanhante dia e noite, o que reforça a perda de autonomia e o estado de regressão e dependência extrema em que se encontram no período de enfermagem. Todas essas alterações, que correspondem às possíveis implicações físicas e psicossociais do procedimento, podem contribuir para o rebaixamento da qualidade de vida (Guimarães et al., 2010). Com efeito, os dados obtidos na presente investigação corroboram que a QVRS dos pacientes nessa etapa do tratamento encontra-se em sua pior fase.

Apesar dos piores índices de qualidade de vida terem sido obtidos na etapa da Enfermagem, observa-se

que, comparados com os índices do pré-TCTH, os domínios relativos ao Estado Geral de Saúde e Aspectos Emocionais encontravam-se melhor preservados durante a internação. Isso pode estar relacionado com o acolhimento e o suporte recebidos da equipe de saúde, que inclui profissionais de saúde mental, como psicólogo, psiquiatra e terapeuta ocupacional (Oliveira, Santos & Mastropietro, 2005). Esses profissionais oferecem apoio aos pacientes durante o período de internação e a assistência é continuada nos retornos ambulatoriais após a alta hospitalar. Um plano de intervenção é traçado, buscando-se fortalecer as estratégias de enfrentamento que promovem adaptação a cada etapa vivenciada nessa longa jornada (Oliveira & Santos, 2009).

Nesse sentido, Miyazaki, Domingos, Valério, Santos e Rosa (2002) descrevem a importância do serviço de Psicologia e da equipe de saúde mental nas enfermarias. Destacam que, nas enfermarias, as intervenções realizadas pela equipe de saúde mental têm por objetivo facilitar o vínculo com a equipe interdisciplinar, de modo a minimizar as dúvidas e crenças incorretas acerca da doença e do tratamento, favorecendo o desenvolvimento de recursos adaptativos frente às restrições impostas.

Os resultados obtidos devem ser vistos com a devida cautela, dado o número reduzido de participantes do estudo e a grande variabilidade das medidas obtidas. Nesse sentido, chama a atenção, por exemplo, o fato de que, no pré-TCTH, em um domínio como Aspectos Emocionais, cinco participantes obtiveram pontuação nula, enquanto os outros dois alcançaram pontuação máxima (100).

Considerações Finais

Atualmente, o TCTH é utilizado para o tratamento de diversas doenças neoplásicas - como leucemias, linfomas, mieloma múltiplo - e não neoplásicas - a exemplo da aplasia medular, hemoglobinopatias, distúrbios metabólicos ou imunológicos congênitos e doenças autoimunes (Mendes et al., 2010). Esse amplo espectro de indicações evidencia a necessidade de investir em pesquisas que considerem o potencial impacto para a qualidade de vida dos pacientes, como mostra o presente estudo.

Com a alta hospitalar foi observada melhora na qualidade de vida dos pacientes, em comparação com a etapa da Enfermaria. Mesmo que discreta, a melhora constatada nas dimensões analisadas pode ter um impacto importante e positivo sobre o bem-estar psicológico e a funcionalidade diária do paciente (Ravagnani et al., 2007).

Ao se comparar a qualidade de vida durante o pré e o pós-TCTH, observou-se que os indicadores foram superiores no pré-TCTH. Após a realização do transplante, a QVRS dos pacientes sofreu o impacto das implicações decorrentes do procedimento. Eles enfrentaram limitações físicas, dores, sensação de distorção da autoimagem, efeitos colaterais do tratamento, que se somaram às alterações duradouras nos hábitos de vida - como a perda ou prejuízo da capacidade produtiva, da autonomia, da função sexual e da fertilidade, além dos papéis sociais (Lesko, 1990). Não obstante tais prejuízos, os domínios Estado Geral de Saúde e Aspectos Emocionais encontravam-se melhorados no pós-TCTH, provavelmente devido aos cuidados intensivos recebidos da equipe de saúde e ao suporte psicoterápico e em terapia ocupacional regularmente oferecidos (Oliveira-Cardoso, Santos, Mastropietro, Sponholz Jr & Voltarelli, 2009a).

Pelo exposto, nota-se que, no pós-TCTH imediato, apesar do alívio advindo da saída da enfermaria, a qualidade de vida continuou prejudicada em diversos aspectos. Por outro lado, durante os 100 dias que se sucederam à infusão da nova medula óssea, a melhora na qualidade de vida, mesmo que discreta, pode representar um impacto positivo sobre o bem-estar e a funcionalidade diária do paciente, considerando a acentuada situação de vulnerabilidade em que ele se encontra. Tal melhora foi sentida e relatada pelos pacientes que, gradualmente, começaram a expressar o desejo de retomar suas atividades, dedicar-se mais à família, ter mais tempo para si mesmos, bem como ressignificar o viver após a realização do transplante.

Com a alta hospitalar, o paciente começa a vislumbrar a retomada de suas atividades rotineiras e/ou o recomeço de sua vida. Porém, vale ressaltar que não se pode esperar que retome de uma só vez tudo o que interrompera. É preciso respeitar o tempo necessário para a retomada de sua autonomia e da linha de continuidade do seu existir.

Com a evolução e aprimoramento progressivo da técnica do TCTH, muitas melhoras vêm sendo incrementadas, o que permite elevar a expectativa de sobrevida dos pacientes com indicação para esse tipo de procedimento. Desse modo, a qualidade de vida do paciente passa a ser tão relevante quanto sua sobrevida, o que torna necessário empreender melhorias nas modalidades de assistência integral ao transplantado e sua família em todas as etapas do prolongado percurso de tratamento. Também é necessária uma maior atenção à formação e qualificação de profissionais envolvidos no atendimento a essa população.

É preciso mencionar os limites do presente estudo, como a casuística reduzida e a aplicação de apenas um instrumento genérico de avaliação da QVRS. Sugere-se a necessidade de estudos futuros, com uso combinado do SF-36 com um instrumento específico de qualidade de vida, como a escala FACT-BMT.

Finalmente, com base nos resultados analisados, pode-se concluir que melhorar a qualidade de vida e a adaptação dos pacientes à realidade do TCTH deve se constituir em um importante foco de intervenção e assistência no decurso do tratamento. Considera-se que essa deveria ser uma preocupação imperiosa da equipe responsável pelo transplante a curto, médio e longo prazo, ao lado da atenção dada à recuperação hematopoética pós-transplante. Além disso, são necessários novos estudos, com uma casuística ampliada e delineamentos mais sofisticados de pesquisa, para assegurar o enriquecimento do conhecimento produzido nessa área e garantir melhores condições de assistência e acompanhamento dos pacientes submetidos ao TCTH.

Referências

- Álvares, M., Bach, C., & Campos, E. M. P. (2003). Estados emocionais do paciente candidato a transplante de medula óssea. *Psicologia: Teoria e Prática*, 5 (2), 23-36.
- Ciconelli, R. M. (1997). *Tradução para o português e validação do Questionário Genérico de Avaliação de Qualidade de Vida Medical Outcomes Study 36 - Item Short-form Health Survey (SF-36)*. Tese de doutorado não-publicada, Universidade Federal de São Paulo.
- Cooper, M. C., & Powell, G. (1998). Technology and care in bone marrow transplantation unit: creating and assuaging vulnerability. *Holistic Nursing Practice*, 12 (4), 57-68.
- Deitos, T. F. H., & Gaspar, J. F. P. (1997). Efeitos biopsicossociais e psiconeuroimunológicos do câncer sobre pacientes e familiares. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 43 (2), 117-126.

- Fife, B. L., Huster, G. A., Cornetta, K. G., Kennedy, V. N., Akard, L. P., & Broun, E. R. (2000). Longitudinal study of adaptation to the stress of bone marrow transplantation. *Journal of Clinical Oncology*, 18 (7), 1539-1549.
- Fleck, M. P., Leal, O. F., Louzada, S., Xavier, M., Cachamovich, E., Vieira, G., et al. (1999). Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQoL-100). *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 21 (1), 21-28.
- Goetzmann, L., Klaghofer, R., Wagner-Huber, R., Halter, J., Boehler, A., Muellhaupt, B., et al. (2007). Psychosocial vulnerability predicts psychosocial outcome after an organ transplant: results of a prospective study with lung, liver, and bone-marrow patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 62 (1), 93-100.
- Gregurek, R., Brajkovic, L., Kalenic, B., Bras, M., & Persic-Brida, M. (2009). Five years study on impact of anxiety on quality of life in patients treated with bone marrow transplantation. *Psychiatric Danub*, 21 (1), 49-55.
- Guimarães, F. A. B., Santos, M. A., & Oliveira, E. A. (2008). Quality of life of patients with autoimmune diseases submitted to bone marrow transplantation: a longitudinal study. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 16 (5), 856-863.
- Guimarães, F. A. B., Oliveira-Cardoso, E. A. O., Mastropietro, A. P., Voltarelli, J. C., & Santos, M. A. (2010). Impact of autologous hematopoietic stem cell transplantation on the quality of life of patients with multiple sclerosis. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria*, 68 (4), 522-527.
- Haberman, M., Bush, N., Young, K., & Sullivan, K. M. (1993). Quality of life of adult long-term survivors of bone marrow transplantation: a quality analysis of narrative data. *Oncology Nursing Forum*, 20 (10), 1545-1553.
- Hann, D. M., Jacobsen, P. B., Martinho, S. C., Kronish, L. E., Azzarello, L. M., & Fields, K.K. (1997). Quality of life following bone marrow transplantation for breast comparative study. *Bone Marrow Transplantation*, 19 (3), 257-264.
- Heinonen, H., Volin, L., Zevon, M. A., Uutela, A., Barrick, C., & Ruutu, T. (2005). Stress among allogeneic bone marrow transplantation patients. *Patient Education and Counseling*, 56 (1), 62-67.
- Krasuska, M. E., Dmoszynska, A., Daniluk, J., & Stanislawek, A. (2002). Information needs of the patients undergoing bone marrow transplantation. *Annales Universitatis Mariae Curie Sklodowaska, Sectio D: Medicina*, 57 (2), 178-185.
- Lesko, L. M. (1990). Bone marrow transplantation. In J. Holland & J. Rowland (Eds.), *Handbook of psychooncology: psychological care for the patient with cancer* (pp.163-172). New York: Oxford University Press.
- Mastropietro, A. P., Oliveira-Cardoso, E. A., Simões, B. P., Voltarelli, J. C., & Santos, M. A. (2010). Relação entre renda, trabalho e qualidade de vida de pacientes submetidos ao transplante de medula óssea. *Revista Brasileira de Hematologia e Hemoterapia*, 32 (2), 102-107.
- Matsubara, T. C., Carvalho, E. C., Canini, S. R. M. S., & Sawada, N. O. (2007). A crise familiar no contexto do transplante de medula óssea (TMO): uma revisão integrativa. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 15 (4), 665-670.
- McQuellon, R. P., Russell, G., Rambo, T. D., Craven, B. L., Radford, J., Perry, J. J., Cruz, J., et al. (1998). Quality of life and psychological distress of bone marrow transplant recipients: the time trajectory's recovery over the first year. *Bone Marrow Transplantation*, 21 (5), 477-486.
- Mendes, M. L., Bittencourt, H. N. S., & Dusse, L. M. S. (2010). Fontes de células no transplante de células-tronco hematopoéticas. *Revista Brasileira de Análises Clínicas*, 42 (1), 3-7.
- Miyazaki, M. C. O. S., Domingos, N. A. M., Valério, N. I., Santos, A. R., & Rosa, L. T. B. (2002). Psicologia da saúde: extensão de serviços à comunidade, ensino e pesquisa. *Psicologia USP*, 13 (1), 29-53.
- Molassiotis, A., & Morris, P. J. (1999). Quality of life in patients with chronic myeloid leukemia after unrelated donor bone marrow transplantation. *Cancer Nursing*, 22 (5), 340-349.
- Oliveira, E. A., & Santos, M. A. (2009). Qualidade de vida de pacientes submetidos ao transplante de medula óssea. In S. R. Pasian, G. Romanelli & M. V. Cunha (Orgs.), *Investigação científica em psicologia: aplicações atuais em saúde* (pp.155-182). São Paulo: Vetor.
- Oliveira, E. A., Santos, M. A., & Mastropietro, A. P. (2005). Oficinas terapêuticas: uma possibilidade de intervenção em saúde mental. In C. P. Simon, L. L. Melo-Silva & M. A. Santos (Orgs.), *Formação em psicologia: desafios da diversidade na pesquisa e na prática* (pp.369-378). São Paulo: Vetor.
- Oliveira, E. A., Santos, M. A., Mastropietro, A. P., & Voltarelli, J. C. (2009). Qualidade de vida pós-TMO. In L. N. Machado, V. O. Camandoni, K. P. H. Leal & E. L. M. Mascatello (Orgs.), *Transplante de medula óssea: abordagem multidisciplinar* (pp.159-174). São Paulo: Lemar.
- Oliveira-Cardoso, E. A., Santos, M. A., Mastropietro, A. P., Sponholz Jr, A., & Voltarelli, J. C. (2009a). Intervenções da psicologia, psiquiatria e terapia ocupacional no transplante de células-tronco hematopoéticas. In J. C. Voltarelli, R. Pasquini & E. T. T. Ortega (Orgs.), *Transplante de células-tronco hematopoéticas* (pp.1099-1118). São Paulo: Atheneu.
- Oliveira-Cardoso, E. A., Santos, M. A., Mastropietro, A. P., & Voltarelli, J. C. (2009b). Qualidade de vida de sobreviventes do transplante de medula óssea (TMO): um estudo prospectivo. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 25 (4), 529-536.
- Oliveira-Cardoso, E. A., Santos, M. A., Mastropietro, A. P., & Voltarelli, J. C. (2010). Bone marrow donation from the perspective of sibling donors. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 18 (5), 911-918.
- Orley, J., & Kuyken, W. (1994). *Quality of life assessment: international perspectives*. Berlin: Springer-Verlag.
- Peres, R. S., & Santos, M. A. (2005). Carência fantasmática e vulnerabilidade somática em pacientes onco-hematológicos com indicação para o transplante de medula óssea. *Psicologia Hospitalar*, 3 (1), 85-101.
- Peres, R. S., & Santos, M. A. (2006a). *A exclusão do afeto e a alienação do corpo*. São Paulo: Vetor.
- Peres, R. S., & Santos, M. A. (2006b). Relações entre a personalidade dos pacientes e a sobrevivência após o trans-

- plante de medula óssea: revisão da literatura. *Psicologia em Estudo*, 11 (2), 341-349.
- Peres, R. S., & Santos, M. A. (2006c). Contribuições do Inventário Fatorial de Personalidade (IFP) para a avaliação psicológica de pacientes onco-hematológicos com indicação para o transplante de medula óssea. *Psicologia em Revista*, 12 (19), 22-33.
- Peres, R. S., & Santos, M. A. (2009). Aspectos psicossomáticos do transplante de medula óssea: uma leitura psicanalítica pós-freudiana. In S. R. Pasian, G. Romanelli & M. V. Cunha (Orgs.), *Investigação científica em psicologia: aplicações atuais em saúde* (pp.139-154). São Paulo: Vetor.
- Pontes, L., Guirardello, E. B., & Campos, C. J. G. (2007). Demandas de atenção de um paciente na unidade de transplante de medula óssea. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 41 (1), 154-160.
- Ravagnani, L. M. B., Domingos, N. A. M., & Miyazaki, M. C. O. S. (2007). Qualidade de vida e estratégias de enfrentamento em pacientes submetidos a transplante renal. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 12 (2), 177-184.
- Riul, S., & Aguillar, O. M. (1997). Contribuição à organização de serviços de transplante de medula óssea e a atuação do enfermeiro. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 5 (1), 49-58.
- Thomas, E. D. (2000). Bone marrow transplantation: a historical review. *Medicina*, 33 (3), 209-218.
- Trask, P. C., Paterson, A., Riba, M., Brines, B., Griffith, K., Parker, P., et al. (2002). Assessment of psychological distress in prospective bone marrow transplant patients. *Bone Marrow Transplantation*, 29 (11), 917-925.
- Valle, E. R. M. (1994). Algumas conseqüências psicossociais em crianças curadas de câncer: visão dos pais. *Jornal de Pediatria*, 70 (1), 21-27.
- Ware, J. E. Jr., & Sherbourne, C. D. (1992). The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36): I. Conceptual framework and item selection. *Medical Care*, 30 (6), 473-483.

Recebido em: 23/3/2010

Aprovado em: 11/3/2011

Identificação dos níveis de *stress* em equipe de atendimento pré-hospitalar móvel

Identification of the levels of stress in a pre-hospital mobile care team

Sandra Soares **MENDES**¹
Luciane Ruiz Carmona **FERREIRA**¹
Milva Maria Figueiredo **De MARTINO**¹

Resumo

Este estudo, de natureza descritiva, transversal e quali-quantitativa, teve como objetivo identificar a presença e os níveis de *stress* em equipe multiprofissional de atendimento pré-hospitalar. A pesquisa foi realizada na unidade de Serviço de Atendimento Móvel de Urgência da cidade de Poços de Caldas, Minas Gerais. Participaram da pesquisa 63 sujeitos de ambos os sexos, com idade média de 32,6 anos, abrangendo diversas categorias profissionais e diferentes turnos de trabalho. Os instrumentos utilizados foram ficha de caracterização sociodemográfica e Inventário de Sintomas de *Stress* de Lipp para Adultos. Foram encontrados os seguintes resultados: 31,7% dos sujeitos apresentavam sintomas de *stress*, 30,2% dos quais na fase de resistência, com predomínio de sintomas físicos; 66,7% não tinham outra atividade, sendo que 52,4% desse grupo não apresentavam sintoma de *stress* (Teste Exato de Fisher $p=0,015$). Concluiu-se que os indivíduos apresentavam baixos níveis de *stress* e que se utilizavam de mecanismos cognitivos ou comportamentais para minimizá-lo e manter o equilíbrio interno.

Unitermos: Equipe de assistência ao paciente. Serviço médico de emergência. *Stress*.

Abstract

This study combined descriptive, cross-sectional and qualitative and quantitative aspects and aimed to identify the presence and levels of stress in a pre-hospital care unit. The study was performed at a Mobile Emergency Care unit in the city of Poços de Caldas, Minas Gerais. Sixty-three individuals of both sexes, with a mean age of 32.6, took part in the study, encompassing various professional groups and shift workers. The instruments used were: Record of socio-demographic characteristics and the Lipp's Stress Symptoms Inventory for Adults. The results were as follows: 31.7% of subjects showed symptoms of stress, 30.2% were in the resistance stage, with predominantly physical symptoms; 66.7% enjoyed no other activity, and of these 52.4% had no symptoms of stress (Fisher's exact test $p=0.015$). We conclude that the individuals displayed low levels of stress and they used cognitive or behavioral mechanisms to minimize stress and maintain internal balance.

Uniterms: Patient care team. Emergency medical service. *Stress*.

▼▼▼▼▼

¹ Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Departamento de Enfermagem. R. Tessália Vieira de Camargo, 126, Cidade Universitária Zeferino Vaz, 13083-887, Campinas, SP, Brasil. Correspondência para/Correspondence to: S.S. MENDES. E-mail: <sandras.mendes@hotmail.com>.

Agradecimento: à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, pelo apoio através da concessão de bolsa de doutorado à autora Luciane Ruiz Carmona Ferreira

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), o *stress* tem sido considerado uma epidemia global, em virtude da constante atualização das informações, o que pode interferir na qualidade de vida dos sujeitos, resultando em prejuízos de ordem familiar, social, falta de motivação para atividades em geral, doenças físicas e psicológicas, além de problemas no trabalho (Lipp, 1996; Jacques, 2004).

Fato importante é que, independentemente do local de residência dos indivíduos, o *stress* pode estar presente e ser relacionado a diferentes agentes causadores, conforme verificado por Silva e Martinez (2005), em estudo realizado a fim de avaliar as diferenças em nível de *stress* entre sujeitos moradores da capital e do interior de São Paulo.

Na área da saúde, a terminologia *stress* foi utilizada pela primeira vez em 1936, pelo médico endocrinologista Hans Selye, que a definiu como uma resposta não específica do organismo diante de uma situação que ameace a homeostase, em que seja necessária uma mobilização para enfrentar o evento que causou a alteração em nível biopsicossocial (Lipp, 2003a; Selye, 1954).

O *stress* é um processo que exige a adaptação do organismo a uma condição externa ou interna, que de algum modo esteja alterando a percepção de bem-estar do indivíduo (Calais, 2003; Lipp, 2003b). As reações dos indivíduos frente ao *stress* são diferentes. Uma resposta básica ao *stress* é preparar o indivíduo para "lutar ou fugir". O grau de *stress* vivenciado não se relaciona somente com as situações que o causaram, mas também com o modo como o indivíduo o percebe e reage diante da situação estressora (Glassman & Hadad, 2006).

O *stress* pode ocorrer de duas maneiras, a primeira de natureza aguda e muito intensa, mas que desaparece rapidamente; e a segunda de natureza crônica e não tão intensa, podendo ocorrer por tempo mais prolongado, sendo poucos os recursos utilizados pelo indivíduo para enfrentá-lo (Lipp, 1996).

Quando o organismo se depara com uma situação de *stress*, surgem reações distintas que podem ser divididas nas seguintes fases:

1) Fase de alarme ou alerta: é a resposta inicial do organismo ao estressor, mobilizando uma resposta orgânica rápida para o enfrentamento. Podem ser observadas nesta fase várias reações fisiológicas, como sudo-

rese excessiva, taquicardia, respiração ofegante. Ocorre também a face positiva do *stress*, com aumento do nível de atenção e velocidade na articulação de pensamentos, além de aumento na motivação e vontade de iniciar novos projetos (Lipp, 2003a).

2) Fase de resistência: ocorre aumento da capacidade de resistência do organismo, independentemente da permanência ou não do estressor, com uso de toda a energia e recursos disponíveis, podendo gerar sensação de desgaste idiopático, inclusive danos à memória. Nesse momento há adaptação do organismo, com a respiração, os batimentos cardíacos, a circulação e a pressão arterial voltando aos níveis anteriores (Lipp, 2003a).

3) Fase de quase exaustão: fase recentemente descoberta por Lipp (2000), caracterizada pelo enfraquecimento e incapacidade do indivíduo em resistir ou se adaptar ao estressor, podendo ocasionar leves problemas de saúde, que não o incapacitam (Lipp, 2003a).

4) Fase de exaustão: caracterizada pela impossibilidade de resistência ao estressor, em que o organismo é incapaz de eliminá-lo ou adaptar-se adequadamente, com surgimento de patologias orgânicas e psíquicas. Podem ser observados sintomas específicos dos órgãos afetados e da patologia que nele se instalar, podendo ocorrer enfarte, úlceras, psoríase, depressão e outros, ou até mesmo a morte em casos mais graves (Lipp, 2003a).

Quando o ambiente de trabalho é percebido como uma ameaça ao indivíduo, ocorre o *stress* no trabalho, com repercussões na sua vida pessoal e profissional (Martins, Bronzatti, Vieira, Parra & Silva, 2000). Nos últimos anos, tem aumentado o interesse na literatura científica pelo estudo do *stress* no trabalho. Um dos motivos das pesquisas sobre o tema é o impacto negativo do *stress* ocupacional na saúde e no bem-estar dos trabalhadores e, conseqüentemente, no funcionamento e na efetividade das organizações (Cox, 1987; Paschoal & Tamayo, 2004).

O que tem sido observado nas instituições de saúde é que elas utilizam de ferramenta para diminuir os custos, por meio da exploração dos trabalhadores, com aumento gradativo da jornada de trabalho e redução da mão de obra. A redução no contingente de pessoal reflete diretamente no trabalho dos profissionais que se mantêm na instituição, pois eles são coagidos a

aumentar a sobrecarga na execução de suas atividades, desencadeando situações de tensão no ambiente de trabalho, com significativo comprometimento da assistência prestada ao paciente (Sears, Murphy, Sinclair, Davidson & Wang, 2008).

O *stress* ocupacional está determinado pela percepção que o trabalhador tem das necessidades do ambiente de trabalho e de sua habilidade para enfrentá-las (Santos, Oliveira & Moreira, 2006). As fontes que geram *stress* são sentidas e interpretadas pelas pessoas de maneira diferente, devendo-se considerar as características de cada indivíduo e sua capacidade de interagir com os estressores do ambiente exposto, com variação dos níveis de *stress* (Martins et al., 2000).

Níveis altos e contínuos de *stress* podem desencadear doenças físicas, gerar quadro de esgotamento emocional com sentimentos negativos, como pessimismo, atitudes desfavoráveis em relação ao trabalho, comportamento alterado com colegas, informações novas ignoradas e resolução superficial de problemas (Lipp & Tanganelli, 2002; Pafaro & De Martino, 2004).

Normalmente, para lidar com o *stress*, o indivíduo pode buscar respostas comportamentais e cognitivas (conhecidas como processo de enfrentamento da situação - *coping*). Existem dois tipos de estratégias: as que são concentradas no problema e as que são concentradas na emoção. Quando o enfrentamento está centrado no problema, o indivíduo tenta lidar de forma direta com a situação e testa maneiras de resolvê-la, como falar sobre ações de confronto direto e indireto. Quando o enfrentamento está voltado para a emoção, o indivíduo utiliza estratégias emocionais ou cognitivas que mudam a maneira de ver a situação estressante, distanciando-se do problema e procurando evitá-lo (Bachion, Peres, Belisário & Carvalho, 1998; Lazarus & Folkman, 1984; McGowan, Gardner & Fletcher, 2006).

Todas as profissões e atividades podem gerar certo grau de *stress*, embora atividades relacionadas aos cuidados de saúde sejam caracterizadas por alguns estressores que são o resultado de um intenso compromisso com o cuidado. Assim, o compromisso com a vida, o relacionamento e empatia emocional com o paciente, assim como as características da instituição, podem pôr em risco constante os trabalhadores da área de saúde (Camponovo Meier & Morín Imbert, 2000).

O elevado nível de *stress* enfrentado pelos profissionais de saúde ocorre pela exposição contínua a dificuldades próprias de seu cotidiano de trabalho, como o sofrimento, a dor, a morte, as longas jornadas de trabalho, o relacionamento com paciente e colegas, e as normas institucionais (Zaldúa & Lodieu, 2000).

Serviço de atendimento móvel de urgência

Conforme a Política Nacional de Atenção às Urgências, o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) é o componente principal para garantir a qualidade de atendimento no Sistema Único de Saúde (SUS). O socorro ocorre em circunstâncias de agravo urgente, com intervenção no local da ocorrência, com atendimento rápido, seguro e eficaz, com meios adequados e garantia de acesso aos sistemas de saúde. O nível de competência dos profissionais e o trabalho em equipe garantem de forma direta a qualidade da assistência (Brasil, 2004a; Brasil, 2006).

O SAMU foi criado no Brasil pela Portaria nº 1.864 GM/MS, de 29 de setembro de 2003. O Regulamento Técnico dos Sistemas Estaduais de Urgência e Emergência foi instituído pela Portaria GM/MS 20.048, em 5 de novembro de 2002. A Portaria nº 1.863 GM/MS, de 29 de setembro de 2003, instituiu a Política Nacional de Atenção às Urgências, e, de acordo com seu artigo 3º, a organização de redes loco-regionais de atenção integral às urgências (Brasil, 2002; Brasil, 2003).

O SAMU é um serviço que implementa a Assistência Pré-Hospitalar (APH) no SUS, acionado por discaagem rápida pelo número nacional 192, em que a ligação é gratuita. A regulação é através de Centrais de Regulação de Urgência. Técnicos da Central de Regulação fazem o atendimento das ligações, que transferem rapidamente para o médico regulador, o qual faz um diagnóstico da situação para que se inicie o atendimento imediatamente. A orientação das ações então são passadas ao paciente ou pessoa que realizou o chamado (Brasil, 2004b; Brasil, 2006).

O trabalho realizado pelos profissionais do atendimento pré-hospitalar móvel não pode ser previsto; quanto maior for a incerteza do evento, maior poderá ser a geração de sentimentos de ameaça, exigindo dos profissionais competência e esforço para salvar a vida, com tomada de decisão rápida e eficaz (França &

Rodrigues, 2002). Pela complexidade das situações de urgência e emergência com as quais os profissionais se deparam em sua rotina de trabalho, destaca-se a presença de estressores que podem prejudicar o trabalho do profissional ou da equipe (De Gasperi & Radünz, 2006).

Segundo Murta e Tróccoli (2007), bombeiros e profissionais envolvidos em atendimento de emergência são mais susceptíveis a desenvolver *stress* no trabalho. Além dos fatores psicológicos, esses indivíduos estão expostos também a fatores biológicos que apresentam característica estressante.

Uma circunstância ou experiência que gera sentimentos de medo, ansiedade, tensão ou ameaça é um estressor. A sobrecarga de trabalho mental, físico e psíquico à qual os profissionais de emergência estão submetidos, assim como a gravidade dos pacientes, a possível mudança no estado geral da vítima, a morte, o deslocamento da ambulância, o tráfego, os locais das ocorrências, o atendimento em si, a família da vítima e a expectativa do envio podem ser considerados como geradores de *stress*, exigindo equilíbrio dos profissionais na tomada de decisões, a fim de que o atendimento seja adequado (Stacciarini & Tróccoli, 2000).

O trabalho em turno é outro fator gerador de *stress*. As jornadas de trabalho noturnas podem levar ao desconforto e mal-estar, com alterações do ritmo biológico circadiano em relação à alternância sono-vigília, da temperatura corporal, dos níveis hormonais, além de distúrbios digestivos, nervosos e de personalidade, repercutindo no convívio familiar e social (De Martino & Cipolla-Neto, 1999).

Dessa forma, o estudo teve como objetivo identificar a presença e os níveis de *stress* em equipe multiprofissional de atendimento pré-hospitalar móvel, para conhecer a realidade vivida por esses profissionais, a fim de oferecer subsídios para elaboração de programa de atenção à sua saúde.

Método

O estudo, de natureza descritiva, transversal e quali-quantitativa, foi desenvolvido em uma unidade de SAMU, na cidade de Poços de Caldas (MG). A unidade contava com 66 funcionários, divididos nos cargos de médico, enfermeiro, técnico em enfermagem, condutor,

telefonista, operador de rádio e administrativo. O serviço atendia unicamente a cidade de Poços de Caldas, prestando por mês uma média de 1 000 atendimentos com saída de viatura, além de cerca de 1 500 orientações. A maior demanda estava relacionada a atendimento clínico de adultos (Desvio-Padrão - DP=1 100/mês), seguido por atendimento a politraumatizados (DP=310/mês).

A amostra foi composta por 63 profissionais dos diferentes cargos, distribuídos nos diversos turnos de trabalho, com jornada de 6 horas (manhã, tarde e noite), 8 horas (administrativo) e 12 horas (diurno e noturno). A faixa etária dos participantes esteve compreendida entre 20 e 57 anos, com idade média de 32,6 anos (DP=8,65) e predomínio do sexo masculino (60,3%).

Os instrumentos utilizados para a coleta dos dados foram Ficha de caracterização sociodemográfica e Inventário de Sintomas de *Stress* de Lipp para Adultos (ISSL) (Lipp, 2000).

Os aspectos éticos foram respeitados, conforme a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, referente às recomendações para pesquisas com seres humanos. Além disso, antes do início da coleta de dados, o projeto foi submetido a análise do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp, onde foi aprovado mediante Parecer nº 190/2009.

Procedimentos

Inicialmente foi distribuído a todos os funcionários da equipe um documento explicando sobre a pesquisa na unidade e sobre a importância da participação de cada um. Após confirmação da participação de cada sujeito, foi entregue e assinado um Termo de Compromisso Livre e Esclarecido.

Em seguida, teve início a coleta dos dados, com o preenchimento da ficha de caracterização sociodemográfica e, posteriormente, do ISSL. Os dados foram coletados no mês de abril de 2009, durante o turno de trabalho dos funcionários, sendo que o próprio pesquisador entregou os instrumentos, fornecendo orientações sobre o preenchimento e esclarecendo as dúvidas encontradas.

A análise estatística dos dados obtidos na pesquisa foi feita através do programa SPSS 16, com os

testes Qui-Quadrado e Teste Exato de Fisher, e apresentada na forma descritiva e em tabelas de frequência das variáveis categóricas e contínuas. O nível de significância adotado para os testes estatísticos foi de 5%, ou seja, $p < 0,05$.

A correção e interpretação dos ISSL foram feitas por uma psicóloga, conforme solicita o Conselho Federal de Psicologia.

Resultados

Diante da formação interdisciplinar da equipe e da dinâmica do trabalho, optou-se por efetuar a análise dos dados como um todo. Dos 63 sujeitos que participaram da pesquisa, houve predomínio do sexo masculino (60,3%), com idade entre 20 e 39 anos (81,0%) e média de 32,6 anos (DP=8,65).

Quanto ao estado civil, 36,5% eram solteiros e 46,0% casados. Em relação à escolaridade, 58,7% tinham ensino médio completo e 33,3% ensino superior completo. Observa-se que essa incidência é devida à existência de diversos cargos em que não há exigência de maior nível de escolaridade, como técnico em enfermagem, condutor de veículo, telefonista e operador de rádio.

Quanto ao cargo ocupado, verificou-se maior frequência de condutores de veículos (25,4%) e médicos (20,6%). Quando investigado o tempo de trabalho na unidade, obteve-se que 63,5% dos sujeitos trabalhavam há mais de 13 meses, com média de 20,6 meses (DP=9,9), ou seja, a grande maioria trabalhava na instituição desde sua implantação. Na distribuição dos sujeitos por turno de trabalho, observou-se que 28,6% estavam alocados no turno diurno, e 27,0% no turno noturno, ambos com jornadas de 12 horas.

Quando investigada a presença de outro trabalho, obteve-se que 50,8% não o possuíam, e 49,2% que tinham outro trabalho. Quanto a terem outra atividade, obteve-se que 66,7% não a tinham.

Os sujeitos com condução própria correspondiam a 69,8% da amostra, e os que residiam na mesma cidade, a 92,1% (Tabela 1).

Pode-se observar que, na amostra de 63 sujeitos, 20 (31,7%) apresentavam sintomas de *stress* e 68,3% não apresentavam sintomas de *stress*.

Quanto à fase do *stress* avaliada através do ISSL, obteve-se como resultado que 30,2% dos sujeitos com *stress* encontravam-se na fase de resistência, e 1,6% na fase de alerta. Com relação à fase de quase exaustão e exaustão, os resultados não demonstraram sujeitos com essa classificação.

Dentre os sujeitos com *stress*, quanto à prevalência dos sintomas, foi verificado que 14,3% apresentavam sintomas físicos; 12,7%, sintomas psicológicos; e 4,8%, tanto sintomas físicos quanto psicológicos.

Na ocorrência do *stress* de acordo com o sexo, os homens apresentaram maior incidência (17,5%), porém não significativa estatisticamente.

Quando verificada a ocorrência do *stress* de acordo com a idade, observou-se maior incidência entre os sujeitos de 30 a 39 anos (12,7%).

Quanto à ocorrência do *stress* relacionado ao estado civil, não foi observada diferença entre sujeitos casados e solteiros, tendo-se obtido respectivamente 14,3% e 12,7% de incidência.

Dentre os sujeitos com *stress*, observou-se maior incidência naqueles que tinham ensino médio completo, como os técnicos de enfermagem (9,5%) e os condutores de veículo, que executam tarefas sabidamente estressantes, conforme evidenciado em diversos estudos (Aguar et al., 2000; Calderero, Miasso & Webster, 2008; Cristina, Dalri, Cyrillo, Salki & Veiga, 2008; Malagris & Fiorito, 2006).

Quanto à presença do *stress* relacionado ao tempo de trabalho na unidade, dentre os sujeitos com menos de 6 meses de trabalho, nenhum apresentou *stress*, e dentre os que trabalhavam há mais de 13 meses, 22,2% apresentavam sintomas de *stress*. Quanto à incidência de *stress* relacionado ao turno de trabalho, foi verificado *stress* em 12,7% dos sujeitos do turno diurno, enquanto se verificou ausência de *stress* em 20,6% dos sujeitos do turno noturno (Tabela 2). Isso pode ser justificado pela maior ocorrência de chamados durante o turno diurno, o que exporia esses profissionais a uma maior demanda de atividades estressantes.

Quando investigada a incidência do *stress* nos sujeitos que tinham outro trabalho, foi observada distribuição homogênea, sendo que, dentre os sujeitos com *stress*, 16,0% tinham um segundo emprego e outros 16,0% não.

Tabela 1. Características gerais da amostra (n=63) estudada. Poços de Caldas (MG), 2009.

Variável	Frequência	%	Média	Desvio-Padrão
<i>Sexo</i>				
Masculino	38	60,3		
Feminino	25	39,7		
<i>Idade</i>				
20 - 29 anos	25	39,7	32,6	8,65
30 - 39 anos	26	41,3		
40 - 49 anos	8	12,7		
50 - 59 anos	4	6,3		
<i>Estado civil</i>				
Solteiro	23	36,5		
Casado	29	46,0		
Divorciado	5	7,9		
Amasiado	5	7,9		
Outros	1	1,0		
<i>Escolaridade</i>				
Fundamental completo	3	4,8		
Médio completo	37	58,7		
Superior completo	21	33,3		
Pós-graduação	2	3,2		
<i>Cargo</i>				
Médico	13	20,6		
Enfermeiro	5	7,9		
Técnico de enfermagem	11	17,5		
Condutor	16	25,4		
Telefonista	10	15,9		
Operador de rádio	6	9,5		
Administrativo	2	3,2		
<i>Tempo de trabalho no SAMU (meses)</i>				
4 a 6 meses	2	3,2	20,6	9,9
7 a 12 meses	21	33,3		
>13 meses	40	63,5		
<i>Turno de trabalho</i>				
Manhã	4	6,3		
Tarde	7	11,1		
Noite	8	12,7		
Diurno	18	28,6		
Noturno	17	27,0		
Diurno e noturno	9	14,3		
<i>Outro trabalho</i>				
Sim	31	49,2		
Não	32	50,8		
<i>Outra atividade</i>				
Sim	21	33,3		
Não	42	66,7		
<i>Condução própria</i>				
Sim	44	69,8		
Não	19	30,2		
<i>Reside na mesma cidade</i>				
Sim	58	92,1		
Não	5	7,9		

Tabela 2. Incidência de *stress* relacionado ao turno de trabalho. Poços de Caldas (MG), 2009.

Turno	Stress - Sim		Stress - Não		Total
	Frequência	%	Frequência	%	
Manhã	0	0	4	6,4	4
Tarde	5	7,9	2	3,2	7
Noite	1	1,6	7	11,1	8
Diurno	8	12,7	10	16,0	18
Noturno	4	6,4	13	20,6	17
Diurno/Noturno	2	3,2	7	11,1	9
Total	20		43		63

Teste Qui-Quadrado: $p=0,061$.

Tabela 3. Incidência de *stress* relacionado a ter outra atividade. Poços de Caldas (MG), 2009.

Outra atividade	Stress - Sim		Stress - Não		Total
	Frequência	%	Frequência	%	
Sim	11	17,5	10	16,0	21
Não	9	14,3	33	52,4	42
Total	20		43		63

Teste Exato de Fisher: $p=0,015$.

Tabela 4. Incidência de *stress* relacionado a possuir condução própria. Poços de Caldas (MG), 2009.

Condição própria	Stress - Sim		Stress - Não		Total
	Frequência	%	Frequência	%	
Sim	11	17,5	33	52,4	44
Não	9	14,3	10	16,0	19
Total	20		43		63

Teste Exato de Fisher: $p=0,074$.

Quanto à ocorrência do *stress* nos sujeitos que tinham outro trabalho, relacionado ao turno na outra instituição, foi observada maior incidência entre os sujeitos que trabalhavam em turnos de 12 horas (4,8%) e em horário administrativo (4,8%).

Na Tabela 3 pode-se observar a avaliação da incidência do *stress* nos sujeitos que tinham outra atividade, sendo que 52,4% dos sujeitos que não tinham outra atividade não apresentavam sintomas de *stress*, resultado estatisticamente significativo ($p=0,015$).

Quando avaliada a incidência do *stress* relacionado à existência de condução própria, obteve-se que 52,4% dos sujeitos que a possuíam não apresentavam sinais de *stress*, conforme mostra a Tabela 4.

Quanto à ocorrência de *stress* relacionado à residência na mesma cidade do trabalho, obteve-se que

65,1% dos sujeitos nessa situação não apresentavam *stress*. O fato de a maioria dos sujeitos possuírem condução própria e residirem na mesma cidade provavelmente ameniza a ocorrência do *stress* advindo do deslocamento da residência até a unidade de trabalho.

Discussão

Os dados encontrados na presente pesquisa mostram sujeitos jovens, com idade de significativa capacidade produtiva, provavelmente devido às características das atividades executadas nos atendimentos. Foi verificado também que grande parte dos profissionais tem apenas um único trabalho, achado contrário ao que tem sido encontrado em outras pesquisas, nas quais a maioria dos sujeitos exerce dupla jornada e

atribuem isso à necessidade econômica, devido aos baixos salários dos profissionais que atuam na área da saúde (Calderero et al., 2008; Pafaro & De Martino, 2004; Vieira, 2001). Porém, os dados obtidos corroboram os encontrados na pesquisa de Ferreira e De Martino (2009), em que a maioria dos profissionais de enfermagem não tinha outro emprego.

Para explicar a baixa prevalência de *stress* na amostra, este estudo acompanha a sugestão de Aguiar et al. (2000), de que é possível que os sujeitos já tenham desenvolvido mecanismos de enfrentamento. Além disso, outro fator que pode justificar o achado é o fato de os profissionais terem desejo expresso de atuar nessa área, por poderem exercer sua autonomia e sentir que têm certo controle sobre sua vida. Essa percepção de controle pode ser caracterizada como um fator protetor para o *stress* (Aguiar et al., 2000; Calderero et al., 2008).

Quanto à fase do *stress* encontrada na amostra, predominou a fase de resistência, sendo esse dado também contrário ao de outros estudos, em que houve maior incidência de *stress* entre os profissionais que atuam em emergência e atendimento pré-hospitalar. Esses trabalhos apontaram como fatores estressantes a violência a que o profissional pode estar exposto, além das características inerentes do trabalho, como lidar com a dor, o sofrimento e a morte (Aguiar et al., 2000; Calderero et al., 2008; Cristina et al., 2008, Encalada, Zegarra, Malca & Tello, 2007). Segundo Malagris e Fiorito (2006), o alto índice de sujeitos na fase de resistência parece revelar um desgaste acumulado ao longo de algum tempo, relacionado ao tipo de atividade profissional desenvolvida.

Foi verificada prevalência de *stress* nos sujeitos do sexo masculino, sendo esse achado pouco frequente, pois tem sido observada maior ocorrência de *stress* nas mulheres, podendo isso estar associado à dupla ou até tripla jornada caracterizada pelas atividades domésticas, que, na sociedade brasileira, na maioria das vezes, é um trabalho desvalorizado e atribuído à esfera de competência da mulher (Calderero et al., 2008; Ferreira & De Martino, 2009).

O *stress* foi observado com maior frequência entre sujeitos que tinham maior tempo de serviço na unidade, sendo que isso se deve possivelmente ao fato de estarem eles constantemente expostos a agentes estressores durante a jornada de trabalho. Assim, são repetidamente

obrigados a entrar na primeira fase do *stress*, podendo ainda, com o passar do tempo, evoluir para as demais fases (Aguiar et al., 2000).

Pode-se verificar, de acordo com diversos estudos sobre atendimento de urgência e pré-hospitalar, que essas atividades são consideradas potencialmente estressoras, dado confirmado pela alta incidência de *stress* nos indivíduos que atuam na área. Conforme apontam A.A. Soerensen, Moriya, R. Soerensen e Robazi (2008), os profissionais que atuam em serviço de APH móvel enfrentam inúmeras dificuldades, como a grande exposição aos riscos ocupacionais durante o atendimento às vítimas e/ou a escassez de literatura que possa servir de embasamento para a resolutividade de tais deficiências.

Além disso, várias são as características gerais exigidas para a execução desse trabalho, como experiência profissional e habilidade, além de outras específicas, como a formação voltada a esse tipo de atendimento, a capacidade física de lidar com o *stress*, tomar decisões imediatas, definir prioridades e trabalhar em equipe com outros profissionais, como policiais e companhia de energia elétrica, entre outros (Thomaz & Lima, 2000).

Estudo conduzido por Murta e Tróccoli (2007) sobre os efeitos de intervenção para reduzir o *stress* ocupacional, com base na avaliação de necessidades de bombeiros, indicou a existência de vários estressores ocupacionais, relacionados principalmente à organização e às condições de trabalho da equipe.

Porém, tal fato não foi observado neste estudo, em que houve baixa ocorrência de *stress*, com os indivíduos estando, em sua maioria, na fase de resistência, não sendo encontrados sujeitos na fase de quase exaustão e exaustão. Esses dados, concordando com Aguiar et al. (2000), conduzem à conclusão de que os indivíduos, de maneira consciente ou inconsciente, utilizam-se de mecanismos cognitivos ou comportamentais a fim de minimizar o *stress* e manter o equilíbrio interno.

É ainda importante a consideração de Sanzovo e Coelho (2007) de que nem sempre as dimensões da reação de *stress* são proporcionais às dos agentes estressores. Isso pode estar relacionado à singularidade da história de vida de cada indivíduo, e à maneira como se interpreta a ação dos estressores.

Além disso, conforme citado anteriormente, o fato de o profissional optar por exercer suas atividades nesse local de trabalho favorece o exercício de sua autonomia, permitindo sentir controle sobre sua vida, podendo esse sentimento se tornar um fator protetor contra o *stress*. Ainda é possível afirmar, de acordo com Calderero et al. (2008) e com Cristina et al. (2008), que o fato de o profissional poder escolher seu local de trabalho pode implicar maior satisfação e motivação, o que poderia também culminar em menor ocorrência de *stress*.

Considerações Finais

No presente estudo, foi observada baixa incidência do *stress* em equipe multiprofissional de atendimento pré-hospitalar, fato esse que não tem sido comumente relatado em outros estudos, que apontam elevados níveis de *stress*, devidos principalmente às características de imprevisibilidade desse tipo de atividade. Sugere-se a realização de novos estudos com esse grupo ocupacional, com amostras maiores, em localidades com outras características de atendimento, para melhor identificar o quanto esses achados podem ser extrapolados para outras equipes de APH móvel, ou se foram idiossincráticos dessa amostra. Essas pesquisas favorecem o aumento da produção do conhecimento sobre o tema, fornecendo subsídios para o desenvolvimento de políticas públicas de saúde, com atenção às estratégias de proteção aos profissionais que atuam no atendimento pré-hospitalar móvel, garantindo melhor adequação frente às exigências do trabalho.

Referências

- Aguiar, K. N., Silva, A. L. C., Faria, C. R., Lima, F. V., Souza, P. R., & Stacciarini, L. M. R. (2000). O estresse em uma equipe militar de resgate pré-hospitalar. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 2 (2). Recuperado em maio 20, 2009, disponível em <http://www.fen.ufg.br/revista/revista2_2/stress>.
- Bachion, M. M., Peres, A.S., Belisário, V. L., & Carvalho, E. C. (1998). Estresse, ansiedade e *coping*: uma revisão dos conceitos, medidas e estratégias de intervenção voltadas para a prática de enfermagem. *Revista Mineira de Enfermagem*, 2 (1), 33-39.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2002, 12 de novembro). Portaria GM/MS n. 2048, de 5 de novembro de 2002. Aprova o regulamento técnico dos sistemas estaduais de urgência e emergência. *Diário Oficial da União*, Brasília, Seção 1, pp.32-54.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2003, 6 de outubro). Portaria GM/MS n. 1864, de 20 de setembro de 2003. Institui o componente pré-hospitalar móvel da Política Nacional de Atenção às Urgências, por intermédio da implantação do serviço de Atendimento Móvel de Urgência em municípios e regiões de todo o território brasileiro: SAMU-192. *Diário Oficial da União*, Brasília, Seção 1, pp. 57-9.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2004a). *Regulamento técnico dos sistemas de urgência e emergência*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2004b). SAMU-192: o que é o SAMU? Recuperado em fevereiro 26, 2009, disponível em <<http://www.saude.gov.br/samu-programa-nacional>>.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2006). *Política nacional de atenção às urgências* (3ª ed). Brasília: Ministério da Saúde.
- Calais, S. L. (2003). Diferenças entre homens e mulheres na vulnerabilidade ao stress. In M. E. N. Lipp (Ed.), *Mecanismos neuropsicofisiológicos do stress: teoria e aplicações clínicas* (pp.87-90) São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Calderero, A. R. L., Miaso, A. I., & Webster, C. M. C. (2008). Estresse e estratégias de enfrentamento em uma equipe de enfermagem de pronto atendimento. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 10 (1): 51-62. Recuperado em junho 5, 2009, disponível em <<http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n1/v10n1a05>>.
- Camponovo Méier, O., & Morín Imbert, P. (2000). Síndrome de burnout en el personal de salud de un hospital público de la ciudad de Rosario. *Investigación en Salud*, 3 (1-2), 73-93.
- Cox, T. (1987). Stress, coping and problem solving. *Work and Stress*, 1 (1), 5-14.
- Cristina, J. A., Dalri, M. C. B., Cyrillo, R. M. Z., Salki, T., & Veiga, E. V. (2008). Vivências de uma equipe multiprofissional de atendimento pré-hospitalar móvel em suporte avançado de vida na assistência ao adulto em situação de parada cardíorespiratória. *Revista Ciência y Enfermería*, 14 (2), 97-105.
- De Gasperi, P., & Radünz, V. (2006). Cuidar de si: essencial para enfermeiros. *REME: Revista Mineira de Enfermagem*, 10 (1), 82-7.
- De Martino, M. M. F., & Cipolla-Neto, J. (1999). Repercussões do ciclo vigília-sono e o trabalho em turnos de enfermeiras. *Revista de Ciências Médicas*, 8 (3), 81-4.
- Encalada, A. M., Zegarra, R. O., Malca, A. M. U., & Tello, M. V. (2007). Factores que desencadenan el estrés y sus consecuencias em el desempeño laboral en emergencia. *Revista Peruana de Obstetricia y Enfermería*, 3 (1), 50-57.
- Ferreira, L.R. C., & De Martino, M. M. F. (2009). Stress no cotidiano da equipe de enfermagem e sua correlação com o cronótipo. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 26 (1), 65-72. doi: 10.1590/S0103-166X2009000100007.
- França, A. C. L., & Rodrigues, A. L. (2002). *Stress e trabalho: uma abordagem psicossomática*. São Paulo: Atlas.
- Glassman, W. E., & Hadad, M. (2006). *Psicologia: abordagens atuais* (4ª ed.). Porto Alegre: Artmed.

- Jacques, M. G. (2004) Abordagens. In L. B. M. Guimarães. *Ergonomia: tópicos especiais, qualidade de vida no trabalho, psicologia e trabalho* (pp.2.1-4). Porto Alegre: UFRGS.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal & coping*. Nova York: Springer.
- Lipp, M. E. N. (Org). (1996). *Pesquisas sobre stress no Brasil: saúde, ocupações e grupos de risco*. Campinas: Papyrus.
- Lipp, M. E. N. (2000). *Inventário de sintomas de stress para adultos de Lipp*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Lipp, M. E. N. (2003a). *Mecanismos neuropsicofisiológicos do stress: teoria e aplicações clínicas*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Lipp, M. E. N. (2003b). O modelo quadrifásico do stress. In M. E. N. Lipp (Ed.), *Mecanismos neuropsicofisiológicos do stress: teoria e aplicações clínicas* (pp.17-21) São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Lipp, M. E. N., & Tanganelli, M. S. (2002). Stress e qualidade de vida em magistrados da justiça do trabalho: diferença entre homens e mulheres. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 15 (3), 537-548
- Malagris, L. E. N., & Fiorito, A. C. C. (2006). Avaliação do nível de stress de técnicos da área de saúde. *Estudos de Psicologia* (Campinas), 23 (4), 391-8. doi: 10.1590/S0103-166X2006000400007.
- Martins, L. M. M., Bronzatti, J. A. G., Vieira, C. S. C. A., Parra, S. H. B., & Silva, Y. B. (2000). Agentes estressores no trabalho e sugestões para amenizá-los: opiniões de enfermeiros de pós-graduação. *Revista da Escola de Enfermagem USP*, 34 (1), 52-8.
- McGowan, J., Gardner, D., & Fletcher, R. (2006). Positive and negative affective outcomes of occupational stress. *New Zealand Journal of Psychology*, 35 (2), 92-98.
- Murta, S. G., & Tróccoli, B. T. (2007). Stress ocupacional em bombeiros: efeitos de intervenção baseada em avaliação de necessidades. *Estudos de Psicologia* (Campinas), 24 (1), 41-51. doi: 10.1590/S0103-166X2007000100005.
- Paschoal, T., & Tamayo, A. (2004). Validação da escala de estresse no trabalho. *Estudos de Psicologia* (Natal), 9 (1), 45-52.
- Pafaro, R. C., & De Martino, M. M. F. (2004). Estudo do estresse do enfermeiro com dupla jornada de trabalho em um hospital de oncologia pediátrica da Campinas. *Revista da Escola de Enfermagem USP*, 38 (2), 152-60.
- Santos, J. M., Oliveira, E. B., & Moreira, A. C. (2006). Estresse, fator de risco para a saúde do enfermeiro em centro de terapia intensiva. *Revista de Enfermagem UERJ*, 14 (4), 580-5.
- Sanzovo, C. E., & Coelho, M. E. C. (2007). Estressores e estratégias de coping em uma amostra de psicólogos clínicos. *Estudos de Psicologia* (Campinas), 24 (2), 227-238. doi: 10.1590/S0103-166X2007000200009.
- Sears, L. E., Murphy, L. A., Sinclair, R. R., Davidson, S. B., & Wang, M. (2008) Insufficient staffing: missed breaks, overtime and safe nursing care delivery. In *Conference Abstracts of Work, Stress and Health - Health and Safe Work Thought Research, Practice and Partnerships*. Washington, DC: NIOSH/SOHP/APA.
- Selye, H. (1954). *Stress, a tensão da vida*. São Paulo: Ibrasa.
- Silva, E. A. T., & Martinez, A. (2005). Diferença em nível de stress em duas amostras: capital e interior de São Paulo. *Estudos de Psicologia* (Campinas), 22 (1), 53-61. doi: 10.1590/S0103-166X200500100007.
- Soerensen, A. A., Moriya, T. M., Soerensen, R., & Robazzi, M. L. C. C. (2008). Atendimento pré-hospitalar móvel: fatores de riscos ocupacionais. *Revista Enfermagem UERJ*, 16 (2), 187-92.
- Stacciarini, J. M. R., & Tróccoli, B. T. (2000). O Estresse na atividade ocupacional do enfermeiro. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 9 (2), 17-25.
- Thomaz, R. R., & Lima, F. V. (2000). Atuação do enfermeiro no atendimento Pré-Hospitalar na cidade de São Paulo. *Acta Paulista de Enfermagem*, 13 (3), 59-65.
- Vieira, L. C. (2001). Estresse ocupacional em enfermeiros de um hospital universitário da cidade de Campinas. Dissertação de mestrado não-publicada, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas.
- Zaldúa, G., & Lodieu, M. (2000). El burnout. La salud de los trabajadores de la salud. *Revista del Instituto de Investigaciones de la Facultad de Psicología*, 5 (1), 151-169.

Recebido em: 14/12/2009
 Versão final reapresentada em: 19/7/2010
 Aprovado em: 6/10/2010

Clima organizacional e atividades de prevenção ao uso de risco de álcool¹

Organizational climate and alcohol risk prevention

Erica **CRUVINEL**²
Telmo Mota **RONZANI**³

Resumo

O objetivo deste estudo foi avaliar a associação entre Clima Organizacional e atividades de prevenção ao consumo de álcool entre 97 profissionais da Atenção Primária à Saúde. O clima organizacional foi avaliado por meio de escala envolvendo os seguintes fatores: tomada de decisão, caos/stress e comunicação. As atividades de prevenção foram mensuradas a partir do número de *Alcohol Use Disorders Identification Tests* (instrumento de rastreamento) e de intervenções breves realizados no período de 6 meses após a capacitação presencial. Para verificar a existência das associações utilizou-se a correlação não paramétrica de Spearman, com 95% de intervalo de confiança. O número de intervenções breves realizadas relacionou-se com Tomada de Decisão ($p=0,337$; $p=0,001$) e Comunicação ($p=0,281$; $p=0,005$), enquanto o número de *Alcohol Use Disorders Identification Tests* aplicados associou-se com Tomada de Decisão ($p=0,288$; $p=0,004$) e Comunicação ($p=0,215$; $p=0,035$). Os resultados sugerem que ambientes com melhor percepção do clima organizacional podem ser facilitadores para a prevenção do uso de álcool na Atenção Primária à Saúde.

Unitermos: Abuso de álcool. Atenção primária à saúde. Clima organizacional. Prevenção.

Abstract

The aim of this paper was to evaluate the link between organizational climate and strategies to prevent alcohol consumption, among 97 Primary Health Care professionals. The organizational climate was measured by means of a scale involving the following factors: decision-making, chaos/stress and communication. Prevention activities were measured using AUDIT (screening test) and brief interventions carried out in the six-month period following the on-site qualification. The Spearman test was used, with a 95% level of confidence, to assess correlation. The results showed a correlation between brief intervention and Decision Making ($p=0.337$; $p=0.001$) and Communication ($p=0.281$; $p=0.005$). The number of AUDITs applied were also related to DM ($p=0.288$; $p=0.004$) and Communication ($p=0.215$; $p=0.035$). The results suggest that environments with better perceptions of Organizational Climate can enhance the prevention of alcohol use in Primary Health Care.

Uniterms: Alcohol abuse. Primary health care. Organizational climate. Prevention.

▼▼▼▼

¹ Apoio: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, edital MCT- CNPq/ MS-SCTIE- DECIT - nº 23/2006, processo 408753/2006-4.

² Universidade Federal de Juiz de Fora, Polo de Pesquisa em Psicologia Social e Saúde Coletiva. R. José Lourenço Kelmer, s/n., Campus Universitário, 36036-900, Juiz de Fora, MG, Brasil. Correspondência para/Correspondence to: E. CRUVINEL. E-mail: <ecruvinel@yahoo.com.br>.

³ Universidade Federal de Juiz de Fora, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva e Psicologia. Juiz de Fora, MG, Brasil.

Agradecimentos: aos colegas do POPSS e profissionais de saúde que colaboraram com este estudo.

O consumo abusivo de álcool está entre as principais causas evitáveis de morbimortalidade no mundo, sendo considerado fator de relação direta com problemas físicos, sociais e psicológicos, tais como câncer, distúrbios neuropsiquiátricos, cardiológicos e gastrointestinais, violência, acidentes e suicídio, entre outros (World Health Organization, 2007).

Dessa forma, diversos estudos vêm mostrando evidências substanciais dos benefícios da utilização de instrumentos de triagem (como o *Alcohol Use Disorders Identification Test - Audit*) associados a intervenções breves, em serviços de Atenção Primária à Saúde (APS), como forma de introduzir intervenções preventivas que venham a mudar a realidade epidemiológica do consumo de álcool (Bertholet, Daepfen, Wietlisbach, Fleming & Burnand, 2005; Kaner et al., 2009; Ronzani, Mota & Souza, 2009).

O Audit é um instrumento de rastreamento simples, composto de 10 perguntas, desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde (OMS), como forma de identificar precocemente padrões de uso abusivo de álcool e problemas associados (Babor, Higgins-Biddle, Saunders & Monteiro, 2001). Entretanto, apenas a identificação dos padrões de consumo não são suficientes para mudar a realidade epidemiológica do problema. Sendo assim, juntamente com esse instrumento, foram desenvolvidas estratégias terapêuticas simples intervenção breve, acessíveis a profissionais de diversas formações que atuam em serviços de APS (Babor & Higgins-Biddle, 2001).

Estudos anteriores sugerem que a efetividade da intervenção breve e seu desempenho sejam idênticos ou até mesmo superiores aos de outras intervenções que demandam maior tempo e treinamento mais intensivo dos profissionais (Kaner et al., 2009; Nilsen, Kaner & Babor, 2008). Com base nessas evidências, em vários países iniciou-se um projeto multicêntrico internacional, com o objetivo de avaliar o processo de implementação, em serviços de APS, de um modelo que consistia na detecção de usuários de risco de álcool, utilizando o Audit, seguido por uma intervenção breve de sessão única (Ronzani, Ribeiro, Amaral & Formigoni, 2005).

No entanto, alguns estudos mostram que, apesar da eficácia da intervenção breve e da aplicabilidade do instrumento de rastreamento Audit, existem dificuldades para implantar programas de prevenção e promo-

ção de saúde relacionados ao álcool. Em Juiz de Fora, pesquisa realizada com profissionais de APS, mostrou algumas dessas limitações: dificuldade para trabalhar em equipe, pouca motivação dos profissionais, alta rotatividade dos mesmos, sobrecarga de trabalho, falta de infraestrutura adequada, burocratização do trabalho e falta de organização das equipes (Ronzani et al., 2005), resultado semelhante ao obtido nas atividades desenvolvidas na Zona da Mata Mineira (Ronzani et al., 2009).

Diante desse contexto, percebe-se que muitos dos obstáculos relacionados à implantação estão ligados a fatores organizacionais, como, por exemplo, dificuldades nos trabalhos em equipe e organização dos serviços, em detrimento da aplicabilidade e eficácia das estratégias propostas. Em alguns países, foram desenvolvidos estudos que apontam uma relação entre fatores organizacionais e qualidade dos serviços de saúde, destacando-se a associação entre Clima Organizacional (CO) e os cuidados oferecidos pelos profissionais (Gershon et al., 2007; Glisson et al., 2008; MacDavitt, Chou & Stone, 2007).

Pode-se entender clima organizacional como a percepção formal ou informal de políticas, práticas e procedimentos organizacionais (Reichers & Schneider, 1990), sendo um fator de influência na eficiência dos resultados, bem como na conduta das pessoas que fazem parte da organização (Joyce & Slocum, 1990). Destaca-se que, nas organizações com um clima organizacional favorável, as atividades tornam-se mais confortáveis e fáceis, produzindo maior satisfação no trabalho e obtendo maior potencial dos trabalhadores (Sánchez et al., 2006).

Alguns estudos em setores de saúde mostram um relacionamento positivo entre clima organizacional e a competência de profissionais dos setores de enfermagem (Mok & Au-Yeung, 2002; Ying, Kunaviktikul & Tonmukayakal, 2007).

Em serviços de saúde mental, essa relação também se destaca como fator de influência nos cuidados oferecidos aos pacientes. Esses estudos indicam que a eficiência organizacional depende de diversas características do contexto, incluindo cultura, estrutura, clima e atitudes no trabalho (Glisson et al., 2008).

Apesar da relevância do tema, poucos estudos abordam especificadamente o CO e a qualidade dos

serviços oferecidos na APS (Ohaman-Strickland et al., 2007; Sánchez et al., 2006). Em relação às estratégias de prevenção ao uso de risco de álcool, essas avaliações tornam-se ainda mais restritas. Tendo em vista as diversas implicações do consumo excessivo de álcool para a saúde física, psicológica e social, conforme descrito inicialmente, faz-se necessário investigar de forma ampla a influência de fatores organizacionais na efetividade de tais estratégias na APS.

O presente artigo teve como objetivo avaliar a associação do clima organizacional às práticas de prevenção ao uso de risco de álcool, entre profissionais de APS da Zona da Mata Mineira (MG), buscando um maior conhecimento sobre os fatores que influenciam na qualidade dos serviços oferecidos em APS, bem como a possibilidade de se estabelecerem estratégias de prevenção mais eficazes.

Método

Participaram do estudo 97 profissionais de 3 municípios da Zona da Mata Mineira, cujos nomes optou-se por não revelar, por razões éticas. A amostragem foi composta por 54 profissionais do município A, 35 do município B e 8 do município C, dentre eles 6 médicos, 10 enfermeiros, 12 técnicos/auxiliares de enfermagem, 64 agentes comunitários de saúde e 5 outros profissionais.

O trabalho faz parte do projeto “Disseminação de Práticas de Prevenção ao Uso de Risco de Álcool em Serviços de APS da Zona da Mata Mineira” e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo (0419/06). Todos os participantes do estudo assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido, em conformidade com as normas da instituição.

Para melhor organização das atividades, as ações foram desenvolvidas em três etapas: 1) sensibilização para os problemas relacionados ao uso de risco de álcool; 2) treinamento para práticas de prevenção, com aplicação de Audit e realização de intervenção breve; 3) avaliação de processo.

Em um primeiro momento, foram feitos contatos iniciais com gestores (Secretários de Saúde), profissionais de saúde e comunidade, para sensibilização

sobre o problema do uso de álcool em cada município e obtenção de colaboradores no desenvolvimento das atividades.

Posteriormente, foram desenvolvidos dois treinamentos, com carga horária presencial de 8 horas, distribuídas nos tópicos: a) noções e conhecimentos básicos sobre o uso de álcool e suas consequências para a saúde pública; b) utilização de instrumentos de detecção (Audit); c) utilização da técnica de intervenção breve para os diversos níveis de uso de álcool; d) como implementar as práticas de triagem e intervenção breve nos serviços.

Após a capacitação presencial, deu-se seguimento ao treinamento com acompanhamento das equipes do Programa Saúde da Família (PSF) durante seis meses. No primeiro mês foram realizados encontros semanais com as equipes e, posteriormente, mensais, com a finalidade de acompanhar a rotina das Unidades e discutir a aplicação da técnica na realidade de cada serviço, baseando-se no princípio da Educação Permanente em Saúde.

A avaliação de processo foi feita utilizando metodologia quantitativa, sendo este estudo resultado de uma das avaliações realizadas.

Para o presente estudo, foram utilizados questionários e escalas, respondidos pelos profissionais em forma de auto-relato, e aplicados 6 meses após o treinamento. Os questionários foram respondidos durante o horário do trabalho, com acompanhamento dos pesquisadores. Como indicadores de realização de atividades de prevenção ao uso de álcool foram definidos o número de Audits aplicados e de intervenções breves realizadas pelos profissionais, registrados no período de 6 meses. Outro indicador utilizado para avaliar as práticas de prevenção foi definido a partir de perguntas específicas sobre frequência e motivação para a realização de atividades de prevenção ao uso de álcool. Segue abaixo a descrição dos instrumentos utilizados:

- *Escala de clima organizacional*: escala utilizada para avaliar a percepção dos profissionais de APS sobre atributos organizacionais relevantes para práticas de saúde da família, como, por exemplo, sua percepção sobre o papel da liderança, a carga de trabalho e a comunicação entre a equipe. Era composta por 18 itens, com respostas tipo *Likert* (1 = discordo totalmente, 2 = dis-

cordo, 3 = neutro, 4 = concordo, 5 = concordo totalmente) e incluía as subescalas: Tomada de Decisão, Caos/Stress e Comunicação (Ohaman-Strickland et al., 2007).

- *Número de Audits aplicados e intervenções breves realizadas*: o número de Audits e intervenções breves foi contabilizado durante os 6 meses de acompanhamento das atividades. Em todas as reuniões (semanais e mensais), os profissionais apresentavam os instrumentos aplicados para registro de acompanhamento. Para acompanhamento das intervenções breves foram realizados repasses semanais de todos os Audits aplicados por profissional, sendo questionado sobre a realização de intervenção após aplicação de cada instrumento. Nesse caso, considerou-se como intervenção breve qualquer orientação sobre o padrão de consumo de álcool ou sobre os danos associados ao uso de risco da substância.

- *Prática de prevenção ao uso de álcool*: questionário estruturado, composto de cinco questões, abordando especificamente a prática geral de atividades de prevenção e promoção de saúde; a motivação para realizar trabalhos de prevenção ao uso nocivo de álcool; a frequência com que o profissional pergunta para os pacientes sobre seu consumo de álcool; a frequência com que os profissionais aconselham pacientes com problemas relacionados ao álcool para diminuir ou parar o consumo; a prontidão para ação para realizar trabalho de prevenção ao uso nocivo de álcool.

Em relação à análise dos dados, as informações foram todas organizadas e digitadas em *software* estatístico para exame das variáveis. Primeiramente, os dados foram submetidos aos procedimentos de estatística descritiva para avaliar as variáveis estudadas em termos de distribuições de frequências, médias e desvio-padrão. A média de cada escala foi obtida através da somatória das respostas, ponderada pelo número total de itens em cada uma das três escalas.

A partir de então, verificou-se através do teste estatístico de Kolmogorov-Smirnov a hipótese de distribuição não normal dos escores brutos nas subescalas de clima, nas questões do questionário sobre práticas dos profissionais de PSF e na aplicação de Audits e realização de intervenções breves para a amostra estudada. A hipótese nula foi rejeitada; portanto, prosseguiu-se a análise inferencial dos dados através de estatísticas não paramétricas.

Para avaliar a correlação entre clima organizacional e a prática de atividades de prevenção, utilizou-se o teste não paramétrico de Spearman, adotando-se um intervalo de confiança de 95% ($p < 0,05$) para rejeição da hipótese nula de que maiores pontuações nas subescalas de clima relaciona-se com menor envolvimento dos profissionais em práticas de prevenção ao uso de risco de álcool.

Resultados

Os resultados relacionados com a média de idade, gênero, categoria profissional, tempo de profissão e escolaridade estão descritos na Tabela 1. Observou-se uma diferença significativa entre os gêneros (80,4% do sexo feminino), categoria profissional (66% agente comunitário de saúde; 12,4% auxiliar/técnico de enfermagem; 10,3% enfermeiro; 6,2% médico e 5,2% outros profissionais) e escolaridade (63,9% apresentavam ensino médio completo; 25,8% superior completo; 4,1% ensino médio incompleto; 4,1% superior incompleto e 2,1% ensino fundamental completo). A idade média dos profissionais foi 32,86 anos (Desvio-Padrão - DP=10,5 anos), e o tempo médio de atuação em PSF foi 3,64 anos (DP=4,64 anos).

Tabela 1. Descrição da amostra estudada para as variáveis sexo, idade, categoria profissional, tempo de profissão e escolaridade (n=97). Zona da Mata Mineira (MG), 2007.

Sexo	n	%
Feminino [n (%)]	78	80,4
Idade [M (DP)]	M=32,86, DP=10,5	
<i>Categoria profissional</i> [n (%)]	n	%
Agente comunitário de saúde	64	66
Auxiliar/Técnico de enfermagem	12	12,4
Enfermeiro	10	10,3
Médico	6	6,2
Outros profissionais	5	5,2
Tempo de profissão (em anos) [M (DP)]	M=3,64, DP=4,64	
<i>Escolaridade</i> [n (%)]	n	%
Médio completo	62	63,9
Superior completo	25	25,8
Médio incompleto	4	4,1
Superior incompleto	4	4,1
Ensino fundamental completo	2	2,1

M: média; DP: desvio-padrão.

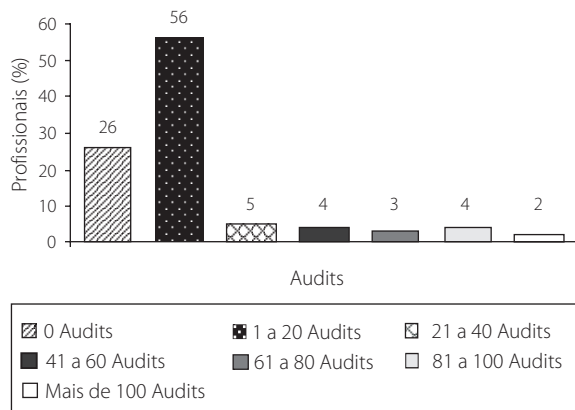


Figura 1. Distribuição de Audits aplicados pelos profissionais.

Nota: Audits: alcohol use disorders identification tests.

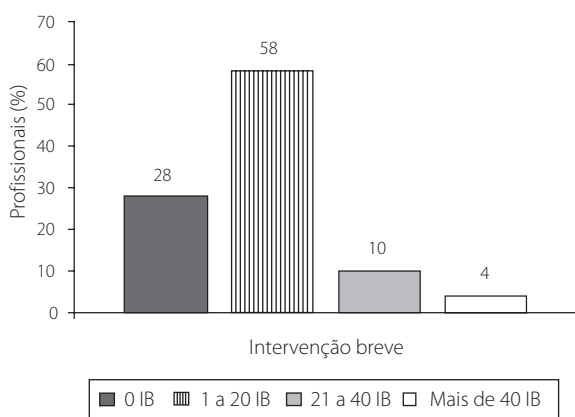


Figura 2. Distribuição de intervenções breves realizadas pelos profissionais.

Nota: IB: intervenção breve.

Foram aplicados 1 472 Audits e realizadas 941 intervenções breves, no período de seis meses de acompanhamento das atividades. As Figuras 1 e 2 mostram a quantidade de instrumentos aplicados por profissional. A maior porcentagem da amostra aplicou de 1 a 20 Audits (56%) e realizou de 1 a 20 intervenções breves (58%). Uma pequena porcentagem (2% para Audit e 4% para intervenção breve) aplicou mais de 100 instrumentos e realizou mais de 40 intervenções breves, contrastando com 26% da amostra que não aplicou nenhum instrumento, e 28% que não realizou nenhuma intervenção breve.

Os principais resultados na escala de CO foram apresentados por dimensão na Tabela 2. A maior pontuação média foi na dimensão Tomada de Decisão, com o valor de 3,47 (DP=0,52), em escala composta de 8 itens e com altos escores, descrevendo uma prática participativa, em que os resultados são estimulados pela liderança. A dimensão Comunicação foi composta de 4 itens, obtendo média de 3,43 (DP=0,63), sendo que escores elevados descrevem uma boa comunicação entre os profissionais. A subescala Caos/Stress obteve pontuação média de 3,14 (DP=0,61), observando-se que altos escores nessa subescala indicam sobrecarga de trabalho.

Na correlação entre CO e práticas de prevenção ao uso de risco de álcool, obteve-se correlação significativa entre as dimensões da escala de CO e o número de Audits aplicados e intervenções breves realizadas (Tabela 3). A correlação mais forte ocorreu entre Tomada de Decisão e número de intervenções breves realizadas ($r=0,337; p=0,001$), e, em seguida a correlação da mesma subescala com o número de Audits aplicados ($r=0,288$;

Tabela 2. Dados descritivos para cada dimensão da escala de clima organizacional (CO), Média (M), Desvio-Padrão (DP), valor máximo e valor mínimo avaliados a partir de escala Likert de 5 pontos. Zona da Mata Mineira (MG), 2007.

Dimensão escala CO	Nº de itens	Descrição	M	DP	Valor máximo	Valor mínimo
Tomada de decisão	8	Altos escores descrevem uma Tomada de Decisão participativa, na qual os resultados são estimulados pela liderança.	3,47	0,52	4,5	1,88
Comunicação	4	Altos escores sugerem melhor comunicação entre os profissionais. Os problemas são resolvidos através de discussões em equipe ou consultas recíprocas.	3,43	0,63	4,75	2,0
Caos/stress	6	Altos escores indicam que os profissionais se sentem sobrecarregados pela demanda de trabalho.	3,14	0,61	4,83	1,67

Tabela 3. Correlação de Spearman entre o número de Audits aplicados, IB realizadas e dimensões da escala de clima organizacional (n=97). Zona da Mata Mineira (MG), 2007.

		Número de Audits aplicados por profissional	Número de IB realizadas por profissional
Tomada de Decisão	Coeficiente de Correlação	0,288**	0,337**
	Sig (2-caudas)	0,004	0,001
Comunicação	Coeficiente de Correlação	0,215**	0,281**
	Sig. (2-caudas)	0,035	0,005
Caos/ <i>Stress</i>	Coeficiente de Correlação	0,082	0,021
	Sig (2-caudas)	0,424	0,837

** $p < 0,05$; IB: intervenção breve.

$p=0,004$). Tomada de Decisão também teve correlação significativa com a prática em atividade geral de prevenção e promoção de saúde ($r=0,220$; $p=0,030$). A subescala Comunicação relacionou-se positivamente com as intervenções breves realizadas ($r=0,281$; $p=0,005$) e com o número de Audits aplicados ($r=0,215$; $p=0,035$). Não houve correlação entre a aplicação de Audits e intervenções breves realizadas com a dimensão Caos/*Stress*. As demais questões utilizadas como indicadores de práticas de prevenção ao uso de álcool não se relacionaram significativamente com as subescalas de CO.

Discussão

Este estudo avaliou fatores organizacionais importantes que podem influenciar a prática dos profissionais da APS para o desenvolvimento de atividades de prevenção ao uso de risco de álcool. Os resultados mostraram que existe uma correlação significativa entre as escalas de CO e atividades de prevenção (aplicação de Audit e realização de intervenção breve). Tomada de Decisão e Comunicação relacionaram-se mais fortemente com o desenvolvimento das atividades.

Os dados obtidos sugerem que os profissionais aplicam mais Audits e realizam mais intervenções breves quando percebem que a liderança estimula resultados, quando as decisões são tomadas de forma participativa e quando a comunicação entre a equipe favorece a solução de problemas. Esses dados destacam a o papel importante dos coordenadores de equipe na estruturação de um ambiente de trabalho produtivo e de qualidade, oferecendo suporte técnico e estimulando a participação efetiva dos profissionais nas decisões tomadas, além de criar condições para o aprimoramento

de competências. O papel da comunicação também chama atenção para a importância das atividades em PSF serem realizadas de forma conjunta, com o apoio mútuo para superação de dificuldades e obstáculos presentes na prática. Essa questão é relevante para se pensarem formas de implementar estratégias de prevenção ao uso de risco de álcool, que consigam envolver a equipe como um todo, já que muitas vezes o desenvolvimento das atividades se limita à atuação dos agentes comunitários (Ronzani et al., 2009), reforçando uma prática desintegrada e oposta aos objetivos preconizados nos trabalhos em equipe de saúde da família.

Os resultados encontrados neste estudo são novos para a discussão sobre a efetividade de estratégias de prevenção ao uso de risco de álcool. Muitos estudos enfocam o desenvolvimento de instrumentos de rastreamento para o consumo de drogas e a avaliação de intervenções breves nessa problemática (Humenuik et al., 2008; Kaner et al., 2009). No entanto, poucas pesquisas abordam os diversos fatores organizacionais que envolvem a prática dos serviços e que podem atuar como facilitadores (ou dificultadores) na transferência, para a rotina profissional, de conhecimentos adquiridos em capacitações presenciais (Babor, Higgins-Biddle, Dauser, Higgins & Bureson, 2005; Pidd et al., 2004).

A avaliação do clima organizacional é uma das formas comumente utilizadas para mensurar a percepção dos trabalhadores em relação a fatores do ambiente de trabalho. No Brasil, embora se encontrem instrumentos elaborados e adaptados para avaliar o clima em diferentes setores da economia (Crespo, 2004; Martins, Oliveira, Silva, Pereira & Sousa, 2004), o mesmo não se dá na área de saúde, em que as opções são mais restritas, ressalvada a literatura internacional (Sánchez

et al., 2006; Ohaman-Strickland et al., 2007; Wienand, Cinotti, Nicoli & Bisagni, 2007).

Em 2009, posteriormente à coleta de dados deste estudo, houve a validação da primeira escala para avaliar o clima organizacional em setores de saúde brasileiros, priorizando aspectos peculiares desse tipo de serviço, tal como o relacionamento com a comunidade (Menezes, Sampaio, Gomes, Teixeira & Santos, 2009).

Em contrapartida, em vários países, além de se observar maior investimento em instrumentos específicos para avaliar o CO em setores de saúde, encontram-se também diversos estudos associativos avaliando a correlação entre o clima e atividades gerais em saúde (MacDavitt et al., 2007). Estudo realizado em hospital universitário na China encontrou uma correlação positiva entre CO e a competência de enfermeiras ($p < 0,01$; $r = 0,41$), sendo estas avaliadas em sete dimensões: desenvolvimento profissional, cuidados clínicos, ensinamento/treinamento, prática ética e legal, pensamento crítico e atitude em pesquisa, liderança e relacionamento interpessoal (Ying et al., 2007). Resultado semelhante foi obtido em pesquisa desenvolvida em atendimentos de emergência nos Estados Unidos, indicando que os profissionais que vêem suas condições de trabalho positivamente fornecem melhores intervenções aos pacientes com problemas psiquiátricos (Wright, Linde, Rau, Gayman & Viggiano, 2003).

Cabe destacar que uma diferenciação importante foi obtida na correlação entre CO e atividades de prevenção. As escalas Tomada de Decisão e Comunicação correlacionaram-se mais fortemente com a realização de intervenção breve do que com Audit (Tabela 3). Talvez essa diferença se relacione com o fato de a intervenção breve ser uma técnica mais próxima das atividades que os profissionais de PSF desenvolvem cotidianamente. Muitos deles provavelmente já haviam realizado algo semelhante, mesmo antes da capacitação, sem no entanto denominar essas atividades como intervenção breve. Além disso, a intervenção breve é mais fácil de adequar à realidade de trabalho das equipes, o que facilita a maior inserção dessa técnica como rotina dos profissionais. Já o Audit, por ser um instrumento padronizado, diferencia-se muito do material habitualmente utilizado. Muitos profissionais provavelmente já tinham perguntado para os pacientes sobre o consumo de bebidas alcoólicas, porém não se baseavam em um instrumento padronizado e estruturado.

Essa dificuldade dos profissionais em lidar com materiais novos, como por exemplo, o Audit, reforça a importância da liderança e da cooperação do grupo na superação das dificuldades apresentadas como barreiras à implementação das estratégias propostas. Nesse sentido, diversas pesquisas indicam que o trabalho em equipe (Ying et al., 2007; Wright et al., 2003) e o suporte da liderança (Mok & Au-Yeung, 2002) são os fatores do clima organizacional que se correlacionam fortemente com a qualidade e resultado das atividades realizadas pelos profissionais. Igualmente, estudo desenvolvido com 213 equipes de APS na Catalunha (Espanha) mostra que fatores organizacionais, como cooperação e facilitação em grupo, estão entre os pontos que melhor explicam os resultados do trabalho em medicina da família (Gené-Badia et al., 2007).

É importante ressaltar que, apesar de os profissionais terem percebido o ambiente de trabalho com uma sobrecarga de atividades (Tabela 2), não houve correlação entre a subescala Caos/*Stress* e o desempenho naquelas atividades (Tabela 3). Esse resultado sugere que a alta demanda de serviços, frequentemente citada como obstáculo para o desenvolvimento de atividades na APS (Ronzani et al., 2009), não interferiu na prática da equipe quanto às atividades propostas, ao contrário dos resultados obtidos nas escalas Comunicação e Tomada de Decisão.

Os resultados alcançados neste estudo sugerem que os fatores que envolvem o ambiente de trabalho são aspectos importantes no desenvolvimento de atividades na atenção primária à saúde, donde a necessidade de se ampliarem as discussões sobre a prática e a qualidade desses serviços.

Considerações Finais

Este estudo objetivou avaliar a influência do clima organizacional na prática de prevenção ao uso de álcool entre profissionais da Atenção Primária à Saúde, a partir de três aspectos: Tomada de Decisão, Comunicação e Caos/*Stress*. Os resultados sugeriram que equipes que percebem um bom ambiente de trabalho tendem a ter maior comprometimento nas atividades. A liderança, o envolvimento dos profissionais na tomada de decisão e a comunicação dentro do grupo foram aspectos que se destacaram. Os resultados

são ainda iniciais, porém trazem reflexões importantes para se pensar o papel do trabalho em equipe e dos coordenadores de PSF como facilitadores do desenvolvimento das atividades. Essa questão se coloca como um desafio diante da grande rotatividade de profissionais e gestores, especialmente porque o problema demanda trabalho em equipe estável. Dessa forma, este estudo foi uma tentativa de ampliar o conhecimento sobre os fatores que podem influenciar a prática dos profissionais de PSF em atividades de prevenção ao uso de álcool, buscando trazer contribuições para se traçarem estratégias mais efetivas.

Cabe destacar que o próprio contexto de trabalho das equipes de PSF se coloca como uma limitação desta pesquisa. A rotatividade dos profissionais restringe o número de participantes neste tipo de desenho metodológico, tendo em vista que o número inicial de sujeitos não se estabelece até a fase final do processo, trazendo implicações não só para a pesquisa como também para a implementação das atividades como rotina das equipes. Além do mais, em função das visitas domiciliares, que são ações estruturantes do Programa Saúde da família, muitas vezes os pesquisadores tinham dificuldade em acompanhar as equipes completas nas reuniões semanais ou mensais, tendo em vista a preocupação de não alterar a rotina de trabalho dos profissionais.

Dessa forma, destaca-se a necessidade de se desenvolverem estudos complementares, com um maior número de equipes de PSF, possibilitando a verificação mais adequada de hipóteses e a generalização dos resultados. Além disso, sugere-se a utilização de ferramentas validadas para avaliar o clima organizacional em setores de saúde brasileiros, contribuindo para avaliações mais detalhadas e apontando de forma mais precisa os fatores que melhor se correlacionam com a prática dos profissionais de APS.

Referências

- Babor, T. F., & Higgins-Biddle, J. C. (2001). *Brief intervention for hazardous and harmful drinking: a manual for use in Primary Care*. Geneva: World Health Organization.
- Babor, T. F., Higgins-Biddle, J., Dauser, D., Higgins, P., & Burleson, J. (2005). Alcohol screening and brief intervention in primary care settings: implementation models and predictors. *Journal of Studies on Alcohol*, 66 (3), 361-368.

- Babor, T. F., Higgins-Biddle, J. C., Saunders, J. B., & Monteiro, M. G. (2001). *AUDIT - the alcohol use disorders identification test: guidelines for use in primary care*. Geneva: World Health Organization.
- Bertholet, N., Daeppen, J. B., Wietlisbach, V., Fleming, M., & Burnand, B. (2005). Reduction of alcohol consumption by brief alcohol intervention in primary care: systematic review and meta-analysis. *Archives of Internal Medicine*, 165 (9), 986-995.
- Crespo, M. L. F. (2004). Construção de uma medida de clima criativo em organizações. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 21 (2), 91-99. doi: 10.1590/S0103-166X2004000200007.
- Gené-Badia, J., Ascaso, C., Escaramis-Babiano, G., Sampietri-Colom, L., Catalán-Ramos, A., Sans-Corrales, M., et al. (2007). Personalised care, access, quality and team coordination are the main dimensions of family medicine output. *Family Practice*, 24 (1), 41-47.
- Gershon, R. R. M., Stone, P. W., Zeltser, M., Faucett, J., MacDavitt, K., & Chou, S-S. (2007). Organizational climate and nurse health outcomes in the United States: a systematic review. *Industrial Health*, 45 (5), 622-636.
- Glisson C., Landsverk J., Schoenwald S., Kelleher K., Hoagwood K. E., Mayberg S., et al. (2008). Assessing the organizational social context (OSC) of mental health services: implications for research and practice. *Administration and Policy Mental Health and Mental Health Services Research*, 35, 98-113.
- Humeniuk, R., Ali, R., Babor, T. F., Farrell, M., Formigoni, M. L., Jittiwutikarn, J., et al. (2008). Validation of the alcohol, smoking and substance involvement screening test (ASSIST). *Addiction Research Report*, 103 (6), 1039-1047.
- Joyce, W. E., & Slocum, J. W. (1990). Strategic context and organizational climate. In B. Schneider (Org), *Organizational climate and culture* (pp.130-150). San Francisco: Jossey-Bass.
- Kaner, E. F. S., Dickinson, H. O., Beyer, F., Pienaar, E., Schlesinger, C., Campbell, F., et al. (2009). The effectiveness of brief alcohol interventions in primary care settings: a systematic review. *Drug and Alcohol Review*, 28 (3), 301-323.
- MacDavitt, K., Chou, S-S., & Stone, P. W. (2007). Organizational climate and health care outcomes. *joint commission journal on quality and patient safety*, 33 (11), 45-56.
- Martins, M. C. F., Oliveira, B., Silva, C. F., Pereira, K. C., & Sousa, M. R. (2004). Construção e validação de uma escala de medida de clima organizacional. *Psicologia: Organizações e Trabalho*, 4 (1), 37-60.
- Menezes, I. G., Sampaio, L. R., Gomes, A. C. P., Teixeira, F. S., & Santos, P. S. (2009). Escala de clima organizacional para organizações de saúde: desenvolvimento e estrutura fatorial. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 26 (3), 305-316. doi: 10.1590/S0103-166X2009000300004.
- Mok, E., & Au-Yeung, B. (2002). Relationship between organizational climate and empowerment of nurses in Hong Kong. *Journal of Nursing Management*, 10 (3): 129-137.
- Nilsen, P., Kaner, E., & Babor, T. (2008). Brief intervention, three decades on: an overview of research findings and strategies for more widespread implementation *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 25 (6), 453-567.

- Ohaman-Strickland, P. A., Orzano, A. J., Nutting, P. A., Dickinson, W. P., Scott-Cawiezell, J., Hahn, K., et al. (2007). Measuring organizational attributes of primary care practices: development of a new instrument. *Health Research and Educational Trust, 42* (3), 1257-273.
- Pidd, K., Freeman, T., Skinner, N., Addy, D., Shoobridge, J., & Roche, A. M. (2004). *From training to work practice change: an examination of factors influencing training transfer in the alcohol and other drugs field*. Australia: National Centre for Education and Training on Addiction.
- Reichers, A. E., & Schneider B. (1990). Climate and culture: an evolution of constructs. In B. Schneider (Org.), *Organizational climate and culture* (pp.5-39). San Francisco: Jossey-Bass.
- Ronzani, T., Mota, D. C. B., & Souza, I. C. W. (2009). Prevenção do uso de álcool na atenção primária em municípios do estado de Minas Gerais. *Revista de Saúde Pública, 43* (1), 51-61.
- Ronzani, T., Ribeiro, M. S., Amaral, M. B., & Formigoni, M. L. O. (2005). Implantação de rotinas de rastreamento do uso de risco de álcool e de uma intervenção breve na atenção primária à saúde: dificuldades a serem superadas. *Cadernos de Saúde Pública, 21* (3), 852-861.
- Sánchez, A. D., Saameño, J. A. B., López-Montes, M. T. M. C., Castillo, L., Fernández, L. A. L., & Claret, P. L. (2006). Las dimensiones del clima organizacional percibidas por los médicos de familia. *Atención Primaria, 37* (9), 489-97.
- Ying, L., Kunaviktikul, W., & Tonmukayakal, O. (2007). Nursing competency and organizational climate as perceived by staff nurses in a Chinese university hospital. *Nursing and Health Sciences, 9* (3), 221-227.
- Wienand, U., Cinotti, R., Nicoli, A., & Bisagni, M. (2007). Evaluating the organisational climate in Italian public healthcare institutions by means of a questionnaire. *BMC Health Services Research, 73* (7), 1-13.
- World Health Organization. (2007). *Expert Committee on problems related to alcohol consumption*. Geneva: World Health Organization.
- Wright, E. R., Linde, B., Rau, N. L., Gayman, M., & Viggiano, T. (2003). The effect of organizational climate on the clinical care of patients with mental health problems. *Journal of Emergency Nursing, 29* (4), 314-321.

Recebido em: 30/4/2010
Versão final reapresentada em: 25/10/2010
Aprovado em: 16/12/2010

Violência contra a mulher: levantamento dos casos atendidos no setor de psicologia de uma delegacia para a mulher¹

Violence against women: survey of the cases seen in the psychology service at a women's police station

Lila Maria **GADONI-COSTA**²

Ana Paula Noronha **ZUCATTI**³

Débora Dalbosco **DELL'AGLIO**²

Resumo

Este trabalho apresenta um levantamento dos casos atendidos no setor de Psicologia de uma Delegacia para a Mulher, em município da região metropolitana de Porto Alegre, no período de 2006 a 2008. A amostra empírica compreende 351 mulheres, com idades entre 12 e 78 anos, com relato de violência física, psicológica e sexual contra elas ou seus filhos. Foi observada a presença de violência nas famílias de origem das mulheres e dos agressores. Os dados levantados confirmam estudos que apontam que a maioria dos casos de agressão contra a mulher ocorre em seus próprios lares. Observou-se também que o uso de álcool e drogas e a presença de violência anterior nas famílias podem ser apontados como fatores de risco para a perpetuação do fenômeno. Destaca-se a importância de projetos de prevenção e intervenção junto a essa população.

Unitermos: Mulher. Política social. Psicologia forense. Violência contra a mulher.

Abstract

The aim of this study was to carry out a survey of the cases seen by the psychological service of a women's police station unit, in a city in the metropolitan area of Porto Alegre, between 2006 and 2008. The empirical sample consists of 351 women aged between 12 and 78. The types of violence perpetrated included physical, psychological and/or sexual abuse against women or their children. The existence of previous violence, in the victims' and aggressors' families of origin, was observed. The data collected corroborated studies that demonstrate that the majority of the cases of violence against women occur in their own homes. It was also noted that the use of alcohol or drugs and the occurrence of previous violence in the families can be pointed to as risk factors. The importance is emphasized of prevention and intervention projects for this population.

Uniterms: Women. Public policy. Forensic psychology. Violence against Women.

▼▼▼▼▼

¹ Artigo elaborado a partir da dissertação de L.M. GADONI-COSTA, intitulada "Violência doméstica: vitimização e enfrentamento". Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2010.

² Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Programa de Pós-Graduação em Psicologia. R. Ramiro Barcelos, 2600, Santa Cecília, 90035-003, Porto Alegre, RS, Brasil. Correspondência para/Correspondence to: L.M. GADONI-COSTA. E-mail: <lilamariacosta@gmail.com>.

³ Psicóloga. Porto Alegre, RS, Brasil.

Este trabalho tem por objetivo apresentar os resultados do levantamento dos casos atendidos no setor de Psicologia de uma Delegacia para a Mulher, em município da região metropolitana de Porto Alegre (RS), no período de 2006 a 2008. A violência contra a mulher passou a fazer parte da luta dos movimentos feministas no Brasil de forma mais intensa a partir das décadas de 1970 e 1980, ocasião em que o governo propôs as primeiras políticas públicas na área. A literatura especializada tem tratado essa forma de violência como uma questão complexa e multifacetada, que viola os direitos humanos das mulheres vitimizadas (Gadoni-Costa & Dell'Aglio, 2009; Grossi & Aginsky, 2001; Rovinski, 2004). Também considerado um problema de saúde pública, a violência contra a mulher provoca perdas significativas na saúde física e mental das vítimas. Além disso, as relações sociais ficam prejudicadas e deixam de funcionar como rede de apoio (Couto, Schraiber, d'Oliveira & Kiss, 2006; Monteiro & Souza, 2007). Devido ao número crescente de notificações, o fenômeno passou a ser amplamente estudado por diferentes áreas do conhecimento. O implemento de políticas públicas e serviços de atendimento tem sido proporcional ao aumento da demanda.

A partir da criação das delegacias especializadas, a mulher passou a ter um "ponto de partida" na busca de apoio e acesso à rede pública e privada. Segundo Brandão (2004), para que as delegacias funcionem com eficácia, precisam operar de forma integrada e oferecer um atendimento qualificado, evitando a revitimização da mulher que chega até ali. Pasinato (2006) salienta a importância do primeiro atendimento dado à mulher e do papel que esse momento passar a ter sobre as decisões que ela tomará quanto a permanecer na relação violenta ou buscar novas saídas para sua vida.

A delegacia para a mulher

O grande número de denúncias e manifestações coletivas ocorridas em vários países, nas últimas décadas, desencadeou um processo que tirou a violência contra a mulher do âmbito doméstico, tornando-a pública (Grossi, Tavares & Oliveira, 2008). Em 1985, foi criada em São Paulo a primeira delegacia especializada no atendimento à mulher. Atualmente, são mais de 300, em praticamente todos os Estados do Brasil, com diferentes denominações: Delegacia de Defesa da Mulher

(DDM), Delegacia para a Mulher (DM) e Delegacia Especializada no Atendimento à Mulher (DEAM). Apesar dessas diferenças, estudos apontam que o perfil das usuárias é semelhante, bem como as representações dos policiais sobre seu trabalho e sobre o público atendido (Debert & Oliveira, 2007). Segundo Rifiotis (2004), o tipo de atividade que efetivamente se desenvolve nas delegacias especializadas vai além de criar condições para a resolução de conflitos conjugais. Monteiro (2005) salienta que o momento do registro de ocorrência é singular. A mulher que decide denunciar necessita de apoio e acompanhamento, pois nem sempre está pronta para sair da situação de violência.

Estudos apontam que alguns mecanismos funcionam como apoio e fortalecem a mulher no momento de decisão sobre a denúncia, como a Lei 11.340/2006, sancionada em 7 de agosto de 2006 (Debert & Oliveira, 2007). Essa lei foi batizada como "Lei Maria da Penha", para homenagear uma cearense que ficou paraplégica após ser agredida pelo marido. Graças à militância de grupos de defesa dos direitos humanos junto à Comissão Interamericana de Direitos Humanos da Organização dos Estados Americanos, o marido de Maria da Penha foi punido, dezenove anos após a ocorrência do crime (Debert & Oliveira, 2007). Conforme as autoras, com a Lei Maria da Penha a violência doméstica deixou de ser um crime de menor potencial ofensivo. A pena máxima passou a ser de três anos de detenção, e o afastamento do agressor pode ser solicitado através de medidas protetivas quando a mulher está em situação de risco. Se as medidas forem desobedecidas, é admitido o pedido de prisão preventiva do agressor. No entanto, considerando que a lei é muito ampla, entende-se que há ainda a necessidade de padronizar sua aplicação, de forma que não ocorram distorções na interpretação nos diferentes âmbitos em que ela é aplicada. Além disso, considerando que a população em geral desconhece definições sobre o que é a violência doméstica, também se faz necessário um trabalho de conscientização para que mais pessoas possam se utilizar da lei, de forma a ter benefícios e ficar protegidas.

A Delegacia para a Mulher (DM) em que foram coletados os dados deste estudo foi inaugurada em março de 2006, visando atender a crescente demanda dos casos de violência contra a mulher naquele município. O setor de Psicologia foi criado a partir de uma par-

ceria entre a DM e a Prefeitura Municipal, que disponibilizou dois técnicos (uma psicóloga e uma assistente social) para realizar os atendimentos no local. Essa parceria se deu através do entendimento de que a polícia também pode ter uma função social que vai além da repressão ao crime, e reforça a ideia de que a vontade política e o diálogo entre os diversos setores viabilizam ações concretas. Grossi et al. (2008) apontam que essas parcerias possibilitam que se formalizem papéis e vínculos entre serviços e instituições públicas. Dessa forma, uma rede de atendimento que visa à assistência integral se constitui, correspondendo a um conceito de colaboração e integração de serviços, que é recomendado pelas experiências mundiais e locais na área da violência. A partir daí, foi criado o setor de Psicologia na Delegacia, que funciona em um prédio contíguo ao da Polícia Civil e conta, como recursos humanos, além das técnicas, com a delegada titular, três policiais, três estagiários (dois de ensino médio e uma de Psicologia) e uma secretária.

Ao chegar à DM, a mulher toma conhecimento da existência do serviço de Psicologia e pode solicitar atendimento. Outra possibilidade é o encaminhamento da vítima pelos policiais, conforme o estado emocional em que se encontra na ocasião do registro de ocorrência. Nesse local também são realizados atendimentos individuais e em grupo. Após o acolhimento ou entrevista inicial, as mulheres podem permanecer em atendimento na DM ou ser encaminhadas para a rede pública. Nos atendimentos psicológicos, as maiores queixas são relativas ao parceiro. Muitas dessas mulheres ainda não se sentem em condições de romper o ciclo de violência e procuram a delegacia para orientação ou apenas para ter uma escuta diferenciada, para um “desabafo”.

Além das mulheres vítimas, são atendidos seus filhos (crianças e adolescentes) ou familiares próximos, quando solicitado por elas. Algumas dessas crianças e adolescentes apresentam sintomas decorrentes da situação de violência doméstica presente na família. Os atendimentos estendem-se também aos casos de abuso sexual e violência contra crianças e adolescentes, bem como elaboração de laudos e avaliação psicológica por requisição judicial.

Definições conceituais

Violência doméstica é aquela praticada no âmbito privado, perpetrada por um membro da família

que conviva com a vítima ou tenha relacionamento afetivo com ela. Pode envolver diferentes tipos de maus-tratos, como violência psicológica, violência física e violência sexual, além de negligência e abandono. Por violência psicológica entende-se toda ação ou omissão que cause dano à autoestima ou ao desenvolvimento da pessoa vitimizada. Segundo o Ministério da Saúde (Brasil, 2001), é a modalidade mais difícil de ser identificada, caracterizando-se por humilhações, chantagem, ameaças, discriminação, crítica ao desempenho sexual e privação de liberdade. Pode levar ao isolamento social com afastamento dos amigos e familiares, ou impedir que a vítima faça uso de seu próprio dinheiro. Suas consequências são graves e podem levar ao adoecimento e, em casos mais extremos, ao suicídio (Brasil, 2001).

A violência física é o dano ou a tentativa de causá-lo, por meio da força física ou de uso de objeto (arma, instrumento) que provoque lesões externas (hematomas, cortes, feridas) ou internas (hemorragia, fraturas). A violência sexual é caracterizada como um ataque em que o agressor obriga a vítima a realizar práticas sexuais por meio de força ou intimidação, sem seu consentimento. As situações podem envolver estupro, prostituição forçada e coerção à pornografia, entre outras (Rovinski, 2004; Sacramento & Rezende, 2006). Essas formas de violência têm uma complexa rede de associação, que pode envolver uso de álcool e/ou outras drogas, baixa escolaridade e histórico de violência na família de origem, entre outros (Cortez, Padovani & Williams, 2005; d’Oliveira et al., 2009). Entretanto, é importante salientar que nenhum desses fatores é, por si só, causa da violência contra a mulher.

A partir dessas considerações e entendendo-se que propostas de prevenção e intervenção em situações de violência precisam levar em conta as características da população alvo, este estudo buscou conhecer melhor o perfil das mulheres atendidas na Delegacia para a Mulher. Dessa forma, procurou-se levantar as características presentes nos casos, observando-se as interações entre elas.

Método

Foi realizado estudo documental, a partir das fichas de atendimento do setor de Psicologia da Delegacia para a Mulher na região metropolitana de Porto

Alegre, relativas ao período de março de 2006 (inauguração da delegacia) a dezembro de 2008. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Psicologia da UFRGS, sob protocolo nº 099/2008, em 14/4/2009, tendo a delegada titular assinado o Termo de Concordância da Instituição para utilização do banco de dados.

As fichas contêm as principais informações do caso, incluindo idade, escolaridade, profissão, emprego, estado civil, situação conjugal, número de filhos, presença ou não de família extensa (avós, tios, primos etc.), ocorrência de violência na família de origem da mulher e na família do agressor, uso de álcool e/ou outras drogas pelo agressor, uso de medicação psiquiátrica pela vítima e motivo da procura. Foram selecionadas para este estudo todas as fichas que se referiam a mulheres e adolescentes, a partir de 12 anos, e que tinham como motivo de atendimento alguma queixa de violência perpetrada por um homem. Dessa forma, foram excluídas fichas referentes a atendimentos de homens, crianças e testemunhas, além de casos de violência perpetrada por outra mulher ou outras situações que não se configuram como violência contra a mulher.

Os dados relativos ao agressor foram categorizados como: companheiro, pai, padrasto, filho/irmão, outro parente, vizinho/conhecido, e desconhecido. As categorias relacionadas ao motivo do atendimento foram: violência física contra a própria mulher; violência psicológica contra ela; violência contra os filhos; abuso sexual contra os filhos; e violência sexual contra a mulher. Foram considerados casos de violência psicológica aqueles em que havia relato de ocorrência de ameaça, chantagem, humilhação, agressão verbal e restrição de liberdade. A escolaridade das participantes foi classificada desde ensino fundamental incompleto até ensino superior completo. As profissões foram divididas em dona de casa ou sem profissão definida, serviços gerais, indústria e comércio, professoras e funcionárias públicas. A situação de vida atual incluiu: mora sozinha; com companheiro; com companheiro e filhos; com filhos; com familiares; e outros.

Os dados das fichas foram categorizados, buscando-se consenso entre três juízes para a classificação das informações nas categorias definidas a partir da análise de conteúdo (Bardin, 1979) do material das fichas. As variáveis qualitativas foram descritas através de

frequência absoluta e relativa, enquanto as variáveis quantitativas foram mensuradas através de média e desvio-padrão. Para avaliar a associação entre as variáveis qualitativas foi utilizado o Teste de Associação Qui-quadrado. Na modelagem multivariada foi utilizada a Regressão Logística a partir das variáveis significativas na análise bivariada. Os dados foram analisados no *software* SPSS e o nível de significância adotado foi de 5% ($p \leq 0,05$).

Resultados e Discussão

A amostra deste estudo foi composta por 351 fichas de mulheres com idade entre 12 e 78 anos, com média de 36,95 (Desvio-Padrão - DP=13,09). Observou-se maior frequência de casos na faixa etária entre 24 e 45 anos, correspondente a 59% dos casos. Esta faixa etária também é citada em outros estudos, sendo associada por alguns autores a um período de maior atividade sexual e reprodutiva (Adeodato, Carvalho, Siqueira & Souza, 2005; Monteiro, Araújo, Nunes, Lustosa & Bezerra, 2006).

A escolaridade variou entre ensino fundamental incompleto e curso superior completo, sendo que 53,7% das mulheres não completaram o ensino fundamental. Quanto à ocupação, 43,3% têm empregos em comércio e indústria, 32,5% são donas de casa ou não têm profissão, 17,4% trabalham em serviços gerais e 6,8% são funcionárias públicas ou professoras. Estudos apontam que mulheres que desenvolvem atividade profissional remunerada buscam estratégias mais eficazes para enfrentar a situação de violência, além de demonstrar uma atitude mais positiva diante da vida e maior grau de autonomia e autoestima (Debert & Oliveira, 2007; Rabello & Caldas Júnior, 2007). Segundo Debert e Oliveira, a clientela das delegacias especializadas em diferentes cidades e regiões do Brasil apresenta uma homogeneidade no seu perfil. Em geral, são mulheres de classe popular, baixo nível de instrução, predominando ensino fundamental completo ou incompleto. No item profissão, o que mais aparece é "do lar" ou "doméstica".

A baixa escolaridade é apontada por alguns autores como um dos fatores que favorecem a situação de violência, visto que mulheres mais esclarecidas tendem a ter menor grau de tolerância à situação (Adeodato et al., 2005; Rabello & Caldas Júnior, 2007). Isso não significa

que mulheres de classes mais favorecidas e com mais anos de escolaridade também não enfrentem situações de violência. A diferença é que essas mulheres dispõem de recursos que possibilitam encontrar ajuda em consultórios e escritórios particulares de médicos, psicólogos e advogados. Essas alternativas levam a uma sub-representação nas denúncias, fazendo com que as situações de violência contra a mulher sejam diretamente associadas à pobreza.

Apenas 26,2% das mulheres afirmaram ser casadas no papel. Estudo de d'Oliveira et al. (2009) apontou que viver sem união formal associou-se à violência por parceiro íntimo. A valorização do casamento formal, aliado à castidade feminina, apareceu como possível fator influenciador na associação entre violência conjugal e união informal em parte da amostra pesquisada por esses autores.

Quanto a filhos, 52,7% das mulheres tinham entre dois e três filhos, e 16,8% não os tinham. Segundo Rabello e Caldas Júnior (2007), estudos que indicam um menor número de filhos estão em consonância com dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2005), que sugerem uma queda da fecundidade da mulher brasileira. Esse declínio deve-se a diversos fatores, entre os quais a inserção cada vez maior da mulher no mercado de trabalho (Rabello & Caldas Júnior, 2007). Na ocasião em que compareceram à delegacia para registrar ocorrência como vítimas de violência, 50,4% das mulheres viviam com companheiro e filhos.

Os tipos de violência perpetrados foram: violência psicológica (82,9%), violência física (53,0%), abuso sexual contra os filhos (15,7%), violência sexual contra a própria (11,1%) e violência física contra os filhos (8,5%). Destaca-se que essas categorias não são excludentes e que, na maioria dos casos em que houve violência física e sexual, houve também relato de violência psicológica

(Tabela 1). Silva, Coelho e Caponi (2007) salientam que, embora haja diferença entre os vários tipos de violência, elas se entrelaçam e se misturam de diferentes maneiras.

Em pesquisa realizada por Silva (2005), em um centro de atendimento a vítimas de crimes, dentre as formas atendidas de violência doméstica, a violência psicológica associada à física foi a que mais se evidenciou. Para Silva et al. (2007) é difícil entender a ocorrência da violência física sem a presença da violência psicológica, visto que ela acompanha todas as manifestações da violência intrafamiliar.

O fato de essa forma de violência ser menos enfatizada deve-se à prioridade que é dada às consequências físicas em detrimento das psicológicas, que são igualmente graves. A violência psicológica afeta, além da vítima, a todos que convivem com ela de forma direta, como os filhos ou outros familiares. A literatura sugere que é preciso repensar sobre a dicotomia entre dano físico e psicológico. O fenômeno da violência contra a mulher produz um efeito bidimensional que causa danos físicos e emocionais em suas vítimas (Melo, Caldas, Carvalho & Lima, 2005; Rovinski, 2004).

Os dados levantados apontaram que em 70,1% dos casos o agressor era o companheiro da vítima, e que em apenas 3,1% dos casos era desconhecido. Segundo a Organização Mundial da Saúde, uma em cada seis mulheres no mundo sofre violência doméstica, sendo que em 60,0% dos casos a violência foi perpetrada por marido ou companheiro (Organização Mundial da Saúde, 2005).

Em consonância com a literatura, os dados da Tabela 1 indicam predomínio do companheiro como agressor nos casos de violência física e psicológica contra a mulher, e física e sexual contra os filhos. O lar, antes considerado um lugar seguro, passou a representar risco para as mulheres vítimas da violência doméstica

Tabela 1. Percentuais por tipo de violência e agressores. Porto Alegre (RS), 2006-2008.

Tipo violência	Companheiro	Pai	Padrasto	Filho/irmão	Outro parente	Vizinho/conhecido	Desconhecido
Física (n=186)	83,9	1,6	3,2	7,0	1,1	1,6	1,6
Psicológica (n=291)	77,3	4,5	3,8	6,5	3,4	2,7	1,7
Sexual (n=39)	23,1	10,3	25,6	0	5,1	20,5	15,4
Física contra filhos (n=30)	93,3	0	0	0	0	6,7	0
Sexual contra filhos (n=55)	52,7	0	3,6	1,8	16,4	18,2	7,3

(Gadoni-Costa & Dell'Aglio, 2009; Grossi et al., 2008). Em pesquisa realizada por esses autores, mulheres em situação de violência se referiram a seus agressores com sendo as únicas pessoas significativas com que podiam contar, indicando importante isolamento social em que o homem agressor é a única referência em suas vidas.

Nos casos de violência sexual, o agressor que mais aparece é o padrasto, no caso das vítimas mais jovens, seguido pelo companheiro e vizinho/conhecido. Dados semelhantes foram encontrados em estudo do Centro de Estudos Superiores de Maceió (CESMAC), realizado entre os anos de 2002 e 2007. Entre os 311 casos de abuso sexual contra crianças e adolescentes pesquisados, o padrasto apareceu em primeiro lugar como agressor, seguido por outros parentes. O agressor era, em geral, vinculado à família e conhecido da vítima (Observatório da Mulher, 2009).

Os dados apontaram que 57,0% dos agressores e 47,0% das mulheres atendidas possuíam famílias de origem com histórico de violência (Tabela 2). Foi observada uma associação significativa entre ter família com histórico de violência e ter companheiro com histórico de violência na família ($\chi^2=14,26$; $gl=1$; $p<0,001$). Assim, observou-se que entre as mulheres com histórico de violência na família, 112 (67,9%) tinham companheiros que também apresentavam famílias com histórico de violência, enquanto das 186 mulheres sem histórico de violência, 88 (47,3%) tinham companheiros com histórico de violência na família. Conforme Negrão et al. (2005), presenciar situações de violência no âmbito doméstico de forma reiterada pode levar à crença de que a violência conjugal é algo natural. Dessa forma, a mulher deveria se submeter ao homem por não existirem outras formas de relação entre um casal.

Diversos autores corroboram esses dados e salientam que aspectos relacionados às experiências de vida das mulheres têm sido identificados como fatores de risco. As experiências vividas na família de origem têm mostrado consistente associação com violência doméstica posterior (d'Oliveira et al., 2009; Santos & Dell'Aglio, 2008). Testemunhar violência perpetrada contra a mãe no âmbito doméstico e sofrer violência física cometida pelos pais pode aumentar o risco de sofrer essa forma de violência na vida adulta. Segundo d'Oliveira et al. (2009), essas vivências podem diminuir a capacidade das mulheres de se protegerem no futuro

através de apoio familiar, além de banalizar a violência nas relações conjugais, sugerindo que esse padrão não pode ser modificado. "As relações e os comportamentos entre os membros da família terão na violência não só uma inspiração, mas também a pedra sobre a qual serão construídos" (Melo et al., 2005, p.205).

Quanto ao uso de álcool/drogas pelos agressores, constatou-se que 59,3% deles eram usuários dessas substâncias, sendo que 123 deles (59,1%) perpetraram violência física e 183 (88,0%), violência psicológica (Tabela 3). Foi observada uma associação significativa entre o uso de álcool/drogas e violência física ($\chi^2=7,14$; $gl=1$; $p=0,008$) e entre uso de álcool/drogas e violência psicológica ($\chi^2=8,42$; $gl=1$; $p=0,004$).

O abuso de álcool tem um profundo impacto sobre a família do dependente. Todos os membros da estrutura familiar sofrem as consequências, embora crianças e adolescentes sejam os mais afetados. Para Melo et al. (2005), quanto mais intensa a violência física ou verbal em situações que envolvem alcoolismo, mais graves serão os prejuízos, que podem compreender depressão, comportamento antissocial, desarmonia conjugal, ansiedade e resolução inadequada de problemas na vida adulta.

O alcoolismo leva a importantes modificações na personalidade, que podem afetar as relações sociais do sujeito de forma negativa. Conforme estudos de

Tabela 2. Percentuais de ocorrência da violência na família de origem da mulher e do agressor. Porto Alegre (RS), 2006-2008.

Violência na família de origem do agressor	Violência na família de origem da mulher		
	Não	Sim	Total
Não	52,7	32,1	43,0
Sim	47,3	67,9	57,0

Tabela 3. Percentuais de casos com uso de álcool/drogas e violência física e psicológica. Porto Alegre (RS), 2006-2008.

Violência		Uso álcool/drogas		
		Não	Sim	Total
Física	Não	55,9	40,9	47,0
	Sim	44,1	59,1	53,0
Psicológica	Não	24,5	12,0	17,1
	Sim	75,5	88,0	82,9

Narvaz (2002), o alcoolismo tem sido descrito na literatura como uma importante variável relacionada com a violência conjugal, que desencadeia conflitos e serve para justificar o comportamento abusivo. Além disso, as mulheres de alcoolistas ficam sobrecarregadas emocionalmente devido ao empobrecimento ou ausência de apoio por parte do parceiro. A autora destaca ainda a associação entre violência conjugal, alcoolismo e permanência das mulheres em relações violentas, além de citar estudos que associam alcoolismo e abuso sexual intrafamiliar, com estimativa de que um grande percentual de vítimas dessa forma de violência provém de lares de alcoolistas.

Para analisar de forma multivariada a violência física e psicológica, foram realizadas regressões logísticas a partir das variáveis significativas na análise bivariada. No modelo ajustado para violência física (Tabela 4), foi significativo apenas o uso de álcool/drogas do agressor, de forma que os agressores usuários de álcool/drogas apresentaram 76,5% mais chance de perpetrar violência física contra a mulher, quando comparados com os não usuários (RC=1,765; IC95% 1,143 - 2,725).

No modelo ajustado para violência psicológica (Tabela 5), foram significativos o uso de álcool/drogas e o histórico de violência na família de origem do agressor. Os agressores usuários de álcool/drogas apresentam 124,0% mais chance de cometer violência psicológica contra a mulher quando comparados com os não usuários (RC= 2,242; IC95% 1,267 - 3,969), e os agressores com histórico de violência na família de origem apresentaram 80,1% mais chance de cometer violência psicológica quando comparados com os sem histórico de violência na família de origem (RC=1,801; IC95% 1,018 - 3,185).

O uso de álcool e/ou outras drogas pode ser explicado, conforme Rovinski (2004), por sua função desinibidora na conduta dos agressores ou ainda como uma forma de minimizar a responsabilidade por tais atos. A autora salienta que uma das hipóteses para que álcool e violência se associem é o fato de que ambos têm fatores preditivos comuns, como por exemplo, uma personalidade impulsiva.

Entre as mulheres da amostra, 34,2% informaram fazer uso de medicamentos psiquiátricos, principalmente antidepressivos e ansiolíticos. A literatura aponta que mulheres em situação de violência têm mais chances de desenvolver doenças psiquiátricas e, conseqüentemente, fazer uso de psicofármacos (Adeodato et al, 2005; Rovinski, 2004; Strey, 2007). Quadros de depressão, ansiedade e sintomas fóbicos são citados por Adeodato et al. (2005) como características de síndromes clínicas encontradas em mulheres agredidas. Rovinski (2004) faz referência a estudos que citam, além dessas, transtorno de estresse pós-traumático e transtorno obsessivo-compulsivo. Para Meneghel e Hennington (2007), o estado de fragilidade e vulnerabilidade que decorre da situação de violência causa efeitos negativos permanentes na autoestima e na autoimagem da mulher, deixando-a insegura sobre seu valor e com menos condições de se proteger. Essa fragilidade também propicia a aceitação da vitimização como uma condição natural de ser mulher.

Considerações Finais

A caracterização de serviços de atendimento à mulher e o levantamento do perfil das usuárias, objetivo

Tabela 4. Regressão logística para violência física. Porto Alegre (RS), 2006-2008.

	Razão de chance	Intervalo de 95% de confiança		<i>p</i>
Uso álcool/drogas	1,765	1,143	2,725	0,010
Violência família de origem agressor	1,513	0,983	2,329	0,060

Tabela 5. Regressão logística para violência psicológica. Porto Alegre (RS), 2006-2008.

	Razão de chance	Intervalo de 95% de confiança		<i>p</i>
Uso álcool/drogas	2,242	1,267	3,969	0,006
Violência família de origem agressor	1,801	1,018	3,185	0,043

a que se propôs este estudo, são fundamentais para que os profissionais envolvidos tenham um maior entendimento acerca das causas, fatores associados e consequências do fenômeno da violência contra a mulher. Somente a partir da compreensão, tanto da violência, quanto da mulher que a vivencia, é que esses serviços serão realmente especializados, e assim poderão oferecer às suas usuárias um acolhimento adequado e eficaz. Esse acolhimento envolve, além da compreensão, o respeito ao tempo de que essa mulher muitas vezes necessita para tomar a decisão certa. Envolve também uma dose de tolerância por parte dos profissionais envolvidos nas situações em que a mulher retoma o relacionamento com seu agressor, não porque “gosta de apanhar”, mas porque ainda não percebeu que existem outras formas de se relacionar. Nesse sentido, destaca-se a necessidade de capacitação a esses profissionais, tendo em vista que o número de delegacias especializadas no Brasil aumentou, mas a formação de profissionais para atuação na área ainda é escassa e necessita de investimentos.

Os principais resultados deste estudo apontam para o predomínio da violência psicológica, entrelaçada com outros tipos de violência. Em consonância com a literatura, o principal agressor e o abusador sexual encontram-se dentro de casa. A violência na família de origem e o uso de álcool e outras drogas foram associados à violência atual e podem ser considerados preditores do fenômeno, de acordo com os dados deste levantamento, permitindo dessa forma que se tenha uma compreensão mais ampla do fenômeno, no contexto de realização deste estudo.

Quanto às limitações deste estudo, a primeira refere-se ao modelo da ficha utilizada, restrito ao levantamento de poucas variáveis. Outros dados, além dos sociodemográficos, possibilitariam uma investigação mais aprofundada sobre a população atendida na delegacia em questão e sobre os agressores. Dessa forma, sugere-se que os profissionais que trabalham nas delegacias possam se organizar no sentido de coletar dados mais específicos das usuárias do serviço, permitindo uma melhor investigação sobre esta realidade. Outra limitação diz respeito ao contingente analisado, composto em sua maioria por mulheres de baixa escolaridade e pertencentes a camadas de baixa renda. Este dado demonstra que o sistema de atendimento abrange

apenas uma parcela da população vítima de violência, e que seria importante que as políticas públicas pudessem também atingir mulheres com maior escolaridade e melhores condições sociais e econômicas.

Destaca-se a importância de identificar as variáveis relacionadas à violência contra a mulher, assim como as associações entre as mesmas, que se constituem fatores de risco para essa população. Os achados relacionados ao histórico de violência nas famílias de origem da mulher e do agressor levam à reflexão sobre a necessidade de intervenções também junto aos filhos desses casais, de forma a evitar a perpetuação do ciclo de violência. Nesse sentido, sugerem-se programas de capacitação dirigidos a profissionais, nos municípios que contam com centros de referência no atendimento à mulher, a fim de estender os serviços aos filhos, casais e famílias em situação de violência. Projetos que envolvam atendimentos grupais a essas mulheres e seus familiares devem ser previstos também na rede de assistência social e da saúde, assim como nas políticas públicas direcionadas à mulher. Da mesma forma, são necessárias ações no sentido de fortalecer as redes sociais de apoio disponíveis, bem como considerar o agressor e o uso de álcool e outras drogas como foco de atenção e intervenção urgente.

O caminho para que os serviços de atendimento à mulher, em especial as delegacias, que são o “ponto de partida” para enfrentar a violência, cheguem a uma situação ideal ainda é longo e repleto de percalços. Espera-se, com esse estudo, contribuir de alguma forma para que essa situação ideal seja alcançada. Espera-se também que as mulheres em situação de violência, como as que compuseram esta amostra, encontrem, a partir da escuta cuidadosa de profissionais, um “ponto de chegada”, bem distante da situação em que se encontravam.

Referências

- Adeodato, V., Carvalho, R., Siqueira, V., & Souza, F. (2005). Qualidade de vida e depressão em mulheres vítimas de seus parceiros. *Revista de Saúde Pública*, 39 (1), 108-113.
- Bardin, L. (1979). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Brandão, E. R. (2004). *Nos corredores de uma delegacia da mulher: um estudo etnográfico sobre as mulheres e a violência conjugal*. Dissertação de mestrado não-publicada, Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

- Brasil. Ministério Público. (2001). *Violência intrafamiliar: orientações para a prática em serviço*. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde.
- Cortez, M. B., Padovani, R. C., & Williams, L. C. A. (2005). Terapia de grupo cognitivo-comportamental com agressores conjugais. *Estudos de Psicologia* (Campinas), 22 (1), 13-21. doi: 10.1590/S0103-166X2005000100003.
- Couto, M. T., Schraiber, L., d'Oliveira, A. F., & Kiss, L. B. (2006). Concepções de gênero entre homens e mulheres de baixa renda e escolaridade acerca da violência contra a mulher, São Paulo, Brasil. *Ciências e Saúde Coletiva*, 11 (Suppl. 0), 1323-1332.
- d'Oliveira, A. F., Schraiber, L., França-Junior, I., Ludemir, A., Portella, A., Diniz, C., Couto, M. T., et al. (2009). Fatores associados à violência por parceiro íntimo. *Revista de Saúde Pública*, 43 (2), 299-310.
- Debert, G. G., & Oliveira, M. B. (2007). Os modelos conciliatórios de solução de conflitos e a "violência doméstica". *Cadernos Pagu*, 29, 305-337.
- Gadoni-Costa, L. M., & Dell'Aglio, D. D. (2009). Mulheres em situação de violência doméstica: vitimização e coping. *Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia*, 2 (2), 151-159.
- Grossi, P. K., & Aginsky, B. G. (2001). Por uma nova ótica e uma nova ética na abordagem da violência contra mulheres nas relações conjugais. In P. K. Grossi & G. C. Verba (Org.), *Violências e gênero: coisas que a gente não gostaria de saber* (pp.19-45). Porto Alegre: EDIPUCRS.
- Grossi, P. K., Tavares, F., & Oliveira, S. B. (2008). A rede de proteção à mulher em situação de violência doméstica: avanços e desafios. *Athenea Digital*, 14, 267-280. Recuperado em julho 1, 2009, disponível em <<http://psicologiasocial.uab.es>>.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2005). *Síntese dos Indicadores Sociais 2005. Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios*. Recuperado em agosto 28, 2010, disponível em <<http://www.ibge.gov.br>>.
- Melo, Z., Caldas, M. T., Carvalho, M., & Lima, A. T. (2005). Família, álcool e violência em uma comunidade da cidade do Recife. *Psicologia em Estudo*, 10 (2), 201-208.
- Meneghel, S. N., & Hennington, E. A. (2007). A rota crítica das mulheres no Brasil: aspectos preliminares do estudo em São Leopoldo. In S. N. Meneghel (Org.), *Rotas críticas: mulheres enfrentando a violência* (pp.51-61). São Leopoldo: Unisinos.
- Monteiro, C. F. S. (2005). *Marcas no corpo e na alma de mulheres que vivenciam a violência conjugal: uma compreensão pela enfermagem*. Tese de doutorado não-publicada, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio de Janeiro.
- Monteiro, C. F. S., & Souza, E. O. (2007). Vivência da violência conjugal: fatos do cotidiano. *Texto Contexto Enfermagem*, 16 (1), 26-31.
- Monteiro, C. F. S., Araújo, T., Nunes, B., Lustosa, A., & Bezerra, C. (2006). A violência contra a mulher atendida em unidade de urgência: uma contribuição da enfermagem. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 10 (2), 273-279.
- Narvaz, M. (2002). Quem são as mães das vítimas de incesto? *Insight-Psicoterapia*, 132 (133), 9-13.
- Negrão, T., Prá, J. R., Fernandes, A., Werba, G., Azevedo, I., Mattos, L., Oliveira, M. L., et al. (2005). *Dossiê: violência de gênero contra meninas*. Porto Alegre: Rede Nacional Feminista de Saúde.
- Observatório da Mulher. (2009). *Abuso sexual*. Recuperado em agosto 10, 2009, disponível em <<http://observatorio damulher.org.br>>.
- Organização Mundial da Saúde. (2005). *Violência contra a mulher*. Geneva: OMS.
- Pasinato, W. (2006). Atendimento às mulheres em situação de violência em Belo Horizonte. In E. Leocadio & M. Libardoni (Org.), *O desafio de construir redes de atenção às mulheres em situação de violência* (pp.131-167). Brasília: AGENDE.
- Rabello, P., & Caldas Júnior, A. (2007). Violência contra a mulher, coesão familiar e drogas. *Revista de Saúde Pública*, 41 (6), 970-978.
- Rifiotis, T. (2004). As delegacias especiais de proteção à mulher no Brasil e a "judicialização" dos conflitos conjugais. *Sociedade e Estado*, 19 (1), 85-119.
- Rovinski, S. L. R. (2004). *Dano psíquico em mulheres vítimas de violência*. Rio de Janeiro: Lumen.
- Sacramento, L. T., & Rezende, M. M. (2006). Violências: lembrando alguns conceitos. *Aletheia*, 24, 95-104.
- Santos, S. S., & Dell'Aglio, D. D. (2008). Compreendendo as mães de crianças vítimas de abuso sexual: ciclos de violência. *Estudos de Psicologia* (Campinas), 25 (4), 595-606. doi: 10.1590/S0103-166X2008000400014.
- Silva, L. (2005). *CEVIC: A violência denunciada*. Dissertação de mestrado não-publicada, Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.
- Silva, L., Coelho, E., & Caponi, S. (2007). Violência silenciosa: violência psicológica como condição da violência física doméstica. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, 11 (21), 93-103.
- Strey, M. N. (2007). O sofrimento emocional de mulheres em busca de ajuda. In S. N. Meneghel (Org.), *Rotas críticas: mulheres enfrentando a violência* (pp.97-104). São Leopoldo: Unisinos.

Recebido em: 28/8/2009
 Versão final reapresentada em: 17/9/2010
 Aprovado em: 8/10/2010

Programa de reabilitação neuropsicológica da memória aplicada à demência: um estudo não controlado intrasujeitos¹

Neuropsychological rehabilitation of memory applied to dementia: an intra-subject non-controlled study

Sérgio Leme **DA-SILVA**²
Danilo Assis **PEREIRA**³
Fabrício **VELOSO**⁴
Corina Elizabeth **SATLER**⁴
Adriana **ARANTES**⁵
Renato Maia **GUIMARÃES**⁴

Resumo

Neste estudo não controlado intrasujeitos, 21 idosos com Alzheimer ou outras demências participaram de um Programa de Reabilitação Neuropsicológica, com oficinas de jardinagem e pistas coloridas. Após o programa, houve aumento nos escores dos seguintes testes: Miniexame do Estado Mental ($Z=-1,98$, $p<0,05$); Subteste Verbal de Semelhanças da Escala Wechsler [($Z=-2,09$) $p<0,05$] e Subteste de Aprendizagem de Pares de Fácil Associação para Evocação Tardia da Escala de Memória de Wechsler [($Z=-2,07$) $p<0,05$]. Paralelamente, observou-se redução dos escores de depressão na Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage [($Z=-3,02$) $p<0,00$]. Foi demonstrado ainda que essa redução estava associada à aprendizagem de pistas contextuais (reminiscências e sinalizadores) e ao tratamento com anticolinesterásicos administrados por 4 ou 12 semanas [($Z=-2,31$) $p<0,02$]. Ressalta-se, entretanto, que o mesmo não ocorreu com participantes submetidos ao tratamento de 30 semanas [($Z=-2,21$) $p<0,02$].

Unitermos: Demência. Depressão. Idoso. Memória. Reabilitação neuropsicológica.

Abstract

In this intra-subject non-controlled study, twenty-one elderly patients with Alzheimer Disease or other forms of dementia participated in a neuropsychological rehabilitation program involving gardening and colored cues. At the end of the neuropsychological rehabilitation program,

▼▼▼▼▼

¹ Apoio Financiadora de Estudos e Projetos do Ministério de Ciência e Tecnologia - Cód. FINEP - 0106032800 - Processo FUB-UnB Cód. 05900 Convênio ref. 2261/05.

² Universidade de Brasília, Instituto de Psicologia, Departamento de Processos Psicológicos Básicos. Campus Universitário Darcy Ribeiro, Asa Norte, 70910-900, Brasília, DF, Brasil. Correspondência para/Correspondence to: S.L. DA-SILVA. E-mail: <leme@unb.br>.

³ Instituto Brasileiro de Neuropsicologia e Ciências Cognitivas. Brasília, DF, Brasil.

⁴ Hospital Universitário de Brasília, Centro de Medicina do Idoso. Brasília, DF, Brasil.

⁵ Hospital Universitário de Brasília, Serviço de Pedagogia. Brasília, DF, Brasil.

Agradecimentos: Iraci Gonçalves Guimarães, Fernando de Barros, Juliana Lima Quintas, Mariana Balduino, Josely Gomes, Eric-Karl H. Diethelm, Fabiola Krystina S. Celestino, Lucia Inês de Araújo, e as Equipes de Saúde do CMI.

improved scores were noted in the following tests: Mini-Mental State Examination ($Z=-1.98$, $p<0.05$); Wechsler Verbal Performance Scale subtest [$Z=-2.09$, $p<0.05$]; Wechsler Memory Scale (Associated Pairs with Delayed Recall) [$Z=-2.07$, $p<0.05$] and in the Yesavage Geriatric Depression Scale [$Z=-3.02$, $p<0.00$]. It was also demonstrated that patients who learnt the contextual cues (reminiscences and flags) saw a significant reduction in the Geriatric Depression Scale. Depression Scale scores were lower in those who correctly free-recalled this association ($F=2.12$, $p=0.14$). Use of anticholinesterase drugs in the 4th and 12th weeks was associated with a reduction in the Geriatric Depression Scale, but not for those in the 30th week following the neuropsychological rehabilitation program.

Uniterms: Dementia. Depression. Aged. Memory. Neuropsychological rehabilitation.

Existem inúmeras dificuldades a serem consideradas no estabelecimento de formas de Programas de Reabilitação Neuropsicológica (PRN) que funcionem simultaneamente como terapêutica para idosos portadores de demência e como alternativa preventiva contra o declínio cognitivo e a depressão.

A primeira dessas dificuldades consiste em estabelecer uma meta do PRN, em harmonia com a prática clínica de estimulação cognitiva e as necessidades do quadro sintomático em questão. O objetivo dessa harmonia é gerar a promoção de algum ganho, seja ele cognitivo, comportamental, emocional, social, educativo ou adaptativo. Entretanto, qualquer que seja o objetivo do PRN, sua construção deve focar sempre a melhora da qualidade de vida e, por conseguinte, prevenir, tratar ou contornar as características sintomáticas dos transtornos cognitivos e afetivos associados ao envelhecimento, sem deixar de considerar as particularidades da própria doença e do indivíduo (Prigatano, 1995; Wilson, 1997). Assim, devem ser individualmente considerados os fatores de gênero, idade e influências ambientais, pois eles podem alterar o ritmo dos estados sintomáticos da Doença de Alzheimer (DA) (Abrisqueta-Gomez et al. 2002; Da-Silva, 2004).

O PRN deve estar associado a uma Avaliação Neuropsicológica (AN) sensível para reconhecer diferentes perfis cognitivos de demências e seus estágios, principalmente o inicial e o intermediário, e ainda promover estimulações cognitivas e comportamentais preventivas que possam lentificar a evolução da doença (Lincoln & Nair, 2008; Sohlberg & Mateer, 2001).

A reaplicabilidade e validade de um PRN

Outra dificuldade em estabelecer a forma mais adequada de um PRN está na reaplicabilidade e validade do modelo (Lincoln & Nair, 2008). Os mais adequados são aqueles que utilizam técnicas que promovem a

redução ou a compensação das dificuldades, ou, ainda, dos problemas verificados na execução de atividades cognitivas e que possam ser medidos e conceituados. Dentre esses modelos, os mais reconhecidos são as estratégias compensatórias, a orientação para a realidade, as reminiscências, os recursos mnemônicos, a mnemotécnica, a aprendizagem sem erro e a psicoeducação dos cuidadores (De Vreese, Néri, Fioravanti, Belloi & Zanetti, 2001; Wilson 1987, 1997; Wilson & Moffat, 1992).

Os limites dessas técnicas, porém, devem ser considerados em relação às especificidades da doença, da população atendida, dos cuidadores, do suporte social, da instituição e da própria equipe.

A técnica de estratégias compensatórias, por exemplo, que compreende o uso de apoios externos - como gravadores, agendas, sinalizadores, cartazes etc. -, produz efeitos benéficos quando os pacientes estão em fase inicial, e menos na fase intermediária, dependendo do auxílio do cuidador e do terapeuta (Bourgeois, 1990).

A técnica de orientação de realidade é o treino sistemático de informações presentes e contínuas, amparadas por estímulos ambientais de orientação espacial e temporal. Facilita a sociabilidade e pode ser orientada por apoios externos. Essa técnica vem sendo muito utilizada em idosos (Vaisman, K.M.H. Almeida & O.P. Almeida, 1997).

A técnica das reminiscências consiste em utilizar diversos materiais de contexto autobiográfico (fotos, músicas, roupas etc.), além das próprias histórias remotas que fazem parte do acervo mnemônico preservado do paciente. Essa técnica estimula a socialização e a integração no grupo terapêutico e é habitualmente utilizada em grupo e em pacientes confusos, como também em idosos demenciados (Fraser, 1992).

Os recursos mnemônicos compreendem os apoios verbais e visuais associados ao aprendizado. A dificuldade para seu uso está na capacidade de o

indivíduo amnésico utilizá-lo por iniciativa própria. Entretanto, esses recursos produzem resultados mais eficientes no armazenamento de uma nova informação, se comparados à repetição (Wilson, 1987; 2009).

A mnemotécnica foi proposta como um aprimoramento dos recursos mnemônicos, ao aplicar uma associação ou combinação de informações mentais para serem recordadas em conjunto. Podem-se utilizar histórias que se conectem a materiais a serem recordados, palavras sem sentido treinadas com um objeto a serem recordadas, ou ainda nomes ou rostos ligados a uma característica da pessoa (Wilson, 1997).

O aprendizado sem erros é o reforço das respostas corretas. Nessa técnica, não há acentuação ou reforço das respostas com erro (Wilson, 2009). Para uma boa execução desse aprendizado, é necessária a realização de um programa que impeça o indivíduo amnésico de emitir “respostas-palpites” ou em forma de tentativa e erro. Essa técnica tem como base os estudos com memória implícita, em que o indivíduo é capaz de aprender e desempenhar uma habilidade, mesmo que não tenha capacidade de lembrá-la (Brooks & Baddeley, 1976).

A orientação aos familiares sobre o tratamento, denominada psicoeducação de cuidadores, é outra técnica importante. Vários pesquisadores têm enfatizado que a falta de informação sobre a doença e sua evolução, como também os encargos estressantes e emocionais, podem gerar impacto desestruturante sobre a vida do cuidador (Garrido & Almeida, 1999). Cuidadores bem orientados e estruturados emocionalmente têm mais possibilidades de dar continuidade ao uso das técnicas de reabilitação cognitiva e, por conseguinte, contribuem para a melhoria da qualidade de vida, tanto do paciente quanto sua própria (Sohlberg & Mateer, 2001).

Com o objetivo de reforçar a validade ou confiança no PRN impõem-se o desenvolvimento de um modelo baseado nos conceitos da neurociência cognitiva, como os sistemas de memória (operacional, explícita, episódica, semântica e implícita), além daqueles associados a uma possibilidade de incrementar ou estimular memórias, como repetição, pré-ativação, ativação espalhada de rede semântica, valência emocional, pensamento associativo categórico (Baddeley, 1998; Squire, 1987; Wilson, 2009). O PRN, através de seus resultados, sugere fundamentos sobre a efetividade da

estimulação das capacidades cognitivas mnemônicas residuais ou preservadas, além de compreender por quais meios tais sistemas, mesmo que prejudicados, possam estar de alguma forma ativos.

O impacto do PRN sobre a plasticidade cerebral

A plasticidade cerebral é uma das questões centrais das neurociências. É nesse cenário que se estabelece a relação de reciprocidade entre o organismo e o meio ambiente, e, por conseguinte, a possibilidade da aplicação de um PRN gerar impacto plástico cerebral (Kolb & Gibb, 2008).

Entretanto, a questão se torna “uma luta contra a maré” quando se sumarizam estudos anatomopatológicos de pacientes de DA com quadros patológicos de placas neuríticas, novos fibrilares, degeneração de neurônios do hipocampo, atrofia cortical difusa, dilatação ventricular, além de alterações neuroquímicas primordiais no sistema colinérgico e mudanças no sistema dopaminérgico e serotoninérgico, entre outras desordens (Grady, Haxby, Horwitz, Berg & Rapoport, 1988).

Em contrapartida, a razão primordial em se acreditar na existência da plasticidade cerebral está na forma diferente de olhar o próprio desenvolvimento natural, isto é, em conhecer a ontogenia do cérebro, passível de influências advindas de modificações no ambiente e no modo de vida. Nesse sentido, pode-se citar o trabalho clássico de Rosenzweig, Krech, Bennett e Diamond (1962) envolvendo a criação de roedores em gaiolas-viveiro, aos quais foi oferecida grande variedade de estímulos, como objetos de formas diferentes, espelhos, rodas de atividade, escadas, espaço maior, além de diferentes possibilidades para conseguir alimento. Outro grupo de roedores foi criado em gaiolas sem nenhum estímulo, a não ser a oferta de comida e água. Os autores demonstraram, através de técnicas histológicas, que animais de diferentes idades, criados em ambientes enriquecidos, apresentavam aumento na espessura das camadas do córtex visual, no tamanho dos núcleos e corpos neuronais, no número de sinapses e na área das zonas de contato sináptico, no número de dendritos e de espinhas dendríticas, no volume e no peso cerebral, além de alterações nos neurotransmissores. Jankowsky et al. (2005), utilizando duas linhagens de ratos, modificados geneticamente durante 10 gerações para obtenção de

animais sensíveis à alta produção de placas amiloides, demonstraram que esses animais, quando expostos a enriquecimento ambiental, eliminam seus défices cognitivos em tarefas natatórias onde o objetivo é encontrar a plataforma submersa, sugerindo que esse resultado é pertinente com teorias de reserva cognitiva em humanos portadores de Alzheimer.

Joca, Padovan e Guimarães (2003) discutiram as influências de fatores estressantes sobre a depressão e a plasticidade do hipocampo, dando consistência à hipótese de que o estresse pode causar alterações plásticas no hipocampo. Tais alterações incluem remodelação dendrítica e inibição de neurogênese, revelando-se mais ativas em pacientes com resistência a antidepressivos e em animais mais sensíveis a modelos de depressão.

Esses trabalhos vêm subsidiando a hipótese da existência de interações plásticas e recíprocas entre o organismo e o ambiente, reforçando a ideia de que PRN em situações ambientais possuem a capacidade de estimular plasticamente a base biológica da memória, e isso com ou sem o auxílio de terapêuticas farmacológicas, o que, todavia, não significa que estas sejam consideradas dispensáveis (Kolb & Gibb, 2008).

Impactos de PRN em idosos

Estudos randomizados controlados mostraram que o treino cognitivo pode melhorar a memória, a atenção, o humor e o bem-estar psíquico, mas o impacto na vida diária e a duração desses efeitos ainda são desconhecidos (Belleville, Gilbert & Fontaine, 2006; Rapp, Brene & Marsh 2002; Rozzini, Costardi & Vicini-Chilovi, 2006; Talassi et al., 2007).

De acordo com Kurz, Pohl, Ramsenthaler e Sorg (2009), a melhoria na Atividade de Vida Diária (AVD) e na memória de pacientes com declínio cognitivo leve estava relacionada à redução de sintomas depressivos. No grupo de intervenção, os pacientes com demência leve tiveram uma melhora significativa da memória episódica verbal e uma ligeira redução no escore de depressão, mas nenhuma mudança na AVD. Ainda, essa pesquisa confirmou os resultados anteriores de estudos controlados sobre os efeitos do treinamento cognitivo (Belleville et al., 2006; Cipriani, Bianchetti & Trabucchi,

2006; Rozzini et al., 2006; Talassi et al., 2007) e de um recente estudo não controlado sobre o potencial cognitivo na reabilitação de pacientes com prejuízo cognitivo leve (Londos et al., 2008).

Num estudo piloto não controlado, Da-Silva (2004) relatou benefícios diferenciados cognitivos e de humor, advindos de um PRN em oito idosos demenciados.

Esses estudos demonstraram o impacto dos PRN sobre o desempenho cognitivo, a velocidade de processamento de informação, a autoavaliação da capacidade funcional e o bem-estar subjetivo. Além disso, observaram que a melhoria na AVD e na memória estava relacionada à redução no escore de depressão.

Este trabalho analisa os efeitos de um PRN em pacientes demenciados, através de alterações emocionais e cognitivas, refletidas na avaliação neuropsicológica e no desempenho de tarefas aprendidas.

Método

Este PRN foi composto de AN prévias e posteriores, Oficina para Estimulação da Memória (OEM), mediante o uso de jardinagem e pistas coloridas, bem como de sessões de Grupo Psicoeducativo (GPE), dirigidas aos cuidadores e familiares.

Ademais, este PRN foi construído principalmente com base nas ideias de reabilitação da memória de Wilson (1987; 2009), e de acordo com a revisão de Rothi acerca do Modelo de Fases de Robey sobre pesquisas em reabilitação neuropsicológica (Rodrigues & Rothi, 2008). Trata-se de estudo clínico exploratório, envolvendo população definida, pequena e não controlada, mediante análise experimental intrassujeitos.

O método aplicado utilizou as seguintes premissas: 1) trabalho terapêutico com grupo de até oito idosos; 2) conscientização do grupo acerca da dificuldade de memória, mediante explicitação, em todas as sessões, de que o fenômeno era comum a todos e da importância de estimular a memória para diminuir os erros; 3) administração e uso da capacidade preservada e do potencial de resíduo cognitivo, ligado principalmente às reminiscências históricas de cada participante; 4) administração e uso de estratégias compensatórias, por meio do auxílio constante de apoios externos, como

os sinalizadores (cores, aventais, vasos e plantas); 5) vigilância quanto à compreensão e atenção para com as tarefas; 6) flexibilização do tempo na execução das tarefas; 7) uso de repetições; 8) uso de associações semânticas, reminiscências e significados emocionais ligados à escolha da cor a ser utilizada na oficina de estimulação da memória; 9) elaboração sistemática de planejamento pedagógico da reabilitação neuropsicológica (2 sessões de avaliação neuropsicológica e 6 sessões de oficina, totalizando 8 sessões padronizadas); 10) aplicação de avaliações neuropsicológicas prévias e posteriores, na primeira e na última sessão do PRN; 11) registro e recuperação do desempenho dos idosos nas 6 sessões de oficina; na tarefa de evocação das cores que serviram como Sinalizadores (SI); na evocação do contexto histórico de escolha dos SI; no registro do tipo de resposta: resposta livre sem ajuda, resposta com ajuda contextual da reminiscência, resposta de não recordação; 12) realização de atividades, a cada sessão de grupo psicoeducativo, dirigidas aos cuidadores, com apresentação de *feedback* sobre o desempenho dos idosos nas oficinas, além de orientações referentes à doença, tratamento e evolução do quadro.

O presente estudo é parte do projeto “Programa Presencial e Virtual de Gerontologia Domiciliar, Avaliação e Reabilitação Neuropsicológica - Projeto GEDARNI”, que contou com o apoio financeiro da Financiadora de Estudos e Projetos (FINEP). Foi aprovada previamente a sua aplicação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília (CEP/FS), sob o protocolo nº 109/2007, em 17 de dezembro de 2007. Todos os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido, antes de sua inclusão na amostra.

Participantes

Todos os participantes do PRN estavam inseridos num serviço de hospital-dia, com características de atendimento cooperativo, também denominado multidisciplinar, desenvolvido no Centro de Medicina do Idoso (CMI) do Hospital Universitário de Brasília (HUB).

De um total de sete grupos atendidos no CMI, foram selecionados 21 pacientes que cumpriram todos os referidos critérios, sendo 11 homens e 10 mulheres, com média de idade respectivamente de 77,0 (5,9) e 72,8

(6,4) anos. Na média total, o grupo apresentava 75,0 (6,4) anos de idade, com escolaridade de 8,9 (4,0) anos. O propósito do estudo foi explicado aos participantes e a seus familiares ou cuidadores, tendo sido eles recrutados somente após o livre aceite da participação, atestado pela assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido.

Para análise dos efeitos deste PRN, os critérios de inclusão foram: diagnóstico compatível com demência instalada; participação em todas as seis sessões da oficina de memória de jardinagem e pistas coloridas - OEM; realização das duas sessões de AN, completando assim as oito semanas de trabalho do PRN.

Todos os participantes faziam uso de um ativador da memória anticolinesterásico, com tempo de uso de 4, 12 ou 30 semanas antes da OEM (Tabela 1).

Procedimentos

Avaliação Neuropsicológica

Uma bateria neuropsicológica, organizada pelo Serviço de Neuropsicologia do CMI, foi aplicada previamente e ao fim da oficina de memória, representado a primeira e a oitava sessão do PRN. As avaliações examinaram o impacto da oficina de memória sobre as funções cognitivas, como memória, fluência verbal, motricidade visuoestrutiva e comportamentos referentes à depressão. Essa bateria foi composta pelos seguintes testes neuropsicológicos: Miniexame do Estado Mental (Mini-Mental State Examination - MEEM) (M.F. Folstein, S.E. Folstein & McHugh, 1975), Teste do Desenho Livre de um Relógio (DRE) (Wolf-Klein, Silverstone, Levy & Brod, 1989), Escala de Depressão Geriátrica (EDG) (Yesavage et al., 1983), Teste de Fluência Verbal para palavras iniciadas em F, A e S (FAS-FV) (Bayles & Kasniak, 1987), Teste de Fluência Verbal Semântica para palavras de categorias como nomes de animais (FAS-FS) (Bayles & Kasniak, 1987), Subteste Verbal de Semelhanças da Escala de Wechsler de Inteligência Adulta (SE-WAIS) (Nascimento, 2004) e Escala de Memória de Wechsler (WMS) (Wechsler, 1987), composta pelos Subtestes de Informação e Orientação (IN-OR), Reprodução Direta de Dígitos (DD), Reprodução Inversa de Dígitos (DI), Reprodução de Memória Lógica Imediata (ML1), Reprodução

de Memória Lógica Tardia após 30 minutos (ML2), Aprendizagem de Pares de Fácil Associação para Evocação Imediata (PAF1), para Evocação Tardia (PAF2), Aprendizagem de Pares de Difícil Associação para Evocação Imediata (PAD1) e para Evocação Tardia após 30 minutos (PAD2).

Oficina de jardinagem e pistas coloridas para estimulação da memória

O trabalho sistemático de oficina envolveu seis sessões em grupo, com duração de duas horas, uma vez por semana. Foi monitorado o desempenho de cada idoso nas atividades propostas, através de observação

direta, mediante anotações feitas pelos examinadores. As atividades foram divididas nos seguintes tópicos:

Primeira sessão (escolha do sinalizador e associação com uma reminiscência): A oficina iniciou-se com a escolha do sinalizador, ou seja, cada participante escolheu a cor de seu avental, a ser utilizado em todas as sessões, sendo que havia uma cor diferenciada para cada um deles. A escolha do sinalizador deu-se por meio de uma discussão em grupo, em que o participante associava a cor escolhida a um significado suscitado por suas reminiscências históricas e emocionais. Assim, uma das participantes concluiu que escolheu o sinalizador amarelo por ser a “cor do ouro” e a “cor de sua aliança de casamento”. Ela se sentia muito orgulhosa

Tabela 1. Descrição dos quadros patológicos demenciais de Alzheimer (DA) e Vascular (VAS) e dos medicamentos administrados antes do PRN ordenando os pacientes em 3 grupos de tratamento farmacológico (4, 12, e mais de 30 semanas) e desempenhos desses pacientes e médias dos grupos obtidos na Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage. Brasília (DF), 2006-2009.

Doenças	Fármacos ativadores da Memória	Semanas de uso dos fármacos Ativadores da Memória antes do PRN	EDG antes do PRN	EDG após o PRN
DA	Rivastigmina	4	14	5
VAS	Rivastigmina	4	13	4
DA	Donepezila	4	10	5
DA	Rivastigmina	4	7	5
VAS	Donepezila	4	5	5
DA	Rivastigmina	4	5	5
VAS	Rivastigmina	4	4	5
DA	Donepezila	4	5	4
DA	Galantamina Donepezila	4	5	3
DA	Rivastigmina	4	5	2
	Média (DP)		7,3 (3,7)	4,3* (1,0)
	<i>Wilcoxon</i>		Z=-2,31	p<0,02
VAS	Donepezila Memantina	12	7	5
DA	Rivastigmina	12	7	4
DA	Donepezila	12	5	2
VAS	Rivastigmina	12	5	1
DA	Rivastigmina	12	5	1
VAS	Rivastigmina	12	3	2
	Média (DP)		5,3 (1,5)	2,5* (1,6)
	<i>Wilcoxon</i>		Z=-2,21	p<0,02
VAS	Rivastigmina	30	12	14
DA	Rivastigmina Memantina	30	10	10
DA	Rivastigmina	30	4	5
VAS	Rivastigmina	30	4	5
VAS	Rivastigmina	30	5	2
	Média (DP)		7,0 (3,7)	7,2 (4,7)
	<i>Wilcoxon</i>		Z=-0,36	p=0,71

* Os valores indicados são significativos entre os grupos ($p < 0,05$) após a reabilitação, conforme *Wilcoxon*.

DA: demenciais de Alzheimer; VAS: vascular; PRN: programas de reabilitação neuropsicológica; EDG: escala de depressão geriátrica de Yesavage; DP: desvio-padrão.

por manter um casamento de mais de 50 anos (reminiscência) e, por isso, passou a associar o sinalizador “cor amarela” com a “cor de sua aliança”, ligando-a a sua reminiscência “casamento de 50 anos”. Assim, diante da solicitação de recordar a cor do seu avental em cada sessão, a paciente chegou a evocar: “a cor do ouro, a cor da minha aliança, a cor do meu avental é o amarelo.” Outro participante preferiu a cor azul, que passou então a ser o seu sinalizador. Isso porque sua reminiscência associada foi ter sido torcedor apaixonado de um time de futebol identificado por aquela cor. Desse modo, nos exemplos citados, “o amarelo relacionado ao ouro da aliança” teve como dica contextual de reminiscência que “a sua cor tem a ver com a joia que lembra a história de seu casamento feliz”, enquanto para o “azul relacionado à cor da camisa do time por quem o paciente torcia”, a dica contextual foi “você escolheu a cor do time do seu coração”. Dessa maneira, todos os participantes escolheram a cor de seu avental dentre as doze ofertadas, ou seja, elegeram o sinalizador que passaram a utilizar nas três sessões seguintes, assim treinando a associação cor/significado, pela evocação de uma reminiscência marcante do ponto de vista histórico e/ou emocional.

Segunda sessão (pintura do vaso): Inicialmente foi feita a recuperação livre da escolha do SI e seu significado de reminiscência. Em seguida, cada participante realizou a pintura de um vaso, utilizando a cor do sinalizador.

Terceira sessão (escolha da muda, preparação do vaso e plantio): Novamente foi realizada a recuperação livre do sinalizador e de seu significado de reminiscência, além do reconhecimento do vaso pintado na cor do respectivo sinalizador. Em seguida, foram ofertados aos participantes 6 a 8 tipos diferentes de mudas aromáticas, conforme o número de participantes no grupo. Cada um deles realizava livremente sua escolha, conforme suas reminiscência e preferências. Por fim, foi feito o plantio da muda no vaso sinalizador.

Quarta sessão (reconhecimento do vaso sinalizador com a muda plantada e rega da planta): Foi realizada novamente a recuperação livre do avental sinalizador, bem como o reconhecimento do vaso sinalizador de cada participante, já com as mudas plantadas. Nessa sessão os participantes regaram as suas mudas, cuidaram delas e levaram-nas para casa.

Quinta sessão: Foi realizada, pela última vez e individualmente, a recuperação livre do sinalizador do avental e seu significado de reminiscência. No término da sessão, foi observado o desempenho final dos participantes sobre a aprendizagem dos sinalizadores. Assim, registrou-se: a) quais idosos aprenderam a evocar livremente, sem ajuda, o nome do sinalizador (cor) que havia escolhido e a reminiscência associada a essa escolha; b) quais idosos aprenderam a evocar o sinalizador (cor) correto somente com a apresentação da sua reminiscência; e c) quais idosos não conseguiram evocar corretamente o seu sinalizador (cor), mesmo com apresentação da reminiscência. O critério de aprendizagem foi tomado pelas respostas emitidas nessa última sessão, ou seja, após o treino das quatro sessões anteriores.

Sexta sessão (passeio): Foi realizado um passeio em áreas públicas com os idosos, seus cuidadores e a equipe interdisciplinar. O objetivo foi integrar os idosos e seus familiares numa situação de enfrentamento, com discussões finais sobre os benefícios do grupo psicoeducativo.

Resultados

O teste não paramétrico de Wilcoxon revelou aumento significativo dos escores obtidos depois do PRN no MEEM [(Z=-1,98) p<0,05], no *Subteste Verbal de Semelhanças da Escala Wechsler de Inteligência Adulta* [(Z=-2,09) p<0,05] e no *Subteste Aprendizagem de Pares de Fácil Associação para Evocação Tardia da Escala de Memória de Wechsler* [(Z=-2,07) p<0,05]. Revelou, ainda, redução significativa dos escores de depressão avaliados na *Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage* [(Z=-3,02) p<0,00], como se observa na Tabela 2. Os demais testes aplicados não apresentaram diferenças significativas.

No intuito de entender as relações entre melhora de desempenho cognitivo e redução de indicadores de depressão, foram realizadas outras análises não paramétricas. Primeiro, foi comparado o impacto do PRN em três faixas etárias (de 55 a 70 anos, de 71 a 77, e de 78 ou mais) em relação ao desempenho nos testes anteriores e posteriores ao PRN. A seguir, foram comparadas três faixas de escolaridade (de 0 a 4 anos de escolaridade, de 8 a 11, e de 12 ou mais) em relação ao desempenho nos testes anteriores e posteriores ao PRN. Finalmente, foram comparados os diferentes tipos de demência

(Alzheimer e Vascular) em relação ao desempenho nos testes anteriores e posteriores ao PRN.

Não foi encontrada nenhuma diferença significativa entre o desempenho nos testes anteriores e posteriores ao PRN, em nenhum dos grupos ($p > 0,05$), conforme o teste de Wilcoxon. Entretanto, quando os pacientes foram classificados conforme o tempo de administração de fármacos para melhora da memória antes da inclusão no PRN (grupo de 4, 12 ou 30 semanas), o teste revelou diferença significativa no desempenho da EDG antes e após o PRN apenas nos grupos de 4 e 12 semanas de tratamento [respectivamente ($Z = -2,31$) $p < 0,02$ e ($Z = -2,21$) $p < 0,02$].

Porém, o mesmo não ocorreu no grupo que vinha tomando a medicação há mais de 30 semanas

[($Z = -0,36$) $p = 0,71$], quando de sua inclusão no PRN, como se pode observar na Tabela 1.

A análise não paramétrica de Wilcoxon apontou ainda diferenças significativas no que se refere ao desempenho na EDG, antes e depois do PRN, nos grupos de participantes que necessitavam de dica contextual (reminiscência para evocar o nome correto do sinalizador) [($Z = -2,08$) $p < 0,05$] e nos participantes que evocavam corretamente os sinalizadores e reminiscências por livre recordação [($Z = -1,89$) $p < 0,05$]. O mesmo não ocorreu no grupo dos participantes que não conseguiram evocar seus sinalizadores corretamente, mesmo com a apresentação da dica, ou seja, da reminiscência associada [($Z = -1,06$) $p = 0,10$] como se pode observar na Tabela 3. Pode-se observar, ainda, que os idosos que necessitaram

Tabela 2. Pacientes idosos demenciados atendidos pelo da Memória ordenados pelos anos de estudo e seus desempenhos em testes neuropsicológicos antes e após o Programas de Reabilitação Neuropsicológica com as referências de ponto total e ponto de corte. Brasília (DF), 2006-2009.

	Testes neuropsicológicos aplicados aos pacientes pré e pós-reabilitação neuropsicológica														
	MEEM	DRE	FF	FS	SEM	DD	DI	IN-OR	CM	ML1	ML2	PAF1	PAF2	EDG	
Média (antes PRN)	19,0	4,6	22,7	8,8	4,6	6,2	3,0	10,3	2,8	5,0	1,5	5,2	1,7	6,6	
DP	4,6	2,6	11,6	5,5	3,6	2,2	1,6	3,1	1,6	3,9	3,4	1,1	1,1	3,8	
Média (após PRN)	20,3*	4,7	21,5	9,9	6,3*	6,9	3,4	10,3	3,1	6,3	1,5	5,8	2,0*	4,4*	
DP	3,9	2,9	14,1	6,6	4,4	2,1	1,8	3,3	2,1	3,9	2,8	1,2	1,2	3,1	
Teste Z Wilcoxon	-1,98	-0,47	-0,56	-0,57	-2,09	-0,80	-1,39	-0,36	-1,12	-1,87	-0,10	-1,27	-2,07	-3,02	
Significância (p)	<0,05	0,63	0,57	0,56	<0,05	0,42	0,16	0,71	0,26	0,06	0,91	0,20	<0,05	<0,00	

* $p < 0,05$ conforme o Teste de Wilcoxon para as médias significativamente diferentes após o PRN. MEEM: miniexame do estado mental; DRE: teste do desenho do relógio; FF: teste de fluência fonêmica; FS: teste de fluência semântica; SEM: sub-teste de semelhanças da (escala de inteligência adulta de Wechsler); DD: sub-teste de repetição de dígitos diretos da WAIS; DI: sub-teste de repetição de dígitos indiretos da WAIS; IN-OR: sub-teste de informação e orientação da WMS (Escala de Memória Wechsler); CM: sub-teste controle mental da WMS; ML1: sub-teste de memória lógica imediata da WMS; ML2: sub-teste de memória lógica tardia da WMS; PAF1: sub-teste de aprendizagem imediata de pares de fácil associação da WMS; PAF2: sub-teste de aprendizagem tardia de pares de fácil associação da WMS; EDG: escala de depressão geriátrica de Yesavage.

Tabela 3. Desempenho na EDG em relação ao aprendizado na tarefa de reabilitação neuropsicológica: resposta associada Sinalizador - Reminiscência. Brasília (DF), 2006-2009.

	EDG antes do PRN	EDG após o PRN
Pacientes que evocaram por livre recordação a tarefa RN (N=7)		
Média	4,8(1,2)	3,2*(1,7)
Wilcoxon	Z = - 1,89	$p < 0,05$
Pacientes que evocaram com dica da reminiscência a Tarefa RN (N=10)		
Média	8,7(3,6)	5,8*(3,5)
Wilcoxon	Z = - 2,08	$p < 0,05$
Pacientes que não evocaram resposta da Tarefa RN (N=4)		
Média	4,7(0,5)	3,2(2,0)
Wilcoxon	Z = - 1,06	$p = 0,10$

* Indicando diferenças significativas ($p < 0,05$) entre os diferentes grupos de aprendizagem do Programas de Reabilitação Neuropsicológica (PRN) no que se refere ao desempenho antes da reabilitação neuropsicológica na Escala de Depressão Geriátrica de Yesavage (EDG), conforme o teste de Wilcoxon.

da apresentação da reminiscência para evocar corretamente o sinalizador eram os que possuíam os maiores escores de depressão antes do PRN. Porém, depois da intervenção, foram os que mais reduziram esses escores.

No grupo psicoeducativo, os relatos dos familiares traduziram impressão de alterações positivas nos idosos, referentes a aspectos sociais, como a melhora do relacionamento familiar, e ao aumento da autoestima, além de alguns relatos de melhora de orientação durante as sessões de estimulação cognitiva, principalmente diante da autopercepção positiva de seu desempenho e do resultado de sua obra final na oficina (o vaso pintado, com a muda plantada). No que se refere aos cuidadores, os relatos do grupo evidenciaram uma melhor aceitação das limitações do idoso, bem como a adesão dos familiares ao tratamento.

Discussão

Os dados demonstram que alguns idosos estabilizaram défices, ou os suprimiram, mas também acen-tuaram ou expressaram novos défices. Porém, de certa forma, pode-se dizer que o PRN foi significativo em relação à estimulação da memória, já que apenas 4 dos 21 idosos estudados não conseguiram aprender a associação entre a reminiscência significativa e seu sinalizador, até a 5ª sessão da oficina.

Considerando-se os 17 idosos que conseguiram memorizar seus sinalizadores, pode-se inicialmente inferir que, durante a oficina, foi construída uma conexão de fatos, percepções e significados sobre uma reminiscência associada à escolha de um sinalizador, o que foi estimulado a cada sessão durante o desenvolvimento da oficina. Essas conexões provavelmente estavam sendo estimuladas quando o idoso era lembrado de que havia escolhido um sinalizador, em função de uma reminiscência vivida por ele. Se não ocorresse a recordação livre, a reminiscência associada era imediatamente apresentada como dica para evocação do sinalizador, de forma que, em cada sessão, ocorria a estimulação de uma rede de informações sobre o sinalizador, ligando episódios remotos particulares de cada participante aos eventos semanais presentes na oficina. Assim, a primeira sessão consistiu na escolha do avental da cor sinalizadora; a segunda, na pintura do vaso com esse sinalizador; a terceira, no reconhecimento do vaso

pintado com a cor sinalizadora, seguido de plantio; a quarta, no reconhecimento do vaso sinalizador com a muda plantada pelo participante. Esses significados sobre a cor, avental e vaso - ou, tecnicamente, sobre o sinalizador - possivelmente foram armazenados de forma agrupada, o que facilitou a evocação do sinalizador correto pela maioria dos participantes.

O PRN aplicado neste estudo, de certa forma, está em conformidade com as ideias de Baddeley (1998), segundo as quais palavras distintas que expressem conceitos semelhantes possuem grande possibilidade de serem armazenadas de forma agrupada. O autor explica o armazenamento da memória semântica a partir do efeito de facilitação da recordação, propiciada por palavras distintas com significados comuns, de tal modo que a exposição a uma palavra promoveria uma ativação espalhada da rede semântica.

O uso de associação semântica, como estratégia de reabilitação neuropsicológica, tem sido discutido em vários artigos da área. De forma geral, ela é capaz de expandir as associações entre informações aprendidas ou armazenadas. A alteração do padrão de curva de posição serial, pela introdução de palavras semanticamente relacionadas entre si nas posições intermediárias das listas, produz um novo pico de recordações corretas. Esse efeito de facilitação já foi observado em portadores de Alzheimer em fase inicial (Abrisqueta-Gomez, 1999) e em pacientes pós-cirúrgicos de aneurisma cerebral (Da Silva, Huang, Tin & Bueno, 2006).

Assim, os resultados deste estudo permitem concluir que a associação sistemática de um sinalizador (cor, pintura, dança, jardinagem ou outra temática) a reminiscências aponta as conexões de redes de informação. Tais conexões se dão não somente no nível das palavras, mas envolvem também fatos recentemente vivenciados nas oficinas de memória, de modo que conceitos semânticos podem associar-se a sinalizadores, por meio da recuperação de reminiscências preservadas e emocionalmente significativas.

Esta proposta de oficina de memória está também de acordo com Wilson (1997), que enfatiza que, independentemente da dificuldade em se recuperar plenamente a memória de pacientes com distúrbios amnésicos orgânicos, não se deve deixar de buscar maneiras de melhorar seu bem-estar e qualidade de vida.

Ademais, a redução dos indicadores de depressão após o PRN, verificada no presente estudo, está diretamente de acordo com os dados obtidos por Abrisqueta-Gomez (2006), que demonstrou a redução desses escores após PRN, através da Escala de Listagem Revisada de Problemas de Memória e Comportamento (LRPMC).

A neuropsicologia tem se preocupado em desenvolver reabilitações neuropsicológicas que abracem situações similares às desenvolvidas nas assistências de saúde, principalmente no que se refere às atividades sociais e recreativas. No entanto, nem sempre estão passíveis de monitoramento cognitivo. É ilimitado o ganho de inovações em tecnologias de saúde que buscam integrar a pesquisa básica em neurociências sobre a reabilitação cognitiva em idosos com situações ambientais e clínicas envolvendo estimulações da memória, do humor, da sociabilidade, do lazer e da interação familiar com monitoramento de variáveis (biológicas, psicológicas e ambientais).

As metas principais, no início do século XXI, devem incluir o atendimento às doenças do envelhecimento e a inclusão social do idoso como forma preventiva da saúde mental. Por conseguinte, almeja-se maior desenvolvimento de estratégias cognitivas para compensar as dificuldades do paciente idoso, evitando situações que levem a sua depreciação e desvalorização, bem como na promoção de orientações de realidade, sociabilidade, melhora do humor, prazer e qualidade de vida. Vários pesquisadores, como Abrisqueta-Gomez et al. (2002), Ávila et al. (2004), Bottino, Carvalho e Alvarez (2002), Da Silva (2004), De Vreese et al. (2001), Prigatano (1995), Wilson (1987; 1997), vêm apoiando esse tipo de inovação tecnológica e preocupação no atendimento à saúde do idoso.

A área de saúde vem afirmando, atualmente, que a efetividade do tratamento para doenças crônicas degenerativas está atrelada à ação de equipes cooperativas e/ou multidisciplinares (Abrisqueta-Gomez, 2002; Bottino et al., 2002; Da-Silva, 2004), pois nessa condição é mais viável construir programas de intervenção e educação, que considerem um maior número possível de variáveis envolvidas no adequado atendimento aos pacientes e seus familiares. Nesse sentido, estratégias cooperativas podem facilitar o enfrentamento e a compreensão da doença, bem como a adesão ao tratamento,

melhorando a qualidade de vida do paciente e da família (Kerns, 1995).

Assim, é importante ressaltar que os resultados desse estudo possivelmente estão ligados não somente ao PRN analisado, mas também a um esforço cooperativo das demais equipes que atenderam os participantes durante todo o programa de tratamento no hospital-dia do Centro de Medicina do Idoso, além da adesão dos pacientes e familiares, facilitada pelo grupo de psicoeducação.

De modo similar ao presente estudo, Kurz et al. (2009) apresentaram uma análise dos efeitos de um PRN, que repercutiu em melhora no desempenho em testes neuropsicológicos de sujeitos atendidos por equipe multidisciplinar. Dessa forma, tendo em vista os resultados obtidos neste estudo, pode-se apontar que as análises devem ser consideradas dentro dos respectivos limites, ou seja, um PRN ligado a treino de memória tem maior probabilidade de promover alterações cognitivas se o programa estiver associado a um atendimento multidisciplinar.

Considerações Finais

Os pacientes demenciados em estágio inicial ou intermediário tiveram melhora cognitiva significativa no teste de rastreio do MEEM e nos testes de memória verbal declarativa, como *Subteste Verbal de Semelhanças da Escala Wechsler* e *Subteste de Aprendizagem de Pares de Fácil Associação para Evocação Tardia da Escala de Memória de Wechsler*. Apresentaram, ainda, redução dos indicadores de *Depressão da EDG*, corroborando os dados de Kurz et al. (2009), segundo os quais pacientes com demência leve, após PRN com treino cognitivo, tiveram melhora significativa nos testes de memória declarativa episódica verbal *California Verbal Learning Test* e redução nos escores de depressão do *Inventário de Depressão de Beck*. A melhora do estado de humor, representada pela redução dos escores de depressão obtidos na EDG neste estudo, está em conformidade com os resultados de Belleville et al. (2006), Rapp et al. (2002), Rozzini et al. (2006) e Talassi et al. (2007), os quais também relataram melhora cognitiva, de humor e bem-estar psíquico, em grupos de pacientes idosos com declínio cognitivo e demência em estágio inicial.

Referências

- Abrisqueta-Gomez, J. (1999). *Avaliação neuropsicológica nas fases inicial e moderada da demência do tipo Alzheimer*. Tese de doutorado não-publicada, Universidade Federal de São Paulo.
- Abrisqueta-Gomez, J. (2006). Relevância das intervenções neuropsicológicas nas alterações de humor e comportamento no idoso. In D.V.S Falcão & C.M.S. Brito Dias (Orgs.), *Maturidade e velhice* (Vol. 2, pp.407-422). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Abrisqueta-Gomez, J., Brucki, S. M. D., Canali, F., Oliveira, E., Ponce, C., Vieira, V., et al. (2002). Neuropsychological rehabilitation program in cognitive impairment and dementia. In L. Battistin, M. Dam & P. Tonin (Orgs.), *Proceedings of the 3rd World Congress Neurological Rehabilitation* (pp.399-407). Venice: Monduzzi Editore.
- Ávila, R., Bottino, C. M. C., Carvalho, I. A. M., Santos, C. B., Seral, C., & Miotto, E. C. (2004). Neuropsychological rehabilitation of memory deficits and activities of daily living in patients with Alzheimer's disease: a pilot study. *Brazilian Journal of Medicine and Biological Research*, 37 (11), 1721-1729.
- Baddeley, A. D. (1998). *Human memory: theory and practice*. Boston: Allyn & Bacon.
- Bayles, K. A., & Kasniak, A. (1987). *Communication and cognition in normal aging*. Boston: College-Hill.
- Belleville, S., Gilbert, B., & Fontaine, F. (2006). Improvement of episodic memory in persons with mild cognitive impairment and healthy older adults: evidence from a cognitive intervention program. *Demential Geriatric Cognitive Disorder*, 22, 486-499.
- Bottino, C.M., Carvalho, I.A., & Alvarez, A.M. (2002). Cognitive rehabilitation in Alzheimer's disease patients: multidisciplinary team report. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, 60 (1), 70-79.
- Bourgeois, M. S. (1990). Enhancing conversation skills in patients with Alzheimer's disease using a prosthetic memory aid. *Journal of Applied Behaviour Analysis*, 23 (1), 29-42.
- Brooks, D. N., & Baddeley, A. (1976). What can amnesic patients learn. *Neuropsychologia*, 14 (1), 111-2.
- Cipriani G., Bianchetti A., & Trabucchi M. (2006). Outcomes of a computer-based cognitive rehabilitation program on Alzheimer's disease patients compared with those on patients affected by mild cognitive impairment. *Archives of Gerontological Geriatric*, 43 (3), 327-335.
- Da-Silva, S. L. (2004). Reabilitação neuropsicológica em idosos: uma gota no oceano. *Revista Eletrônica ComCiência*, Maio LaborJor-Unicamp-SBPC. Recuperado em março 11, 2004, disponível em <<http://www.comciencia.br/reportagens/memoria/16.shtml>>.
- Da-Silva, S. L., Huang, Tin Po., & Bueno, O. F. A. (2006). Free recall facilitation in cerebral aneurysm surgery patients. *Neurobiologia*, 69 (1), 22-29.
- De Vreese, L. P., Néri, M., Fioravanti, M., Belloi, L., & Zanetti, O. (2001). Memory rehabilitation in Alzheimer's disease: a review of progress. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 16 (8), 794-809.
- Folstein, M. F., Folstein, S. E., & McHugh, P. R. (1975). "Mini-mental state": a practical method for grading the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12 (3), 189-198.
- Fraser, M. (1992). Memory clinics and memory training. In T. Arie (Org.), *Recent advances in psychogeriatrics* (pp.105-115). London: Churchill Livingstone.
- Garrido, R., & Almeida, O. P. (1999). Distúrbios de comportamento em pacientes com demência. Impacto na vida do cuidador. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, 57 (2-B), 427-434.
- Grady, C. L., Haxby, J. V., Horwitz, B., Berg, G., & Rapoport, S. I. (1988). Neuropsychological and cerebral metabolic function in early vs late onset dementia of the Alzheimer type. *Neuropsychologia*, 25, 807-816.
- Jankowsky, J. L., Melnikova, T., Fadale, D. J., Xu, G. M., Slunt, H. H., & Gonzales, V. (2005) Environmental enrichment mitigates cognitive deficits in a mouse Model of Alzheimer's disease. *The Journal of Neuroscience*, 25 (21), 5217-5224.
- Joca, S. R. L., Padovan, C. M., & Guimarães, F. S. (2003). Estresse, depressão e hipocampo. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 25 (Supl II), 46-51.
- Kerns, R. D. (1995). Family assesment and intervention. In P.M. Nicassio & T.W. Smith (Orgs.), *Managing chronic illness: a biopsychosocial perspective*. Washington: American Psychological Association.
- Kolb, B., & Gibb, R. (2008). *Principles of neuroplasticity and behavior*. In D.T. Stuss, G. Winocur & I.H. Roberston (Orgs.), *Cognitive neurorehabilitation: evidence and application*. Cambridge: University Press.
- Kurz, A., Pohl, C., Ramsenthaler, M., & Sorg, C. (2009). Cognitive rehabilitation in patients with mild cognitive impairment. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 24 (2), 163-168.
- Lincoln, N., & Nair, R. (2008). Outcome measurement in cognitive neurorehabilitation. In D. T. Stuss, G. Winocur & I. H. Roberston (Orgs.), *Cognitive neurorehabilitation: evidence and application*. Cambridge: University Press.
- Londos E., Boschian K., Lindén A., Persson, C., Minthon, L., & Lexell, J. (2008). Effects of a goaloriented rehabilitation program in mild cognitive impairment: a pilot study. *Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 23 (2), 177-183.
- Nascimento, E. (2004). Adaptação, validação e normatização do WAIS-III para uma amostra brasileira. In D. Wechsler (Org.), *WAIS-III: manual para administração e avaliação* (Vol. 1, pp.161-192). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Prigatano, G. P. (1995). Personality and social aspects of memory rehabilitation. In A. D. Baddeley, B. A. Wilson & F.N. Watts (Orgs.), *Handbook of memory disorders* (pp.603-614). Chichester: John Wiley.
- Rapp S., Brenes G., & Marsh, A. P. (2002). Memory enhancement training for older adults with mild cognitive impairment: a preliminary study. *Aging Mental Health*, 6, 5-11.
- Rodrigues, A. D., & Rothi, L. J. G. (2008). *Principles in conducting rehabilitation research*. In D. T. Stuss, G. Winocur & I. H.

- Roberston (Orgs.), *Cognitive neurorehabilitation: evidence and application*. Cambridge: University Press.
- Rosenzweig, M. R., Krech, D., Bennett, E. L., & Diamond, M. (1962). Effects of environmental complexity and training on brain chemistry and anatomy: a replication and extension. *Journal of Comparative and Physiological Psychology*, 55 (4), 429-437.
- Rozzini, L., Costardi, D., & Vicini-Chilovi, B. (2006). Efficacy of cognitive rehabilitation in patients with mild cognitive impairment treated with cholinesterase inhibitors. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 22 (4), 356-360.
- Sohlberg, M. M., & Mateer, C. A. (2001). *Cognitive rehabilitation: an integrative neuropsychological approach*. New York: Guilford.
- Squire, L. R. (1987). *Memory and brain*. Oxford, NY: University Press.
- Talassi, E., Guerreschi, M., Feriani, M., Fedi, V., Bianchetti, A., & Trabucchi M. (2007). Effectiveness of a cognitive rehabilitation program in mild dementia (MD) and mild cognitive impairment (MCI): a case control study. *Archives of Gerontological Geriatric*, 44 (Suppl 1), 391-399.
- Vaisman, H., Almeida, K. M. H., & Almeida, O. P. (1997). Abordagens psicoterápicas para idosos demenciados. In O. Forlenza & O. P. Almeida (Orgs.), *Depressão e demência no idoso* (pp.167-192). São Paulo: Lemos.
- Wechsler, D. (1987). *Wechsler memory scale: revised manual*. San Antonio: Psychological Corporation.
- Wilson, B. A. (1987). *Rehabilitation of memory*. New York: Guilford.
- Wilson, B. A. (1997). Cognitive rehabilitation: how it is and how it might be (Critical review). *JINS*, 3, 487-496.
- Wilson, B. A. (2009). *Memory rehabilitation: integrating theory and practice*. New York: Guilford.
- Wilson, B. A., & Moffat, N. (1992). The development of group memory therapy. In B. A. Wilson & N. Moffat. (Eds.), *Clinical management of memory problems* (2nd ed., pp.243-73). London: Chapman and Hall.
- Wolf-Klein, G. P., Silverstone, F. A., Levy, A. P., & Brod, M. S. (1989). Screening for Alzheimer's disease by clock drawing. *Journal of American Geriatric Society* 37(8): 730-734.
- Yesavage J. A., Brink, T.L., Rose, T.L., Lum, O. Huang, V., Adey, M.B., et al (1983). Development and validation of a geriatric depression screening scale: a preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*, 17 (1), 37-49.

Recebido em: 2/4/2009
Versão final reapresentada em: 9/2/2010
Aprovado em: 11/3/2011

Plantão psicológico no Brasil (1997-2009): saberes e práticas compartilhados

Emergency psychological services in Brazil (1997-2009): shared knowledge and practices

Bianca Nascimento de **SOUZA**¹

Airle Miranda de **SOUZA**²

Resumo

O objetivo deste trabalho foi investigar a produção científica sobre Plantão Psicológico no Brasil, entre 1997 e 2009, através de pesquisa em bases eletrônicas de dados científicos, utilizando o descritor “plantão psicológico”. Obtiveram-se 38 resumos, analisados a partir das seguintes categorias: distribuição, autoria, filiação institucional, fonte, ano, suporte de publicação, população alvo, enfoque teórico, natureza do trabalho e região geográfica do país. Os resultados sugerem que as bases eletrônicas de dados constituem atualmente importante fonte de acesso à produção brasileira sobre Plantão Psicológico. Verifica-se uma prevalência na produção sobre o assunto na Região Sudeste, assim como na utilização da Abordagem Centrada na Pessoa, revelando maior ênfase em pesquisa relacionada à dissertação, com predominância de produção em 2005 e 2006.

Unitermos: Bases de dados. Plantão psicológico. Produção científica.

Abstract

The purpose of this study was to investigate scientific production on Emergency Psychological Services in Brazil between 1997 and 2009 by trawling scientific, electronic databases, using the descriptor Emergency Psychological Services. Thirty-eight abstracts were obtained, analyzed based on the following categories: distribution, authorship, institutional affiliation, source, year, publication support, target population, theoretical approach, nature of work and geographic region of the country. The results suggest that the electronic databases are currently an important source of access to production on Emergency Psychological Services in Brazil. It is in the southeast where we see a prevalence in production on this subject, as well as the use of the Person-Centered Approach, revealing a greater emphasis on research related to dissertations, with the greatest level of production being noted in 2005 and 2006.

Uniterms: Databases. Psychological emergency attendance. Scientific production.

Embora exista produção científica sobre Plantão Psicológico, raras são as pesquisas de revisão sistemática que oferecem uma visão de conjunto acerca dessa área

de conhecimento. Especialmente na última década do século XXI, são escassos os trabalhos publicados que apresentam um quadro geral da evolução desse proce-

▼▼▼▼▼

¹ Universidade Federal do Pará, Programa de Pós-Graduação em Psicologia. R. Augusto Corrêa, 1, Guamá, 66075-110, Belém, PA, Brasil. Correspondência para/Correspondence to: B.N. SOUZA. E-mail: <bianasso@hotmail.com>.

² Universidade Federal do Pará, Faculdade de Psicologia, Laboratório de Estudos do Luto e Saúde. Belém, PA, Brasil.

Agradecimento: Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico pela bolsa de estudo que possibilitou a realização deste trabalho.

dimento. Diante de tal realidade, julgou-se oportuno proceder a um levantamento sobre Plantão Psicológico no Brasil, no período de 1997 a 2009, procurando delinear tendências atuais e perspectivas científicas da área.

A escolha do tema justifica-se pela relevância que uma visão de conjunto das características da produção científica nacional sobre Plantão Psicológico pode ter para o desenvolvimento dessa modalidade no país. Por outro lado, a abrangência deste trabalho, rastreamento pesquisas feitas em todo o território nacional, possibilita visualizar a produção científica nas diversas regiões do país, bem como apontar distinções de natureza econômica e educacional, o que influi na qualidade, viabilidade e quantidade de pesquisa acerca do Plantão Psicológico.

A escolha do período de doze anos justifica-se pelo fato de que no Brasil, apesar de o Plantão Psicológico ter surgido oficialmente em 1969 (Tassinari, 1999), somente no final da década de 1980, segundo Rosemberg (1987), foi que brotou a primeira sistematização pública, pois inicialmente era entendido como uma proposta alternativa.

Nesse sentido, a produção científica no Brasil sobre Plantão Psicológico é relativamente recente e não se esperava encontrar, portanto, uma produção muito extensa num levantamento sistemático.

Um levantamento bibliográfico referente a todas as regiões do país e a período longo precisava de limites que possibilitassem o acesso às informações desejadas. Destarte, necessitava-se garantir critérios para comparar as categorias investigadas. Portanto, a utilização das bases de dados nacionais tornou-se o meio mais viável, haja vista que os trabalhos por elas aceitos passam por rígida avaliação de critérios científicos, possuindo, conseqüentemente, padrões científicos desejados.

Método

Esta pesquisa foi realizada a partir das seguintes bases de dados: 1) Lilacs - Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (<http://www.bireme.br>); 2) SciELO - *Scientific Electronic Library Online* (<http://www.scielo.br>); 3) Banco de Teses Brasileiras da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - CAPES (www.capes.gov.br); 4) Adolec, projeto da Organização Pan-Americana da Saúde - OPAS, rela-

tivo à adolescência, coordenado pelo Programa de Saúde Materno-Infantil (<http://www.adolesc.br>); 5) PAHO - *Pan American Health Organization* (<http://bireme.br/iahilil/homepage>); 6) WHOLIS - Sistema de Informação da Biblioteca da Organização Mundial de Saúde (<http://www.bireme.br/iahilil/homepage.htm>); 7) Indexpsi Periódicos Técnicos Científicos (<http://www.bvs-psi.org.br>); 8) Indexpsi teses (<http://www.bvs-psi.org.br>); 9) PEPsic - Periódicos Eletrônicos em Psicologia (www.scielo.bvs-psi.org.br); 10) Banco de Teses da Universidade de São Paulo - USP (<http://www.teses.usp.br>); e 11) Sistema de Publicações Eletrônicas de Teses e Dissertações da Pontifícia Universidade Católica - PUC-Campinas (http://www.puc-campinas.edu.br/pos/teses_dissertacoes.aspx?id=1).

Os trabalhos foram analisados no que se refere às categorias 8 (Enfoque Teórico) e 9 (Natureza do Trabalho), a partir do julgamento dos resumos dos artigos.

Para pesquisar os resumos em português nas bases de dados, foi utilizada a expressão "plantão psicológico". A combinação entre as duas palavras foi usada considerando que os artigos buscados estariam contidos em tal classificação.

Encontrado o material, procedeu-se à leitura dos resumos para selecionar as publicações que interessavam à pesquisa, a partir dos requisitos previamente estabelecidos, bem como para verificar os artigos presentes em mais de uma base de dados.

Em seguida, as informações foram organizadas, considerando-se as seguintes categorias, de acordo com Ferreira e Yoshida (2004): (1) distribuição de frequência; (2) autoria (única, dupla ou múltipla, para mais de dois autores); (3) filiação institucional dos autores; (4) fonte de publicação; (5) ano da produção; (6) suporte da produção (artigo, capítulo de livro, livro, dissertação de mestrado, tese de doutorado); (7) população alvo (crianças, adolescentes, adultos, alunos, profissionais e misto); (8) enfoque teórico; (9) natureza do trabalho (relato de experiência, trabalho teórico ou de pesquisa) e (10) região geográfica do país.

Resultados e Discussão

A pesquisa, realizada nas bases de dados Lilacs, Adolec, SciELO, Banco de Tese Brasileiras da CAPES, PAHO,

WHOLIS, Indexpsi Periódicos Técnicos Científicos, Indexpsi teses, PEPsic, Banco de Teses da USP e Sistema de Publicações Eletrônicas de Teses e Dissertações da PUC-Campinas, obteve o total de 81 artigos. Dentre eles, 17 não tiveram relevância para esta pesquisa, por não estarem relacionados com as práticas em Plantão Psicológico, porém apareceram no resultado devido ao fato de possuírem em seus resumos as palavras “plantão” e “psicológico”. Foram ainda desprezados 26 trabalhos, por serem repetidos, assim totalizando uma amostra de 38 artigos.

A partir da discriminação dos trabalhos, foram encontrados os seguintes índices: a base Lilacs apresentou 11 (68,75%) artigos dentre as 16 referências à expressão “plantão psicológico”; SciELO, com 3 artigos, apresentando 75,00% de referência; o Banco de Teses Brasileiras da CAPES, com 32 trabalhos, sendo que 21 (65,62%) mencionavam a modalidade de atendimento em questão; a Indexpsi Teses, com 8 trabalhos, todos (100,00%) sobre Plantão Psicológico; a Adolec, com 2 referências encontradas e porcentagem de 100,00%; o Indexpsi Periódicos Técnicos Científicos, com 8 trabalhos (100,00%), o Banco de Teses da USP e o Sistema de Publicações Eletrônicas de Teses e Dissertações da PUC-Campinas, com 4 trabalhos cada um; o PEPsic - Periódicos Eletrônicos em Psicologia, com 11 trabalhos. Excluindo-se as referências repetidas, foram encontradas 38 referências a Plantão Psicológico, representando 46,91% do total de trabalhos encontrados.

O Banco de Teses Brasileiras da CAPES reúne um acervo considerável de teses e dissertações sobre Plantão Psicológico, respondendo por 78,94% dos trabalhos encontrados nas diferentes bases de dados. Esse índice elevado se justifica pelo fato de as teses e dissertações constituírem a maior parte da produção científica encontrada na pesquisa. Os autores desses trabalhos são: Almeida (2005), Araújo (2002), Aun (2005), Braga (2005), Camargo (2002), Chalom (2001), Cipriano (2005), Fernandes (2005), Ferreira (2006), Furigo (2006), Guedes (2006), Melo (2004), Messias (2002), Moreira (2002), Mosqueira (2008), Mozena (2009), Oliveira (2005), Oliveira (2006), Paparelli (2005), Perches (2009), Pereira (1999), Rocha (2006), Schmidt (2004), Tassinari (1999; 2003), Vendruscolo (2006), Yehia (2004), Zanoni (2008).

Todavia, a maior proporção de trabalhos indexados não corresponde necessariamente a maior produ-

ção na área, pois nem todos os editores submetem a indexação os trabalhos recebidos, seja porque foram indeferidos por critério da base de dados, seja porque não houve possibilidade ou iniciativa dos autores para fazê-lo.

Deve-se considerar que uma quantidade maior de trabalhos aceitos e divulgados nas bases de dados proporciona maior visibilidade da produção científica a respeito de determinado assunto. Assim, viabiliza repercussões sobre a área de conhecimento em questão, bem como a articulação das instituições de ensino e seus pares enquanto produtores de conhecimento científico, no sentido de se manterem atualizados sobre o que se produz no âmbito nacional e de refletirem sobre suas práticas, possibilitando novas construções.

No que toca à categoria Autoria, dos 38 trabalhos obtidos, 30 eram de autoria única, equivalendo a um percentual de 78,94%, e representando um valor superior a três quartos dos trabalhos acessados. Para autoria dupla e múltipla, encontrou-se índice de 10,52% em cada uma das modalidades.

No item Filiação Institucional, em um total de 38 referências acessadas, 16 (42,10%) eram vinculadas à Universidade de São Paulo (USP), 10 (26,31%) à Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUC-Campinas), 2 (5,26%) à Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), 1 (2,63%) à Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP), 1 (2,63%) pertencia à Universidade Católica de Pernambuco (UNICAP) enquanto 8 (21,05%) não apresentaram, nos resumos, informações sobre a filiação institucional (Tabela 1). Essa omissão não só dificulta a identificação da procedência dos trabalhos, como também impede a vinculação do nome do autor a uma instituição ou grupo de pesquisa.

Com relação à Distribuição Geográfica das instituições referidas, a maioria delas está localizada na Região Sudeste, destacando-se o Estado de São Paulo como maior detentor das publicações obtidas nas bases de dados, com 71,05% do total de trabalhos encontrados. Em segundo lugar ficou o estado do Rio de Janeiro, com a porcentagem de 5,26% e por último o estado de Pernambuco, com o total de 2,64% das publicações. Contudo, esse índice há que ser visto com cautela, pois a pesquisa revelou um percentual considerável de 21,05% de trabalhos sem informação a respeito da filiação institucional dos autores.

No mesmo sentido dos dados obtidos, O.H. Yamamoto, Souza e M.E. Yamamoto (1999) e Yamamoto et al. (2002) realizaram pesquisa sobre a produção da Psicologia nos periódicos brasileiros e constataram que a maior parte dos artigos das publicações investigadas teve origem na Região Sudeste do Brasil (Tabela 1).

Quanto ao item Fonte de Publicação, os dados obtidos não permitiram identificar os periódicos em que os artigos foram publicados, haja vista que somente 13 trabalhos (34,21%) continham essa referência. Entre as fontes de publicação citadas estão: Imaginário (USP), Psicólogo inFormação (Universidade Metodista de São Paulo - UMESP), Boletim de Psicologia (Sociedade de Psicologia de São Paulo), Estudo de Psicologia (PUC-Campinas), Psicologia: reflexão e crítica (Universidade Federal do Rio Grande do Sul), Psicologia: ciência e profissão (Conselho Federal e Conselhos Regionais de Psicologia), Caderno de Psicologia (Universidade Federal

de Minas Gerais) e Psikhê (Curso de Psicologia do Centro Universitário FMU) (Tabela 2).

Em relação à produção anual no Brasil, os anos de 2005 e 2006 se destacam com o número de 7 produções cada um, seguidos dos anos de 2002, 2004 e 2008, com 4 trabalhos cada um. Já, dentre os anos de menor produção, estão 1999, 2001, 2003, 2007 e 2009, com 2 referências anuais, além de 1997, com somente 1 referência. Portanto, a média de trabalhos sobre Plantão Psicológico no país foi de 3,16/ano, observando-se decréscimo a partir de 2007.

Todavia, há que se questionar o fato de, em 1997, somente uma produção ter sido indexada nas bases de dados. Quanto à existência de apenas 2 produções nos anos de 1999, 2001, 2003, 2007, 2008 e 2009, tem-se como hipótese explicativa a possível diminuição no contingente de mestrands e doutorandos concluintes, o que também explicaria a ausência de produção nos anos de 1998 e 2000 (Tabela 3).

Tabela 1. Filiação institucional e região.

Instituição	Frequência	%	Região
Universidade de São Paulo - USP	16	42,10	Sudeste
Pontifícia Universidade Católica de São Paulo - PUC-SP	1	2,63	Sudeste
Pontifícia Universidade Católica de Campinas - PUC-Campinas	10	26,31	Sudeste
Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ	2	5,26	Sudeste
Universidade Católica de Pernambuco	1	2,63	Nordeste
Sem Filiação Institucional	8	21,05	–
Total	38	100,00	

Fonte: Lilacs, Adolec, SciELO, Banco de Tese Brasileiras da CAPES, PAHO, WHOLIS, Indexpsi Periódicos Técnicos Científicos; Indexpsi teses e PEPsic - Periódicos Eletrônicos em Psicologia. Acessados em agosto de 2009.

Tabela 2. Distribuição das referências segundo o periódico e a instituição editora no Brasil.

Título do Periódico	Instituição/Editora	Frequência	%
Revista Imaginário	Universidade de São Paulo - USP	2	5,26
Revista Psicólogo inFormação	Universidade Metodista de São Paulo - UMESP	1	2,63
Revista Boletim de Psicologia	Sociedade de Psicologia de São Paulo	3	7,89
Revista Estudo de Psicologia	Pontifícia Universidade Católica - PUC-Campinas	2	5,26
Revista Psicologia: reflexão e crítica	Universidade Federal do Rio Grande do Sul	1	2,63
Revista Psicologia: ciência e profissão	Conselho Federal e Conselhos Regionais de Psicologia	2	5,26
Revista Psikhê	Curso de Psicologia do Centro Universitário FMU	1	2,63
Revista Caderno de Psicologia	Universidade Federal de Minas Gerais	1	2,63
Sem Referência	–	25	66,00
Total		38	100,00

Fonte: Lilacs, Adolec, SciELO, Banco de Tese Brasileiras da CAPES, PAHO, WHOLIS, Indexpsi Periódicos Técnicos Científicos; Indexpsi teses e PEPsic - Periódicos Eletrônicos em Psicologia. Acessados em agosto de 2009.

Tabela 3. Produção anual no Brasil sobre Plantão Psicológico (1997 - 2009)

Ano	Frequência	%
1997	1	2,63
1998	0	0,00
1999	2	5,26
2000	0	0,00
2001	2	5,26
2002	5	13,15
2003	2	5,26
2004	4	10,52
2005	7	18,42
2006	7	18,42
2007	2	5,26
2008	4	10,52
2009	2	5,26
Total	36	100,00

Fonte: Lilacs, Adolec, SciELO, Banco de Tese Brasileiras da CAPES, PAHO, WHOLIS, Indexpsi Periódicos Técnicos Científicos; Indexpsi teses e PEPsic - Periódicos Eletrônicos em Psicologia. Acessados em agosto de 2009.

No que se refere aos tipos de suporte das publicações brasileiras, 11 trabalhos (28,94%) eram artigos, 19 (50%) dissertações e 8 (21,05%) teses.

Em relação às teses e dissertações, apesar de submetidas à avaliação em banca, a publicação fica restrita a poucos exemplares, dificultando a divulgação do material. Porém, essa realidade está se modificando em função da Internet, que promove um acesso mais fácil aos trabalhos, disponibilizados em *sites* científicos ou das instituições a que os autores são filiados.

Relativamente à população alvo dos trabalhos obtidos nesta pesquisa, a categoria de adultos foi a que apresentou maior número, com 7 (18,42%) trabalhos, seguida pelos profissionais e estudantes, com resultado de 6 (15,78%) trabalhos cada uma, enquanto a população adolescente e mista (crianças, adolescentes, adultos e idosos) obteve a quantidade de 4 (10,52%) trabalhos. Os trabalhos com a população alvo de crianças foram os que obtiveram menor porcentagem, com apenas 5,26%. Por outro lado, em 21,05% dos trabalhos não foi possível identificar a população alvo, tanto pela falta de informação no resumo, quanto por serem, em sua maioria, trabalhos teóricos, que não contemplam um tipo específico de população, mas que se destinam à discussão de princípios gerais do Plantão Psicológico.

Em relação ao Enfoque Teórico, verificou-se que a dominância é da Abordagem Centrada na Pessoa (ACP), com um índice de 94,74%. Já 2,63% dos materiais obtidos abordavam o Plantão Psicológico a partir da orientação Psicodinâmica e da ACP, enquanto outros 2,63% dos trabalhos tratavam do assunto sob a perspectiva da Abordagem Comportamental e da ACP. Acredita-se que os trabalhos de enfoque teórico misto sinalizem um princípio de pesquisas no sentido de estabelecer diálogo entre a Abordagem Centrada na Pessoa (que fundamenta teoricamente o Plantão Psicológico) e outras abordagens, no caso a Psicodinâmica e Comportamental, tentando, assim, preencher lacunas da prática do Plantão.

Na análise das referências quanto à Natureza dos trabalhos, observou-se maior incidência de trabalhos de pesquisa (92,11%), seguidos de relato de experiência (2,63%), implantação do Plantão Psicológico (2,63%) e projeto de extensão (2,63%).

Deve-se considerar ainda que o Plantão Psicológico foi reconhecido pelo Conselho Federal de Psicologia, que, em documento oficial, classificou-o como alternativa de atenção psicológica em relação à psicoterapia tradicional, percebendo-o como iniciativa inovadora e capaz de romper parâmetros (Mahfoud, 1999).

No Plantão Psicológico, lida-se com a queixa enquanto sintoma de uma demanda. Por vezes, quando o cliente procura ajuda profissional para sua urgência, chega com uma queixa e ao longo do atendimento revela-a distinta da sua real questão urgente. Nesse sentido, o Plantão pode ter a função de iniciar um processo de reorganização do *self*, esclarecendo uma problemática, constituindo-se como espaço de expressão e acolhimento de angústia, sendo sobretudo “um processo com começo, meio e fim” (Chalom et al., 1999, p.180).

Ter um atendimento psicológico disponível, no momento em que ocorre uma demanda emocional urgente, diminui a ansiedade e angústia, possibilitando o surgimento de recursos inerentes à pessoa para que ela busque soluções para seu impasse. Outra evidência é que o Plantão gera economia para o sistema institucional que o disponibiliza, promovendo encaminhamentos internos e externos bem melhor direcionados, pois são decididos conjuntamente entre plantonista e cliente (Cury, 1999).

As ações do plantonista são pautadas nas atitudes facilitadoras, sendo suas intervenções dependentes da necessidade e motivação interna da pessoa atendida, cujas demandas variam em complexidade, podendo ir desde a necessidade de esclarecimento de dúvida sobre assuntos simples, até assuntos técnicos.

Plantonista e cliente, conjuntamente, buscam na vivência imediata deste, suas potencialidades que precisem ser desveladas. A escuta e o interesse do plantonista em ajudar o cliente desempenham função primordial. Ao ser acolhida por intermédio das atitudes facilitadoras do plantonista, a partir da relação intersubjetiva estabelecida com este, a pessoa experiencia um ambiente de segurança que facilita a abertura a novas possibilidades de compreensão de si, e começa então a integrar elementos que estavam fragmentados em seu ser, iniciando um processo de mudança.

Palmieri (2005), em pesquisa de mestrado, disponibilizou o Plantão Psicológico em hospital geral de uma cidade do interior do Estado de São Paulo, com o objetivo de compreender os desafios e potencialidades desse serviço para os profissionais do hospital. Os participantes compreenderam o Plantão Psicológico em sua função de oferecer-lhes segurança e um clima de sigilo no ambiente profissional.

Kovács, Kobayashi, Santos e Avancini (2001) desenvolveram o Plantão Psicológico em uma Unidade de Cuidados Paliativos. O público atendido abrangeu pessoas com câncer avançado e seus familiares. Os temas levantados pelos participantes hospitalizados foram a dor, na dimensão física, psíquica, social e espiritual, assim como os distúrbios na comunicação. Já para os familiares emergiu a tristeza pela perda, assim como distúrbios na comunicação. A oferta do serviço no referido ambiente facilitou o esclarecimento de necessidades, a expressão de sentimentos e a comunicação das pessoas atendidas.

Moreira (2002) também disponibilizou o Plantão Psicológico, atendendo clientes egressos da primeira internação psiquiátrica. Os participantes revelaram sentimento de solidão, inutilidade, tristeza, carência de relacionamento afetivo gratificante (funcionamento depressivo) e evidenciaram fragilidade diante das circunstâncias da vida (funcionamento paranoico), além de insatisfação sobre o desconhecimento de si e de suas potencialidades. Os resultados obtidos apontaram

a necessidade imediata de um programa de saúde que atendesse à demanda vivenciada subjetivamente pelos participantes, pois o tratamento ambulatorial priorizou a terapêutica medicamentosa. O *setting* terapêutico acolhedor, permeado de afetividade e de atitudes de empatia e aceitação positiva incondicional, facilitou o diálogo, propiciando a escuta das vivências emocionais dos clientes, no exato momento em que buscaram solução para suas dificuldades, revelando-se como uma possibilidade de resgate da autonomia e da saúde dos mesmos.

Vendruscolo (2006) ofertou o Plantão Psicológico e desenvolveu sua investigação a partir de um estudo de caso. O atendimento no Plantão foi solicitado pela mãe de uma adolescente, e logo em seguida disponibilizado à jovem, que havia finalizado seu tratamento oncológico. A queixa inicial era de ansiedade e medo de dormir. No decorrer das sessões, a cliente revelou sua demanda sobre o medo de adoecer (notívago) novamente, assim como sentimento de religiosidade. O atendimento psicológico configurou-se como um acolhimento existencial e possibilitou a expressão e elaboração de sentimentos e ideias que afligiam a cliente, além de auxiliá-la na construção de um sentido para sua vivência atual.

Contudo, responder à diversidade e singularidade das demandas de ajuda psicológica que se apresentam no Plantão apenas é possível com o apoio de políticas mais amplas do que o serviço pode ofertar em uma instituição (Schmidt, 2004). O Plantão Psicológico pode ser instituído em diversos locais ou organizações, como escolas, clínicas-escola de cursos de Psicologia, hospitais, instituições da área jurídica e esportiva, clínicas psicológicas privadas, entre outros espaços abertos à comunidade.

Sobre a eficiência dessa modalidade de assistência, Talmom (1990) concluiu, em uma pesquisa com 200 participantes, que 78% deles abandonaram a psicoterapia não por desistência; simplesmente não voltaram porque se sentiram satisfeitos com os resultados da(s) primeira(s) sessão(s). Esses dados sugerem que uma quantidade pequena de encontros com o plantonista, ou um único encontro, tem função terapêutica e pode ser suficiente para a pessoa atendida iniciar um processo de organização interna e prosseguir sem ajuda psicológica.

O que levaria as pessoas, em um período curto como oferece o Plantão, a apresentar mudanças após o atendimento? Em sua tese, Perches (2009) apontou a ocorrência de mudança psicológica em pessoas atendidas no Plantão, entendendo tal mudança como a atribuição de significado às experiências, ou de sentido às angústias, a partir de um processo de simbolização das vivências no presente imediato. Concluiu que os elementos que facilitam esse processo são: a procura espontânea do cliente pelo Plantão Psicológico, motivada pela experiência da angústia; o tempo como uma possibilidade de atualização da historicidade, por meio das peculiaridades do encontro intersubjetivo no Plantão; o estar na relação, evidenciando a importância da reciprocidade e da mutualidade na relação, uma vez que a simbolização adequada ocorre a partir da fala e da escuta genuína de ambos, plantonista e cliente, ao longo do processo, e de uma disponibilidade emocional autêntica por parte do plantonista, trazida por atitudes de aceitação positiva incondicional, empatia e congruência.

A esse respeito destaca Cury (1999, p.129):

... este serviço tem contribuído para nos aproximar da verdade sofrida que confere realismo ao suor e às lágrimas de nosso povo, mas paradoxalmente tem também aumentado nossa fé no processo dos relacionamentos interpessoais, pelos quais transita e é intensificada a possibilidade de recuperação da dignidade humana em sua mais nobre acepção.

Portanto, o benefício propiciado pelo Plantão Psicológico não utiliza como critério o grau de resolubilidade do problema trazido pelo cliente, não sendo priorizado como foco do atendimento a demanda em si, considerada como algo objetivável e destituída dos significados que lhe são atribuídos, mas sim a pessoa, compreendida como um todo que se revela em suas formas pessoais de expressão, comportamentos, atitudes e emoções, visando conferir-lhe autonomia, facilitando a reflexão na busca de trajetórias possíveis de transpor as dificuldades que vivencia.

Considerações Finais

O estudo revelou um quadro heterogêneo quanto à distribuição da produção científica indexada em bases de dados sobre Plantão Psicológico no período de 1997 a 2009.

A delimitação imposta pelos critérios adotados pelas bases de dados exige qualidade nos trabalhos desenvolvidos e posteriormente indexados. De forma geral, esses trabalhos foram publicados em periódicos e divulgados principalmente no Banco de Teses Brasileiras da CAPES e apresentavam autor único, a maioria dos quais com vinculação à Universidade de São Paulo e à Pontifícia Universidade Católica de Campinas e de São Paulo, concentrando na Região Sudeste a produção sobre Plantão Psicológico.

A maioria dos trabalhos de pesquisa foram desenvolvidos nos anos de 2005 e 2006, sob a modalidade de dissertação, focalizando como população alvo adultos e utilizando como enfoque teórico dominante a Abordagem Centrada na Pessoa. Todavia, ressalva-se que a maior proporção de trabalhos indexados não corresponde necessariamente a maior produção na área, pois nem todos os editores submetem à indexação os trabalhos recebidos, seja por serem eles indeferidos em razão dos critérios adotados pela base de dados, seja porque não houve possibilidade ou iniciativa dos autores para fazê-lo. Portanto, apesar de apreciados por banca examinadora, tais trabalhos ficam restritos a poucos exemplares, dificultando sua divulgação.

A disponibilização do artigo na Internet, respeitando os direitos autorais, presta-se a promover a ciência, desafiando as dificuldades materiais e financeiras de acesso à bibliografia, principalmente da Região Norte do país.

As necessidades humanas e suas motivações podem ter um sentido emergencial para quem as vivencia e, nesse sentido, compreende-se o Plantão Psicológico como a clínica do acolhimento das urgências. Portanto, a assistência psicológica através dessa modalidade de atendimento contribui para que as pessoas lidem efetivamente com os impasses de suas vidas. Nesse sentido, evidencia-se a importância dessa modalidade de cuidados e do desenvolvimento de estudos na área.

Referências

Almeida, C. C. (2006). *Plantão psicoeducativo para educadores em uma creche na periferia da cidade de São Paulo*. Dissertação de mestrado não-publicada, Programa de Pós-Graduação em Educação, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

- Almeida, F. M. (2005). Ser clínico como educador: uma leitura fenomenológica existencial de algumas temáticas na prática de profissionais de saúde e educação. Recuperado em agosto 31, 2009, disponível em <http://www.teses.usp.br/>
- Araújo, A. T. S. (2002). Redes em psicologia clínica. *Psikhe*, 7 (2), 32-37.
- Aun, H. A. (2005). *Trágico avesso do mundo: narrativas de uma prática psicológica numa instituição para adolescentes infratores*. Dissertação de mestrado não-publicada, Programa de Pós-Graduação em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano, Universidade de São Paulo.
- Braga, T. B. M. (2005). *Práticas psicológicas em instituições e formação em psicologia: possibilidades de reflexões sobre o sentido da prática*. Dissertação de mestrado não-publicada, Programa de Pós-Graduação em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano, Universidade de São Paulo.
- Camargo, A. M. A. (2002). *Desempenho de estagiários de clínica-escola em plantão psicológico*. Dissertação de mestrado não-publicada, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de Campinas.
- Chalon, M. H. (2001). *Contar histórias e expressar-se: aprendizagem significativa e plantão psicológico abrindo possibilidades para a clínica*. Dissertação de mestrado não-publicada, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade de São Paulo.
- Chalom, M. H., Munhoz, C., Toledo, L. C. C., Ramalho, S. A., Souza, A. M. O., Moreira, A., et al. (1999). A Experiência de implantação de um serviço de plantão psicológico no projeto esporte-talento por alunos de graduação do IPUSP. In H. T. P. Morato (Org.), *Aconselhamento psicológico centrado na pessoa: novos desafios* (pp.175-182). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Cipriano, F. L. (2005). *Transmissão do conhecimento na especificidade da prática clínica em psicologia. Considerações sobre a perspectiva terapêutica em duas modalidades de atendimento clínico: o plantão psicológico e a psicoterapia breve*. Tese de doutorado não-publicada, Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social, Universidade de São Paulo.
- Cury, V.E. (1999). Plantão Psicológico em clínica-escola. In M. C. Mahfoud (Org.), *Plantão psicológico: novos horizontes* (pp.115-123). São Paulo: Ed. Companhia Ilimitada.
- Fernandes, D. L. (2005). *Plantão psicológico em clínica escola: análise de vivências de plantonistas*. Dissertação de mestrado não-publicada, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de Campinas.
- Ferreira, N. S., & Yoshida, E. M. P. (2004). Produção Científica sobre psicoterapias breves no Brasil e demais países latino-americanos (1990-2000). *Estudos de Psicologia* (Natal), 3 (3), 523-531.
- Ferreira, R. S. (2006). *Possíveis implicações da experiência com plantão psicológico para a ação do psicólogo clínico*. Dissertação de mestrado não-publicada, Programa de Pós-Graduação de Psicologia Clínica, Pontifícia Universidade Católica de Pernambuco, Recife.
- Furigo, R. C. P. (2006). *Cuidando de crise emocionais no plantão psicológico referendado na escola junguiana*. Tese de doutorado não-publicada, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de Campinas.
- Guedes, M. A. (2006). Intervenções psicossociais no sistema carcerário feminino. *Psicologia Ciência e Profissão*, 26 (4), p.558-569. Recuperado em agosto 31, 2009, disponível em <http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php>. doi: S14 14-98932006000400004.
- Kovács, M. J., Kobayashi, C., Santos, A. B. B., & Avancini, D. C. F. (2001). Implantação de um serviço de plantão psicológico numa unidade de cuidados paliativos. *Boletim de Psicologia*, 51, 1-22.
- Mahfoud, M. (Org.). (1999). *Plantão psicológico: novos horizontes*. São Paulo: Companhia Ilimitada.
- Melo, F. F. S. (2004). *Plantão psicoeducativo: espaço de reflexão e mudança oferecido às famílias de uma comunidade de baixa renda*. Dissertação de mestrado não-publicada, Programa de Pós-Graduação em Educação, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.
- Messias, T. S. C. (2002). *Plantão psicológico como possibilidade de facilitação à tendência atualizante: um estudo clínico*. Dissertação de mestrado não-publicada, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de Campinas.
- Moreira, E. N. (2002). *Plantão psicológico em ambulatório de saúde mental: um estudo fenomenológico*. Dissertação de mestrado não-publicada, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Católica de Campinas.
- Mosqueira, S. M. (2008). *À procura de sentido de atenção psicológica com adolescentes em privação de liberdade*. Recuperado em setembro 13, 2009, disponível em <http://servicos.capes.gov.br/capesdw/resumo.html?idtese>. doi: 20082833002010038P7.
- Mozena, H. (2009). *Plantão psicológico: estudo fenomenológico em um Serviço de Assistência Judiciária*. Recuperado em agosto 22, 2009, disponível em <http://www.biblioteca.digital.puc-campinas.edu.br>.
- Oliveira, M. M. (2006). Clínica, experiência e sentido: narrativas de plantonistas. Recuperado em agosto 21, 2009, disponível em <http://servicos.capes.gov.br/capesdw/resumo.html?idtes>. doi: 20062833002010038P7.
- Oliveira, R. G. (2005). *Uma experiência de plantão psicológico à polícia militar do Estado de São Paulo: reflexões sobre sofrimento e demanda*. Dissertação de mestrado não-publicada, Faculdade de Psicologia, Universidade de São Paulo.
- Palmiere, T. H. (2005). *Plantão psicológico em hospital geral: um estudo fenomenológico*. Dissertação de mestrado não-publicada, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de Campinas.
- Paparelli, R. B. (2005). *Psicólogos em formação: vivências e demandas em plantão psicológico*. Dissertação de mestrado não-publicada, Programa de Pós-Graduação em Ciências, Coordenadoria Controle de Doenças da Secretaria Estadual da Saúde de São Paulo.
- Paparelli, R. B., & Nogueira-Martins, M. C. F. (2007). Psicólogos em formação: vivências e demandas em plantão psicológico. *Psicologia Ciência e Profissão*, 27 (1), 64-79.

- Perches, T. H. P. (2009). *Plantão psicológico: o processo de mudança psicológica sob a perspectiva da psicologia humanista*. Recuperado em agosto 20, 2009, disponível em <<http://www.bibliotecadigital.puc-campinas.edu.br>>.
- Pereira, P. C. (1999). *A Entrevista única: uma nova modalidade de atendimento na psicologia clínica*. Dissertação de mestrado não-publicada, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de Campinas.
- Rocha, M.C. (2006) Juventude: apostando no presente. *Imaginário*, 12 (12), 205-223.
- Rosemberg, R.L. (Org.) (1987). *Aconselhamento psicológico centrado na pessoa* (Temas Básicos de Psicologia, vol. 21). São Paulo: EPU.
- Schmidt, M.L.S. (2004). Plantão Psicológico, Universidade Pública e Política de Saúde Mental. *Estudos de Psicologia* (Campinas), 21 (3), 173-192. doi: 10.1590/S0103-166X20044000300003.
- Talmom, M. (1990). *Single session therapy*. San Francisco, CA: Josseu-Bass.
- Tassinari, M. A. (1999). *Plantão psicológico centrado na pessoa no contexto escolar e a promoção da saúde*. Dissertação de Mestrado não-publicada, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro.
- Tassinari, M. A. (2003). *A clínica da urgência psicológica: contribuições da abordagem centrada na pessoa e da teoria do caos*. Tese de doutorado não-publicada, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro.
- Vendruscolo, J. (2006). *A criança curada de câncer ingressando no ambulatório de curados: um momento de passagem*. Recuperado em agosto 23, 2009, disponível em <<http://servicos.capes.gov.br/capesdw/resumo.html>>. doi: 20064433002029030P1.
- Yamamoto, O. H., LoBianco, A. C., Hutz, C. S., Bueno, J. L. O., Guedes, M. C., Koller, S. H., et al. (2002). Avaliação de periódicos científicos brasileiros da área da psicologia. *Ciência da Informação*, 31 (2), 163-177.
- Yamamoto, O. H., Souza, C. C., & Yamamoto, M. E. (1999). A produção científica na Psicologia: uma análise dos periódicos brasileiros no período de 1990-1997. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 12 (2), 549-565.
- Yehia, G. Y. (2004) Interlocuções entre o plantão psicológico e o psicodiagnóstico colaborativo *Estudo de Psicologia* (Campinas), 21 (1), 65-72. doi: 10.1590/S0103-166X200400100006.
- Zanoni, M. R. L. (2008). *Plantão psicológico em um serviço universitário de psicologia: a experiência de aprimorandas*. Recuperado em agosto 26, 2009, disponível em <<http://www.scielo.br>>.

Recebido em: 8/1/2009

Versão final reapresentada em: 12/4/2010

Aprovado em: 4/2/2011

Desempenho no teste de atenção dividida como resultado da idade das pessoas

Performance in the divided attention test as a function of people's age

Fabián Javier Marín **RUEDA**¹

Resumo

A literatura sobre atenção assinala acréscimo do desempenho atencional até a idade de adulto jovem, seguido de perdas significativas decorrentes do processo de envelhecimento. Dentro desse contexto, o objetivo desta pesquisa foi verificar evidência de validade em função da variável idade para o Teste de Atenção Dividida, partindo da hipótese de que ao aumento da idade corresponderia uma diminuição da capacidade de dividir a atenção. Participaram da pesquisa 878 indivíduos dos Estados da Bahia e Sergipe, sendo eles estudantes universitários ou pessoas que passaram por avaliação psicológica para motorista, com idade entre 18 e 72 anos ($M=26,74$, $DP=8,14$). Do total, 51,82% eram homens. O instrumento foi aplicado coletivamente no Estado de Sergipe, e de forma individual na Bahia. Os resultados mostraram correlação negativa e significativa entre a pontuação do Teste de Atenção Dividida e a idade das pessoas. A análise de variância mostrou diferenças significativas entre as idades, permitindo agrupar três faixas etárias, diferenciadas pela prova de Tukey. Com base nos resultados concluiu-se por evidência de validade para o Teste de Atenção Dividida com base na diferenciação das idades.

Unitermos: Atenção dividida. Testes psicológicos. Validade do teste.

Abstract

Literature points to incremental performance in attention up until young adulthood, followed by significant losses arising from the aging process. In this context, the aim of this research was to ascertain proof of validity based on the age variable for the Divided Attention Test, based on the hypothesis that an increase in age would correspond to a decrease in the ability to divide attention. A total of 878 individuals took part from the states of Bahia and Sergipe and were undergraduates or individuals and that had undergone psychological assessment of drivers. Ages varied from 18 to 72 years old ($M=26.74$, $SD=8.14$). Men comprised 51.82% of the total. The instrument was applied collectively in the state of Sergipe, and individually in Bahia. Results showed significant, negative correlation between the Divided Attention Test scores and people's age. Analysis of variance showed significant differences between ages and, based on this, three age groups were formed that were differentiated by Tukey's test. Based on the results, it was concluded that there was evidence of validity for the Divided Attention Test based on age difference.

Uniterms: Divided attention. Psychological test. Test validity.

O processo atencional tem sido muito investigado na psicologia, neuropsicologia, neurociência e fisiologia, devido a sua relevância em diversos contextos,

como a escola, o trabalho e o trânsito. A atenção tem sido apontada como um aspecto de destaque em outros processos cognitivos, como a memória e a psicomotri-

▼▼▼▼▼

¹ Universidade São Francisco, Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Psicologia. R. Alexandre Rodrigues Barbosa, 45, Centro, 13251-900, Itatiba, SP, Brasil. E-mail: <marinfabian@yahoo.com.br>.

cidade (Kallus, Schmitt & Benton, 2005; Kouststaal, Schacter & Brenner, 2001; Park & Smith, 1989), assim como por sua relação com psicopatologias como Alzheimer, Parkinson e esquizofrenia (Bondi et al., 2002; Briand, Hening, Poinzner & Sereno, 2001; Digirolamo & Posner, 1996; Fan, McCandliss, Sommer, Raz & Posner, 2002), além de sua relação com outros construtos da psicologia.

Por ser um processo multideterminado, sua definição e classificação apresentam algumas dificuldades. De forma geral, a atenção pode ser definida como o fenômeno que administra a grande quantidade de informações disponibilizadas ao organismo por meio dos sentidos, memória e outros processos cognitivos, originando-se de uma predisposição do cérebro para responder a determinados estímulos em detrimento de outros (Brandão, 1995; Gazzaniga, Ivry & Mangun, 2006; Sternberg, 2000). Complementando essas informações, Goldberg, Gold e Braff (1991) apontaram que, em virtude da importância da atenção em diversas operações mentais, ela poder ser considerada como um dos componentes mais importantes no grupo das funções cognitivas. Por sua vez, para Silva (1999), a capacidade atencional é a função cerebral responsável pela escolha dos estímulos que representam o foco de maior interesse em um dado momento, possuindo grande importância para a realização de várias tarefas.

As reflexões acerca da atenção devem fazer referência a seus diferentes tipos, uma vez que, de acordo com sua função ou operacionalização, diversos critérios podem ser utilizados para seu aferimento. Segundo Lent (2001), a atenção pode ser dividida em dois componentes: a atenção explícita, referente aos processos conscientes, como a fixação visual intencional num foco da atenção; e a atenção implícita, relativa aos processos não conscientes, como a atenção a estímulos visuais que não são o alvo e estão na periferia do campo visual. Em relação à atenção explícita, Luria (1979) acrescenta que a seleção dos estímulos e o direcionamento da atividade mental são mediados também pela importância e interesse por determinada tarefa em detrimento de outras.

Deve ser ressaltado que, embora as teorias e definições sobre a atenção sejam amplas, não há um consenso entre os pesquisadores em relação à melhor definição para o construto, sendo que muitas vezes aplicam-se definições operacionais. Nesse sentido, pode-

-se fazer referência a Brickenkamp (2004), que observa que, enquanto na Alemanha o termo mais utilizado é “atenção seletiva”, nos Estados Unidos são muito comuns os termos “atenção seletiva” e “atenção sustentada”. Ainda, autores como Zillmer e Spiers (1998) apontam que muitas vezes a atenção seletiva é definida também como atenção concentrada. Por sua vez, Lezak (1995) afirma que um teste como o d2, que se propõe avaliar a atenção concentrada, na Alemanha é conhecido como “teste de concentração” ou “teste de atenção seletiva”, enquanto nos Estados Unidos recebe o nome de “teste de amplitude atencional”, “teste de atenção seletiva” ou “teste de atenção sustentada”.

Com base nisso, pode-se dizer que atualmente há no Brasil a aceitação e definição de quatro grandes tipos de atenção, quais sejam: atenção dividida, alternada, concentrada e sustentada. Neste estudo será abordado principalmente o conceito de atenção dividida. Segundo Sisto, Noronha, Lamounier, Bartholomeu e Rueda (2006), a atenção dividida é avaliada, tradicionalmente, solicitando-se que a pessoa tenha como foco pelo menos dois estímulos (estímulos-meta). O distrator usado em uma situação como essa, via de regra, são outros estímulos concorrentes, distribuídos entre os estímulo-meta. Por sua vez, para Chan (1999), quando os sujeitos são estimulados em duas situações distintas, a atenção é dividida entre os estímulos, alocando-se recursos mentais para cada um deles.

Como foi mencionado, da mesma forma que o construto da atenção apresenta várias definições e operacionalizações, ele também foi relacionado a diversas variáveis ao longo dos estudos realizados. Nesse contexto, dentre os temas de pesquisa sobre atenção, encontram-se aqueles relacionados ao seu desenvolvimento ao longo do ciclo da vida. Papalia e Olds (2000) e Sanchez-Gil e Perez-Martinez (2008) afirmam que a literatura específica sobre o desenvolvimento cognitivo assinala acréscimos, em termos de desempenho, até a idade de adulto jovem, seguidos de perdas significativas decorrentes do processo de envelhecimento. No caso da atenção, essas perdas ocorreriam principalmente quando se fala da atenção explícita.

Pesquisando a relação entre idade e atenção, Pesce, Guidetti, Baldari, Tessitore e Capranica (2005) realizaram uma pesquisa com a participação de três grupos com 14 sujeitos cada, cujas idades variaram de 12 a 15 anos, de 24 a 38 anos e de 60 a 75 anos, respectivamente. A tarefa consistiu em localizar um alvo pre-

viamente definido após uma dica visual. Em seus resultados, os autores verificaram que os idosos apresentaram, sistematicamente, um desempenho pior do que os adultos jovens e os adolescentes, mas não houve diferenças entre esses dois últimos grupos. Nesse sentido, Pesce et al. (2005) sugeriram que o pior desempenho verificado nos idosos poderia ser resultado de deficiências orgânicas decorrentes do envelhecimento.

Essa afirmação já tinha sido realizada por Hawkins, Kramer e Capaldi (1992), ao investigarem a relação entre idade e processo atencional, por meio de duas tarefas de atenção (dividida e alternada), ambas apresentando medidas visuais e auditivas que foram apresentadas separadamente. Participaram da pesquisa dois grupos com 14 sujeitos cada, um entre 20 e 35 anos, e outro entre 67 e 74. Quando comparado o tempo de reação dos grupos, os autores observaram que os adultos jovens foram sistematicamente mais rápidos que os idosos.

Essa possível diferença na capacidade atencional entre pessoas mais jovens e idosos não parecia ser restrita a uma ou outra atividade da vida diária, mas podia estar presente em diversas situações, dentre as quais a condução de veículos automotores. Algumas pesquisas acerca do tema sugerem que *deficits* na atenção visual de motoristas mais velhos estariam associados a habilidades mais pobres de condução e, conseqüentemente, a maior risco de acidentes (Ball & Owsley, 2003; Tielsch, Sommer & Witt, 1990; Underwood, 2007). Por sua vez, esses autores sugerem que tais perdas poderiam ser compensadas por comportamentos mais seguros e pela experiência, gerando vantagens para os motoristas mais velhos quando comparados aos mais jovens.

Quanto ao aspecto visual, de uma forma geral, e sua relação com o ato de dirigir, alguns dos trabalhos mais influentes foram realizados por Burg (1967; 1968). Seus estudos analisaram dados de 17 500 motoristas dos Estados Unidos, indicando que para os motoristas jovens e de meia-idade não haveria nenhuma relação entre desempenho visual pobre e índices de acidente de trânsito. Já em relação aos motoristas idosos, a deterioração da acuidade visual mostrou correlações positivas e significativas com o envolvimento em acidentes de trânsito. Corroborando essa informação, Owsley (1994) informou que motoristas mais velhos, com uma diminuição de aproximadamente 40% do campo visual, eram mais propensos a se envolver em acidentes de trânsito do que indivíduos mais novos com as mesmas características visuais.

H. C. Lee, A. H. Lee e Cameron (2003) avaliaram a velocidade de tempo de reação em acidentes de trânsito com motoristas idosos, num simulador motriz, e informaram que a habilidade de atenção visual de pessoas mais velhas seria decisiva para prever o envolvimento ou não em acidentes. Ainda no que diz respeito à atenção e à população de motoristas mais velhos, a pesquisa de Sanders (1970) avaliou medidas de atenção seletiva, dividida e velocidade de processamento em idosos que possuíam carteira de habilitação. O autor concluiu que o envolvimento em acidentes de trânsito nessa população estaria associado à diminuição da atenção de uma forma geral. Por sua vez, ao pesquisar especificamente a atenção dividida, Owsley, Ball e McGwin (1998) verificaram que os motoristas idosos com problemas de atenção dividida apresentavam uma probabilidade 2,2 maior de se envolver em acidentes do que aqueles idosos sem problemas de atenção.

Campagne, Pebayle e Muzet (2004) afirmaram que, ao dirigir por muito tempo de forma monótona ou à noite, a maior parte dos motoristas mostraria progressivamente perda da atenção e sinais de fadiga visual. Destacaram que a capacidade para manter um desempenho adequado ao dirigir seria comumente afetada em função da idade do motorista. Dessa forma, os autores propuseram um estudo para verificar os efeitos da fadiga e da idade dos motoristas sobre seu desempenho na direção. Foram estudados 46 motoristas, divididos em três categorias de idade, de 20 a 30 anos, de 40 a 50 e de 60 a 70. Foram medidos os erros dos motoristas quanto ao número de incidentes e desvios em alta velocidade, enquanto percorriam mais de 300km numa via, de madrugada. A evolução do nível de atenção foi avaliada por meio do eletroencefalograma. Nos indivíduos mais velhos, foi verificado que o declínio no desempenho de dirigir estava, de fato, associado com o declínio da capacidade atencional. Por outro lado, nos motoristas jovens e de meia idade, a piora no nível de atenção apresentou correlação com o aumento na gravidade dos erros.

As pesquisas estrangeiras relatadas até o momento mostram que o estudo da atenção de idosos em situação de condução tem acontecido de diversas formas, sendo que todos os autores citados parecem concordar quanto à relação inversa entre idade e desempenho atencional. Também, praticamente, não há relatos de testes psicológicos que objetivem avaliar a atenção

desse tipo de população ao dirigir veículos automotores, sendo as avaliações muitas vezes realizadas em simuladores.

No Brasil, a avaliação por meio de simuladores ainda parece um pouco distante, haja vista que praticamente toda avaliação psicológica para possíveis condutores de veículos automotores é realizada por meio de testes psicológicos, sendo a maior parte deles gráficos. Nesse sentido, nos últimos anos a literatura científica da área tem se preocupado bastante em atribuir evidências de validade para testes psicológicos utilizados no contexto do trânsito, inclusive relacionando-as com a variável idade.

Dentro desse contexto, Rueda, Noronha, Sisto e Bartholomeu (2008) objetivaram verificar evidência de validade em relação à idade para o Teste de Atenção Sustentada (AS). Participaram 127 indivíduos que passaram pelo processo de avaliação psicológica para obtenção da Carteira Nacional de Habilitação (CNH) no Estado de Minas Gerais, e nos resultados foram verificadas correlações negativas e significativas entre as medidas de Concentração e de Velocidade com Qualidade do AS com a variável idade ($r=-0,38$ e $r=-0,37$, respectivamente). Ainda, os autores realizaram uma análise de variância com seis faixas etárias, quais sejam indivíduos de 18 a 19 anos; de 20 a 27; de 28 a 36; de 37 a 41; de 42 a 55 anos; e com mais de 56 anos. Os resultados mostraram que ao aumento da idade correspondia uma diminuição da capacidade de atenção sustentada, sugerindo a criação de normas específicas para cada faixa etária e concluindo pela verificação de evidência de validade de construto com base na análise das idades.

Por sua vez, estudo similar foi realizado por Noronha, Sisto, Rueda e Bartholomeu (2008) para o Teste de Atenção Dividida (AD). O instrumento foi aplicado em 369 candidatos à obtenção de CNH, com idade entre 18 e 73 anos. Os resultados também mostraram correlações negativas entre as medidas de Velocidade com Qualidade e de Concentração com a idade, sugerindo que as pontuações diminuíam conforme aumentava a idade. Na análise dos autores, foram encontrados seis grupos etários em ambas as medidas, com faixas de 18 a 19 anos, de 20 a 27, de 28 a 36, de 37 a 41, de 42 a 55; e de 56 anos a 73. Dessa forma, os autores também concluíram que a capacidade de atenção dividida diminuiria com o passar da idade e que normas específicas deveriam ser criadas.

Estudando diferenças em função da idade para o Teste de Atenção Concentrada (TEACO-FF), Rueda e Sisto (2009) realizaram uma pesquisa com 1 058 pessoas dos Estados da Bahia e Sergipe, com idade entre 18 e 61 anos. A análise realizada pelos autores separou os resultados em três faixas etárias: até os 27 anos, entre 28 e 35 anos; e com 36 anos ou mais. A análise de variância e a prova de Tukey mostraram diferenças estatisticamente significativas entre os grupos, sendo que as pessoas mais novas apresentaram maiores escores em atenção concentrada, enquanto os mais velhos tiveram os piores desempenhos.

Por fim, no estudo de Rueda e Castro (2009), o objetivo foi procurar evidência de validade, baseada na variável idade para o Teste de Atenção Alternada (TEALT). Participaram 798 indivíduos dos Estados da Bahia e Sergipe, com idades entre 18 e 72 anos. Os resultados evidenciaram correlação negativa entre a pontuação do TEALT e a idade, sendo formadas três faixas etárias, que se diferenciaram no desempenho no teste pela análise de variância [$F(2,797)=60,01$, $p<0,001$]. Dessa forma, concluiu-se por evidência de validade para o TEALT em função da idade, sendo que ao aumento da mesma correspondeu uma diminuição da capacidade de atenção alternada. Ao autores diferenciaram faixas etárias até os 22 anos, dos 23 aos 32 anos, e de 33 anos ou mais.

Dentro desse contexto, e tendo como base os estudos nacionais apresentados sobre o tema, este estudo se propôs a verificar evidência de validade em função da variável idade para o Teste de Atenção Dividida - TEADI (Rueda, 2010). A hipótese inicial foi que as pessoas poderiam ser diferenciadas em função da idade, sendo que ao aumento da idade corresponderia uma diminuição da capacidade de dividir a atenção.

Método

Participantes

Participaram deste estudo 878 pessoas dos Estados de Bahia e Sergipe, com idade de 18 a 72 anos (Média - $M=26,74$, Desvio-Padrão - $DP=8,14$). Quanto ao sexo, 455 (51,82%) eram homens e 423 (48,18%) mulheres. Do Estado da Bahia, participaram da amostra 488 candidatos que passaram pelo processo de avaliação psicológica pericial para obtenção, renovação ou mudança de categoria da CNH, sendo 332 (68%) homens e

156 (32%) mulheres. No que se refere à idade, a média foi de 28,03 anos (DP=8,77), sendo a mínima 18 e a máxima 72. Já do Estado de Sergipe participaram 390 estudantes de uma universidade particular da cidade de Aracaju, sendo 123 (31,5%) homens e 267 (68,5%) mulheres. A média de idade foi de 25,12 anos (DP=6,96), variando de 18 a 60. Vale destacar que, dos participantes desse Estado, 271 pessoas possuíam CNH, em diferentes categorias.

Deve ser destacado que a maior concentração da amostra (53,3%) ficou entre os 20 e os 27 anos. Dos 28 aos 40 anos observou-se uma diminuição das idades estudadas, sendo que, a partir dos 40 anos, essa diminuição foi consideravelmente mais acentuada. Levando em consideração que os participantes foram estudantes universitários e candidatos à CNH, a falta de um número razoável de sujeitos representativo de cada uma das idades pareceria ser justificável.

Instrumento

Foi aplicado TEADI, que fornece uma medida referente à capacidade de uma pessoa dividir a atenção. Para construção do TEADI foram realizados alguns estudos, até se chegar à forma final que o teste possui, tanto na quantidade de estímulos como nos símbolos abstratos que a pessoa deveria procurar e assinalar ou não.

Para isso, partiu-se da afirmação de Alchieri, Lunkes e Zimmer (2002), que relataram que um dos primeiros instrumentos de medida para avaliar a atenção foi o Teste de Bourdon, de 1895, consistente em marcar todas as letras "A" (estímulo-alvo) da folha de resposta. No caso específico desse instrumento, foi verificado que a distribuição das letras na página não era uniforme e que a execução da prova era extremamente influenciada pela experiência anterior da pessoa e seu nível de escolaridade. Com base nesses aspectos, o teste foi modificado por uma página na qual não eram verificadas palavras escritas, e sim letras distribuídas irregularmente. Finalmente, essas letras foram substituídas por figuras (quadrinhos) que se caracterizavam por ter um pequeno segmento que se sobressaía de um de seus ângulos ou lados. Segundo Hiltmann (1962), essa substituição eliminou os fatores de familiaridade com as letras e de escolaridade. Deve ser destacado que o teste serviu como uma base e propiciou o estudo e construção de muitos instrumentos posteriores para avaliar a atenção. Dessa forma, para a construção do TEADI foram selecionados três símbolos que o participante deveria pro-

curar e marcar em cada linha do teste. A seguir, três psicólogos experientes na área analisaram o formato que os estímulos deveriam possuir, decidindo que eles deveriam ser abstratos, tanto no que se refere aos estímulos-alvo quanto aos distratores. Ainda, a localização de cada estímulo foi realizada por meio de sorteio, para evitar possíveis vieses.

Na sua totalidade, o instrumento possuía 450 estímulos, distribuídos em 30 linhas com 15 estímulos cada uma. O resultado obtido no TEADI pôde ser calculado com base nos estímulos que a pessoa deveria marcar e marcou, subtraindo-se os erros (estímulos que não deveriam ser marcados e foram) e omissões (estímulos-alvo que não foram marcados). O tempo de aplicação foi de 5 minutos; para se chegar a esse critério, o instrumento foi aplicado sem tempo limite, em aproximadamente 100 indivíduos, obtendo-se como tempo médio de realização 6'08", até fixar-se finalmente o tempo de 5 minutos.

Procedimentos

Num primeiro momento, estabeleceu-se contato com a instituição de ensino superior de Sergipe e com as clínicas credenciadas pelo DETRAN-BA, sendo explicados os propósitos da pesquisa. Após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade São Francisco (protocolo nº 0189.0.142.000-09), procedeu-se à coleta de dados, tendo todos os participantes assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. No caso dos estudantes universitários de Sergipe, a aplicação foi realizada de forma coletiva em sala de aula, com um número máximo de estudantes de 30 por aplicação. Já na pesquisa empreendida na Bahia, as aplicações foram realizadas individualmente nas clínicas de avaliação psicológica credenciadas pelo DETRAN-BA.

Durante a aplicação, as instruções foram apresentadas de forma padronizada, tanto na Bahia quanto em Sergipe. Assim, após o preenchimento dos dados pessoais pelos participantes, procedeu-se às instruções:

Este é um teste de atenção. No verso desta folha vocês deverão assinalar com um traço todos os desenhos que forem iguais aos modelos que se encontram na parte superior da folha (os desenhos foram mostrados). Vocês deverão começar da esquerda para a direita e voltar da direita para a esquerda de forma contínua, sempre seguindo as setas da folha do teste (as setas foram mostradas). Caso erre, circule e assinale o item correto.

Você terá 5 minutos para realizar o teste. Lembre-se que este é um teste de atenção. Portanto, concentre-se e procure manter seu ritmo de trabalho. Evite se distrair com outras coisas e fique calmo.

Deve ser destacado que, no caso da aplicação realizada no Estado da Bahia, por ter sido feita de forma individual, as instruções foram reproduzidas no singular.

Resultados

Na análise dos dados, num primeiro momento foram calculadas as estatísticas descritivas do TEADI. Posteriormente, foi feita a correlação entre a idade do participante e a pontuação obtida, para serem comparadas as possíveis faixas etárias formadas em relação ao desempenho de atenção dividida. Destaca-se que a análise foi realizada para cada Estado de forma separada, sendo os resultados apresentados em função da faixa etária e do sexo do participante.

Em relação ao desempenho no TEADI, a pontuação variou de -126 a 180 ($M=108,61$, $DP=43,62$). A mediana foi 113 e a moda 128. Foi muito pequena (1,6%) a quantidade de pessoas que apresentaram pontuações negativas, ou seja, cometeram mais erros e/ou omissões do que acertos. Houve, também, uma concentração de pontuações entre 80 e 140 pontos, congregando 457 dos participantes (52,83%). O número de pessoas que atingiu a pontuação máxima (180 pontos) representou 0,9% da amostra (8 indivíduos).

Em continuação, foi realizada a prova de correlação de *Pearson*, para investigar a relação existente entre o TEADI e a idade. O resultado mostrou uma correlação de $-0,37$ ($p<0,001$), o que indica que ao aumento da idade correspondeu uma diminuição da atenção dividida.

Ainda foram estudadas as variações das pontuações médias no TEADI em função das diferentes idades, conforme ilustra a Figura 1. Pode-se observar que, em que pese a variação nas médias ao longo das idades, existe uma diminuição da atenção dividida com o aumento da mesma.

Deve ser ressaltado que a variabilidade observada fica mais acentuada a partir dos 42 anos, o que pode ser atribuído ao menor número de participantes. Dessa forma, procurou-se agrupar as idades em faixas etárias que melhor diferenciassem essa variável.

Assim, após várias análises, as faixas etárias formadas que apresentaram o maior valor de *F* foram: até

os 25 anos, de 26 a 35 anos, e de 36 anos ou mais. Na faixa etária até 25 anos ficaram agrupadas 497 pessoas (57,46%); dos 26 a 35 anos, 253 pessoas (29,25%); e com 36 anos ou mais, 115 pessoas (13,29%).

O resultado da análise de variância dessas faixas etárias mostrou diferenças estatisticamente significativas [$F(2,864)=53,57$, $p<0,001$]. Com a finalidade de verificar a pontuação média de quais faixas etárias poderiam explicar tais diferenças, realizou-se a Prova de Tukey, cujos resultados podem ser observados na Tabela 1.

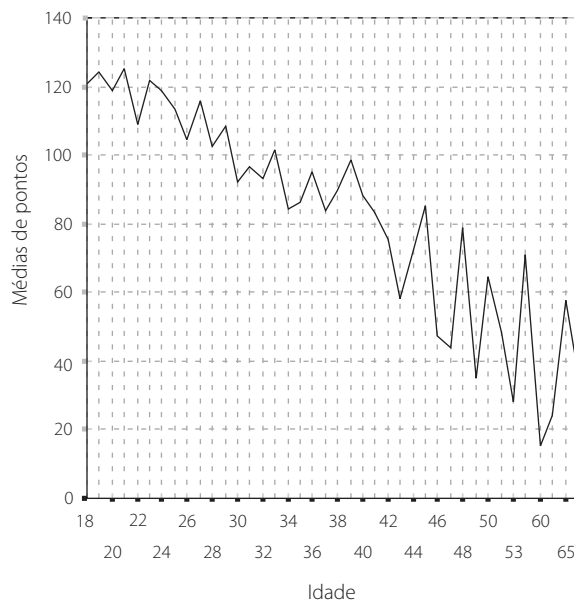


Figura 1. Média de pontos no TEADI e idade dos participantes.

Tabela 1. Subgrupos de faixas etárias formados pela prova de Tukey para o TEADI.

Faixas etárias	n	Subgrupo para alfa = 0,05		
		1	2	3
36 anos ou mais	115	77,17		
26 a 35 anos	253		101,92	
Até 25 anos	497			119,29
<i>p</i>		1,000	1,000	1,000

Tabela 2. Subgrupos de faixas etárias no Estado da Bahia, formados pela prova de Tukey para o TEADI.

Faixas etárias	n	Subgrupo para alfa = 0,05		
		1	2	3
36 anos ou mais	82	77,24		
26 a 35 anos	169		101,08	
Até 25 anos	228			116,16
<i>p</i>		1,000	1,000	1,000

A Tabela 1 permite observar que os três grupos etários foram diferenciados, evidenciando que quanto mais velhas as pessoas, menor a pontuação em atenção dividida. Ainda procurou-se verificar se as faixas etárias diferenciadas na amostra total eram mantidas em função de cada um dos estados analisados. No Estado da Bahia, a configuração das faixas etárias mostrou que até os 25 anos houve 228 pessoas (47,60%); dos 26 aos 35 anos, 169 indivíduos (35,28%); e na faixa etária de 36 anos ou mais, 82 pessoas (17,12%). A análise de variância (ANOVA) mostrou diferenças significativas [$F(2,478)=31,04, p<0,001$]. Na Tabela 2 é apresentada a análise da Prova de Tukey para explicar as diferenças encontradas.

Na Tabela 2, observa-se que as faixas etárias definidas também foram diferenciadas na amostra da Bahia, em que as pessoas mais novas obtiveram o melhor desempenho. Quanto ao Estado de Sergipe, a faixa etária até 25 anos teve 269 indivíduos (69,69%); de 26 a 35 anos, 84 pessoas (21,76%); e de 36 anos ou mais, 33 pessoas (8,55%). A ANOVA [$F(2,385)=18,49, p<0,001$] mostrou diferenças estatisticamente significativas. A prova de Tukey é apresentada na Tabela 3 para analisar essas diferenças encontradas.

No Estado de Sergipe também foi verificado que as três faixas etárias foram diferenciadas, mantendo a

mesma configuração apresentada na amostra total e na Bahia. Por fim, a pontuação do TEADI na amostra total e nas faixas etárias foi comparada em relação ao sexo dos participantes. A Tabela 4 mostra os resultados dessa análise.

Na Tabela 4, observa-se que, na amostra total e nas faixas etárias de 26 a 35 anos e de 36 anos ou mais, as mulheres obtiveram uma pontuação maior que os homens no TEADI. Já entre os participantes que se encontravam na faixa etária até os 25 anos, o sexo masculino apresentou uma média maior do que o feminino. Porém, nenhuma dessas diferenças foi estatisticamente significativa, o que indica que elas podem ser atribuídas ao acaso.

Discussão e Considerações finais

Considerando o objetivo proposto neste estudo (verificar evidência de validade para o TEADI em função da idade das pessoas - Rueda, 2010), bem como a hipótese de que as pessoas se diferenciariam em função dessa variável, numa relação inversa entre idade e capacidade atencional, deve-se lembrar da afirmação de autores como Papalia e Olds (2000) de que a capacidade atencional mantida voluntariamente passaria por um declive significativo, natural do envelhecimento.

Nesse sentido, esta pesquisa verificou que ao aumento da idade correspondeu uma diminuição da capacidade de dividir a atenção ($r=-0,37$). Comparando os resultados com a literatura sobre o tema, percebe-se que os achados vão ao encontro das pesquisas de Noronha et al. (2008), Rueda et al. (2008), Rueda e Castro (2009) e Rueda e Sisto (2009), que verificaram uma diminuição da capacidade atencional com o passar da idade, independentemente do tipo de atenção avaliado.

Ainda, este estudo diferenciou três faixas etárias: pessoas com até 25 anos; de 26 a 35 anos; e de 36 anos ou mais - resultado que corrobora os achados das pesquisas anteriormente citadas. Nesse sentido, deve ser ressaltado que, muito embora a investigação de Rueda et al. (2008) tenha verificado a existência de seis faixas etárias no Teste de Atenção Sustentada (AS), diferenciou apenas três grupos pela prova de Tukey.

Esse mesmo fato foi evidenciado na pesquisa de Noronha et al. (2008), ao estudarem o Teste de Atenção

Tabela 3. Subgrupos de faixas etárias no Estado de Sergipe formados pela prova de Tukey para o TEADI.

Faixas etárias	n	Subgrupo para alfa = 0,05		
		1	2	3
36 anos ou mais	33	76,97		
26 a 35 anos	84		103,63	
Até 25 anos	269			121,94
<i>p</i>		1,000	1,000	1,000

Tabela 4. Estatísticas por sexo da amostra total e das faixas etárias no TEADI.

	Sexo	M	DP	<i>t</i>	<i>p</i>
Amostra total	Masculino	105,72	43,57	-1,73	0,053
	Feminino	111,73	43,50		
até 25 anos	Masculino	120,87	35,42	0,84	0,403
	Feminino	117,96	41,20		
de 26 a 35 anos	Masculino	99,00	42,67	-1,42	0,156
	Feminino	106,71	40,32		
36 anos ou mais	Masculino	69,03	46,13	-1,74	0,054
	Feminino	87,74	52,03		

M: média; DP: desvio-padrão.

Dividida. Ou seja, em que pese a formação de seis faixas etárias, apenas três grupos etários puderam ser considerados como sendo totalmente diferenciados em função da atenção dividida avaliada pelo AD.

Quanto às pesquisas de Rueda e Castro (2009) e Rueda e Sisto (2009), os dados mostraram a separação de três faixas etárias, totalmente diferenciadas na prova de Tukey. No caso de Rueda e Sisto (2009), os grupos etários dividem-se em faixas de até 27 anos, de 28 a 35 anos, e de 36 anos ou mais. Por sua vez, na pesquisa de Rueda e Castro (2009) diferenciaram-se os grupos etários de até 22 anos, de 23 a 32 anos, e de 33 anos ou mais.

Nesse sentido, esta pesquisa parece evidenciar ainda mais a relação existente entre a capacidade atencional e sua diminuição com o passar da idade: até aproximadamente os 25 anos haveria um aumento progressivo da atenção, seja ela dividida, alternada, sustentada ou concentrada; passando por uma leve diminuição até aproximadamente os 35 anos; diminuição essa que pareceria ser mais acentuada, sistematicamente, a partir dessa idade.

No entanto, deve ser ressaltado que a presente investigação não contou com uma participação representativa da terceira idade (pessoas acima de 60 anos). Assim, a amostra desta pesquisa pode ser considerada representativa até os 40 anos, pois a partir dessa idade houve uma diminuição considerável das idades participantes.

De forma geral, este estudo apresentou claramente as diferenças existentes em função das faixas etárias, o que pode ser considerado evidência de validade de construto com base na comparação entre as idades para a atenção dividida avaliada pelo TEADI. Isso sugere o estabelecimento de normas específicas para a interpretação dos resultados desse instrumento em função da idade.

Ainda no que se refere às faixas etárias estudadas, a investigação também procurou verificar se elas eram diferenciadas em função dos Estados participantes da pesquisa. Na Bahia, verificou-se que as três faixas etárias foram diferenciadas, tendo as pessoas mais novas obtido o melhor desempenho. Dessa forma, seria necessária a criação de normas em função das faixas etárias para esse Estado. Por sua vez, em Sergipe também foi verificado que as três faixas etárias foram diferenciadas, mantendo a mesma configuração apresentada na amos-

tra total e na Bahia. Assim, para aquele Estado também deveriam ser criadas normas específicas em função das faixas etárias.

Finalmente, foi observado que essas faixas etárias não foram diferenciadas significativamente em função do sexo, quando estudada a amostra total da pesquisa. Desse fato pode ser destacado que não seria necessária a criação de normas separadas em função do sexo para o TEADI.

Especificamente no que tange ao contexto do trânsito, é necessário mencionar que não existe consenso entre os pesquisadores quanto à influência da idade no bom ou mau desempenho como motorista. Se há aqueles que acreditam que os idosos apresentam pior desempenho ao dirigir, em razão da capacidade atencional diminuída (Lee et al., 2003; Sanders, 1970), há também aqueles que afirmam que a diminuição dessa capacidade seria compensada por comportamentos seguros e pela experiência (Ball & Owsley, 2003; Underwood, 2007). Dessa forma, a necessidade de criação de normas específicas para os diferentes testes atencionais em função da idade pode ser considerada um passo inicial e muito importante na avaliação de motoristas no contexto brasileiro. Por outro lado, destaca-se que estudos que vão além desse objetivo são extremamente necessários, como investigações acerca das reais relações entre idade avançada e (bom ou mau) desempenho como motorista.

Referências

- Alchieri, J. C., Lunkes, C. L. K., & Zimmer, D. (2002). Toulouse-Piéron: atualizações de resultados para o Estado do Rio Grande do Sul. *Avaliação Psicológica*, 1 (2), 111-118.
- Ball, K., & Owsley, C. (2003). Driving competence: it's not a matter of age. *Journal of American Geriatrics Society*, 51 (10), 1499-1501.
- Bondi, M. W., Chan, A. S., Delis, D. C., Serody, A. B., Ebersohn-Shumate, S. C., Salmon, D. P., et al. (2002). Cognitive and neuropathologic correlates of stroop color-word test performance in Alzheimer's disease. *Neuropsychology*, 16 (3), 335-343.
- Brandão, M. L. (1995). Atenção. In M. L. Brandão (Org.), *Psicofisiologia* (pp.145-154). São Paulo: Atheneu.
- Briand, K. A., Hening, W., Poinzner, H., & Sereno, A. B. (2001). Automatic orienting of visuospatial attention in Parkinson's disease. *Neuropsychologia*, 39, 1240-1249.
- Brickenkamp, R. (2004). *d2: test de atención* (2nd ed.). Madrid: TEA Ediciones.

- Burg, A. (1967). *The relationship between vision test scores and driving record: general findings* (Report 67-24). Los Angeles: Department of Engineering.
- Burg, A. (1968). *The relationship between vision test scores and driving record: additional findings* (Report 68-27). Los Angeles: Department of Engineering.
- Campagne, A., Pebayle, T., & Muzet, A. (2004). Correlation between driving errors and vigilance level: influence of the driver's age. *Physiological Behaviors*, 80 (4), 515-524.
- Chan, R. C. K. (1999). Attentional deficits in patients with closed head injury: a further study to the discriminative validity of the test of everyday attention. *Brain Injury*, 14 (3), 227-236.
- Digirolamo, G. J., & Posner, M. I. (1996). Attention and schizophrenia: a view from cognitive neuroscience. *Cognitive Neuropsychiatry*, 1 (2), 95-102.
- Fan, J., McCandliss, B. D., Sommer, T., Raz, A., & Posner, M. I. (2002). Testing the efficiency and independence of attention networks. *Journal of Cognitive Neuroscience*, 14 (3), 340-347.
- Gazzaniga, M. S., Ivry, R. B., & Mangun, G. R. (2006). *Neurociência cognitiva: a biologia da mente*. Porto Alegre: Artmed.
- Goldberg, T. E., Gold, J. M., & Braff, D. L. (1991). Neuropsychological functioning and time-linked information processing in schizophrenia. *Review of Psychiatry*, 10, 60-78.
- Hawkins, H. L., Kramer, A. F., & Capaldi, D. (1992). Aging, exercise, and attention. *Psychology and Aging*, 7 (4), 643-653.
- Hiltsmann, H. (1962). *Compendio de los test psico-diagnósticos*. Buenos Aires: Kapelusz.
- Kallus, K. W., Schmitt, J. A. J., & Benton, D. (2005). Attention, psychomotor functions and age. *European Journal Nutrition*, 44 (8), 465-484.
- Koustaal, W., Schacter, D. L., & Brenner, C. (2001). Dual task demands and gist-based false recognition of pictures in younger and older adults. *Journal of Memory and Language*, 44 (3), 399-426.
- Lee, H. C., Lee, A. H., & Cameron, D. (2003). Validation of a driving simulator by measuring the visual attention skill of older adult drivers. *American Journal of Occupational Therapy*, 57 (3), 324-328.
- Lent, R. (2001). *Cem bilhões de neurônios: conceitos fundamentais de neurociência*. São Paulo: Editora Atheneu.
- Lezak, M. D. (1995). *Neuropsychological assessment* (3rd ed.). New York: Oxford University Press.
- Luria, A. R. (1979). *Curso de psicologia geral*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- Noronha, A. P. P., Sisto, F. F., Rueda, F. J. M., & Bartholomeu, D. (2008). Evidência de validade desenvolvimental para o teste de atenção dividida. *Psico*, 39 (4), 492-499.
- Oswley, C. (1994). Vision and driving in the elderly. *Optometry and Vision Science*, 71 (12), 727-735.
- Oswley, C., Ball, K., & McGwin Jr., G. (1998). Visual processing impairment and risk of motor vehicle crash among older adults. *JAMA*, 279 (14), 1083-1088.
- Papalia, D. E., & Olds, S. W. (2000). *Desenvolvimento Humano*. São Paulo: Pioneira.
- Park, D., & Smith, A. D. (1989). Effects of age and a divided attention task presented during encoding and retrieval on memory. *Journal of Experimental Psychology: Learning, Memory and Cognition*, 15 (6), 1185-1191.
- Pesce, C., Guidetti, L., Baldari, C., Tessitore, A., & Capranica, L. (2005). Effects of aging on visual attentional focusing. *Gerontology*, 51 (4), 266-276.
- Rueda, F. J. M. (2010). *Teste de atenção dividida - TEADI*. Itatiba: Universidade São Francisco.
- Rueda, F. J. M., & Castro, N. R. (2009). Capacidade atencional: há decréscimo com o passar da idade? *Psicologia: Ciências e Profissão*, 30 (3). Disponível em <<http://pepisc.bvsalud.org/scielo.php>>.
- Rueda, F. J. M., Noronha, A. P. P., Sisto, F. F., & Bartholomeu, D. (2008). Evidência de validade de construto para o teste de atenção sustentada. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 28 (3), 498-505.
- Rueda, F. J. M., & Sisto, F. F. (2009). Evidência de validade de construto pela diferenciação das idades para o TEACO-FF. *Psicologia: Ciências e Profissão*, 30 (3). Disponível em <<http://pepisc.bvsalud.org/scielo.php>>.
- Sanchez-Gil, I. Y., & Perez-Martinez, V. T. (2008). El funcionamiento cognitivo en la vejez: atención y percepción en el adulto mayor. *Revista Cubana de Medicina General Integrada*, 24 (2), 1-7.
- Sanders, A. F. (1970). Some aspects of the selective process in the functional field of view. *Ergonomics*, 13 (1), 101-117.
- Silva, M. F. G. (1999). *Estudo comparativo sobre o desempenho em provas de memória e atenção entre mulheres pré-menstruadas, deprimidas e não deprimidas*. Dissertação de mestrado não-publicada, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.
- Sisto, F. F., Noronha, A. P. P., Lamounier, R., Bartholomeu, D., & Rueda, F. J. M. (2006). *Testes de atenção dividida e sustentada: manual*. São Paulo: Vetor Editora Psicopedagógica.
- Sternberg, R. J. (2000). *Psicologia cognitiva*. Porto Alegre: Artmed.
- Tielsch, J. M., Sommer, A., & Witt, K. (1990). The baltimore eye survey. Blindness and visual impairment in an American urban population. *Archives of Ophthalmology*, 108 (2), 286-290.
- Underwood, G. (2007). Visual attention and the transition from novice to advanced driver. *Ergonomics*, 50 (8), 1235-1249.
- Zillmer, E. A., & Spiers, M. V. (1998). *Principles of clinical neuropsychology*. Pacific Grove: Brooks/Cole.

Recebido em: 16/7/2009

Versão final reapresentada em: 15/7/2010

Aprovado em: 11/3/2011

Validação de conteúdo de cenas do teste de conhecimento tático no tênis¹

Scene content validation in a tactical knowledge test of tennis

Layla Maria Campos **ABURACHID**²

Pablo Juan **GRECO**²

Resumo

Este estudo relata a utilização sistemática do método de validade de conteúdo usado para validar cenas de vídeo de jogos de tênis. Um painel de cinco peritos avaliou as imagens em movimento através dos critérios de clareza da linguagem, pertinência prática e representatividade do item. Os resultados ilustraram como cenas de jogos de tênis em situação de tomada de decisão podem se tornar itens validados, considerando-se valores acima de 0,80. A validação das cenas teve como objetivo estabelecer itens para a criação de um teste de conhecimento tático declarativo direcionado a avaliar o nível de tomada de decisão e percepção de tenistas. A utilização de cenas que apresentam imagens de situações reais do jogo de tênis, avaliadas por um painel de juízes, mostrou-se um procedimento eficaz para delimitação das cenas, com aproveitamento de 39 das 43 cenas selecionadas para a criação do teste.

Unitermos: Julgamento. Tênis. Validade de construto.

Abstract

This study reports on the systematic content validation method used to validate scenes in tennis video games. A panel of five experts evaluated the moving images through the criteria of clarity of language, practical relevance and the representativeness of the item. The results illustrate how scenes in tennis video games, in decision-making situations, can transform into validated items, considering values above 0.80. The aim of the scene validation was to establish items to build a declarative, tactical knowledge test construct to evaluate tennis players' levels of decision making and perception. Bearing in mind that scenes represented real tennis situations, as evaluated by a panel of judges, it was shown to be an effective procedure for scene delimitation, with 39 of the 43 selected scenes being approved for the creation of the test.

Uniterms: *Julgament. Tennis. Test validity.*

A partir da década de 1980, tem-se buscado desenvolver trabalhos empíricos na área de estudos das capacidades táticas que oportunizam a melhoria dos

processos de treinamento esportivo. A percepção e a tomada de decisão, assim como outros processos cognitivos são temas de estudos que objetivam uma

▼▼▼▼▼

¹ Artigo elaborado a partir da dissertação de L.M.C. ABURACHID, intitulada "Construção e validação de um teste de conhecimento tático declarativo: processos de percepção e tomada de decisão no tênis, mar". Universidade Federal de Minas Gerais, 2009. Apoio: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (Processo nº 485989/2007-7) e a Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, pela bolsa de mestrado.

² Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de Educação Física, Programa de Pós-Graduação em Ciências do Esporte. R. Padre Nóbrega, 290, Minas Brasil, 30730-230, Belo Horizonte, MG, Brasil. Correspondência para/Correspondence to: L.M.C. ABURACHID. E-mail: <lagusmar@ig.com.br>.

melhor compreensão das suas funções e influências na ação tática de atletas, o que induz a uma verificação empírica desses construtos (McPherson & French, 1991; Raab, 2003).

No levantamento bibliográfico realizado por Costa, Garganta, Fonseca e Botelho (2002) e complementado até o ano de 2008, assim como na revisão realizada para o desenvolvimento deste trabalho, observou-se que, nos últimos 10 anos, apenas os estudos de McPherson (1999), Domingues, Arroyo, Gallego, Gonzáles e Alvarez (2006) e McPherson e Kernodle (2007) tiveram como foco os processos de percepção e tomada de decisão no tênis. É importante destacar que esses trabalhos carecem de uma menção dos procedimentos adotados para sua validação e que foram aplicados por meio de entrevistas ou com uso de *slides*. Portanto, a situação de jogo que se apresentou aos atletas estava congelada, sem movimentação dos jogadores, o que tem sido questionado em trabalhos recentes (Féry & Crognier, 2001; Tenenbaum, Sar-El & Bar-Eli, 2000; Williams, Ward, Smeeton & Allend, 2004). Tais trabalhos tratam das estratégias de percepção e antecipação no tênis, evidenciando que o treinamento desses processos cognitivos, através de simulação de vídeo, contribui para o desenvolvimento do treinamento tático em campo.

Neste estudo, imagens de jogos foram digitalizadas em computador, com o objetivo de tornar as ações do tênis apresentadas aos avaliados mais próximas da realidade ambiental. Assim, o sujeito tem a possibilidade de analisar toda a situação de jogo em sequência de tempo e espaço reais, para oportunamente escolher a melhor decisão a ser tomada na definição do ponto.

O objetivo do presente estudo foi, através do procedimento de coeficiente de validade de conteúdo, validar um número satisfatório de itens para a criação de um teste de Conhecimento Tático Declarativo (CTD) no Tênis (TCTD:Ts), que analise os processos de percepção e tomada de decisão que ocorrem no jogo. A validade de conteúdo é um tipo de validade interna realizada junto a outros procedimentos de validação, tais como, de critério e de construto que posteriormente são aplicadas para a aquisição os requisitos requeridos pela psicometria para se considerar um instrumento avaliativo. Com o intuito de aproximar a forma de apresentação dos estímulos à maneira como eles ocorrem

na realidade (Senior et al., 2000; Wrigth & Jackson, 2007), foram coletadas cenas de jogos reais, em vídeo, para posterior processo de validação por peritos.

A busca pela validação das cenas de vídeo de tênis tem como principal desafio a criação de um teste que sirva de instrumento pedagógico para o esporte e a Educação Física. O teste visa contribuir para o desenvolvimento da capacidade tática dos praticantes da modalidade e, conseqüentemente, oferecer subsídios para orientar o processo de ensino-aprendizagem de tenistas.

No âmbito esportivo, a avaliação do CTD permite compreender os mecanismos por meio dos quais o jogador declara sua forma e nível de compreensão tática do jogo. Assim, explicando-se o que o tenista irá fazer de acordo com a lógica do jogo e a meta visada, é possível organizarem-se processos de ensino-aprendizado norteadores do treinamento.

Na literatura referente à solução de problemas e tomada de decisão no esporte, destaca-se o modelo elaborado por Greco (2006) sobre a relação entre conhecimento e memória e os diferentes processos cognitivos que envolvem o comportamento tático. As informações do organismo e do ambiente de jogo, que subsidiam a tomada de decisão e a concretização das ações, são processadas em três estruturas paralelas, que se inter-relacionam e se apoiam mutuamente. A estrutura perceptiva é constituída pela tríade dos processos de percepção-antecipação-atenção. O processamento da informação se constitui pelos processos de pensamento-inteligência, os quais se relacionam e interagem com a função primária de receber-codificar e de dar significado à informação, assim formatando o processo em paralelo da tomada de decisão tática. Quando a estrutura de recepção percebe como relevante um determinado sinal, o jogador prepara-se para tomar uma decisão através dos processos do pensamento, de modo que a colaboração paralela das três estruturas formata, em uma primeira instância (Roth, 1989; 1991), "o que fazer", e, em uma segunda instância, o "como fazer", concretizando a execução do gesto técnico necessário à solução do problema situacional. O modelo pendular da ação técnico-tática apresentado destaca a importância do ensino-aprendizado, bem como do treinamento dos processos cognitivos subjacentes à ação de forma situacional, isto é, em interação com o jogo (Figura 1).

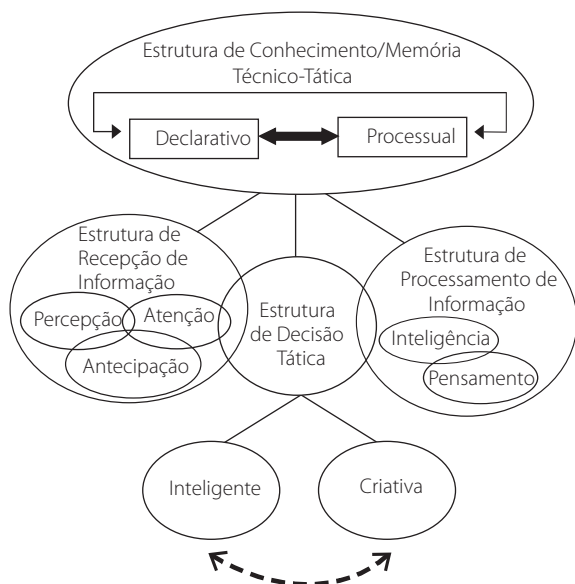


Figura 1. Modelo pendular da ação técnico-tática.

Fonte: Greco (2006).

A seguir, a primeira seção deste trabalho detalha os métodos da pesquisa e os procedimentos realizados, a segunda apresenta os resultados e a terceira descreve a discussão e conclusões, destacando o valor dos itens validados para o uso de futuras pesquisas.

Método

Procedimentos

O estudo respeitou as normas estabelecidas pelo Conselho Nacional em Saúde, tendo sido aprovado pelo Comitê de Ética da Pesquisa da UFMG, com o parecer de nº ETIC 23/08. Todos os participantes assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido e tiveram preservada a identidade, tendo ainda a liberdade de abandonar a coleta a qualquer momento.

Consolidação das cenas de vídeo

As cenas de vídeo de jogos passaram por dois processos de peritagem, com o objetivo de se encontrarem altos valores de concordância, atestando fidedignidade. O resultado do nível de concordância interavaliadores pelo Kappa apresentou valores de 0,96. Após a aplicação da *Técnica das metades* e *Prognóstico de*

Sperman Brown, o nível de concordância intra-avaliador obteve um valor de 0,99. Os resultados acima confirmaram 190 cenas com valores de concordância elevados, excluindo-se apenas duas de um total de 192 cenas. Estas foram classificadas por ações técnico-táticas de golpe de fundo, *approach*, passada e voleio. Além disso, o teste de qui-quadrado ($\chi^2 = 56,51 [p \leq 0,01]$) foi aplicado para verificar a discrepância entre os resultados observados e esperados quanto aos valores de frequência absoluta nas diferentes ações técnico-táticas executadas pelos tenistas. Mantiveram-se 92 cenas de fundo de quadra, por serem ações mais frequentes, permanecendo no rol das possíveis de serem validadas (Aburachid & Greco, 2010). Porém, em somente 43 delas as imagens apresentaram na parte inferior do vídeo o jogador que tomaria a decisão, aproximando o avaliado da semelhança de sua visão de jogo (Aburachid & Greco, 2008).

Para a validação das cenas foram seguidos os procedimentos apresentados por Hernández-Nieto (2002), através da avaliação de um painel de juízes, conforme os critérios de clareza da imagem, pertinência prática e representatividade do item. O Coeficiente de Validade de Conteúdo (CVC) mediu o grau de concordância dos juízes em cada item, e também avaliou a validade de conteúdo, preenchendo a lacuna das propriedades métricas do Kappa, por exemplo, que avalia apenas a fidedignidade e a consistência. As avaliações dos peritos foram medidas por uma escala de Likert de 5 pontos, além de lhes permitir comentários livres em cada cena.

A seguir, apresentam-se os critérios para escolha das cenas:

Clareza de imagem: foi avaliada a imagem das cenas, levando-se em conta a população de tenistas que posteriormente iria responder a ela. Perguntou-se aos peritos: As imagens estão nítidas? É possível ver nitidamente a bola, os jogadores, a rede e as linhas da quadra nas cenas?

Pertinência prática: avaliou-se a relevância da cena como forma de representação das situações para tomada de decisão no jogo de tênis. Seguiu-se a pergunta: Você acredita que estas cenas representam situações adequadas para a tomada de decisão de um jogador em um jogo de tênis?

Representatividade do item: avaliou-se o nível de demonstração dos processos cognitivos que se tinha interesse de avaliar através das cenas. Foi feita aos peritos a pergunta: Você acredita que esta cena permite a análise da tomada de decisão de um jogador e dos sinais relevantes que levam a ela?

Participaram deste estudo 5 voluntários no papel de juiz, número máximo recomendado na literatura para a validação de conteúdo. Seguindo as orientações de Balbinotti, Benetti e Terra (2006), o critério de seleção consistiu que eles não tivessem participado de nenhuma etapa da pesquisa, e, além disso, que tivessem experiência ativa de no mínimo dez anos na área. Ericsson, Charness, Feltovich e Hoffman (2006) conceituam o perito/juiz como indivíduo muito habilidoso, reconhecido em um campo específico, com um nível de perícia atingido através da prática deliberada. Para atingir esses critérios, os juizes que participaram eram treinadores de tênis que têm ou tiveram atletas juvenis com *ranking* entre os 10 primeiros colocados no circuito estadual ou nacional, ou que treinavam jogadores que competissem no cenário internacional.

Considerando que os procedimentos foram adotados conforme sugestão de Hernández-Nieto (2002), apenas foram aceitos valores de concordância $\geq 0,8$. Esse coeficiente possibilita avaliar o grau em que os itens

representam os construtos através de ações intencionais. A folha entregue aos juizes para a realização da análise do CVC encontra-se no Anexo.

Resultados

Antes da exposição dos resultados, vale apresentar a fórmula específica utilizada para se estabelecer o coeficiente de validade de conteúdo (Quadro 1).

Os resultados do CVC foram designados separadamente na Tabela 1, para cada critério de validação de conteúdo. Os resultados demonstram que todos os critérios, em seus valores totais, obtiveram nota de partida de 0,83 de Coeficiente de Validade de Conteúdo Total do Critério (CVCT), inclusive no critério de pertinência prática (CVCT de 0,91), que afere se as cenas representam situações adequadas para a tomada de decisão em um jogo de tênis.

A representatividade do item, isto é, se as cenas permitem a análise da tomada de decisão e da percepção, alcançou CVCT de 0,98 em todos os itens, apresentando altos valores de validade de conteúdo.

Finalmente, no critério de clareza da imagem, que determina a nitidez desta em relação aos objetos presentes na situação de jogo - tais como bola, jogadores, rede e linhas da quadra -, apesar de ter como

Quadro 1. Fórmula do CVC e sua descrição.

Fórmula do CVC			
1	2	3	4
$M_x = \sum x / J$	$CVCi = M_x / V_{máx}$	$CVCc = CVCi - (1/J)^j$	$CVCT = Mcvci - M(1/J)^j$
Média de cada item: soma dos valores obtidos na escala de Likert (x) pelo número de juizes (J);	CVC do item: média do item pelo valor máximo que o item pode alcançar;	CVCc: CVC do item subtraído da constante (Pei) da fórmula;	CVC total: média do CVC do item subtraído da média da constante.

Nota: CVCi: coeficiente de validade de conteúdo de cada item; CVCc - coeficiente de validade de conteúdo de cada item subtraído da constante; Pei: constante da fórmula; CVCT: coeficiente de validade de conteúdo total do critério.

Tabela 1. Resultados do CVC para todos os critérios de validação.

Critérios de validação	Itens com CVCi <0,8	Itens com CVCi $\geq 0,8$	Valor do CVCT
Pertinência prática	0	43	0,91
Representatividade do item	0	43	0,98
Clareza da imagem	4	39	0,89

Nota: CVCi: coeficiente de validade de conteúdo de cada item; CVCT: coeficiente de validade de conteúdo total do critério.

resultado um CVcT de 0,89 (5, 10, 12 e 35), apresentou quatro itens com Coeficiente de Validade de Conteúdo de cada Item Subtraído da Constante (CVCc) entre 0,71 e 0,79. Esses valores, tidos como inaceitáveis pelos procedimentos de validação de Hernández-Nieto (2002), foram definitivamente descartados.

Discussão

De acordo com a avaliação dos juízes, as cenas foram nítidas em sua maioria, pertinentes e representativas em relação à proposta de avaliação da percepção e tomada de decisão no tênis. É interessante notar que os 4 itens descartados por não obterem valores de CVC $\geq 0,80$ não se ajustaram apenas ao critério de clareza de imagem, seguindo os valores de corte dos estudos de Balbinotti et al. (2006), Hernández-Nieto (2002) e Pasquali (1999; 2007). Esses resultados sugerem que a seleção de cenas foi pertinente com a busca por uma análise mais empírica.

Para se cobrir, pelo menos, grande parte da extensão semântica do construto, Pasquali (1999) recomenda que um teste deva conter um número final de 20 itens. Para isso, a psicometria assume que se deve iniciar o processo de validação com no mínimo o triplo de itens para posterior descarte, quando não são constituídos a partir de uma teoria. Quando constituídos por uma teoria, não é necessário iniciar com mais de 10% além dos 20 itens a serem salvos. Nesse sentido este estudo apresentou um rigor desde a escolha e consolidação das cenas de vídeo, que se iniciaram com 197 imagens. Posteriormente, 43 cenas foram mantidas para processamento da validade de conteúdo e, finalmente, 39 cenas tornaram-se itens caracterizados como válidos do ponto de vista dos conteúdos, alcançando valores bem superiores aos recomendados pela literatura.

O alto número de cenas finais poderá ser utilizado em mais de uma versão do teste de conhecimento tático declarativo no tênis, já que, de acordo com o levantamento de Costa et al. (2002), um número mínimo de 6 e máximo de 13 itens são suficientes para avaliar esse tipo de construto.

Considerações Finais

Após a aplicação do CVC, foi confirmada a hipótese de validação de conteúdo, um número satisfatório

de itens para a criação de um instrumento de avaliação do conhecimento tático no tênis, o que demonstra que esse método presta-se a validar não só questionários, mas também imagens em movimento.

Assim, esse tipo de validação vem contribuir como meio pedagógico, no maior conhecimento da modalidade e do nível de desenvolvimento do CTD dos tenistas, desde os primeiros anos de competição até o nível adulto/profissional. A aplicação do teste tornará possível planificar os processos de ensino-aprendizagem-treinamento do conhecimento tático. Avaliações temporais dentro dos períodos de treinamento permitirão adequada regulação do processo de formação.

Referências

- Aburachid, L. M. C., & Greco, P. J., (2008) Ações técnico-táticas em situação de definição no tênis. *Revista Brasileira Ciência e Movimento*, 16 (4), 1-16.
- Aburachid, L. M. C., & Greco, P. J. (2010). Processos de validação de um teste de conhecimento tático declarativo no tênis. *Revista da Educação Física/UEM*, 21 (4), 603-610.
- Balbinotti, M. A., Benetti, C., & Terra, P. R. S. (2006). Translation and validation of the Graham-Harvey survey for the brazilian context. *International Journal of Managerial Finance*, 3 (1), 26-48.
- Costa, J. C., Garganta, J., Fonseca, A., & Botelho, M. (2002). Inteligência e conhecimento específico em jovens futebolistas de diferentes níveis competitivos. *Revista Portuguesa de Ciências do Desporto*, 2 (4), 7-20.
- Domínguez, A. M., Arroyo, M. P. M., Gallego, D. I., Gonzáles, L. G., & Alvarez, F. V. (2006). Estudio del conocimiento declarativo en función de la experiencia y de la edad en jugadores jóvenes de voleibol. *Cultura, Ciencia y Deporte*, 3 (5), 73-80.
- Ericsson, K. A., Charness, N., Feltovich, P. J., & Hoffman, R. R. (2006). *The Cambridge handbook of expertise and expert performance*. New York: Cambridge University Press.
- Féry, Y. A., & Crognier, L. (2001). On the tactical significance of game situations in anticipating ball trajectories in tennis. *Research Quarterly for Exercise and Sport*, 72 (2), 143-149.
- Greco, P. J. (2006). Conhecimento tático-técnico: eixo pendular da ação tática (criativa) nos jogos esportivos coletivos. *Revista Brasileira de Educação Física e Esporte*, 20 (supl 5), 210-212.
- Hernández-Nieto, R. A. (2002). *Contributions to statistical analysis*. Mérida: Universidad de Los Andes.
- McPherson, S. L. (1999). Tactical differences in problem representations and solutions in collegiate varsity and beginner female tennis players. *Research Quarterly for Exercise and Sport*, 70 (4), 369-384.

- McPherson, S. L., & French, K. E. (1991). Changes in cognitive strategies and motor skill in tennis. *Journal of Sport and Exercise Psychology, 13* (1), 26-41.
- McPherson, S. L., & Kernodle, M. (2007). Mapping two new points on the tennis expertise continuum: Tactical skills of adult advanced beginners and entry-level professionals during competition. *Journal of Sports Sciences, 25* (8), 945-959.
- Pasquali, L. (1999). *Instrumentos psicológicos: manual prático de elaboração*. Brasília: Prática Gráfica e Editora.
- Pasquali, L. (2007). Validade dos testes psicológicos: será possível reencontrar o caminho? *Psicologia: Teoria e Pesquisa, 23* (n. especial), 99-107.
- Raab, M. (2003). Decision making in sport: influence of complexity on implicit and explicit learning. *International Journal of Sport and Exercise Psychology, 1* (4), 406-433.
- Roth, K. (1989). Taktik im sportspiel. Band 69. *Bundes Institut für Sport und Sportwissenschaft*. Schorndorf, Germany: Hofmann R. F.
- Roth, K. (1991). Entscheidungsverhalten im sportspiel. *Sportwissenschaft, 21* (3), 229-246.
- Senior, C., Barnes, J., Giampietro, V., Simmons, A., Bullmore, E. T., Brammer, M., et al. (2000). The functional neuroanatomy of implicit-motion perception or 'representational momentum'. *Current Biology, 10* (1), 16-22.
- Tenenbaum, G., Sar-El, T., & Bar-Eli, M. (2000). Anticipation of ball location in low and high-skill performers: a developmental perspective. *Psychology of Sport and Exercise, 1* (2), 117-128.
- Willians, A. M., Ward, P., Smeeton, N. J., & Allend, D. (2004). Developing anticipation skills in tennis using on-court instruction: perception versus perception and action. *Journal of Applied Sport Psychology, 16* (3), 350-360.
- Wright, M. J., & Jackson, R. C. (2007). Brain regions concerned with perceptual skills in tennis: an FMRI Study. *International Journal of Psychophysiology, 63* (2), 214-220

Recebido em: 5/5/2009

Versão final reapresentada em: 27/8/2010

Aprovado em: 11/3/2011

ANEXO

ORIENTAÇÕES PARA VALIDADE DE CONTEÚDO

Perito (a), dê notas para as cenas de definição em golpe de fundo no tênis em uma escala de Likert de 1 a 5 níveis, marcando um X sobre o número que significa o seu valor após a visualização da cena. Avalie, na sua opinião especializada, cada uma das cenas, levando em conta a clareza de imagem, pertinência prática e representatividade do item do teste e o nível de compreensão dos tenistas que competem com idade a partir de 12 anos.

Significado de cada conceito:

Clareza de Imagem	As imagens estão nítidas? É possível ver nitidamente a bola, os jogadores, a rede e as linhas da quadra nas cenas?
Pertinência prática	Você acredita que estas cenas representam situações adequadas para a tomada de decisão em um jogo de tênis?
Representatividade do item	Você acredita que esta cena permite a análise da tomada de decisão e dos sinais relevantes que levam a ela?

Use, para tanto, as escalas a seguir marcando com um X sua resposta EM CADA CENA:

Escala de avaliação (Likert)		
Clareza de Imagem	Pertinência prática	Representatividade do item
5 - muitíssima	5 - muitíssima	5 - muitíssima
4 - muita	4 - muita	4 - muita
3 - média	3 - média	3 - média
2 - pouca	2 - pouca	2 - pouca
1 - pouquíssima	1 - pouquíssima	1 - pouquíssima

CENAS	Clareza de Imagem	Relevância Ecológica	Pertinência do Teste
1	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
2	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
3	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
4	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
6	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
7	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
8	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5	1 2 3 4 5
..... até a cena 43.			

Instruções aos Autores

Estudos de Psicologia é uma revista trimestral do programa de Pós-Graduação em Psicologia do Centro de Ciências da Vida da Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Fundada em 1983, é classificada na lista Qualis como A2 e está indexada nas bases de dados nacionais e internacionais SciELO, Lilacs, Latindex, Scopus, Clase, PsycINFO e Index Psi.

Tipos de trabalhos aceitos pela revista Estudos de Psicologia

Estudos de Psicologia incentiva contribuições da comunidade científica nacional e internacional, e é distribuída a leitores de todo o Brasil e de vários outros países. Para garantir a abrangência nacional e internacional dos trabalhos, objetiva-se que o número de artigos de autores de instituições do estado de São Paulo corresponda até 40% do total, e o restante destine-se preferencialmente aos trabalhos de autores de outros estados e regiões do país ou do exterior.

Aceita-se trabalhos originais de todos os tipos de pesquisas, em qualquer área da Psicologia, com objetivo de promover e divulgar o conhecimento científico e técnico nas áreas da Psicologia bem como discutir o significado de práticas tanto no campo profissional como no da pesquisa através de publicações de originais nas seguintes categorias:

- Relato de pesquisa: artigos originais baseados em dados empíricos, com no máximo vinte laudas, incluindo tabelas, figuras, quadros e referências;
- Artigo de revisão: revisão crítica da literatura sobre temas pertinentes à psicologia, levando ao questionamento de modelos existentes e à elaboração de hipóteses para futuras pesquisas, com no máximo vinte laudas, incluindo tabelas, figuras, quadros e referências;
- Artigo clínico, estudo de caso: artigos interessantes e que apresentem alguma originalidade. Deverão mostrar aspectos clínicos, laboratoriais e evolutivos de interesse, com no máximo quinze laudas, incluindo tabelas, figuras, quadros e referências.
- Comunicação: texto breve relatando pesquisa de forma sintética e opinião sobre assuntos relevantes, com no máximo dez laudas;
- Resenha: apresentação e análise crítica de livro publicado na área há, no máximo, dois anos, com o limite máximo de cinco laudas;
- Informativo: informações sobre eventos científicos, pesquisas em andamento, defesas de dissertações e teses, cursos e outros.

Responsabilidade profissional

Os autores assumem inteira responsabilidade por suas contribuições, obrigando-se ao seguimento das recomendações do Conselho Federal de Psicologia e do Conselho Nacional de Saúde.

Parecer do Comitê de Ética

Artigos resultantes de pesquisas envolvendo seres humanos deverão ser acompanhados de cópia do parecer do Comitê de Ética da Instituição de origem, ou outro credenciado junto ao Conselho

Nacional de Saúde. Além disso, deverá constar, no último parágrafo do item Método, uma clara afirmação do cumprimento dos princípios éticos.

Apreciação pelo Conselho Editorial

Os originais serão aceitos para avaliação desde que não tenham sido publicados anteriormente e que venham acompanhados de carta de encaminhamento, assinada pelos autores do trabalho, solicitando publicação na revista. O processo editorial só terá início se os manuscritos encaminhados obedecerem às condições das instruções. Caso contrário, serão devolvidos para adequação às normas, inclusão de carta ou outros documentos, antes mesmo de serem submetidos à avaliação de mérito do trabalho.

1. Avaliação de manuscritos

Os originais serão encaminhados, sem o(s) nome(s) do(s) autor(es), a dois membros do Conselho Editorial da revista Estudos de Psicologia, ou para dois consultores *ad hoc* dentre especialistas na matéria em julgamento. São necessários dois pareceres favoráveis para a aceitação final da publicação. Caso ocorra um desacordo, o original será enviado para mais um consultor, para nova avaliação.

No caso de identificação de conflito de interesses por parte dos revisores, o Comitê Editorial encaminhará o manuscrito a outro revisor *ad hoc*.

Os nomes dos autores dos pareceres emitidos serão mantidos em absoluto sigilo. Aos autores será comunicada a decisão de aceitação ou recusa do trabalho. Os trabalhos que receberem sugestões para alterações serão encaminhados aos autores para as devidas correções, com os pareceres emitidos, devendo ser devolvidos no prazo máximo de vinte dias.

A decisão final sobre a publicação ou não do manuscrito é sempre dos editores. Pequenas alterações no texto poderão ser feitas pelo Conselho Editorial da revista, de acordo com critérios e normas operacionais internas.

Provas: serão enviadas provas tipográficas aos autores para a correção de erros de impressão. As provas devem retornar ao Núcleo de Editoração na data estipulada. Outras mudanças no manuscrito original não serão aceitas nesta fase.

2. Forma de apresentação dos originais

Estudos de Psicologia adota as normas de publicação da *American Psychological Association* – APA (5ª edição, 2002). Os originais deverão ser redigidos em português, inglês, francês ou espanhol. Todos os originais deverão incluir título e resumo em português e inglês.

Todo e qualquer encaminhamento inicial à revista deverá vir acompanhado de carta assinada por todos os autores, autorizando a publicação e indicando a aceitação das normas da revista. Na declaração, deverá constar que o trabalho não foi apresentado, na íntegra, em outro veículo de informação, bem como a autorização e/ou direitos concedidos por terceiros, caso se transcreva figuras, tabelas ou trechos (mais de 200 vocábulos) editados por outros autores. Também deverá haver menção a quaisquer ligações ou acor-

dos de financiamento entre os autores e instituições que possam ter interesse na publicação do original.

Para submeter o artigo para avaliação pelo Conselho Editorial da Estudos de Psicologia, os autores deverão enviar os manuscritos impressos (em papel) para o Núcleo de Editoração da revista, em quatro vias, digitados em espaço duplo, acompanhados de cópia em disquete ou CD-ROM. O arquivo deverá ser gravado em editor de texto similar ou superior à versão 97-2003 do *Word (Windows)*. Os nomes do autor e do arquivo deverão estar indicados no rótulo do disquete ou CD-ROM.

Das quatro cópias impressa descritas no item anterior, três deverão vir sem nenhuma identificação dos autores, para que a avaliação possa ser realizada com sigilo; porém, deverão ser completas e idênticas ao original, omitindo-se apenas esta informação. É fundamental que o artigo *não contenha qualquer forma de identificação da autoria*, o que inclui referência a trabalhos anteriores do(s) autor(es), da instituição de origem etc.

O texto deverá ter de 10 a 20 laudas, em fonte Arial, tamanho 11. As folhas deverão ser numeradas a partir da página de rosto, que deverá apresentar o número 1. O papel deverá ser de tamanho A4, com formatação de margens superior e inferior (no mínimo 2,5cm), esquerda e direita (no mínimo 3cm).

- Versão reformulada

A versão reformulada deverá ser encaminhada em três cópias completas, em papel e em disquete ou CD-ROM etiquetado, indicando o número do protocolo, o número da versão, o nome dos autores e o nome do arquivo.

As modificações deverão ser destacadas em azul, juntamente com uma carta ao editor, reiterando o interesse em publicar nesta revista e informando quais alterações foram processadas no manuscrito. Se houver discordância quanto a recomendações da consultoria, o(s) autor(es) deverão apresentar os argumentos que justificam sua posição. O título e o código do manuscrito deverão ser especificados. Se o trabalho for de autoria múltipla, a carta deverá ser assinada por todos os autores. Deverá ser encaminhada, também, uma autorização para a publicação dos resumos em inglês e português, e do trabalho na íntegra para a versão *on-line* da revista Estudos de Psicologia.

3. Os trabalhos deverão apresentar os seguintes elementos, respeitando-se a ordem aqui sugerida

- Folha de rosto com identificação dos autores, contendo

- Título completo em português: Deverá ser conciso e evitar palavras desnecessárias e/ou redundantes, como "avaliação do..." "considerações acerca de..." "Um estudo exploratório sobre...";
- Sugestão de título abreviado para cabeçalho, não excedendo cinco palavras;
- Título completo em inglês, compatível com o título em português;
- Nome de cada autor, por extenso, seguido por filiação institucional. Não abreviar os prenomes;
- Todos os dados da titulação e filiação deverão ser apresentados por extenso, sem nenhuma sigla;
- Indicação dos endereços completos de todas as universidades às quais estão vinculados todos os autores;
- Indicação de endereço para correspondência com o editor para a tramitação do original, incluindo fax, telefone e endereço eletrônico;
- Se necessário, apresentar indicação de atualização de filiação institucional;

- Incluir nota de rodapé contendo apoio financeiro, agradecimentos pela colaboração de colegas e técnicos, em parágrafo não superior a três linhas. Este parágrafo deverá informar, também, sobre a origem do trabalho e outras informações que forem consideradas relevantes, por exemplo, se o trabalho foi anteriormente apresentado em evento, se é derivado de tese ou dissertação, coleta de dados efetuada em instituição distinta daquela informada como sendo a instituição de origem dos autores etc.

- Folha à parte contendo resumo em português

O resumo deverá conter o mínimo de 100 e o máximo de 150 palavras, ou seja, de cinco a dez linhas. Não é permitido o uso de siglas e citações. Deverá conter, ao final, de três a cinco palavras-chave, que descrevam exatamente o conteúdo do trabalho, de acordo com o Thesaurus da APA, a fim de facilitar a indexação do mesmo. Tais palavras deverão ser grafadas com letras maiúsculas e separadas com ponto. O resumo deverá incluir breve referência ao problema investigado, características da amostra, método usado para a coleta de dados, resultados e conclusões. Apenas a resenha dispensa resumo.

- Folha à parte contendo *abstract* em inglês

O *abstract* deverá ser compatível com o texto do resumo. Deverá seguir as mesmas normas, e vir acompanhado de *key words* compatíveis com as palavras-chave.

- Organização do trabalho

O texto de todo trabalho submetido à publicação deverá ter uma organização clara e títulos e subtítulos que facilitem a leitura. Para os relatos de pesquisa, o texto deverá, obrigatoriamente, apresentar introdução, metodologia, resultados e discussão.

- Ilustrações

Tabelas, quadros e figuras deverão ser limitados a cinco, no conjunto, e numerados consecutiva e independentemente, com algarismos arábicos, de acordo com a ordem de menção dos dados. Deverão vir em folhas individuais e separadas, com indicação de sua localização no texto. A cada um se deverá atribuir um título breve.

O autor se responsabiliza pela qualidade das figuras (desenhos, ilustrações e gráficos), que deverão permitir redução sem perda de definição, para os tamanhos de uma ou duas colunas (7 e 15cm, respectivamente), pois, não é permitido o formato paisagem. Figuras digitalizadas deverão ter extensão jpeg e resolução mínima de 300 Dpi.

As palavras **Figura, Tabela, Anexo** que aparecerem no texto deverão ser escritas com a primeira letra maiúscula e acompanhadas do número (Figuras, Tabelas e Anexos) a que se referirem. Os locais sugeridos para inserção de figuras e tabelas deverão ser indicados no texto. Os títulos deverão ser concisos. Informar o local do estudo e o ano.

A publicação de imagens coloridas será custeada pelo(s) autor(es).

Em caso de manifestação de interesse por parte do(s) autor(es), Estudos de Psicologia providenciará um orçamento dos custos envolvidos, que poderão variar de acordo com o número de imagens, sua distribuição em páginas diferentes e a publicação concomitante de material em cores por parte de outro(s) autor(es).

Uma vez apresentado ao(s) autor(es) o orçamento dos custos correspondentes ao material de seu interesse, este(s) deverá(ão) efetuar depósito bancário. As informações para o depósito serão fornecidas oportunamente.

- Referências e citações no texto

Os artigos deverão ter em torno de trinta referências, exceto no caso de artigos de revisão, que poderão apresentar em torno de cinquenta. Elas deverão ser indicadas em ordem alfabética do último sobrenome do autor principal.

Trabalhos com um único autor deverão vir antes dos trabalhos de autoria múltipla, quando o sobrenome é o mesmo. Em caso de trabalhos em que o primeiro autor seja o mesmo, mas os co-autores sejam diferentes, deverá ser assumida como critério a ordem alfabética dos sobrenomes dos co-autores.

Trabalhos com os mesmos autores deverão ser ordenados por data, vindo em primeiro lugar o mais antigo. Trabalhos com a mesma autoria e a mesma data deverão ser ordenados pelo ordem alfabética do título.

A formatação das referências deverá facilitar a tarefa de revisão e de editoração; para tal, além de espaço 1,5 entre linhas e tamanho de fonte 11, o parágrafo deverá ser normal, sem recuo e sem deslocamento das margens.

Os títulos dos periódicos deverão ser escritos por extenso. **Não serão aceitas** citações/referências de **monografias** de conclusão de curso de graduação, **de resumos** de Congressos, Simpósios, Workshops, Encontros, entre outros. Os **textos não publicados** (exemplos, aulas, entre outros deverão ser evitados). Os grifos deverão ser indicados por fonte itálica. No corpo do texto, as indicações deverão ser feitas do seguinte modo: (sobrenome(s) do(s) autor(es), ano de publicação), devendo ser estas informações coerentes com o que consta nas referências.

Nos casos em que os trabalhos citados não foram consultados na fonte (citação secundária), deverá ser citado, no corpo do texto, da seguinte maneira: (sobrenome do autor original, *apud* sobrenome do autor lido, data). Nas referências, citar apenas a obra consultada e a sua data.

Em caso de citações antigas, com novas edições da obra, a citação deverá incluir as duas datas, a original e a data da edição lida pelo autor.

As citações de artigos de autoria múltipla deverão ser feitas da seguinte forma:

- Artigo com dois autores: citar os dois autores sempre que o artigo for referido;
- Artigo com três a cinco autores: citar todos os autores na primeira aparição no texto; da segunda aparição em diante, utilizar sobrenome do primeiro autor seguido de *et al.* (e da data, caso seja a primeira citação no parágrafo);
- Artigos com seis autores ou mais: citar o sobrenome do primeiro autor seguido de *et al.* e do ano, desde a primeira aparição no texto.

No caso de **citação literal**, o trecho deverá aparecer entre aspas, com indicação, logo após o sobrenome do autor e a data, da(s) página(s) de onde foi retirado. Trechos com mais de 40 palavras deverão ser colocados em bloco separado, sem aspas e sem itálico, com recuo de cinco espaços com relação à margem esquerda.

A exatidão e a adequação das referências a trabalhos que tenham sido consultados e mencionados no texto do artigo são de responsabilidade do autor, do mesmo modo que o conteúdo dos trabalhos é de sua exclusiva responsabilidade. Todos os autores cujos trabalhos forem citados no texto deverão ser seguidos da data de publicação e listados na seção de referências. As citações e referências deverão ser feitas de acordo com as normas da APA.

Apresentamos exemplos de casos mais comuns, para orientação:

Artigo de revista científica

Simons, L. G., & Conger, R. D. (2007). Linking mother-father differences in parenting to a typology of family parenting styles and adolescent outcomes. *Journal of Family Issues*, 28 (2), 212-241.

Artigo de revista científica no prelo

Indicar, no lugar da data, que o artigo está no prelo. Incluir o nome do periódico após o título do artigo. Não referir data e números do volume, fascículo ou páginas, até que o artigo seja publicado. No texto, citar o artigo indicando que está no prelo.

Sampaio, M. I. C., & Peixoto, M. L. (no prelo). Periódicos brasileiros de psicologia indexados nas bases de dados LILACS e PsycInfo. *Boletim de Psicologia*.

Livros

Rodrigues, M. C. P., & Azzi, R. G. (2007). *Psicologia do esporte: trilhando caminhos em busca de iniciação na área*. Taubaté: Cabral.

Capítulos de livros

Schmidt, M. (2004). *Stress e religiosidade cristã*. In M. E. N. Lipp (Org.), *O stress no Brasil: pesquisas avançadas* (pp.177-186). Campinas: Papirus.

Obra antiga e reeditada em data muito posterior

Erikson, E. H. (1963). *Childhood and society* (2nd ed.), New York: Norton. (Originalmente publicado em 1950).

Citação secundária

Se o original não foi lido, citar os autores da seguinte forma: "Selye (1936, *apud* Lipp, 2001) ...". Na seção de referências, citar apenas a obra consultada (no caso, Lipp, 2001).

Teses ou dissertações não publicadas

Cusatis Neto, R. (2007). *Construção e validação da escala de estressores ocupacionais das linhas de produção*. Tese de doutorado não-publicada, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de Campinas.

Autoria institucional

World Health Organization. (2006). *WHO rapid advice guidelines on pharmacological management of humans infected with avian influenza A (H5N1) virus*. Washington, DC: Author.

Trabalho apresentado em congresso publicado em anais

Malabrís, L. E. (2006). A terapia cognitivo-comportamental frente ao stress ocupacional e a síndrome de burnout. *Anais do VI Congresso Latinoamericano de Psicoterapias Cognitivas* (Vol 1). Buenos Aires.

Material eletrônico

Artigos de periódicos

Candioto, 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 dos direitos do autor para a revista, sendo assegurada a mais ampla disseminação da informação.

- Reprodução parcial de outras publicações

Os artigos submetidos à publicação deverão evitar citações muito grandes extraídas de publicações de outros autores. Recomenda-se evitar a reprodução de tabelas, quadros ou desenhos. Quando isso acontecer, deverá vir acompanhada de permissão dos autores que detenham os direitos autorais.

LISTA DE CHECAGEM

- Declarações de responsabilidade e de transferência de direitos autorais assinadas por cada autor;

- Enviar ao editor quatro vias do original (um original e três cópias) e um disquete ou CD, etiquetado, com as seguintes informações: nomes dos autores e nome do arquivo. Na reapresentação, incluir o número do protocolo;

- Incluir título do original, em português e inglês;

- Verificar se o texto, incluindo resumos, tabelas e referências, está reproduzido com letra *Arial*, tamanho 11 e espaço duplo, e com formatação de margens superior e inferior (no mínimo 2,5cm), esquerda e direita (no mínimo 3cm);

- Incluir título abreviado, não excedendo cinco palavras, para fins de legenda em todas as páginas impressas;

- Incluir as palavras-chave;

- Incluir resumos com até 150 palavras nos dois idiomas, português e inglês, ou em francês ou espanhol nos casos em que se aplique, com termos de indexação;

- Página de rosto com as informações solicitadas;

- Incluir nome de agências financiadoras e o número do processo;

- Indicar se o artigo é baseado em tese/dissertação, colocando o título, o nome da instituição, ano de defesa e número de páginas;

- Verificar se as referências estão normalizadas segundo o estilo da APA – 5a. ed.;

- Incluir permissão de editores para reprodução de figuras ou tabelas publicadas.

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE E TRANSFERÊNCIA DE DIREITOS AUTORAIS

Cada autor deve ler e assinar os documentos: 1) Declaração de Responsabilidade e 2) Transferência de Direitos Autorais.

- Título do manuscrito:

- Nome por extenso dos autores (na mesma ordem em que aparecem no manuscrito).

- Autor responsável pelas negociações:

1. Declaração de responsabilidade

Certifico que;

- Participei da concepção do trabalho e torno pública minha responsabilidade pelo seu conteúdo;

- Não omiti quaisquer ligações ou acordos de financiamento entre os autores e companhias que possam ter interesse na publicação deste artigo;

- Trata-se de artigo original e o trabalho, em parte ou na íntegra, ou qualquer outro trabalho com conteúdo substancialmente similar, de minha autoria, não foi enviado a outra revista, e não o será enquanto sua publicação estiver sendo considerada pela Estudos de Psicologia, quer seja no formato impresso ou no eletrônico.

Assinatura do(s) autores(s) Data ____/____/____

2. Transferência de Direitos Autorais

Declaro que, em caso de aceitação do artigo, a revista Estudos de Psicologia passa a ter os direitos autorais a ele referentes, que se tornarão propriedade exclusiva da revista, sendo vedada qualquer reprodução, total ou parcial, em qualquer outra parte ou meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem que a prévia e necessária autorização seja solicitada e, se obtida, farei constar o competente agradecimento à revista.

Assinatura do(s) autores(s) Data ____/____/____

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

Núcleo de Editoração SBI/CCV - Campus II

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

Fone/Fax: +55-19-3343-6875

E-mail: sbi.nerevistas@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

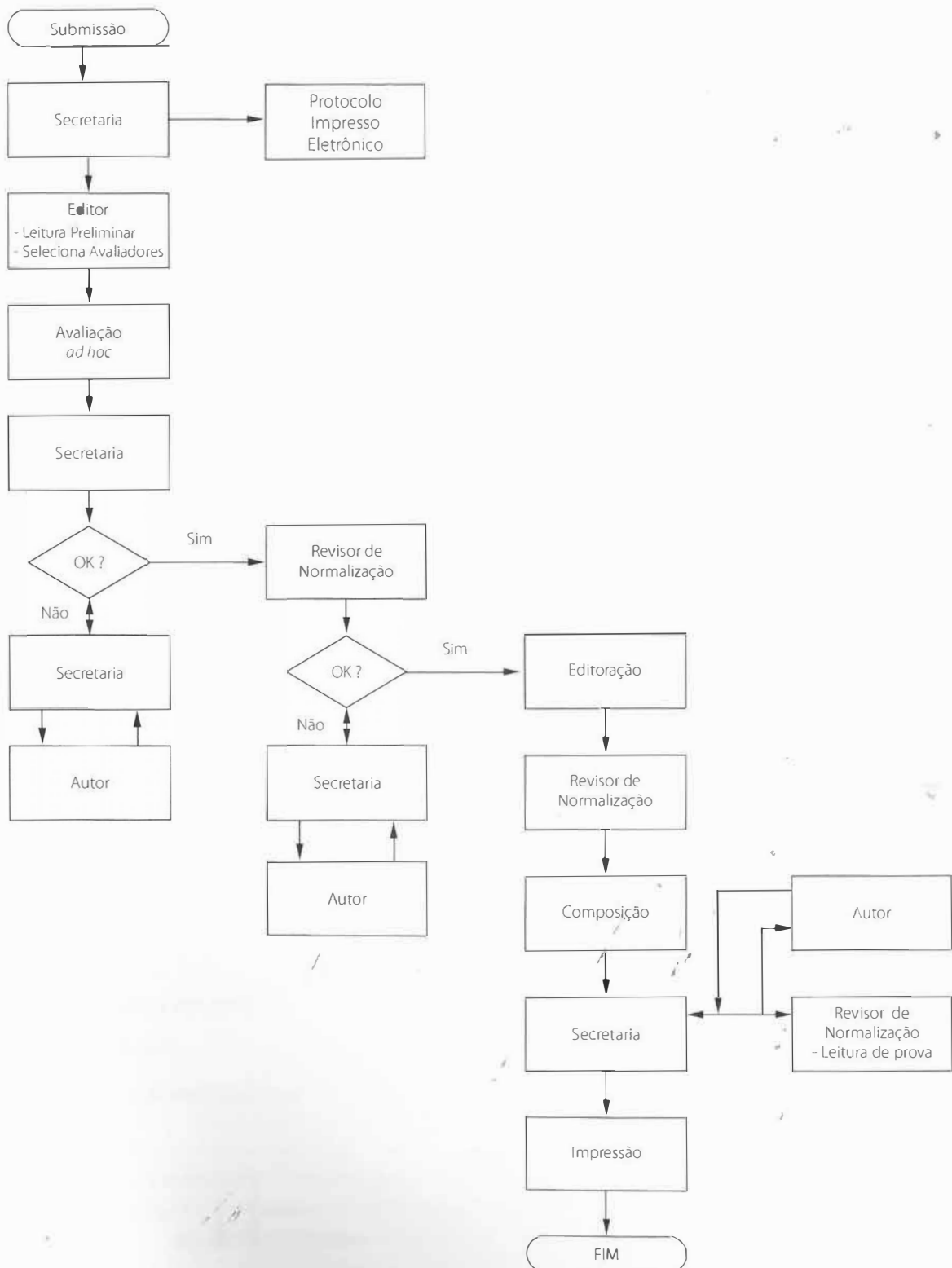
Av. John Boyd Dunlop, s/n. - Prédio de Odontologia - Jd. Ipaussurama - 13060-904 - Campinas, SP, Brazil

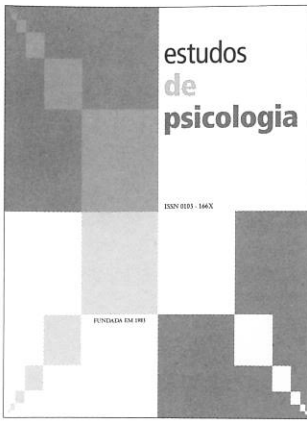
Fone/Fax: +55-19-3343-6875

E-mail: sbi.nerevistas@puc-campinas.edu.br

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

Fluxograma de Artigos





Prezado leitor,

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

<input type="checkbox"/> ASSINATURA	<input type="checkbox"/> RENOVAÇÃO							
<input type="checkbox"/> Volume 22 (2005)	<input type="checkbox"/> Pessoas Físicas	R\$ 40,00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Institucional	R\$ 50,00	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Volume 23 (2006)	<input type="checkbox"/> Pessoas Físicas	R\$ 40,00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Institucional	R\$ 50,00	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Volume 24 (2007)	<input type="checkbox"/> Pessoas Físicas	R\$ 40,00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Institucional	R\$ 80,00	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Volume 25 (2008)	<input type="checkbox"/> Pessoas Físicas	R\$ 70,00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Institucional	R\$ 120,00	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Volume 26 (2009)	<input type="checkbox"/> Pessoas Físicas	R\$ 80,00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Institucional	R\$ 130,00	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Volume 27 (2010)	<input type="checkbox"/> Pessoas Físicas	R\$ 90,00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Institucional	R\$ 200,00	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Volume 28 (2011)	<input type="checkbox"/> Pessoas Físicas	R\$ 90,00	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Institucional	R\$ 250,00	<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: sbi.neassinaturas@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 Pranic

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. Vera Lúcia Trevisan de Souza

Estudos de Psicologia

Com capa impressa no papel supremo 250g/m² e miolo no papel couchê fosco 90g/m²

Capa / Cover

Suely de Castro Mello
BBox Design

Miolo

Katia Harumi Terasaka,

Editoração eletrônica / DTP

Beccari Propaganda e Marketing

Impressão / Printing

Hortograph Produções Gráficas

Tiragem / Edition

1000

Distribuição / Distribution

Sistema de Bibliotecas e Informação da PUC-Campinas - Serviço de Publicação, Divulgação e Intercâmbio

artigos/articles

Stress e trabalho docente na área de saúde

Stress and university teaching in the health sector

| Maria das Graças Marrocos de Oliveira | Cármen Lúcia Cardoso

Cognição e hipertensão: influência da escolaridade

Cognition and hypertension: the influence of schooling

| Eliane Ferreira Carvalho Banhato | Danielle Viveiros Guedes

Aplicações do método fenomenológico à pesquisa em psicologia: tradições e tendências

Applying the phenomenological method to psychology research: traditions and trends

| Thiago Gomes DeCastro | William Barbosa Gomes

Saúde mental e diferentes horários de trabalho para operadores de petróleo

Mental health and different work shifts for oil industry workers

| Silvânia da Cruz Barbosa | Livia de Oliveira Borges

A experiência da maternidade em uma família homoafetiva feminina

The experience of motherhood in a female same-sex parenting family

| Ana Laura Moraes Martinez | Valéria Barbieri

Qualidade de vida e transplante de células-tronco hematopoéticas alogênicas: um estudo longitudinal

Quality of life following allogeneic, hematopoietic stem cell transplantation: a longitudinal study

| Aline Bicalho Matias | Érika Arantes de Oliveira-Cardoso | Ana Paula Mastropietro | Júlio César Voltarelli

| Manoel Antônio dos Santos

Identificação dos níveis de stress em equipe de atendimento pré-hospitalar móvel

Identification of the levels of stress in a pre-hospital mobile care team

| Sandra Soares Mendes | Luciane Ruiz Carmona Ferreira | Milva Maria Figueiredo De Martino

Clima organizacional e atividades de prevenção ao uso de risco de álcool

Organizational climate and alcohol risk prevention

| Erica Cruvinel | Telmo Mota Ronzani

Violência contra a mulher: levantamento dos casos atendidos no setor de psicologia de uma delegacia para a mulher

Violence against women: survey of the cases seen in the psychology service at a women's police station

| Lila Maria Gadoni-Costa | Ana Paula Noronha Zucatti | Débora Dalbosco Dell'aglio

Programa de reabilitação neuropsicológica da memória aplicada à demência: um estudo não controlado intrassujeitos

Neuropsychological rehabilitation of memory applied to dementia: an intra-subject non-controlled study

| Sérgio Leme Da-Silva | Danilo Assis Pereira | Fabrício Veloso | Corina Elizabeth Satler | Adriana Arantes

| Renato Maia Guimarães

Plantão psicológico no Brasil (1997-2009): saberes e práticas compartilhadas

Emergency psychological services in Brazil (1997-2009): shared knowledge and practices

| Bianca Nascimento de Souza | Airle Miranda de Souza

Desempenho no teste de atenção dividida como resultado da idade das pessoas

Performance in the divided attention test as a function of people's age

| Fabián Javier Marín Rueda

Validação de conteúdo de cenas do teste de conhecimento tático no tênis

Scene content validation in a tactical knowledge test of tennis

| Layla Maria Campos Aburachid | Pablo Juan Greco

Controle da ansiedade materna de bebê pré-termo via contato lúdico-gráfico

Control of maternal anxiety in respect of pre-term babies using drawing game intervention

| Rosely Aparecida Prandi Perrone | Vera Barros de Oliveira