

estudos de psicologia

Volume 22
Número 2
Abril/Junho 2005

ISSN 0103 - 166X

FUNDADA EM 1984

Editora Chefe / Editor-in-Chief

Profa. Dra. Marilda Emmanuel Novaes Lipp (PUC-Campinas)

Editores Associados / Associate Editors

Profa. Dra. Josiane Maria de Freitas Tonelotto (PUC-Campinas)

Profa. Dra. Tania Maria José Aiello Vaisberg (PUC-Campinas)

Editora Financeira / Financial Editor

Profa. Dra. Maria Helena Mourão Alves de Oliveira (PUC-Campinas)

Editor Gerente / Manager Editor

Profa. Maria Cristina Matoso (SBI-PUC-Campinas)

Conselho Editorial / Editorial Board

André Sirota (Université de Paris X – Nanterre - France)

Charles Spielberger (University of South Florida - USA)

Denise Defey (Universidad de la República - Uruguay)

Denise R. Bandeira (UFRGS)

Francisco Lotuffo Neto (USP)

George Everly (Johns Hopkins University - USA)

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

José V. Raposo (Universidade Trás-os Montes e Alto Douro - Portugal)

Leandro Almeida (Universidade do Minho - Portugal)

Lúcia Emmanuel Novaes Malagris (UFRJ)

Maria A. Mattos (USP)

Maria M. Hübner (MacKenzie)

Nilson G. Vieira Filho (UFPE)

Sheva Maia Nóbrega (UFPE)

Suely S. Guimarães (UnB)

Vicente E. Cabalho (Universidad de Granada - España)

William B. Gomes (UFRGS)

Equipe Técnica / Technical Group

Normalização e Indexação / *Standardization and Indexing*

Maria Cristina Matoso

Revisão de Texto / *Text revision*

Ana Carolina de Queiroz Cabral (Inglês / *English*)

Maria Cecília Abramides Testa (Português / *Portuguese*)

Editoração Eletrônica / *DTP*

Fátima Cristina de Camargo

Apoio Administrativo / *Administrative Support*

Divana A. J. Espírito Santo

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.

Copyright © Estudos de Psicologia

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, nas categorias revisão de literatura, artigo clínico, estudo de caso, estudo sobre testes psicológicos e relato de pesquisa, comunicação breve, resenha, resumo de teses e dissertações.

COLABORAÇÕES / CONTRIBUTIONS

Os manuscritos (um original e duas 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 two 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: assinaturascv@puc-campinas.edu.br

Annual: Pessoas físicas: R\$40,00

Institucional: R\$50,00

Aceita-se permuta

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

Annual: Individual rate: R\$40,00

Institutional rate: R\$50,00

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. - Bloco B-39 - Jd. Ipaussurama
13060-904 - Campinas, SP, Brasil.

Fone +55-19-3729-8349/8674 Fax +55-19-3729-8576

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

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

INDEXAÇÃO / INDEXING

LILACS, CLASE, PsycINFO e Index Psi Periódicos (BVS-Psi):

www.bvs-psi.org.br

Lista Qualis: A Nacional

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.

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.22 n. 2 abr./jun. 2005

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

- 111 Comportamento assertivo e sua relação com ansiedade, locus de controle e auto-estima em estudantes universitários**
Assertive behavior and its relation to anxiety, locus of control and self esteem in undergraduate students
| Marina Bandeira | Maria Amélia Cesari Quaglia | Lívia da Silva Bachetti | Tatiana Lourençoni Ferreira | Grasiela Gomide de Souza
- 123 Atitudes de adultos com deficiência física frente ao idoso, à velhice pessoal e a pessoas com deficiência física**
Physically disabled adults's attitudes toward elderly people, personal old age, and other physically disabled persons
| Marineia Crosara de Resende | Anita Liberalesso Neri
- 133 Psicoterapia de casal na pós-modernidade: rupturas e possibilidades**
Couple psychotherapy in post-modernity: changes and possibilities
| Orestes Diniz Neto | Terezinha Féres-Carneiro
- 143 A experiência da maternidade no contexto da depressão materna no final do primeiro ano de vida do bebê**
The motherhood experience in the maternal depression context at the end of infant's first year of life
| Daniela Delias de Sousa Schwengber | Cesar Augusto Piccinini
- 157 Parando de beber: estágios de mudança vividos por ex-alcoólistas**
Drinking cessation: ex-alcoholic change stages and experiences
| Sheila Giardini Murta | Bartholomeu Torres Tróccoli
- 167 Comunidades terapêuticas como forma de tratamento para a dependência de substâncias psicoativas**
Therapeutic communities as an alternative to the psychoactive substances dependency treatment
| Nathalí Di Martino Sabino | Sílvia de Oliveira Santos Cazenave
- 175 O reencontro com a identidade de gênero: contribuições da visão sistêmica novo-paradigmática e do psicodrama infantil**
The gender identity re-encounter: infant psychodrama and new systemic view contributions
| Maria Ivone Marchi Costa | Maria Regina Corrêa Lopes Vanin
- 187 Práticas educativas como forma de predição de problemas de comportamento e competência social**
Educational practices as behavior and social competence problems predicting issues
| Caroline Guisantes De Salvo | Edwiges Ferreira de Matos Silveiras | Plínio Marco de Toni

- 197 **Ser profissional de saúde em uma unidade neonatal de alto e médio risco: o visível e o invisível**
Being a neonatal high and medium risk level unit professional: the visible and the invisible aspects
| Claudia Egypto Machado | Maria Salete Bessa Jorge
- 205 **O papel dos avós na maternidade adolescente**
The grandparent's role in adolescent's maternity
| Deusivania Vieira da Silva Falcão | Nádia Maria Ribeiro Salomão
- 213 **Instruções aos autores** Instructions to authors

Comportamento assertivo e sua relação com ansiedade, *locus* de controle e auto-estima em estudantes universitários

Assertive behavior and its relation to anxiety, locus of control and self esteem in undergraduate students

Marina **BANDEIRA**¹

Maria Amélia Cesari **QUAGLIA**¹

Lívia da Silva **BACHETTI**¹

Tatiana Lourençoni **FERREIRA**¹

Grasiela Gomide de **SOUZA**¹

Resumo

Foram estudados o comportamento assertivo e sua relação com ansiedade, *locus* de controle e auto-estima. Participou da pesquisa uma amostra aleatória de 135 universitários, de ambos os sexos, com idade média de 25 anos. Foram aplicadas as escalas de assertividade de Rathus, *locus* de controle de Levenson, auto-estima de Dela Coleta e a escala de ansiedade IDATE-traço. Os resultados indicaram que os estudantes da área de ciências exatas apresentaram escores mais elevados de assertividade e de auto-estima e escores menos elevados de ansiedade do que os de ciências humanas. Não houve diferença significativa de gênero. Os resultados mostraram uma correlação positiva significativa entre os escores de assertividade e o grau de internalidade ($r=0,23$) e de auto-estima ($r=0,54$). Constatou-se ainda uma correlação negativa significativa entre assertividade e grau de ansiedade ($r=-0,55$). Esses resultados confirmam dados da literatura, indicando que o comportamento assertivo está relacionado à baixa ansiedade e à alta internalidade e à alta auto-estima, com implicações para o treinamento do comportamento assertivo.

Palavras-chave: ansiedade; auto-estima; comportamento assertivo; *locus* de controle.

Abstract

The assertive behavior and its relation to the anxiety, locus of control and self esteem have been evaluated. This study sample was random by selected and composed by 135 undergraduate students, 25 years old in average, male or female. The subjects had filled in the following scales: Rathus' assertive scale, Levenson's locus of control scale, IDATE-trace anxiety scale and Dela Coleta self esteem scale. Results have indicated that students from Science area presented higher assertiveness and self esteem scores, and lower anxiety scores than students from Social Sciences. No gender differences were observed. Results showed that the assertive behavior was positively correlated with internal locus of control ($r=0.23$) and positive self esteem ($r=0.54$). It was also obtained a significant negative correlation between assertiveness and anxiety ($r=0.055$). These results replicated data from other researches, indicating the importance of a low level of anxiety and high level of internality and self esteem for assertive behavior and its implication for social skills training.

Key words: anxiety; self esteem; assertive behavior; locus of control.



¹ Laboratório de Pesquisa em Saúde Mental, Universidade Federal de São João del Rei. Praça Dom Helvécio, 74, Salas 2.06 e 2.10, Bairro Dom Bosco, 36301-160, São João del Rei, MG, Brasil. Correspondência para/Correspondence to: M. BANDEIRA. E-mail: <bandeira@ufsj.edu.br>.

O conceito de assertividade, compreendido como uma subárea das habilidades sociais, envolve a afirmação dos próprios direitos e a expressão de pensamentos, sentimentos e crenças de maneira direta, honesta e apropriada, de modo a não violar o direito das outras pessoas (Lange & Jakubowski, 1978). Tem sido estudado o papel de diversas variáveis em relação ao desempenho social, em particular o comportamento assertivo, tais como ansiedade, auto-estima e *locus* de controle, em uma tentativa de explicar as dificuldades apresentadas pelas pessoas em situações sociais.

Um dos modelos que explicam os déficits de desempenho social desenvolveu-se a partir das pesquisas de Wolpe (1958) sobre a neurose experimental com animais, baseando-se no paradigma do condicionamento respondente ou clássico (Del Prette & Del Prette, 1999). Segundo esse modelo, conhecido como a teoria da inibição recíproca, os déficits de desempenho social, em particular a assertividade, poderiam ser explicados pelo efeito inibidor da ansiedade. Essa explicação se baseou no princípio fisiológico segundo o qual respostas antagônicas não poderiam ser emitidas simultaneamente (Wolpe, 1981). Uma das respostas que demonstrou ser competitiva com a assertividade foi a ansiedade. Segundo esse modelo, há um déficit de desempenho social quando situações sociais previamente emparelhadas com estímulos aversivos eliciam ansiedade no indivíduo, inibindo as respostas assertivas (Del Prette & Del Prette, 1999). Esse modelo derivou a hipótese de que haveria uma correlação negativa entre a assertividade e a ansiedade, o que tem sido confirmado por diversas pesquisas. Por exemplo, Orenstein, Orenstein e Carr (1975), comparando três grupos de sujeitos com diferentes graus de assertividade, segundo seus escores na escala de Rathus (1973), mostraram que a assertividade relacionou-se inversa e significativamente com as variáveis neuroticismo, ansiedade-traço e ansiedade interpessoal, para ambos os sexos. Pachman e Foy (1978) observaram igualmente que a ansiedade era incompatível com o comportamento assertivo, em uma pesquisa com uma amostra de 55 pacientes alcoolistas do sexo masculino, utilizando a observação do comportamento em situações de desempenho de papéis para avaliar o grau de assertividade.

Anderson (1997) observou também, em situações de desempenho de papéis, que sujeitos com maior grau de ansiedade, medida através de escalas, apresentavam um desempenho interpessoal inferior em termos de comportamentos assertivos verbais e não-verbais, tanto em situações de alto quanto de baixo nível de avaliação por outras pessoas. Na pesquisa de Creed e Funder (1998), com uma amostra de 149 estudantes universitários de ambos os sexos, também foi constatada essa mesma relação inversa, uma vez que os indivíduos socialmente ansiosos se avaliavam e eram avaliados pelos seus pares como inassertivos, além de apresentarem um déficit de habilidades sociais em interações sociais através de desempenho de papéis, comparativamente aos sujeitos não ansiosos.

Halford e Foddy (1982), estudando uma amostra de 45 universitários, constataram igualmente que sujeitos altamente ansiosos se auto-avaliavam e eram avaliados por juízes como menos assertivos do que os sujeitos com grau moderado e baixo de ansiedade, em situações de desempenho de papéis, além de apresentarem mais cognições associadas às reações negativas dos outros.

Segundo Schwartz e Gottman (1976), o principal déficit dos indivíduos inassertivos se situa no nível cognitivo. Em sua pesquisa, os sujeitos que haviam apresentado baixa assertividade, em situações de desempenho de papéis, relataram sentir um maior grau de tensão e possuir mais auto-avaliações negativas do que os sujeitos com moderada e alta assertividade, apesar de não haver diferenças entre eles quanto ao nível de ativação fisiológica e conhecimento do comportamento adequado a ser emitido. Os autores destacaram a importância da interpretação que os sujeitos fizeram a respeito das suas próprias reações fisiológicas. Tomaka (1999) constatou igualmente que sujeitos com baixo grau de assertividade apresentavam respostas cognitivas e fisiológicas diferentes de sujeitos com alto grau de assertividade, frente a situações estressantes de falar em público de improviso. Os mais assertivos consideraram essa situação como um desafio e relataram menos stress e mais emoções positivas, enquanto que os menos assertivos consideraram a situação como uma ameaça e relataram mais stress e mais emoções negativas.

Tentando explicar a relação entre ansiedade e assertividade, Kremer, Bringle e Cave (1980) investigaram o papel do medo do conflito interpessoal, comparando dois grupos de trinta estudantes universitárias com escores altos e baixos em assertividade, diante de situações experimentais com alto e baixo nível de conflito. Os resultados mostraram que os sujeitos inassertivos apresentaram diminuição de ansiedade somente nas situações em que não foi confirmado o conflito esperado, enquanto que nas situações de alto conflito eles se mantiveram ansiosos, indicando assim a importância do medo do conflito como variável explicativa da ansiedade. Os sujeitos assertivos, por outro lado, se mantiveram com baixa ansiedade no decorrer das situações, independentemente do grau de conflito presente.

Uma relação inversa se observa igualmente entre a ansiedade e o desempenho social, em geral. Por exemplo, na pesquisa longitudinal de Strahan (2002), foram estudadas a ansiedade social, as habilidades sociais e o desempenho acadêmico de estudantes universitários. Os estudantes com ansiedade social apresentaram dificuldades significativamente maiores nas três áreas de habilidades sociais avaliadas: a capacidade verbal de se expressar socialmente, a sensibilidade social, que envolvia a habilidade de interpretar adequadamente a comunicação verbal dos outros, e controle social, que se referia à auto-apresentação e ao desempenho de papéis. Uma correlação negativa significativa entre habilidades sociais e grau de ansiedade social também foi encontrada na pesquisa de Riggio, Throckmorton e DePaola (1990), com uma amostra de 121 estudantes universitários avaliados através de escalas de auto-relato. No caso particular da fobia social, Stopa e Clark (1993) também observaram uma relação inversa entre grau de ansiedade e o desempenho social, comparando três grupos: fóbicos sociais, indivíduos ansiosos e um grupo-controle. Os sujeitos fóbicos apresentaram um desempenho social inferior aos outros grupos, bem como pensamentos auto-avaliativos negativos em situações de conversação.

O desempenho social e o comportamento assertivo têm sido relacionados também a uma outra

variável: que consiste no *locus* de controle. Trata-se de um construto que diz respeito a uma tendência relativamente estável das pessoas em explicar a causalidade dos eventos que ocorrem em suas vidas em termos de um contínuo entre internalidade e externalidade. Internalidade se refere a explicações em que o sujeito percebe a fonte de controle dos eventos de sua vida como de sua própria responsabilidade. Externalidade envolve explicações nas quais a fonte de controle dos eventos está localizada fora do sujeito (Dela Coleta, 1979; Dela Coleta, 1987). Esse construto tem sido avaliado através da escala de Rotter (1966) e da escala de Levenson (1973).

Algumas pesquisas têm constatado que o *locus* de controle interno estaria positivamente relacionado ao comportamento assertivo. Por exemplo, Appelbaum e Tuma (1975), em um estudo com 158 universitários de ambos os sexos, investigaram a relação entre *locus* de controle, desejabilidade social e assertividade, avaliada por meio de três escalas. Foi obtida uma correlação positiva significativa entre a assertividade e o *locus* de controle interno. Indivíduos com atribuição interna de causalidade relataram mais comportamentos assertivos do que aqueles com orientação externa, independentemente do grau de desejabilidade social. Do mesmo modo, Williams e Stout (1985) também observaram uma relação significativa entre assertividade, *locus* de controle e stress a partir de uma amostra de 78 universitários, comparando sujeitos com altos e baixos escores de assertividade. Os autores constataram que os indivíduos mais assertivos eram mais orientados internamente e apresentavam menor frequência de sintomas de doenças relacionadas ao stress do que os indivíduos com um índice baixo de assertividade.

Molinari e Khanna (1981) colocaram em destaque a relação entre internalidade e bem-estar psicológico, uma vez que os indivíduos internos teriam uma atitude mais ativa e mais responsável em relação aos eventos de sua vida, seriam mais capazes de retardar as gratificações e de usar estratégias cognitivas eficazes, podendo assim apresentar uma tendência menor de desenvolver distúrbios psicopatológicos. É possível que a internalidade se relacione particularmente com o comportamento assertivo e menos com as habilidades

sociais em geral, pois na pesquisa de Riggio et al. (1990), por exemplo, não foi encontrada correlação significativa entre *locus* de controle e habilidades sociais em geral, tal como avaliada por escalas de auto-relato.

A auto-estima tem sido igualmente relacionada com o desempenho social, uma vez que ela pode influenciar a expectativa que as pessoas possuem sobre o resultado de seu próprio desempenho. Essa expectativa, por sua vez, tem sido considerada uma variável importante para o desempenho social, em particular do comportamento assertivo (Del Prette & Del Prette, 1999). O conceito de auto-estima relaciona-se com uma tendência relativamente estável de sentir-se bem ou mal a respeito de si mesmo. A relação entre auto-estima e desempenho social foi investigada na pesquisa de Riggio et al. (1990), com uma amostra de 121 estudantes universitários, de ambos os sexos, avaliados através de escalas de auto-relato. Observou-se uma correlação positiva significativa entre as habilidades sociais e o grau de auto-estima. Esse mesmo resultado foi obtido em uma outra pesquisa (Riggio, Watring & Throckmorton, 1993), com uma amostra de 136 estudantes universitários, usando escalas de auto-relato. Essas variáveis foram também preditivas de maior suporte social, maior satisfação com a vida acadêmica e com a vida em geral e menor percepção de solidão. A auto-estima pode afetar também o desempenho social das pessoas ao responderem ao *feedback* dos outros. Por exemplo, Kernis, Cornell, Sun, Berry e Harlow (1993), em um estudo com 125 universitários, observaram que indivíduos com alto grau de auto-estima aceitavam melhor o *feedback* positivo dos outros do que os indivíduos com baixa auto-estima. Ao contrário, os indivíduos com baixa auto-estima aceitavam melhor o *feedback* negativo dos outros do que os indivíduos com alta auto-estima.

Embora haja evidências na literatura internacional de que as variáveis de ansiedade, *locus* de controle interno e auto-estima estejam relacionadas com o comportamento assertivo, não foram encontradas pesquisas sobre esse tema no contexto brasileiro. O objetivo do presente trabalho consiste em preencher essa lacuna, investigando se o comportamento assertivo está relacionado com

menor grau de ansiedade, maior grau de internalidade e maior auto-estima.

Método

Foram selecionados aleatoriamente quinze estudantes universitários matriculados nos dois últimos anos de cada um de nove cursos, do turno noturno, da Universidade Federal de São João del Rei. Os sujeitos estavam regularmente matriculados nos cursos de Administração, Ciências, Economia, Engenharia Industrial Elétrica, Engenharia Industrial Mecânica, Filosofia, Letras, Pedagogia e Psicologia. Os sujeitos foram selecionados a partir da lista de alunos incluídos nos diários de classe de cada curso. Partindo-se dessas listas, os sujeitos foram selecionados ao acaso, por meio de sorteio, o que caracterizou uma amostra aleatória simples.

Do total da amostra, 75 alunos pertenciam aos cursos da área de Ciências Exatas e 60 aos cursos da área de Ciências Humanas. A amostra consistiu de 135 sujeitos, na faixa etária entre 21 e 44 anos, com idade média de 25,49 anos ($dp=4,55$), sendo 82 sujeitos do sexo masculino e 53 do sexo feminino.

Instrumentos de medida

Escala de assertividade: O grau de assertividade dos sujeitos foi medido através da escala de assertividade de Rathus (RAS) (Rathus, 1973). Trata-se de um instrumento de auto-avaliação, composto de 30 questões que medem o comportamento assertivo em situações sociais. Os sujeitos devem optar por uma dentre seis alternativas de resposta, dispostas em uma escala que se estende de "Extremamente parecido comigo" (+3) a "Extremamente diferente de mim" (-3).

A escala original foi traduzida e adaptada para o Brasil por Pasquali e Gouveia (1990), utilizando-se dois tradutores bilingües e uma avaliação semântica dos itens para avaliar sua compreensão. Foi feito um estudo de validação da escala para o contexto brasileiro, utilizando-se uma amostra de 302 estudantes secundaristas e universitários, de ambos os sexos, da faixa etária entre 12 e 52 anos. Foi verificada a sua validade através da análise fatorial, que indicou a presença de um fator nomeado inibição-desinibição.

Para testar a fidedignidade do instrumento, os autores utilizaram a análise estatística Alpha de Cronbach, tendo sido obtido um valor de alfa de 0,81, indicando assim uma adequada consistência interna dos itens da versão brasileira da escala RAS.

Inventário de locus de controle de Levenson: Este instrumento foi utilizado para avaliar o tipo de atribuição dos sujeitos para explicar as causas dos eventos de sua vida (Dela Coleta, 1987). Trata-se de um instrumento de auto-avaliação, composto de 24 itens em que o sujeito deve optar entre alternativas de atribuição interna ou externa. O sujeito apresenta maior grau de *locus* de controle interno quando se percebe como causador e controlador dos eventos. Ao contrário, apresenta maior grau de *locus* de controle externo quando percebe que forças externas dominam e controlam os eventos de sua vida. O inventário é dividido em três escalas, cada uma delas compostas de oito questões. A escala 1 se refere a causas internas, a escala P se refere ao efeito contro-lador de pessoas poderosas e a escala C se refere a fatores do acaso. Quanto maior o escore obtido pelo sujeito em uma dessas escalas, mais próxima a crença do sujeito naquela fonte como controladora dos eventos de sua vida. Trata-se de escalas tipo Likert, em que os sujeitos devem optar por uma entre cinco alternativas, que se dispõem entre “Concordo totalmente” (1) e “Discordo totalmente” (5).

O inventário de *locus* de controle de Levenson foi traduzido e validado para o contexto brasileiro por Dela Coleta (1987). O instrumento foi aplicado em três amostras compostas por 188 estudantes universitários, 387 estudantes secundários e 100 adultos. Para verificar a validade discriminante da escala, utilizou-se a análise de variância, obtendo-se diferenças significativas entre os três grupos de indivíduos na escala P ($F=11,6$, $p<0,01$) e na escala C ($F=18,86$, $p<0,01$). A escala da internalidade não apresentou diferenças significativas entre os grupos. A consistência interna da escala brasileira foi verificada através da correlação entre os escores dos itens pares e ímpares, tendo-se obtido um coeficiente de correlação significativo para cada subescala. O coeficiente Alpha de Cronbach foi também utilizado para verificar a consistência interna do instrumento, obtendo-se os valores de alpha de 0,50, 0,62 e 0,63, respectivamente, para as escalas I, P e

C. Além disso, a escala brasileira apresenta itens com alto poder discriminativo, indicado pela diferença significativa encontrada entre os 25% de sujeitos com os escores superiores e os 25% de escores inferiores. Esses resultados confirmam as propriedades psicométricas adequadas da escala brasileira.

Escala de auto-estima: O grau de auto-estima dos estudantes universitários foi avaliado pela escala de auto-estima construída por Dela Coleta (1980). Trata-se de uma medida unidimensional da auto-estima, que possui quinze afirmações sobre as avaliações que o sujeito faz sobre si mesmo. Para cada afirmação, o sujeito escolhe uma dentre duas opções: concordo (C), ou discordo (D). O grau de auto-estima é fornecido através de um gabarito, que atribui um ponto para cada resposta em acordo e zero ponto para cada resposta em desacordo. A pontuação máxima é de quinze pontos e a mínima é de zero ponto.

Essa escala foi construída a partir dos itens de outras escalas utilizadas na literatura da área. A qualidade discriminativa dos itens da escala foi considerada adequada, pois a grande maioria apresentou altos coeficientes de correlação com os escores obtidos na escala como um todo. Os quinze itens com maiores escores de correlação foram selecionados para compor o instrumento de medida. Foi construída uma segunda versão do instrumento de medida, contendo alternativas de resposta dispostas em uma escala tipo Likert de cinco níveis. Para verificar a consistência interna dessa segunda versão, o instrumento foi aplicado em 258 vestibulandos, tendo sido feita a análise dos resultados através do coeficiente Alpha de Cronbach, que indicou uma adequada consistência interna, com o valor de alfa de 0,82.

Inventário de ansiedade traço-estado: A ansiedade foi medida através do inventário de ansiedade traço-estado (IDATE) (Spielberger, Gorsuch & Lushene, 1970). O IDATE é um inventário de auto-avaliação utilizado para medir o estado e o traço de ansiedade. Na presente pesquisa foram utilizados apenas os vinte itens referentes ao traço de ansiedade, já que se refere a características não transitórias da personalidade do indivíduo. As questões do inventário apresentam quatro alternativas de resposta, de 1 (quase nunca) a 4 (quase sempre).

O IDATE foi traduzido, adaptado e validado para o Brasil por Biaggio e Natalício (1979). Foi avaliada a consistência interna da versão brasileira da escala através do coeficiente alpha de Cronbach, tendo sido obtidos os valores de alfa de 0,93 para o sexo masculino e 0,87 para o sexo feminino, na escala ansiedade-traço. Além disso, com exceção do item 6, todas as correlações item-total para a escala ansiedade-traço variaram de 0,47 a 0,83 na amostra total (Biaggio & Natalício, 1979).

A estabilidade temporal do instrumento foi adequada, pois se obteve um coeficiente de correlação de 0,83 entre os escores do teste e do reteste para a escala ansiedade-traço. A validade concorrente da versão brasileira foi obtida através dos dados de sujeitos bilingües, que fizeram o teste na forma em português e em inglês, tendo sido obtida uma correlação de 0,77 para a escala de ansiedade-traço (Biaggio & Natalício, 1979).

Procedimento

Os sujeitos foram selecionados a partir das listas de alunos referentes aos últimos períodos de nove cursos da instituição. Os selecionados foram contatados pelos pesquisadores com o objetivo de lhes apresentar informações gerais sobre a pesquisa e solicitar sua participação. Os sujeitos apresentaram seu consentimento em participar da pesquisa, ocasião em que os interessados estabeleceram os dias e horários disponíveis para a administração dos testes.

Para a realização da coleta de dados, os participantes foram conduzidos individualmente ou em pequenos grupos de, no máximo, três alunos para uma sala do laboratório de pesquisa, em função da disponibilidade de horário para participação do estudo. Antes do início da sessão, os sujeitos recebiam instruções sobre como responder aos instrumentos de medida e foram informados de que não havia respostas certas nem erradas, mas que eles deveriam responder segundo suas próprias percepções, opiniões e sentimentos pessoais. Foi explicado ainda que os resultados individuais teriam sigilo total.

Após as instruções gerais, os sujeitos responderam aos seguintes instrumentos de medida, na seguinte ordem: inventário de ansiedade-traço-estado,

inventário de *locus* de controle de levenson, escala de auto-estima de Dela Coleta e escala de assertividade Rathus. Foram dadas, aos participantes, instruções específicas necessárias à aplicação de cada escala. Os aplicadores se mantiveram disponíveis durante a aplicação dos testes para responder a dúvidas e assegurar que todas as questões fossem respondidas, evitando assim a ocorrência de respostas em branco.

Os resultados foram computados em termos das médias e desvios-padrão das respostas dos sujeitos aos itens de cada teste. No caso da escala de *locus* de controle, foram computadas também as médias de cada uma das quatro subescalas que compõem esse teste, assim como o grau de internalidade total. Esse último foi calculado a partir da seguinte fórmula utilizada por Dela Coleta (1987): $I.T. = I - \frac{P + C}{2}$.

Resultados

A Tabela 1 apresenta as médias globais e os desvios-padrão obtidos pelos sujeitos em relação às variáveis de assertividade, auto-estima, ansiedade e *locus* de controle. Para essa última variável, são apresentadas ainda as estimativas obtidas nas seguintes subescalas: *locus* de controle interno (I), *locus* de controle externo referente a pessoas poderosas (P), *locus* de controle externo referente ao efeito do acaso (C) e grau de internalidade total (IT).

A média encontrada para assertividade foi de 5,80. Os escores dos sujeitos situaram-se entre um mínimo de -55 a um máximo de 61 pontos. Os escores da escala de assertividade podem variar ao longo de um contínuo de -90 a 90 pontos. Quanto mais a pontuação se localiza próxima de zero, mais assertivo é o sujeito. Por outro lado, pontuações próximas a -90 e 90 indicam, respectivamente, comportamento não-assertivo e assertivo com tendência agressiva. Os resultados obtidos para a presente amostra indicam, portanto, um valor mediano de assertividade.

Em relação à variável *locus* de controle, o valor médio dos escores obtidos para o *locus* de controle interno foi de 29,13 pontos. Para o *locus* de controle externo, obteve-se a média de 17,60 pontos para o efeito de pessoas poderosas e uma média de 17,52 pontos para o efeito do acaso. As pontuações das

subescalas de *locus* de controle podem variar num contínuo entre 8 e 40 pontos. Uma pontuação próxima a oito pontos indica baixos níveis de internalidade ou externalidade, enquanto uma pontuação próxima a 40 indica altos níveis de internalidade ou externalidade do sujeito. Nesta pesquisa, os escores para *locus* de controle interno posicionaram-se entre 16 e 40 pontos, enquanto que o *locus* de controle externo apresentou pontuações entre 10 e 31 para pessoas poderosas e 10 a 33 para o efeito do acaso. A média obtida para o grau de internalidade total (IT) foi de 11,55 pontos.

Pode-se observar (Tabela 1) que a média dos escores de auto-estima foi de 11,02, e os resultados abrangeram toda a dimensão da escala, com um mínimo de 1, índice de menor escore de auto-estima, e um máximo de 15, índice de maior escore de auto-estima.

Para a variável ansiedade, obteve-se um escore médio de 45,49. Os escores da escala de ansiedade IDATE-traço podem variar num contínuo entre 20 e 80

Tabela 1. Médias e desvios-padrão dos escores de assertividade, auto-estima, ansiedade e dos indicadores de *locus* de controle interno, externo e total, para a amostra total.

| Variáveis | n | M | ± | DP |
|--------------------------|-----|-------|---|-------|
| Assertividade | 135 | 5,80 | ± | 24,85 |
| Locus interno (I) | 135 | 23,13 | ± | 4,39 |
| Pessoas poderosas (P) | 135 | 17,60 | ± | 4,22 |
| Acaso (C) | 135 | 17,52 | ± | 4,57 |
| Internalidade total (IT) | 135 | 11,55 | ± | 6,63 |
| Auto-estima | 135 | 11,02 | ± | 3,08 |
| Ansiedade | 135 | 45,49 | ± | 6,11 |

I=internalidade; C=acaso; P=pessoas poderosas; IT=Internalidade total.

pontos, indicando menor e maior nível de ansiedade, respectivamente. Na presente pesquisa, os escores dos sujeitos situaram-se entre um mínimo de 31 e um máximo de 61 pontos.

Observa-se (Tabela 2) que não foram encontradas diferenças significativas entre os grupos do sexo masculino e feminino para os escores obtidos nas variáveis avaliadas. Conclui-se, dessa forma, que os

Tabela 2. Médias e desvios-padrão dos escores de assertividade, auto-estima, ansiedade e dos indicadores de *locus* de controle, em função do gênero.

| Variáveis | n | M | ± | DP | t | df | p |
|-------------------------------------|----|-------|---|------|-------|-----|------|
| Assertividade | | | | | 1,23 | 133 | 0,22 |
| Sexo masculino | 53 | 9,06 | ± | 2,95 | | | |
| Sexo feminino | 82 | 3,69 | ± | 2,95 | | | |
| Internalidade (I) | | | | | 0,16 | 133 | 0,87 |
| Sexo masculino | 53 | 29,21 | ± | 4,11 | | | |
| Sexo feminino | 82 | 29,08 | ± | 4,58 | | | |
| Externalidade: acaso (C) | | | | | -0,71 | 133 | 0,48 |
| Sexo masculino | 53 | 17,87 | ± | 3,54 | | | |
| Sexo feminino | 82 | 18,34 | ± | 4,08 | | | |
| Externalidade: poderosos (P) | | | | | -1,04 | 133 | 0,30 |
| Sexo masculino | 53 | 17,13 | ± | 3,64 | | | |
| Sexo feminino | 82 | 17,90 | ± | 4,55 | | | |
| Internalidade Total (IT) | | | | | 0,720 | 133 | 0,47 |
| Sexo masculino | 53 | 12,06 | ± | 5,43 | | | |
| Sexo feminino | 82 | 11,26 | ± | 6,74 | | | |
| Auto-estima | | | | | 1,83 | 133 | 0,69 |
| Sexo masculino | 53 | 11,62 | ± | 0,35 | | | |
| Sexo feminino | 82 | 10,63 | ± | 0,37 | | | |
| Ansiedade | | | | | -1,33 | 133 | 0,19 |
| Sexo masculino | 53 | 44,62 | ± | 5,51 | | | |
| Sexo feminino | 82 | 46,05 | ± | 6,43 | | | |

I=internalidade; C=acaso; P=pessoas poderosas; IT=internalidade total.

homens não diferem das mulheres na presente amostra no que diz respeito ao grau de assertividade, nem em relação às características de atribuição de causalidade, de auto-estima e de ansiedade.

Pode-se observar (Tabela 3) uma diferença significativa ($p=0,03$) entre as médias dos escores dos estudantes de ciências exatas ($X=10,00$) e dos estudantes de ciências humanas ($X=0,55$) para a variável assertividade. Observa-se, também, para a variável auto-estima, uma diferença significativa ($p=0,00$) entre a média dos escores obtidos pelos estudantes de ciências exatas ($X=11,84$) e dos estudantes de ciências humanas ($X=10,00$).

Obteve-se ainda uma diferença significativa ($p=0,01$) para o grau de ansiedade em função da área de formação acadêmica. Os estudantes de ciências humanas apresentaram um escore médio de ansiedade significativamente maior ($X=46,00$) do que os estudantes da área de ciências exatas ($X=44,32$). Por outro lado, não foram encontradas diferenças significativas para as variáveis relativas ao *locus* de controle, em função da área de formação.

Depreende-se dos dados acima que os estudantes de ciências exatas são mais assertivos, possuem maior escore de auto-estima e menor grau de ansiedade que os estudantes de ciências humanas.

Tabela 3. Médias e desvios-padrão dos escores de assertividade, auto-estima, ansiedade e dos indicadores de *locus* de controle, em função da área de formação: Ciências Exatas e Ciências Humanas.

| Variáveis | n | M | ± DP | t | df | p |
|---|----|-------|---------|-------|-----|--------|
| Assertividade | | | | 2,23 | 133 | 0,03* |
| Ciências Exatas | 75 | 10,00 | ± 22,11 | | | |
| Ciências Humanas | 60 | 0,55 | ± 27,18 | | | |
| Internalidade (I) | | | | 0,43 | 133 | 0,67 |
| Ciências Exatas | 75 | 29,28 | ± 3,91 | | | |
| Ciências Humanas | 60 | 28,95 | ± 4,95 | | | |
| Externalidade: acaso (C) | | | | -1,83 | 133 | 0,69 |
| Ciências Exatas | 75 | 17,60 | ± 3,55 | | | |
| Ciências Humanas | 60 | 18,85 | ± 4,21 | | | |
| Externalidade: pessoas poderosas (P) | | | | -1,44 | 133 | 0,15 |
| Ciências Exatas | 75 | 17,13 | ± 4,13 | | | |
| Ciências Humanas | 60 | 18,18 | ± 4,29 | | | |
| Internalidade total (IT) | | | | 1,46 | 133 | 0,47 |
| Ciências Exatas | 75 | 12,27 | ± 5,21 | | | |
| Ciências Humanas | 60 | 10,70 | ± 7,29 | | | |
| Auto-estima | | | | 3,594 | 133 | 0,00** |
| Ciências Exatas | 75 | 11,84 | ± 0,28 | | | |
| Ciências Humanas | 60 | 10,00 | ± 0,45 | | | |
| Ansiedade | | | | -2,54 | 133 | 0,01* |
| Ciências Exatas | 75 | 44,32 | ± 5,61 | | | |
| Ciências Humanas | 60 | 46,05 | ± 6,43 | | | |

** $p < 0,01$; * $p < 0,05$; I=internalidade; C=acaso; P=pessoas poderosas; IT=internalidade total.

Tabela 4. Correlação de Pearson entre os escores de assertividade e os escores das variáveis ansiedade, auto-estima e dos indicadores de *locus* de controle interno (I), *locus* de controle externo. (P=pessoas poderosas e C=acaso) e internalidade total (IT).

| | Internalidade (I) | Externalidade: poderosos (P) | Externalidade: acaso: (C) | Internalidade total (IT) | Auto-estima | Ansiedade |
|---------------|-------------------|------------------------------|---------------------------|--------------------------|-------------|-----------|
| Assertividade | 0,23* | -0,33* | -0,25* | 0,36 | 0,54* | -0,55* |

* $p < 0,01$.

Pode-se observar (Tabela 4) uma correlação positiva significativa ($r=0,54$; $p=0,00$) entre os escores de assertividade e de auto-estima. Também pode ser observada uma correlação positiva significativa ($r=0,23$ e $p=0,00$) entre os escores de assertividade e *locus* de controle interno. Ou seja, quanto maior a assertividade, maior o grau de atribuição de causalidade interna. Por outro lado, obteve-se uma correlação negativa significativa ($r=0,55$ e $p=0,00$) entre assertividade e ansiedade. Também foi encontrada uma correlação negativa significativa entre os escores de assertividade e o de *locus* de controle externo para a influência de pessoas poderosas ($r=0,33$ e $p=0,00$) e para a influência do acaso ($r=0,25$ e $p=0,00$).

Discussão

Os resultados obtidos na presente pesquisa confirmam a hipótese de que o comportamento assertivo esteja relacionado com as variáveis ansiedade, auto-estima e *locus* de controle, em concordância com os dados da literatura desta área (Williams & Stout, 1985; Kernis et al., 1993; Riggio et al., 1993; Anderson, 1997; Creed & Funder, 1998; Strahan, 2002). Os limites do desenho de uma pesquisa correlacional nos permitem identificar a presença de fatores relacionados positivamente ou negativamente com o comportamento assertivo, mas nos impedem, entretanto, de precisar em que sentido aponta a relação entre essas variáveis.

Foi observada, por exemplo, uma relação inversa entre o comportamento assertivo e o grau de ansiedade, pois quanto maior era a ansiedade manifesta pelos estudantes, menor era a assertividade relatada, confirmando dados de outros pesquisadores nessa área (Wolpe & Lazarus, 1966; Wolpe, 1973). Creed e Funder (1998), por exemplo, constataram que sujeitos ansiosos eram vistos por seus pares e se auto-avaliavam como inassertivos, além de apresentarem baixa competência social, avaliada através de observação direta do comportamento, em situações interpessoais de desempenho de papéis. Esses mesmos resultados foram obtidos, em situações sociais semelhantes, por Halford e Foddy (1982), ao compararem três grupos de sujeitos com diferentes graus de ansiedade, porém tais situações foram avaliadas por

observadores treinados. Pachman e Foy (1978) e Anderson (1997) também encontraram, em situações de desempenho de papéis, evidências de que a ansiedade era incompatível com a assertividade. Riggio et al. (1990), assim como Strahan (2002), obtiveram correlações negativas significativas entre habilidades sociais e ansiedade social, medidas através de escalas de auto-avaliação. Stopa e Clark (1993) observaram que sujeitos fóbicos apresentaram um desempenho social menos adequado avaliado por juízes, além de apresentarem mais freqüentemente auto-avaliações negativas em situações de conversação quando comparados com um grupo-controle. O medo do conflito interpessoal se mostrou um fator moderador importante na relação entre a ansiedade e o comportamento assertivo na pesquisa de Kremer et al. (1980).

Os resultados descritos acima sugerem que a ansiedade possa constituir um fator que interfere na emissão do comportamento assertivo, dando suporte ao modelo desenvolvido por Wolpe, com base no condicionamento respondente (Del Prette & Del Prette, 1999). Segundo esse modelo, a ansiedade constituiria um fator inibidor do comportamento assertivo, sendo necessária uma intervenção terapêutica para diminuí-la, a fim de obter um aumento do comportamento das pessoas de expressar idéias, sentimentos e opiniões na defesa dos próprios direitos.

Uma outra relação significativa positiva observada na presente pesquisa envolveu o comportamento assertivo e o tipo de atribuição caracterizada como *locus de controle*, pois os sujeitos que apresentaram maior grau de internalidade na atribuição de causalidade dos eventos de suas vidas foram os mais assertivos e, contrariamente, os sujeitos que atribuíram mais a fatores externos (efeito do acaso ou de pessoas poderosas) as causas dos eventos de suas vidas foram os sujeitos menos assertivos. Esses resultados confirmam dados de outros pesquisadores; Williams e Stout (1985), por exemplo, comparando sujeitos com alto e baixo grau de assertividade, encontraram que os assertivos apresentavam uma atribuição mais interna de causalidade, além de apresentarem menos problemas de saúde relacionados ao stress. Appelbaum e Tuma (1975) encontraram, igualmente, que sujeitos com atribuição interna de

causalidade apresentaram maior grau de assertividade, avaliado através da escala de Rathus, independentemente dos sujeitos apresentarem ou não deseabilidade social, como variável moderadora. Williams e Stout (1985) também constataram que as pessoas mais assertivas eram mais orientadas internamente do que as inassertivas, além de apresentarem menos doenças relacionadas ao stress. Esses resultados sugerem que a maneira como as pessoas interpretam as causas dos eventos de suas vidas constitui um fator que está relacionado com a emissão do comportamento assertivo. Atribuir a si próprio as causas dos eventos da vida poderia talvez ter um efeito facilitador do comportamento assertivo.

Foi observado ainda, na presente pesquisa, que quanto maior o grau de assertividade dos sujeitos, maior seu escore de auto-estima. Esse resultado confirma dados de outros pesquisadores a respeito do desempenho social. Por exemplo, Riggio et al. (1990) obtiveram uma correlação positiva significativa entre as habilidades sociais e a auto-estima. Esse mesmo resultado foi obtido em uma outra pesquisa (Riggio et al. 1993), sendo que as variáveis de auto-estima e habilidades sociais foram preditivas de menor sentimento de solidão, maior suporte social e maior satisfação com a vida acadêmica e com a vida em geral. Kernis et al. (1993) observaram igualmente que a auto-estima afetava a habilidade social de receber o *feedback* dos outros, pois as pessoas com escore mais elevado de auto-estima apresentaram melhor desempenho de receber *feedback* positivo e as pessoas com escore menos elevado de auto-estima aceitaram mais o *feedback* negativo. Esses resultados são consistentes com o modelo cognitivo-comportamental segundo o qual o auto-conceito e a auto-estima afetam o desempenho social (Del Prette & Del Prette, 1999), assim como as auto-verbalizações negativas sobre si próprio ou seu próprio desempenho pode contribuir para a evitação e a fobia social (Rangé, 1994). Esses resultados colocam em destaque a importância do comportamento assertivo e sua relação com o bem-estar psicológico das pessoas.

Conclusão

Os resultados obtidos nesta pesquisa confirmaram, portanto, os dados da literatura internacional

desta área, indicando que o desempenho interpessoal dos indivíduos em interações sociais, em particular o comportamento assertivo, estava relacionado com um baixo grau de ansiedade, assim como maior grau de internalidade e escore mais elevado de auto-estima. Essa replicação de resultados fornece uma base empírica necessária para generalizar as conclusões a respeito dos fatores que interferem no comportamento assertivo para o nosso contexto cultural, ampliando assim o conhecimento nesta área.

Pesquisas futuras poderão estender esta investigação para amostras diversificadas de sujeitos ou diferentes estratégias metodológicas. O conhecimento das variáveis relacionadas ao comportamento assertivo, destacadas na presente pesquisa, tem implicações ainda para o treinamento das habilidades sociais.

Referências

- Anderson, R.T. (1997). Anxiety or ignorance: the determinants of interpersonal skill display. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 57 (9-B), 595-599.
- Appelbaum, A., & Tuma, J. (1975). Internal-external control and social assertiveness of subjects high and low in social desirability. *Psychological Reports*, 37 (1), 319-322.
- Biaggio, A., & Natalício, L. (1979). *Inventário de Ansiedade Traço-Estado*. Rio de Janeiro: Cento Editor de Psicologia Aplicada.
- Creed, A., & Funder, D. (1998). Social anxiety: from the inside and outside. *Personality and Individual Differences*, 25, 19-33.
- Del Prette, Z.A., & Del Prette, A. (1999). *Psicologia das habilidades sociais: terapia e educação*. 2. ed. Petrópolis: Vozes.
- Dela Coleta, J.A. (1979). Escala de locus de controle interno-externo de Rotter: um estudo exploratório. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 31 (4), 167-181.
- Dela Coleta, J.A. (1980). *Atribuições de causalidade em presos, cegos e amputados*. Tese de doutorado, Fundação Getúlio Vargas, Rio de Janeiro.
- Dela Coleta, M. (1987). Escala multidimensional de locus de controle de Levenson. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 39 (2), 79-97.
- Halford, K., & Foddy, M. (1982). Cognitive and social skills correlates of social anxiety. *British Journal Clinical Psychology*, 21 (Feb), 17-28.
- Kernis, M.H., Cornell, D.P., Sun, C., Berry, A., & Harlow, T. (1993). There's more to self-esteem than whether it is high or low: the importance of stability of self-esteem.

- Journal of Personality and Social Psychology*, 65 (6), 1190-1204.
- Kremer, J.F., Bringle, R.G., & Cave, P. (1980). Anxiety and aggression of high and low assertive persons following conflict. *Personality and Individual Differences*, 1 (4), 355-361.
- Lange, A.J., & Jakuboviski, P. (1978). *Responsible assertive behavior*. Illinois: Research Press.
- Levenson, H. (1973). Activism and powerful others. *Journal Consulting Clinical Psychology*, 41 (3), 397-404.
- Molinari, V., & Kanna, P. (1981). Locus of control and its relationship to anxiety and depression. *Journal of Personality Assessment*, 45 (3), 314-319.
- Orenstein, H., Orenstein, E., & Carr, J.E. (1975). Assertiveness and anxiety: correlational study. *Journal Behavior Therapy Experimental Psychiatry*, 6 (3), 203-207.
- Pachman, J.S., & Foy, D.W. (1978). A correlational investigation of anxiety, self-esteem and depression: New findings with behavioral measures of assertiveness. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 9 (2), 97-101.
- Pasquali, L., & Gouveia, V. (1990). Escala de Assertividade Rathus – RAS: adaptação brasileira. *Psicologia Teoria e Pesquisa*, 6 (3), 233-249.
- Rangé, B.P. (1994). Terapia cognitivo-comportamental da fobia social. *Journal Brasileiro da Psiquiatria*, 43 (6), 327-331.
- Rathus, S.A. (1973). 30-Item schedule for assessing assertive behavior. *Behavior Therapy*, 4 (3), 398-406.
- Riggio, R.E., Throckmorton, B., & DePaola, S. (1990). Social Skills and Self-Esteem. *Person Individ Diff*, 11 (8), 799-804.
- Riggio, R.E., Watring, K.P., & Throckmorton, B. (1993). Social Skills, Social Support, and Psychosocial Adjustment. *Person Individ Diff*, 15 (3), 175-280.
- Rotter, J.B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychology Monographs*, 80 (1), Whole N° 609.
- Schwartz, R.M., & Gottman, J.M. (1976). Toward a task analysis of Assertive Behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 44 (6), 910-920.
- Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L., & Lushene, R.E. (1970). *Manual for the state-trait anxiety inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychology Press.
- Strahan, E.Y. (2002). The effects of social anxiety and social skills on academic performance. *Person Individ Diff*, 34 (2), 347-366.
- Stopa, L., & Clark, D.M. (1993). Cognitive processes in social phobia. *Behav Res Ther*, 31 (3), 255-267.
- Tomaka, J. (1999). Assertiveness predicts threat and challenge reactions to potential stress among women. *Journal of Personality and Social Psychology*, 76 (6), 1008-1021.
- Williams, J., & Stout, J. (1985). The effect of high and low assetiveness on locus of control and health problems. *The Journal of Psychology*, 119 (2), 169-173.
- Wolpe, J.S. (1958). *Psychotherapy by reciprocal inhibition*. Stanford: Standord University Press.
- Wolpe, J., & Lazarus, A.A. (1966). *Behavior therapy techniques*. Oxford: Pergamon Press.
- Wolpe, J. (1973). *The practice of behavior therapy*. New York: Pergamon Press.
- Wolpe, J. (1981). The Dichotomy Between Classical Conditioned and Cognitively Learned Anxiety. *Journal of Behavior Therapy Experimental Psychiatry*, 12 (1), 35-42.

Recebido para publicação em 12 de novembro de 2003 e aceito em 1 de março de 2005.

Atitudes de adultos com deficiência física frente ao idoso, à velhice pessoal e a pessoas com deficiência física

Physically disabled adults's attitudes toward elderly people, personal old age, and other physically disabled persons

Marineia Crosara de **RESENDE**¹

Anita Liberalesso **NERI**²

Resumo

O objetivo foi analisar atitudes em relação ao indivíduo portador de deficiência física, ao idoso e à própria velhice em 242 adultos de 24 a 39 anos, portadores de deficiência física congênita (6,4%) ou adquirida. Apenas 4,5% eram dependentes para AVDs, conforme o Barthel Index; 36,0% usavam auxílios ortopédicos. Sendo 65,3% mulheres; 47,0%, casados, 53,3% tinham oito anos de escolaridade, 35,0% , 9 a 11 e 7,0% , mais de 11. Foram submetidos a quatro escalas diferenciais Semânticas com 30 itens e quatro fatores cada (agência, cognição, relações sociais e *persona*). A análise de dados evidenciou que eles avaliaram mais positivamente o conceito de adulto portador de deficiência física do que o de idoso. Quanto mais antiga a convivência com a deficiência, mais positivas as atitudes em relação à velhice pessoal. Os dados são sugestivos do papel desempenhado pelos processos de autorregulação do *self* no manejo das conseqüências da incapacidade física sobre a vida pessoal e social.

Palavras-chave: velhice; idosos; deficiente físico; atitudes do adulto frente ao idoso.

Abstract

The aim was analyzing attitudes of physically disabled adults aged 24 to 39 toward physically disabled people, old people and own aging. There were 242 participants (6.4% with congenital and 92.4% with acquired physical disability). Data collection involved application of the Barthel Index (4.5% were dependent to ADLs; 36.0% used orthopedic aids); a questionnaire assessing gender (65.3% women), conjugal status (47.5% married), schooling (53.3% had eight years, 35.0 % 9 to 11, 7.0% more than 11), and four 30 items /four factors DS scales (agency, cognition, social relationships and persona). Data analysis showed that they evaluated more positively the concept of physically disabled people than the concept of old people; those that were congenitally disabled or had been disabled along the last 10 years or more scored higher on perspective of personal aging than those that had recently acquired disability. Data are suggestive of the role played by self regulatory processes in managing the consequences of disability on personal and social life.

Key words: *old age; aged; physically disabled; adult attitudes.*

A deficiência pode ser socialmente definida como o produto do descompasso entre as condições do indivíduo afetado por uma limitação funcional, as

suas expectativas quanto à execução das atividades básicas e instrumentais de vida diária, as demandas ambientais nessa direção e a escassez ou a inadequação

▼ ▼ ▼ ▼ ▼

¹ Doutoranda em Educação, Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas; Docente, Centro Universitário do Triângulo, Uberlândia, MG, Brasil. E-mail: <marineiaresende@terra.com.br>.

Departamento de Psicologia Educacional, Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas. Rua Bertrand Russel, 801, 13083-970, Campinas, SP, Brasil. Correspondência para/Correspondence to: A.L. NERI. E-mail: <anitalbn@lexxa.com.br>.

de condições instrumentais e sociais que lhe permitam funcionar adequadamente, mantendo a autonomia e a auto-estima. Além de recursos instrumentais, as pessoas com deficiência precisam de recursos pessoais para enfrentar os preconceitos e estereótipos existentes na sociedade, pois geralmente são objeto de discriminação e de preconceito, já que o ser diferente significa sobressair de forma negativa e assim gerar tensões e preconceitos (Montanari, 1999).

Geralmente não é esperado que crianças com deficiência se dêem bem na vida, mas há um número surpreendente de pessoas que, graças a uma combinação peculiar de condições ambientais e de características pessoais, apesar das limitações impostas pela deficiência, são bem-sucedidas na idade adulta. Rowe e Kahn (1998) citam o exemplo de Franklin Roosevelt, que, independentemente de conviver com as seqüelas da poliomielite, foi um dos melhores presidentes dos Estados Unidos. Stephen Hawking, considerado um dos maiores físicos do século XX, desenvolveu esclerose amiotrófica lateral, mas disse que, apesar de depender de uma cadeira de rodas e de outros aparatos tecnológicos, sua mente é livre para explorar os limites do universo.

As barreiras arquitetônicas e os preconceitos sociais manifestos em práticas sociais discriminativas e a ausência de políticas igualitárias podem agravar ainda mais as condições das pessoas que têm alguma deficiência física (Amaral, 1992; Silva, 1999), da mesma forma que afetam negativamente a vida das pessoas mais velhas. As dificuldades sociais enfrentadas pelas pessoas com deficiência física e pelas pessoas idosas principalmente doentes ou fisicamente incapacitadas não raro são causadas pelas deficiências da sociedade em atender e aceitar suas necessidades específicas (Araújo, 1997). Uma das grandes lutas das pessoas com deficiência física é poderem ser diferentes sem estarem em desvantagem. Segundo Berger (1999), grande parte das pessoas que não têm deficiência física possui atitudes discriminatórias que parecem decorrer da dificuldade de conviver com a diferença, mesmo as que de fato podem vir a afetar a qualquer um por serem decorrentes de acidente ou doença inesperada (ver também, Katz, Hass e Bailey (1988), Lys e Pernice (1995) Georges (1997), Beattie, Anderson e Antonak (1997)).

Para Grayson e Marini (1996) e Maras e Brown (1996), as atitudes negativas, as ambivalências e a distância social percebida são minimizadas quando existe contato mais próximo com pessoas com deficiência e quando existe conhecimento de suas expectativas frente à vida. As atitudes das pessoas com deficiência estão intimamente ligadas à percepção sobre sua qualidade de vida, entendida como noção geral de bem-estar. Em pesquisa com 153 pessoas com deficiência, 54,3% dos participantes responderam ter excelente ou ótima qualidade de vida e que, portanto, tinham uma atitude positiva frente à deficiência física (Albrecht & Devlieger, 1999).

Ao contrário do que ditam os preconceitos, velhice não é sinônimo de incapacidade funcional e de dependência. Estudos epidemiológicos realizados em vários países apontaram que apenas 4% dos idosos com 65 anos ou mais apresentam incapacidade grave e alto grau de dependência (Gatz, 1995). No Brasil, os dados do Censo Demográfico de 1991 mostraram que, embora entre os idosos haja uma maior proporção de pessoas com deficiência do que entre o restante da população, essa proporção não ultrapassa 4% (Camarano & Ghaouri, 1999). A deficiência física resulta principalmente de doenças crônicas e tem prevalência maior entre as mulheres do que entre os homens idosos. Se há um aumento no número de doenças, há também um aumento no risco de diminuição na capacidade para execução das atividades básicas e instrumentais de vida diária, bem como há diminuição na mobilidade (Fried, Bandeen-Roche, Kasper & Gubralnik, 1999), o que acarreta aumento da demanda por ajuda instrumental.

A presença de algum grau de incapacidade para o desempenho de atividades básicas e instrumentais de vida diária não significa necessariamente impedimento para a continuidade do funcionamento cognitivo e emocional; o que significa que as pessoas adultas e idosas, portanto podem ser fisicamente incapazes e dependentes, mas podem preservar a autonomia, manifesta na capacidade de tomar decisões. Quando mantêm a integridade cognitiva e a integridade dos mecanismos de auto-regulação do *self*, adultos e idosos com deficiência física podem ativar mecanismos de adaptação para enfrentar perdas em funcionalidade. Podem recorrer à procura de recursos tecnológicos, buscar apoio social e psicológico ou exercer controle secundário sobre o comportamento

de outras pessoas para compensar suas limitações (Neri, 2000). Entretanto, existe forte relação entre deficiência física, limitações funcionais e baixos níveis de recursos psicológicos (Kempen, Heuvelen, Sonderer, Brink, Kooijman & Ormel, 1999). Em pesquisa realizada com 624 idosos, foi relatado que as limitações funcionais afetaram o desempenho das atividades básicas e instrumentais de vida diária, com fortes repercussões sobre o funcionamento psicossocial dos idosos.

Na velhice, a probabilidade de ocorrência de perdas físicas, psicológicas e sociais é maior do que a ocorrência de vantagens evolutivas, porque o envelhecimento normal prevê um processo de contração. No entanto, mesmo na presença de perdas - que podem ser reduzidas ou ampliadas, dependendo das condições da pessoa -, o ser humano sempre aspirou a viver longamente e com saúde. A pesquisa gerontológica tem apontado que isso é possível e que, de fato, uma velhice bem-sucedida está associada à boa saúde física e mental, atividade e envolvimento com a vida, condições essas dependentes da influência combinada de eventos genético-biológicos, sociais e psicológicos (Rowe & Kahn, 1997). Ou seja, a atitude frente à velhice é influenciada pelas crenças que a pessoa detém em sua habilidade para ativar motivação, resgatar cognição e mecanismos de ação, que são necessários para exercer controle sobre tarefas específicas.

As atitudes e as crenças que o indivíduo detém sobre si mesmo e sobre suas relações com o mundo são um aspecto essencial da adaptação do *self*. Elas são formadas a partir da experiência direta e da interação social e desempenham papel central nos esforços de ajustamento pessoal. Graças ao concurso de mecanismos de auto-regulação do *self*, atuando com diferentes graus de eficácia, adultos e idosos em diferentes graus de funcionalidade física podem lidar com as perdas do processo de envelhecimento e também adaptar-se a eventuais desvantagens e incapacidades ocorridas na velhice ou em fases anteriores do desenvolvimento. Em qualquer dos casos, ocorre mobilização em direção ao ajustamento de suas crenças, avaliações e expectativas em relação a si mesmo, em comparação a outras pessoas que vivem experiências evolutivas semelhantes às suas (Bandura, 1986; 1997).

Mecanismos de comparação social intervêm na maneira como as pessoas no geral e, de modo especial, os adultos com deficiência física antecipam e vivem a própria velhice. De certa forma, a sua condição é análoga a de idosos que apresentam incapacidade física, dado que necessitam de ajuda tecnológica e de auxílio instrumental de outras pessoas, além de sofrerem os efeitos de preconceitos e de limitações em oportunidades. No entanto, além disso, é provável que antevejam que as suas dificuldades físicas e sociais atuais podem ser potencializadas pelo envelhecimento. Semelhante condição é possivelmente importante no estabelecimento e na manutenção de crenças sobre o próprio funcionamento e desenvolvimento pessoal, motivo pelo qual é importante que tais crenças sejam conhecidas pelos profissionais que podem providenciar ajuda a essas pessoas.

A despeito das precariedades notadas no atendimento social às pessoas com deficiências, a melhora nas condições gerais de saúde pública - um dos fatores que está na base do processo de envelhecimento populacional, está ensejando um aumento no número de pessoas que envelhecem, ainda que apresentem uma deficiência física congênita ou anteriormente adquirida. Acreditamos que se conhecermos o que elas pensam acerca da velhice e do seu próprio envelhecer poderemos compreender melhor aspectos singulares do seu envelhecimento, bem como poderemos contribuir para a sua preparação para um envelhecimento saudável, com melhor qualidade de vida. Pesquisar suas atitudes em relação à velhice e à deficiência física pode oferecer subsídios para a compreensão dos mecanismos de auto-regulação da personalidade que intervêm no bem-estar subjetivo desses indivíduos e pode oferecer subsídios para as práticas clínica e social. Com base nesse raciocínio, planejamos uma pesquisa de levantamento para responder às seguintes questões: Quais são as atitudes das pessoas com deficiência física em relação aos idosos? Quais as expectativas de velhice de indivíduos não idosos com deficiência física? Há relações entre as atitudes em relação a essas duas categorias? Esse questionário tem como objetivo: 1) verificar a relação entre a atitude de pessoas com deficiência física e o idoso, a própria velhice e a pessoa

com deficiência física; 2) averiguar a relação entre a atitude de pessoas com deficiência física e o idoso e a própria velhice; 3) reconhecer a relação entre as atitudes de pessoas com deficiência física e o idoso e a pessoa com deficiência física; 4) analisar a relação entre as atitudes de pessoas com deficiência física e a velhice pessoal e a pessoa com deficiência física.

Método

Participaram voluntariamente deste estudo, 242 pessoas com deficiência física, associadas da Associação dos Paraplégicos de Uberlândia (APARU). Os sujeitos eram alfabetizados, com idade entre 24 e 39 anos; na amostra de conveniência, 65,3% eram mulheres, com idade média de 32,17 anos (DP=4,42 anos). O número de casados era maior (47,5%) do que o de solteiros (37,2%), separados (11,2) e viúvos (1,2%) e 2,9% não informaram estado civil. Tinham até oito anos de escolaridade 53% dos sujeitos e 35,1% entre nove e onze; 7,0% fizeram curso superior e 0,8% não responderam. Com relação à origem da deficiência, 6,4% tinham deficiência física congênita e 92,4% apresentaram deficiência física adquirida. Trinta e dois por cento conviviam com a deficiência física há mais de dez anos, sendo que 39,3% deles desde os dois primeiros anos de vida e 51,2% a partir da vida adulta (9,5% não responderam). Dos sujeitos, 36,0% utilizavam auxílio ortopédico (cadeira de rodas, muletas, bengalas e aparelhos ortopédicos). A maioria dos participantes (85,5%) era totalmente independente para as atividades básicas de vida diária, ou seja, dispunha de compensações ou apoios tecnológicos para desempenhá-las. Apenas 4,5% puderam ser considerados dependentes.

A pesquisa envolveu a utilização de quatro instrumentos que foram apresentados aos sujeitos num formulário impresso, numa única sessão de coleta de dados, em que se solicitavam respostas escritas:

a) Questionário informativo sobre os sujeitos - composto por itens abertos, fechados e mistos que solicitavam informações sobre dados pessoais (idade, estado civil, renda familiar, ocupação, se trabalha ou é aposentado) e dados sobre a deficiência (nome da

deficiência, se congênita ou adquirida, idade em que adquiriu a deficiência e se utiliza auxílio ortopédico).

b) Escala para avaliação de atitudes em relação ao idoso e à velhice pessoal (Neri, 1991; 1997) - utilizada para avaliar atitudes em relação à velhice, é composta por 30 escalas de cinco pontos ancorados por pares de adjetivos com significados opostos, pertencentes aos domínios cognição, agência, relacionamento social e persona. Com ela foram avaliados os conceitos "O idoso é" e "Quando eu for velho eu serei".

c) Escala "a pessoa com deficiência física é" composta pelos mesmos itens que avaliaram os conceitos idoso e velhice pessoal.

d) Índice Barthel para avaliação de independência no desempenho de atividades de vida diária - trata-se de instrumento para avaliar a capacidade funcional para o desempenho de atividades básicas de vida diária, permitindo, assim, a sobrevivência sem ajuda (Mahoney & Barthel, 1965).

Resultados

Os dados foram submetidos a análises descritivas e a testes não-paramétricos univariados e bivariados. Houve predominância de respostas positivas e de respostas negativas fracas ou moderadas para todos os objetos estudados. Os resultados serão apresentados na seguinte seqüência: a) Atitudes dos sujeitos em relação ao idoso, à velhice pessoal e à pessoa com deficiência física; b) Relações entre as respostas aos conceitos "O idoso é" e "Quando eu ficar velho eu serei"; c) Relações entre as atitudes frente ao idoso e à pessoa com deficiência física; d) Relações entre as atitudes frente à velhice pessoal e à pessoa com deficiência física.

Conceitos:

"O idoso é": os sujeitos com deficiência física demonstraram atitudes mais positivas e neutras que atitudes negativas em relação ao velho. Atitudes positivas foram apresentadas principalmente por mulheres ($p=0,0040$), por aqueles com menor escolaridade e por pessoas com deficiência física congênita, particularmente no domínio agência ($p=0,0346$) (Figura 1).

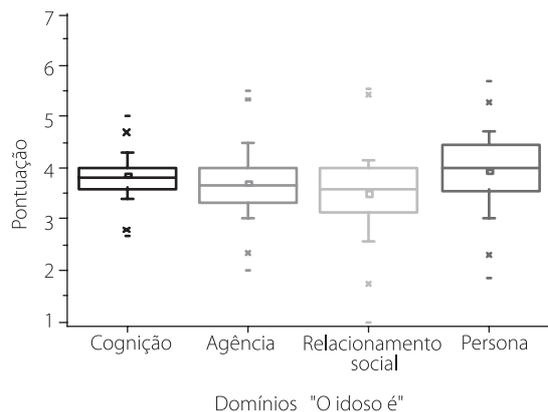


Figura 1. Distribuição dos valores, médias e variabilidade de valores obtidos para os domínios da escala "O idoso é".

Ao responderem ao instrumento apresentado, os sujeitos avaliaram que o idoso bem-sucedido é aquele que apresenta características de sabedoria, persistência, rapidez e criatividade; que se mantém ativo, esperançoso e produtivo; e que é generoso, construtivo, cordial, bem-humorado, agradável e interessado pelas pessoas. Envelhecer mal apareceu relacionado à imprecisão, embotamento, dependência, desconfiança, rejeição e desvalorização social. As pessoas com nível mais alto de escolaridade foram as que tiveram uma visão menos positiva dos velhos, provavelmente em função de ter um nível de aspiração mais alto, serem mais informadas e terem mais acesso às oportunidades e aos bens de consumo.

"Quando eu ficar velho eu serei": com relação ao próprio envelhecimento, as pessoas com deficiência física também relataram uma atitude positiva, sendo que as mulheres têm visão mais positiva que os homens, principalmente nos domínios: cognição ($p=0,0013$), agência ($p=0,0136$) e relacionamento social ($p=0,0299$). As pessoas com deficiência física com maior índice de dependência para as AVDs ($p=0,0139$) têm visão menos positiva em relação ao envelhecimento, nos domínios agência ($p=0,0221$), relacionamento social ($p=0,0150$) e persona ($p=0,438$) (Figura 2).

Em relação à própria velhice, os indivíduos com deficiência física apresentaram expectativas muito positivas, e mais positivas que em relação ao idoso atual. Esperam ser velhos sábios, persistentes, criativos, claros, concentrados, flexíveis, ativos, esperançosos, produtivos, saudáveis, independentes, generosos, interessados pelas

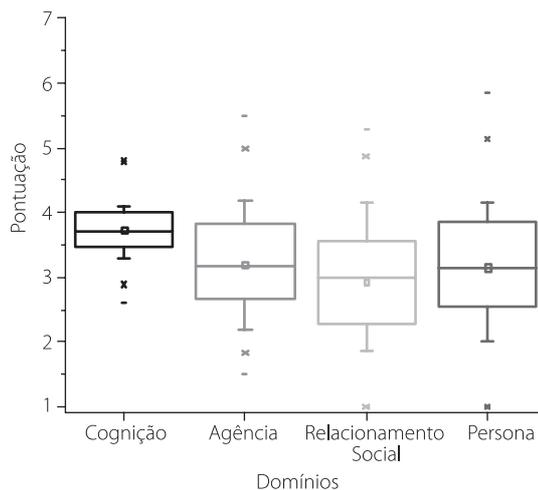


Figura 2. Distribuição dos valores, médias e variabilidade de valores obtidos para os domínios da escala "Quando eu ficar velho eu serei".

pessoas, construtivos, cordiais, bem-humorados, confiantes, agradáveis, progressistas, atualizados, valorizados, integrados e aceitos. No entanto, acreditam que terão também características negativas, pois serão velhos imprecisos, embotados, inseguros, lentos, deprimidos e rejeitados. Nesse sentido, não diferem de pessoas sem deficiência física.

"A pessoa com deficiência física é": a atitude das pessoas com deficiência física em relação a outras pessoas na mesma condição que elas também foi positiva, sendo que as mulheres ($p=0,0006$) relataram atitudes mais positivas que os homens, especialmente para os domínios cognição ($p=0,0001$) e relacionamento social ($p=0,0050$) (Figura 3).

As pessoas mais dependentes para as atividades de vida diária ($p=0,0030$) apresentaram visão menos positiva em relação à pessoa com deficiência física, principalmente nos domínios agência ($p=0,0094$) e relacionamento social ($p=0,0166$). As pessoas que estavam separadas ou divorciadas ($p=0,0080$) foram as que tiveram visão mais positiva da pessoa com deficiência física, seguidas pelos casados e, por último, pelos solteiros e viúvos. As pessoas que adquiriram deficiência física com trinta anos ou mais são as que relataram atitude mais positiva em relação às pessoas com deficiência física ($p=0,0309$), principalmente no domínio relacionamento social ($p=0,0337$). As

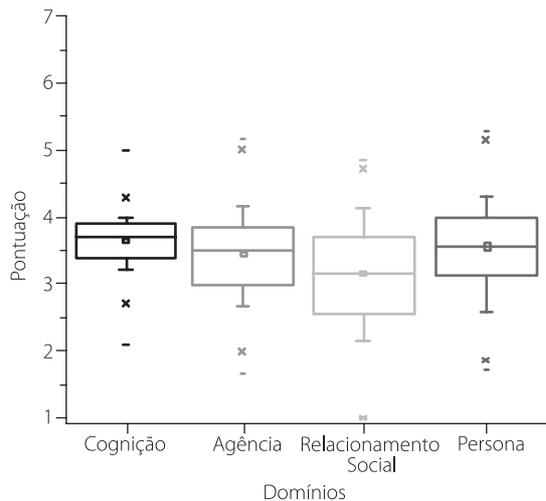


Figura 3. Distribuição dos valores, médias e variabilidade de valores obtidos para os domínios da escala “O portador de deficiência física é”.

mulheres apresentaram expectativa de que terão uma velhice melhor que os homens, acham que quando envelhecerem estarão mais aptas para processar informações e solucionar problemas e, conseqüentemente, serão mais adaptadas em termos sociais, afetivos e emocionais. Elas também se projetaram como mais autônomas e capazes de realizar tarefas no futuro do que os idosos atuais. As mulheres têm conquistado cada vez mais espaço na sociedade, são maioria em programas oferecidos por centros de convivência e Universidades da Terceira Idade, o que aumenta o seu senso de controle e poder, seu senso de autonomia e sua crença que reúne qualidades para ter uma velhice bem-sucedida (Debert, 1999; Neri, 2000). A maior visibilidade que essas mulheres idosas têm hoje no Brasil provavelmente afetará as crenças dos mais jovens em relação a terem uma boa velhice.

As pessoas com deficiência física congênita se descreveram como autônomas e capazes de realização. Provavelmente essas pessoas estejam bem adaptadas, já que convivem com a deficiência há pelo menos 24 anos (idade mínima para participação no estudo). Possivelmente desenvolveram mecanismos de seleção, otimização e compensação do *self* (Baltes & Baltes, 1990) que lhes permitem melhor adaptação e lhes permitem também vislumbrar a continuidade de suas condições atuais até a velhice. Tanto o sucesso no manejo da

deficiência quanto o envelhecimento bem-sucedido dependem da seleção de domínios comportamentais em que o indivíduo detém melhor nível de funcionamento e da otimização desse funcionamento através de estratégias que compen-sam as perdas.

Ainda em relação ao próprio envelhecimento, as pessoas que apresentam maior dependência para as atividades de vida diária foram também as que apresentaram atitude menos positiva em relação à autonomia e à capacidade para realização de tarefas, o que demonstra que essas pessoas estão conscientes de sua condição em relação ao futuro, não negam a própria realidade, indicativos de adaptação que as pode favorecer. Se apresentam algum grau de dependência enquanto são jovens, sabem que continuarão dependendo, e que, em alguns casos sua dependência poderá aumentar quando chegarem à velhice. No entanto, é importante lembrar que embora a associação entre deficiência, dependência e velhice diminua as possibilidades de envolvimento social, mesmo que esses indivíduos não apresentem padrões ótimos em determinados domínios, eles poderão obtê-los em outros (Heckenhausen & Schulz, 1996).

As pessoas solteiras ou viúvas apresentam uma atitude mais negativa frente à velhice do que as casadas e descasadas. Esse dado possivelmente reflita a evidência empírica de que os idosos casados têm melhor qualidade de vida do que os que vivem sozinhos, principalmente se são homens. Dados da pesquisa internacional confirmam que ser mulher, sozinha e idosa aumenta as chances de incapacidade e doenças, ao passo que ser casado é preditivo de melhor velhice. Ou seja, as pessoas casadas proporcionam mais cuidado do que as viúvas e solteiras, o que não necessariamente significa que recebam mais suporte social ou afetivo que os não casados. O que ocorre é que talvez pessoas casadas tenham mais competência para dar apoio e cuidar outro que os não casados (Wagner, Schütze & Lang, 1999).

As atitudes das pessoas com deficiência física em relação a outras pessoas na mesma condição que elas também foram positivas, sendo que as mulheres relataram atitudes mais positivas que os homens, especialmente para os domínios cognição e relacionamento social. As pessoas mais dependentes

para as atividades básicas de vida diária apresentaram visão menos positiva em relação à pessoa com deficiência física, principalmente nos domínios agência e relacionamento social. As pessoas que estavam separadas ou divorciadas foram as que tiveram visão mais positiva da pessoa com deficiência física, seguidas pelos casados e, por último, pelos solteiros e viúvos. As pessoas que adquiriram deficiência física com 30 anos ou mais são as que relatam atitude mais positiva em relação às pessoas com deficiência física, principalmente no domínio relacionamento social.

Os dados encontrados nesse item estão de acordo com o que as pessoas com deficiência física pensam sobre a velhice pessoal, sugerindo uma expectativa de continuidade no desenvolvimento. Os dados são sugestivos dos efeitos do conhecimento socialmente compartilhado sobre a natureza e a seqüência das mudanças evolutivas. Podemos inferir que as atitudes e as autocrenças sobre o envelhecimento, o velho e a pessoa com deficiência física agem como forças orientadoras para proteção do *self* e como processos adaptativos mediados por comparações sociais nos nossos sujeitos.

“O velho é *versus*” quando eu ficar velho eu serei”: os participantes têm uma visão diferente do “idoso é” e de “quando eu ficar velho eu serei”, isto é, eles têm uma visão mais positiva sobre a própria velhice do que sobre o velho. Eles têm uma leve tendência a ter atitude negativa em relação ao idoso, um pouco mais negativa do que a que apresentaram em relação à pessoa com deficiência física (Figura 4).

“A Pessoa com Deficiência Física é” *versus* “Quando Eu Ficar Velho Eu Serei”: aqueles com atitude positiva em relação à pessoa com deficiência física tendem a ter também uma atitude positiva em relação à própria velhice (Figura 5).

Os respondentes que acreditam ser possível viver bem apesar da deficiência na juventude acreditam que terão uma velhice bem-sucedida, que é possível ser feliz na velhice e continuar realizando seus sonhos e aspirações, com uma imagem positiva do velho e do próprio envelhecimento.

Os resultados observados corroboram evidências da pesquisa internacional segundo a qual as

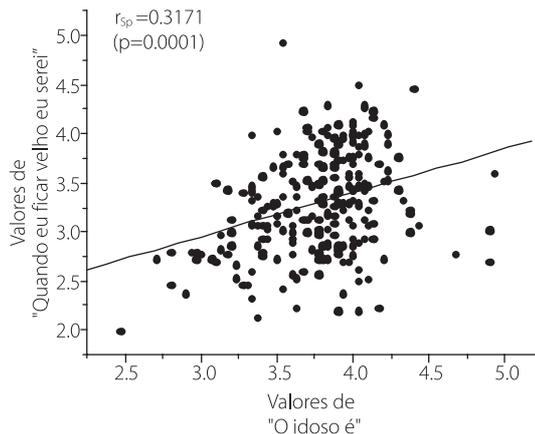


Figura 4. Valores das correlações entre as respostas às escalas “O velho é” e “Quando eu ficar velho eu serei”.

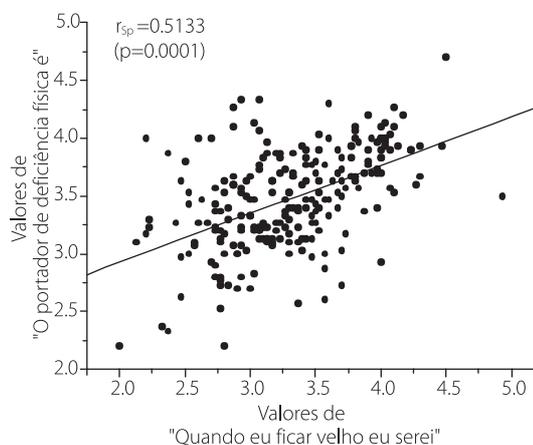


Figura 5. Valores das correlações entre as respostas às escalas “Quando eu ficar velho eu serei” e “A pessoa com deficiência física é”.

concepções dos adultos sobre o desenvolvimento são comparáveis às normas e expectativas de desempenho apropriado às diferentes idades encontradas na sociedade. Expectativas e normas amplamente compartilhadas fornecem um sistema de referência para as pessoas em relação ao qual avaliarão as próprias trajetórias evolutivas (Heckhausen, Dixon & Baltes, 1898; Heckhausen, 1999). Nessas avaliações, processos de comparação social com padrões avaliados como inferiores, iguais ou superiores às próprias competências e características desempenham papel central na manutenção da auto-estima e nas crenças de eficácia pessoal e realização (Wood & Taylor, 1991; Heckhausen, 1999).

A atitude que as pessoas com deficiência física apresentam em relação ao próprio envelhecimento provavelmente é influenciada pelas crenças e atitudes que elas apresentam frente à deficiência. Por isso, conhecer suas atitudes frente à deficiência ajuda a compreender como elas imaginam o futuro e como elas esperam lidar com a velhice, o que pode dar indícios aos profissionais de como estruturar programas educativos voltados a pensar o processo de envelhecimento, particularmente das pessoas com deficiência física.

A deficiência é apenas mais uma característica de quem a tem. Apesar de exercer influência sobre os indivíduos, outros aspectos relativos à personalidade são preponderantes na sua forma de encarar o mundo. O convívio social e as regras do grupo têm influência sobre a construção e a manutenção das crenças e atitudes e, assim, os indivíduos de uma mesma coorte tendem a apresentar atitudes semelhantes frente aos mesmos objetos de julgamento e avaliação.

As crenças de auto-eficácia desempenham um papel importante nas relações dos indivíduos com o mundo porque refletem as suas avaliações quanto à própria capacidade de se comportar de forma adequada e produtiva em situações específicas. Influenciam os tipos de atividades que as pessoas escolherão, o esforço que vão imprimir em suas ações, sua perseverança frente às dificuldades, suas auto-avaliações, suas avaliações sobre o mundo externo e suas experiências emocionais (Bandura, 1986). É especialmente interessante notar que no caso dos nossos sujeitos, acreditar que é possível ser eficaz na velhice, mesmo na presença de incapacidades físicas, é um preditor importante de envolvimento social, auto-estima preservada e bem-estar subjetivo. Essa crença encontra fundamentos em literatura psicogerontológica, que encontrou relações entre crenças de auto-eficácia e preservação do estilo e da qualidade de vida em idosos mesmo na presença de incapacidades físicas (Seeman, Unger, McAvay & Icon, 1999).

O alcance dessas competências exige a combinação de diversos fatores biológicos, psicológicos e sociais e depende das oportunidades que o indivíduo teve ao longo da vida e de condições adequadas para sua sobrevivência e desenvolvimento, tais como educação, saúde, habitação e trabalho.

Conclusão

A visão do envelhecimento e da deficiência começam, a passos tímidos, a tomar novos rumos. O que uma pessoa observa, acredita e vive está fortemente relacionado ao seu contexto social e à sua história de vida. O que as pessoas almejam é viver bem, com qualidade de vida, independentemente de sua idade, tendo ou não uma deficiência física. A convivência com pessoas idosas e pessoas com deficiência têm dado oportunidade à quebra de preconceitos e tabus.

O estudo multidisciplinar de envelhecer com uma deficiência é uma área nova e emergente, tanto no campo da Gerontologia como no das Ciências Sociais e da Saúde. Nosso estudo é pioneiro no Brasil e muito ainda precisa ser investigado sobre a relação entre deficiência e envelhecimento.

Referências

- Albrecht, G.I., & Devlieger, P.J. (1990). The disability paradox: high quality of life against all odds. *Social Science and Medicine*, 48 (8), 977-988.
- Amaral, L.A. (1992). *Espelho convexo: o corpo desviante no imaginário coletivo, pela voz da literatura infanto-juvenil*. São Paulo: SP. Tese de doutorado em Psicologia, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.
- Araújo, L.A.D. (1997). *A proteção constitucional das pessoas portadoras de deficiência* (2a ed.). Brasília, CORDE.
- Baltes, P.B., & Baltes, M.M. (1990). Psychological perspectives on successful aging: the model of selective optimization with compensation. In P.B. Baltes, & M.M. Baltes (Eds.) *Successful Aging: perspectives from the behavioral sciences*. Cambridge: University Press.
- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: a social cognitive theory* (Prentice-Hall series in social learning theory). New Jersey: Prentice-Hall.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: the exercise of control*. New York: W.H. Freeman and Company.
- Beattie, J.R., Anderson, R.J., & Antonak, R.F. (1997). Modifying attitudes of prospective educators toward students with disabilities and their integration into classrooms. *The Journal of Psychology*, 131 (3), 245-259.
- Berger, M. (1999). *A Projeção da Deficiência*. Dissertação de mestrado em Antropologia Social, Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo.
- Camarano, A.A., & Ghaouri, S.K.E. (1999). Idosos brasileiros: que dependência é essa? In A.A. Camarano, (Org.). *Muito além dos 60: os novos brasileiros*. Rio de Janeiro: IPEA.

- Debert, G.G. (1999). *A reinvenção da velhice: socialização e processos de reprivatização do envelhecimento*. São Paulo: EDUSP.
- Fried, L.P., Bandeen-Roche, K., Kasper, J.D., & Gulralnik, J.M. (1999). Association of comorbidity with disability in older woman: the woman's health and aging study. *Journal of Clinical Epidemiology*, 52 (1), 27-37.
- Gatz, M. (1995). Questions that aging puts to preventionities. In L.A. Bond, S.J. Cutler, & A. Grans (Eds.). *Promoting successful and productive aging*. Thousand Oaks, California: SAGE.
- Georges, C.A. (1997). Youngster has HIV, poor attention span; Is he really disabled? *The All Street Journal C*, (65), October 1.
- Grayson, E., & Marini, I. (1996). Simulated disability exercises and their impact on attitudes toward persons with disability. *International Journal of Rehabilitation Research*, 19 (2), 123-131.
- Heckhausen, J., Dixon, R.A., & Baltes, P.B. (1989). Gains and losses in development throughout adulthood as perceived by different adult age groups. *Developmental Psychology*, 25, 109-121.
- Heckhausen, J. (1999). *Developmental regulation in adulthood: age-normative and sociostructural constraints as adaptive challenges*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Katz, I., Hass, R.G., & Bailey, J. (1988). Attitudinal ambivalence and behavior toward people with disabilities. In H.E. Yuker (Ed.). *Attitudes Toward Persons With Disabilities*. New York: Springer.
- Kempen, G.I.J.M., Heuvelen, M.J.G., Sonderer, E., Brink, R.H.S., Kooijman, A.C., & Ormel, J. (1999). The relationship of functional limitations to disability and the moderating effects of psychological attributes in community-dwelling older persons. *Social Science and Medicine*, 48 (9), 1161-1172.
- Lys, K., & Pernice, R. (1995). Perceptions of positive attitudes toward people with spinal cord injury. *International Journal of Rehabilitation Research*, 18, 35-43.
- Mahoney, F.L., & Barthel, D.W. (1965). Functional evaluation: the Barthel Index. *State Medical Journal* (4), 61-65.
- Maras, P., & Brown, R. (1996). Effects of contact on children's attitudes toward disability: a longitudinal study. *Journal of Applied Social Psychology*, 26 (23), 2113-2134.
- Montanari, P.M. (1999). Jovens e deficiência: comportamento e corpos desviantes. In N. Schor, M.S.F.T. Mota, & V.C. Branco (Orgs.). *Cadernos juventude, saúde, desenvolvimento* (pp.97-108). Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde.
- Neri, A.L. (1991). *Envelhecer num país de jovens: significados de velho e velhice segundo brasileiros não idosos*. Campinas: Unicamp.
- Neri, A.L. (1997). Atitudes em relação à velhice: evidências de pesquisa no Brasil. *Gerontologia*, 5 (3), 130-139.
- Neri, A.L. (2000). *Envelhecimento e qualidade de vida na mulher*. Texto não publicado, circulação restrita ao Programa de Pós-Graduação em Gerontologia da Universidade Estadual de Campinas.
- Rowe, J.W., & Kahn, R.L. (1997). Successful aging. *Gerontologist*, 37 (4), 433-440.
- Schulz, R., & Heckhausen, J. (1996). A life span model of successful aging. *American Psychologist*, 51 (7), 702-714.
- Seeman, T.E., Unger, J.B., McAvay, G., & Icon, C.F.M. (1999). Self-efficacy beliefs and perceived declines in functional ability: MacArthur studies of successful aging. *Journal of Gerontology; Psychological Sciences*, 54B, (4), 214-222.
- Silva, A.M.F. (1999). Refletindo sobre a qualidade de vida do portador de deficiência: resgatando os direitos do cidadão. *Texto Contexto Enfermagem* 8, (3), 88-98.
- Wagner, M., Schütze, Y., & Lang, F.R. (1999). Social Relationships in Old Age. In P.B. Baltes, & K.U. Mayer (Ed.). *The Berlin Aging Study: Aging from 70 to 100*. New York: Cambridge University Press.
- Wood, J.V., & Taylor, K.L. (1991). Serving self relevant goals through social comparison. In J.M. Suls, & T.A. Willis (Eds.). *Social comparison: contemporary theory and research*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Recebido para publicação em 18 de julho de 2003 e aceito em 17 de março de 2005.

Psicoterapia de casal na pós-modernidade: rupturas e possibilidades

Couple psychotherapy in post-modernity: changes and possibilities

Orestes **DINIZ NETO**¹
Terezinha **FÉRES-CARNEIRO**²

Resumo

O objetivo deste trabalho foi abordar a crise da conjugalidade na pós-modernidade e indicar novas possibilidades psicoterapêuticas. São traçadas as características do movimento pós-moderno, ressaltando suas relações com a produção de novas formas de subjetividade e de conjugalidade. O impacto na cultura brasileira é revisto. As mudanças da conjugalidade são compreendidas em suas implicações para a prática da psicoterapia de casal em um enfoque construcionista. Aspectos das rupturas na epistemologia do "si-mesmo" são apontados como possibilidades de novas direções psicoterapêuticas.

Palavras-chave: psicoterapia de grupo; pós-modernidade; relações conjugais; subjetivação.

Abstract

The purpose of this paper was to analyze the post-modern marriage crisis and the new psychotherapeutic possibilities. The post-modern characteristics are pointed in connection to the development of new marriage and subjective organizations. The effects on the Brazilian culture are summarized, and the conjugal changes implications are relevant to couple psychotherapy in a systemic approach. The "self" epistemological changes are pointed as new psychotherapeutic possible directions.

Key words: group psychotherapy; post modernism; marital relations; subjectivity.

O objetivo deste trabalho foi realizar um estudo das relações de produção de subjetividade nas relações conjugais na pós-modernidade, apontando suas implicações para uma prática de psicoterapia de casal.

Na metade do século XX e início do século XXI, as ideologias e as práticas do casamento - e todos os padrões que envolvem a construção psicossocial das identidades masculina e feminina - passaram a ser

questionados, gerando uma crise de identidade e de papéis sociais na família e nos padrões de interação conjugal.

As formas e conteúdos do casamento e família que há cerca de duas décadas vêm se difundindo e ganhando legitimidade entre segmentos das classes médias urbanas compartilham muitos dos traços que em diferentes áreas do pensamento, da arte e da cultura conformaram-se com uma tendência pós-moderna. Na literatura, na arquitetura, na arte, no



¹ Departamento de Psicologia, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais. Av. Antônio Carlos, 6627, 31270-901, Belo Horizonte, MG, Brasil. Correspondência para/Correspondence to: O. DINIZ NETO. E-mail: <orestesd@ufmg.br>.

² Departamento de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

discurso filosófico. Nas práticas econômicas e políticas, assim como no casamento e na família a heterogeneidade, a pluralidade, a flexibilidade, a instabilidade e a incerteza tornaram-se a regra (Vaitsman, 1994, p.18).

Essa crise psicossocial e institucional da conjugalidade se revela em vários pontos, tais como na diminuição do número de casamentos, oficiais ou não. Os casamentos também estão ocorrendo mais tarde. Nos Estados Unidos, MacGoldrick (1995) ressalta que uma surpreendente porcentagem de 10% de mulheres está escolhendo não se casar e cerca de 20% a 30% dos jovens da presente geração escolheram não ter filhos. Cerca de 75% dos homens permaneceram ainda solteiros aos 25 anos na década de 1980, contra 55% da década de 1970.

Observa-se, ainda, o surgimento de alternativas ao modelo tradicional de casamento. Têm ocorrido experiências de novos modelos de relacionamento, desde casamentos informais e abertos, até casamentos comunitários, poligâmicos, poliândricos e, ainda, uniões homossexuais, além de um grande aumento de padrões de experiência extraconjugais (Ferro Bucher, 1999).

Nesse quadro, não surpreende a ocorrência de um aumento do número de divórcios. Nos EUA, em 1962, ocorreram 413 mil divórcios; em 1983, 1 179 milhão; e para a década de 1990 considera-se que 50% dos casamentos terminarão em divórcio (Gottman, 1993). Atualmente, nos EUA, calcula-se que, de cada três casamentos, apenas um permanecerá estável (Goleman, 1998).

No Brasil, as estatísticas indicam que um em cada quatro casamentos terminará em divórcio (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 1996). As evidências sugerem que o divórcio se tornou uma variante no ciclo de vida de inúmeras famílias, e que essa tendência permanecerá nos próximos anos (Stern Peck & Manocherian, 1995).

São diversos os fatores socioculturais envolvidos na mudança dos padrões do casamento contemporâneo, sendo possível, aqui, apenas sumariar alguns, tais como a ampliação do estado de direito e democracia, o movimento de libertação feminino, a abertura do mercado de trabalho à mão-de-obra feminina e a crise pós-moderna.

Cada um desses fatores modificou e foi responsável por reflexos nos padrões psicossociais, resultando em mudanças na estrutura ideológica, sociocultural, econômica e psicológica. Instalou-se assim uma crise dos papéis sociais antes definidos segundo uma ótica capitalista, patriarcal e falocêntrica, possibilitando uma maior mobilidade psicossocial (Ferro-Bucher, 1999).

É possível pensar que, se por um lado a crise indica uma ruptura nos padrões psicossociais, ela também marca a transformação da relação homem e mulher, produzindo novas formas de sujeição e de subjetividades.

A desconstrução da conjugalidade na pós-modernidade

Mudanças na instituição do casamento não são novas; na crise contemporânea, parece ocorrer uma mudança nos padrões do relacionamento entre indivíduos, com um aumento da mobilidade social, tornando possível que relações insatisfatórias possam ser resolvidas com o rompimento conjugal.

Não parece que a instituição casamento esteja agonizante, mas que estejamos, também, em busca de padrões mais satisfatórios e funcionais de relacionamento amoroso que propiciem condições melhores para o processo de diferenciação e desenvolvimento psicológico e emocional dos parceiros (Bowen, 1978; Goleman, 1998; Féres-Carneiro, 1999; Jablonski, 1999; Féres-Carneiro, 2003; Jablonski, 2003).

Portanto, não se deve pensar a crise da conjugalidade contemporânea como um momento de perda de uma instituição muito bem adaptada e saudável, porém como uma ruptura com padrões psicossociais que trazem consigo normas sociais e familiares disfuncionais, a serviço de uma ideologia dominante (MacGoldrick, 1995).

Na modernidade, a união conjugal tinha um valor precípuo e sua manutenção deveria ser mantida a qualquer preço, conforme a expressão "até que a morte nos separe". As mulheres deveriam se manter fiéis e dedicadas à criação dos filhos, obedecendo aos maridos, em uma repetição de uma relação de submissão social e econômica. A vida pública

era reduto exclusivo dos homens. Os papéis eram claramente marcados e diferenciados. A desigualdade era aceita e reforçada socialmente, sem qualquer preocupação com os aspectos afetivos e sexuais da mulher.

Jablonski (1999; 2003), por exemplo, tem colocado em relevo o fato de que, mesmo hoje, em nossa cultura, o casamento provoca uma descontinuidade muito profunda na vida das mulheres. Em quase todos os aspectos - físico, mental, e mesmo nas estatísticas criminais-, as mulheres solteiras são mais saudáveis que as casadas (Apter, 1985). Esses resultados provavelmente se devam aos padrões de dominação que as sociedades e famílias tradicionais impõem às mulheres, reprimindo-as. Além disso, as mulheres demonstram se adaptar melhor e mais rapidamente à situação pós-divórcio que os homens, parecendo indicar que o padrão do divórcio contemporâneo pode ser um evento mais estressante para os homens do que para as mulheres (Gurin, Veroff & Field, 1980). Féres-Carneiro (2003) ressalta também o mesmo padrão de estresse masculino, notando que pode estar relacionado ao fato de, na maior parte das separações, as mulheres permanecerem em casa com os filhos enquanto os homens se mudam e deixam de acompanhar o cotidiano dos filhos.

Por outro lado, apesar do estereótipo de que o casamento deva ser algo que os homens devam temer e evitar, devido às perdas que ao homem seriam impostas (Jablonski, 2003), muitas pesquisas indicam o contrário, ou seja, que o casamento melhora a saúde física e mental dos homens, estando relacionado, até mesmo, com a melhor possibilidade de sucesso profissional (Gurin, Veroff & Field, 1980).

Assim, as novas formas de relacionamento que emergem na pós-modernidade podem ser vistas como um movimento libertário contra uma estrutura psicossocial de domínio e exploração, característica das sociedades capitalistas modernas. Portanto, os movimentos sociais característicos da pós-modernidade talvez possam ser mais bem compreendidos como tentativas de resistências e escape aos processos de sujeição, exercidos via biopolítica do poder, como assinalou Foucault (1982), o que não impede que sejam capturados e reutilizados por outras instâncias (Hardt & Negri, 2002).

A relação conjugal na pós-modernidade

Uma pergunta se impõe: como se caracterizariam então as relações conjugais na pós-modernidade?

Inicialmente, é preciso caracterizar o que se tem chamado de pós-modernidade. Jameson (1995) nos lembra que, mais do que um período histórico, a pós-modernidade se caracteriza por uma ruptura com a visão moderna de mundo e de homem, uma resposta cultural ao capitalismo tardio, ou às novas formas de dominação nas quais a própria cultura se torna mercadoria de consumo.

[...] assim na cultura pós-moderna, a própria cultura se tornou um produto e o mercado tornou o seu próprio substituto, um produto exatamente igual a qualquer um dos itens que o constituem: o modernismo era, ainda que minimamente e de forma tendencial, uma crítica à mercadoria, um esforço de forçá-la a se autotranscender. O pós-modernismo é o consumo da própria produção de mercadorias como processo (Jameson, 1995, p.14).

Esse autor destaca como características fundamentais do discurso pós-moderno uma recusa de metanarrativas ou de qualquer projeto metafísico; uma ruptura na temporalidade, com uma contração temporal em uma eterna referência ao discurso presente; uma crítica do representacional; um esmaecimento de fronteiras e limites.

O discurso pós-moderno assume uma tarefa ideológica fundamental: a de coordenar as novas práticas e hábitos sociais e mentais, em novos padrões de organização e de produção econômica, que geram novas formas de subjetividade.

Essas formas de subjetividade são capturadas por forças de produção, ou de agenciamentos, que constituem os novos tipos de dominação e de sujeição a serviço de novas forças de dominação político-econômicas, descritas como capitalismo tardio, com as características próprias (Jameson, 1995). Tais formas de dominação são compostas por uma rede de empresas transnacionais com interesses econômicos que rompem com a política nacionalista e imperialista dos estados modernos, introduzindo uma lógica de produção que rompe com delimitações e fronteiras, características dos estados modernos. Cria-se, assim, nova divisão internacional do trabalho, na qual as

diferenças das condições de produção são exploradas em uma perspectiva transnacional, rompendo barreiras e divisões tradicionais.

Do ponto de vista econômico, instala-se uma dinâmica vertiginosa de transações bancárias internacionais e de bolsas de valores, que transforma a versão capitalista imperialista em uma instância global de controle financeiro das imensas dívidas do segundo e do terceiro mundo. Instala-se uma nova distribuição de trabalho com a passagem da produção industrial e agrícola para o terceiro mundo, e a concentração da área de serviços no primeiro mundo, criando uma crise das formas de trabalho tradicional pela introdução de diferentes modos de produção e de distribuição do trabalho com alteração nas relações de mais valia. Surgem novas classes sociais, como os *yuppies*, que introduzem novas formas de subjetividade (Jameson, 1995; Hardt & Negri, 2002). Novas formas de relacionamento de mídias, de transportes, de computadores, de tecnologias de produção e de comunicação introduzem rupturas nas identidades e produzem novas formas de subjetivação (Nicolaci-da-Costa, 2000; 2002).

Jamenson (1995) nos lembra que a relação entre os meios de produção econômico-sociais na pós-modernidade e o cultural não é uma rua de mão única, mas uma interação contínua e recíproca, na qual são produzidas subjetividades específicas através de modos de sujeição que, por sua vez, produzem um campo político, social e cultural em uma atividade retroativa.

O pós-moderno deve ser visto como a produção de pessoas pós-modernas, capazes de funcionar em um mundo socioeconômico muito peculiar, um mundo cujas estruturas, características e demandas objetivas - se dispuséssemos de uma exposição adequada delas - constituiriam a situação para a qual o pós-modernismo é a resposta, e que nos dariam algo mais decisivo do que a teoria do pós-modernismo (Jamenson, 1995, p.18).

A organização sociocultural e econômica reflete-se, portanto, na construção das subjetividades e nas formas de vinculação social, afetiva e sexual, tais como as experimentadas na conjugalidade, que parece estar se caracterizando pela ausência de um modelo único, ou melhor, pela expressão em um

modelo de multiplicidade de identidades e papéis que, respondendo a múltiplos contextos, tornam-se contraditórios, levando a novas formas de defesa, como o descompromisso, e uma organização psíquica difusa.

Assim como Lasch (1979) nos fala sobre um culto das relações interpessoais pouco exigentes, Vaitsman (1994) ressalta: "o que caracteriza a família e o casamento numa situação pós-moderna é justamente a inexistência de um modelo dominante, seja no que diz respeito às práticas, seja enquanto um discurso normalizador das práticas" (p.19).

Observamos, então, que as relações de casamento, ainda que norteadas pela busca de satisfação afetiva e sexual, são atingidas pelas forças de sujeição, trazendo sinais de destruição e recriação, pontuadas por resistências às forças de dominação.

Casamentos que insistem em se manter convencionais, na tentativa de repetir um padrão de valores modernos, coexistem com novos estilos de conjugalidade, como manda o padrão mundial de consumo. Outros sujeitos, com suas subjetividades múltiplas submetidas às forças de produção, levam à produção de famílias monoparentais e à crise do par conjugal (Mello da Silveira, 1998).

Podemos observar esses padrões em diferentes aspectos das experiências conjugais: na sexualidade, na afetividade e nas relações familiares, nas quais se experienciam novas identidades pautadas ora nos indivíduos ora no social. A multiplicidade de papéis, com o abandono dos tradicionais, vivenciados em uma rápida sucessão, leva a uma experiência subjetiva de fragmentação. No caso da mulher, além do abandono da posição de "rainha do lar", com a demanda para entrada no mercado de trabalho, a maternidade passou a ser vivida não mais como o aspecto marcante da subjetividade feminina. O papel de mãe e esposa choca-se com o de profissional, levando a uma fusão entre o público e o privado.

No caso do homem, ele perde o lugar de figura de força e poder, esmaecido, primeiro pela autoridade pública, depois pelas mulheres. Encontra-se perdido entre identidades difusas e em mudança. Já não é mais o pai moderno, com quem os filhos têm de disputar o poder, admirando-o e odiando-o, e nem o macho

dominador, “o cabeça do casal” capaz de fazer o seu desejo prevalecer sobre o da esposa. Perdido, aloja-se em um lugar mais distante nas relações da família.

Os papéis definidos rompem-se, deixando fluidas as fronteiras entre marido e mulher e filhos. Surge a família igualitária. As relações conjugais tornam-se mais instáveis na busca dessa igualdade e da individualidade submetida a campos de multiplicidade contextual. Passam a se sustentar, quase que totalmente, nas satisfações sexual e emocional, que, por sua vez, se tornam instáveis.

Padrões de relação antes vistos como desvios passam a conviver com relações formalizadas, havendo uma heterogeneidade nos relacionamentos afetivo-sexuais. Não desaparecem os traços do modernismo, surgem outros que convivem com os antigos. Não se acredita mais que duas pessoas sejam feitas uma para a outra. O casamento não é mais para toda a vida. Mas qual é o estatuto da experiência pós-moderna no Brasil?

A conjugalidade no Brasil da pós-modernidade

A família no Brasil apresenta diferentes padrões de organização ao longo de sua história, desde o modelo patriarcal característico do Brasil colonial até a família nuclear monogâmica, característica da modernidade (Candido, 1951).

Com a Revolução Industrial e as inúmeras mudanças sociais ocorridas a partir do final do século XVIII, os espaços públicos e privados foram demarcados e o mundo público do trabalho passou a ser definido como um mundo masculino. A industrialização crescente no século XIX passou a demandar um número maior de trabalhadores, levando as mulheres, sobretudo aquelas de famílias dos segmentos menos privilegiados da população brasileira, para o trabalho nas fábricas. No início do século XX, também as mulheres dos segmentos médios saem dos espaços privados e passam a ocupar cargos de apoio em empresas enquanto se preparam para o casamento (Rocha-Coutinho, 2003). Hoje, apesar da discriminação ainda existente, encontramos as mulheres ocupando posições de destaque no mercado de trabalho, mesmo que na família elas continuem

sendo as maiores responsáveis pelas tarefas domésticas e pelos cuidados com os filhos.

Doherty (1992) e Jablonski (2003) ressaltam que, ao longo do século XX, pudemos conviver com três tipos de família. Inicialmente, com a família tradicional, caracterizada pela autoridade paterna, pela produção econômica conjunta, pela ênfase nos aspectos pragmáticos do casamento e por uma composição ampliada que abrigava muitos membros. No momento seguinte, temos a família moderna, muito influenciada pelos valores do individualismo, com uma organização mais nuclear e igualitária, na qual predominam as emoções e os sentimentos. No final do século XX, surge a família pós-moderna, na qual convivem várias formas de arranjos não tradicionais, ainda menos permanentes e mais flexíveis e igualitários que aqueles das famílias da modernidade (Vaitsman, 1994; Goldenberg, 2000; Jablonski, 2003).

Nos últimos anos, na sociedade brasileira, vemos a família sofrer rápidas e profundas mudanças estruturais, tanto na composição de seus membros como na inter-relação de seus papéis. Inúmeras pesquisas têm como objetivo o estudo da família em transformação (Féres-Carneiro, 1999; Jablonski, 1999; Rocha-Coutinho, 2000; Féres-Carneiro, 2003; Jablonski, 2003; Rocha-Coutinho, 2003). Vemos reflexos desse momento de crise com o aumento do número de divórcios e o aumento de famílias monoparentais surgidas sobretudo de separações (Grzybowski, 2002).

Observamos o surgimento de famílias reconstituídas com diferentes estruturas e configurações (Féres-Carneiro, 1999; Jablonski, 1999; Féres-Carneiro, 2003; Jablonski, 2003; Wagner, 2002), bem como os casamentos entre homossexuais (Féres-Carneiro, 1997). Nicolaci-da-Costa (2000; 2002) resalta o surgimento de novas tecnologias como meio de busca e expressão afetivo-sexual, como, por exemplo, o sexo na Internet. Esse quadro marca a crise da identidade masculina e feminina com o surgimento de novos papéis para o homem e para a mulher, em parte pelo aumento da liberdade sexual feminina e da demanda de qualidade nas relações, levando ao aparecimento de novas formas de relação a dois, como o “ficar”. Frente a esse quadro, tem ocorrido um aumento do número de homens com disfunções sexuais, perda dos referenciais de papéis parentais

claramente definidos, e ainda uma sobrecarga das funções da mulher, com acúmulo do papel parental e de provedora (Wagner, 2002).

Esses são sinais do novo campo de construção da subjetividade a que a relação conjugal está submetida. A resposta a essa crise tem se dado por uma multiplicidade de modelos que implicam diferentes papéis, implicitamente incongruentes e conflitantes. O discurso corrente fala de relação amorosa, na qual é preciso preservar o "espaço", garantir a "individualidade" e a "privacidade" dos parceiros. A construção de novas formas e configurações familiares, por outro lado, tem servido de campo para novas formas de subjetivação, na qual os modelos tradicionais de famílias nucleares parecem não oferecer suporte (Féres-Carneiro, 1999; Ferro-Bucher, 1999; Diehl, 2002; Falcke, Diehl & Wagner, 2002; Wagner, 2002; Féres-Carneiro, 2003). Essa situação convida a uma reflexão sobre a prática da psicoterapia de casal e de família e seu papel na construção da subjetividade na pós-modernidade.

Multifacetado, com uma variedade enorme de funções, sem tempo para perceber-se em cada mudança que acontece, o sujeito da pós-modernidade vê-se fragmentado, mais do que nunca, cindido entre o sentir, o pensar e o agir. Essa diversidade de modelos provoca crises e sintomas, realimentando-se deles.

Nesse contexto, é necessário construir novas abordagens psicoterapêuticas que respondam às demandas dos sujeitos no contexto pós-moderno. Porém, não se pode buscar responder a tais questões com modelos de organizações subjetivas originadas da modernidade e que, presentes nas teorias personalistas e identitárias clássicas da psicoterapia, levam a teorias e discursos centrados na conceituação de identidades construídas em um *self* auto-referente e monádico.

Rupturas na epistemologia do "si-mesmo": novas possibilidades terapêuticas

O que comumente se chama de crise da pós-modernidade é, na verdade, um processo de superação da visão de homem e de mundo característico do período moderno, com o aparecimento de novas propostas epistemológicas e estéticas.

A modernidade leva-nos a construir uma certa visão de mundo caracterizada pelas grandes metanarrativas: discursos totalizadores que trazem em seu bojo pressupostos tanto de uma posição metafísica da essencialidade, como de uma posição epistemológica da possibilidade de um conhecimento verdadeiro, pretendendo, assim, uma posição de ordenador do pensamento e de outros discursos.

Na tentativa de construir uma psicologia científica moderna, a questão "o que é o *self*?" parece central. Seu núcleo é, ao mesmo tempo, uma pergunta metafísica e epistemológica. No sentido epistemológico, o *self* pode ser conhecido não só pelo próprio como pelos demais. Em consequência, pode ser observado, medido, avaliado, quantificado. De qualquer modo que se entenda a pergunta, ela pressupõe a existência de uma entidade que pré-exista à nossa necessidade de descrevê-la. No sentido metafísico, perguntar o que é o *self* significa perguntar sobre a essência daquilo que se interroga, implicando em algo central, inerente à condição humana e irreduzível.

Todas as abordagens tradicionais na psicologia, subjetivistas e essencialistas, concebem que o *self* é delimitado. Há o *self* e o "não *self*". Cada pessoa seria um acontecimento único, em um universo delimitado e integrado, e o centro de suas ações. Essa posição convida a certas perguntas, tais como: de que somos conscientes quando somos conscientes de nós mesmos? Como saber se nossa consciência reflete o estado real de nossa mente? Que é este *self* e como podemos verdadeiramente conhecê-lo?

Perguntas como essas criaram muitos dilemas, aos quais Descartes, por exemplo, respondeu definindo uma divisão metafísica da realidade, do sujeito e do objeto, em termos de uma "*res extensa*" e "*res cogitans*".

A Psicologia Cognitiva tem evitado a cisão cartesiana e essas questões, afirmando a emergência quer do *self* quer da consciência como explicável pelas ações do sistema nervoso central. A metáfora é computacional: segundo esse modelo computado-rizado e cognitivo do sistema psicológico, as operações mentais e do *self* só processam informações e resultados em relação a um critério ou sintaxe intrínsecos, construídos dentro do sistema.

Sob essa acepção encontra-se muito da chamada revolução cognitiva. Esses pontos de vista se apoiam na idéia cartesiana e lokeana de que a mente é um espaço fechado e auto-suficiente. O perigo dessa crença epistemológica modernista consiste em supor que é possível reduzir todos os fenômenos psíquicos a alguma base ou modelo último, a alguma origem fundamental, e é por isso que todas têm uma explicação de base causal essencialista, que remete a algum tipo de fundamento imanente.

A posição pós-moderna não rejeita o discurso e as teorias modernas sobre o *self* por assumir outro fundamento, mas por relativizar todos os discursos. Ela aponta para a impossibilidade de uma fundamentação imanente, e assume a relatividade dos discursos como paradigmática, abrindo outros caminhos que, por exemplo, nos permitem evitar a posição da existência transcendental de um *self*, tornando desnecessária uma concepção epistemológica e metafísica do si-mesmo. Isso nos situa no campo pós-moderno e nas atividades da hermenêutica e da interpretação.

No processo de valorização da exploração da multiplicidade dos discursos, o "eu", o ego, o *self*, os papéis sociais e as identificações deixam de ser expressões da neurofisiologia e não podem ser explicáveis por um discurso fundacional.

Muitos cientistas sociais, há mais de vinte anos, começam a explorar as conseqüências de definir o *self* como narrador e como um processo humano produtor de significados por meio da ação da linguagem. O *self* pode ser, em uma perspectiva pós-moderna, considerado como uma expressão dessa capacidade para a linguagem e a narrativa, que são atos sociais. Na melhor das hipóteses, não somos mais que co-autores de uma narrativa em permanente mudança, que se transforma em nosso "si-mesmo". Histórias imersas no nosso passado, narradas em função de um futuro contado em múltiplos contextos.

Essa perspectiva não é nova. Freud (1968), na sua obra "Construções na análise", de 1936, aponta que quando a análise das defesas do "eu" e o processo de associação livre não recuperam as necessárias lembranças edípicas da infância, é possível para o analista criar uma história próxima do que o paciente poderia ter recordado. Assim, Freud rechaça a

abordagem narrativa ao compará-la com a idéia delirante do psicótico, alertando-nos sobre os riscos dessa possível "intervenção" por parte do analista.

Spence (1984) estendeu o conceito para uma abordagem narrativa e construtivista. Segundo ele, já que nunca podemos chegar à verdade real das vivências infantis, temos que nos contentar com um relato construído, que seja adequado ao cliente e às circunstâncias. Segundo esse ponto de vista, a tarefa da psicoterapia parece consistir na construção de uma história de vida que seja consistente com as circunstâncias atuais do paciente, sem levar em conta a verdade "arqueológica" dessa construção.

Schafer (1978) adota uma perspectiva mais próxima de Wittgenstein e do construtivismo social. Para ele, o *self* é uma manifestação da ação humana, da ação de falar sobre o si mesmo. No entanto, diferentemente de Spence (1984), que estava interessado no conteúdo da narrativa, Shafer (1978) interessa-se pelo modo da construção e pelo discurso narrativo. Ele sustenta que estamos contando, aparentemente, a nós mesmos e aos outros, quem somos, incorporando essas histórias umas às outras. Dessa perspectiva, o "si-mesmo" se converte nas maneiras mais ou menos estáveis e emocionais de contar, a nós mesmos e aos outros, sobre nossa continuidade no processo de viver, em nosso enlaçamento, e os significados de nossas interações.

Para Shafer (1978), assim como para outros psicoterapeutas pós-modernos, também o outro se manifesta narrativamente. O desafio terapêutico, nessa perspectiva, consiste em auxiliar os clientes a recontar as histórias de suas vidas de maneira que lhes permita uma compreensão de sua origem, de seu significado e de suas atuais dificuldades, de tal forma que a mudança se torne narrativamente concebível, alcançável e crível.

Como assinala Rorty (1979), os seres humanos são geradores perpétuos de novas descrições e narrações, mais do que seres que se possam descrever de maneira precisa, objetiva e fixa. Isso faz com que a natureza do *self* e a de nossas subjetividades se convertam em fenômenos intersubjetivos. Tais fenômenos são o produto de narrarmos histórias uns aos outros e a nós mesmos, acerca de nós e dos outros,

e das histórias que outros narram para nós, sobre nós e sobre eles.

A cambiante rede de narrativas é produto de intercâmbio e práticas sociais, do diálogo e da conversação.

Para esta visão pós-moderna não somos mais que co-autores das identidades que construímos narrativamente. Somos sempre tanto si mesmos potenciais quanto aqueles que estão contidos nas conversações dos narradores (Goolishian & Anderson, 1996, p.195).

Do ponto de vista da psicoterapia de casal, essas colocações nos afastam de uma determinada visão da terapia de família que vê os sistemas como uma arquitetura social relativamente fixa, e convida-nos a vê-los como um sistema intersubjetivo, fluido de construção de significados.

Para a abordagem narrativa, a psicoterapia é um processo conversacional. Na psicoterapia, o objetivo passa a ser a narrativa de uma nova história, de um novo presente que seja mais tolerável, coerente e contínuo, do que aqueles que as narrativas anteriores permitiam.

A mudança passa a centrar-se mais no nosso ser e devir que em um passado histórico cambiante. Em psicoterapia, esse é o resultado de mudar as autonarrativas do *self*, e tem como consequência uma transformação do agente e da interação, ou seja, do *self* e do contexto. Portanto, uma questão emerge: que narrativas construir?

Uma psicoterapia imbuída de uma tradição hermenêutica implica a abertura a novos significados, o abandono de uma metanarrativa paradigmática supra-ordenadora de sentidos. Saber de antemão, seja a partir de uma teoria ou de um diagnóstico, é reduzir a compreensão a um nível tão abstrato que passa por cima da índole intersubjetiva, única e singular da interpretação naquela interação e contexto.

Toda ação social pode ser concebida como o resultado de uma interação em um sistema de indivíduos que atuam, ajustando e conectando seus comportamentos, em relação a si mesmos e aos demais, mediante um processo hermenêutico de interpretação de si mesmos, ou seja, através da construção da narrativa humana.

Vivemos, uns com os outros, vidas narradas. A pressão social - o estigma do divórcio, o fato de a mulher depender economicamente do marido etc. -, que antes mantinha os casais unidos, não é mais o "alicerce" do casamento. Novas narrativas serão necessárias para a construção das novas formas de conjugalidade.

Temos aí, então, um bom motivo para acreditar, como Goleman (1998), que são as forças dos sentimentos que determinam a sobrevivência do laço conjugal. Como psicoterapeutas de casal, essa crença deve permear nossa prática diária, não podendo deixar de estar presente na nossa intenção e na nossa compreensão.

Referências

- Apter, T. (1985). *Why women don't have wives?* New York: Schocken.
- Bowen, M. (1978). *Family therapy and clinical practice*. New York: Jason Aronson.
- Candido, A. (1951). The brazilian family. In A. Hartman (Org.). *Brazil: Portrait of development* (pp. 291-312). New York: The Dryden Press.
- Diehl, A. (2002). O homem e a nova mulher: novos padrões sexuais de conjugalidade. In A. Wagner (Org.). *Família em cena* (pp.135-158). Petrópolis: Vozes.
- Doherty, W.J. (1992). Private lives, public values. *Psychology Today, Mai/June*, 32-37.
- Falcke, D., Diehl, J.A., & Wagner, A. (2002). Satisfação conjugal na atualidade. In A. Wagner (Org.). *Família em cena* (p.172-188). Petrópolis: Vozes.
- Féres-Carneiro, T. (1997). Escolha amorosa e interação conjugal na hetero e na homossexualidade. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 10 (2), 351-368.
- Féres-Carneiro, T. (1999). Conjugalidade: um estudo sobre as diferentes dimensões da relação amorosa heterossexual e homossexual. In T. Féres-Carneiro (Org.). *Casal e família: entre a tradição e a transformação* (pp. 96-117). Rio de Janeiro: Nau Editora.
- Féres-Carneiro, T. (2003). Construção e dissolução do laço conjugal na terapia de casal. In T. Féres-Carneiro (Org.). *Família e casal: arranjos e demandas contemporâneas* (pp. 201-214). Rio de Janeiro: PUC-Rio.
- Ferro-Bucher, J.S.N. (1999). O casal e família sob novas formas de interação. In T. Féres-Carneiro (Org.). *Casal e família: entre a tradição e a transformação* (pp.169-193). Rio de Janeiro: Nau Editora.
- Foucault, M. (1982). *Hermeneutique du sujet*. Paris: Seuil/Gallimard.
- Freud, S. (1968). Construcciones en psicoanalisis. In *Obras completas*. Vol. III. Madri: Editorial Nueva Madri.

- Goldenberg, M. (2000). De Amélias a operárias: um ensaio sobre os conflitos femininos no mercado de trabalho e nas relações conjugais. In M. Goldenberg (Org.), *Os novos desejos* (pp.105-124). Rio de Janeiro: Record.
- Goleman, D. (1998). *A Inteligência emocional*. Rio de Janeiro: Objetiva.
- Goolishian, H.A., & Anderson, H. (1996). Narrativa e self: alguns dilemas pós-modernos da psicoterapia. In D.F. Schnitman (Org.), *Novos paradigmas, cultura e subjetividade* (pp.191-200). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Gottman, J.M. (1993). *What predicts divorce: relations between marital process and marital outcome*. Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates.
- Grzybowski, L.S. (2002). Famílias monoparentais: mulheres divorciadas chefes de família. In A. Wagner (Org.), *Família em cena* (pp.39-53). Petrópolis: Vozes.
- Gurin, G., Veroff, J., & Field, S. (1980). *Americans view their health*. New York: Basic Books.
- Hardt, M., & Negri, A. (2002). *Império*. Rio de Janeiro: Record.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (1996). *Pesquisa nacional por amostra de domicílios*. Rio de Janeiro.
- Jablonski, B. (1999). Identidade masculina e paternidade: de onde vimos e para onde vamos. In T. Féres-Carneiro (Org.), *Casal e família: entre a tradição e a transformação* (pp.55-69). Rio de Janeiro: Editora Nau.
- Jablonski, B. (2003). Afinal o que quer um casal? Algumas considerações sobre o casamento e a separação na classe média carioca. In T. Féres-Carneiro (Org.), *Família e casal: arranjos e demandas contemporâneas* (pp. 141-168). Rio de Janeiro: PUC-Rio.
- Jameson, F. (1995). *Pós-modernismo*. Rio de Janeiro: Ática.
- Lasch, C. (1979). *Refúgio num mundo sem coração; a família: santuário ou instituição sitiada?* Rio de Janeiro: Paz e Terra.
- MacGoldrick, M. (1995). A união das famílias através do casamento: o novo casal. In B. Carter & M. MacGoldrick. *As mudanças no ciclo de vida familiar* (pp.184-205). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Mello da Silveira, T. (1998). *A construção criativa na vida do casal: limites e possibilidades do casamento contemporâneo*. Dissertação de mestrado, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.
- Nicolaci-da-Costa, A.M. (2000). *Nas malhas da rede: os impactos íntimos da Internet*. Rio de Janeiro: Campus.
- Nicolaci-da-Costa, A.M. (2002). *Estamos diante de uma nova revolução tecnológica?* Projeto de pesquisa, Departamento de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.
- Rocha-Coutinho, M.L. (2000). Dos contos de fada aos super-heróis: mulheres e homens brasileiros reconfiguram identidades. *Psicologia Clínica*, 2 (12), 65-82.
- Rocha-Coutinho, M.L. (2003). Quando o executivo é uma dama. In T. Féres-Carneiro (Org.), *Família e casal: arranjos e demandas contemporâneas* (pp.57-77). Rio de Janeiro: PUC-Rio.
- Rorty, R. (1979). *Philosophy and the mirror of nature*. Princeton: Princeton University Press.
- Schafer, R. (1978). *Language and insight*. New Haven: Yale University Press.
- Spence, D. (1984). *Narrative truth and historical truth: meanings and interpretations in psychoanalysis*. New York: Norton.
- Stern Peck, J., & Manocherian, J. (1995). O divórcio no ciclo de vida familiar. In B. Carter & M. MacGoldrick. *As mudanças no ciclo de vida familiar* (pp. 291-320). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Vaitsman, J. (1994). *Flexíveis e plurais: identidade, casamento, e família em circunstâncias pós-modernas*. Rio de Janeiro: Rocco.
- Wagner, A. (2002). Possibilidades e potencialidade da família: a construção de novos arranjos a partir do recasamento. In A. Wagner (Org.), *Família em cena* (pp.23-28). Petrópolis: Vozes.

Recebido para publicação em 27 de novembro de 2003 e aceito em 1 de março de 2005.

A experiência da maternidade no contexto da depressão materna no final do primeiro ano de vida do bebê

The motherhood experience in the maternal depression context at the end of infant's first year of life

Daniela Delias de Sousa **SCHWENGBER**¹

Cesar Augusto **PICCININI**²

Resumo

O presente estudo investigou a experiência da maternidade no contexto da depressão materna no final do primeiro ano de vida do bebê. Participaram dezoito díades mãe-bebê, metade das quais com mães com indicadores de depressão e as demais sem esses indicadores, conforme os escores do Inventário Beck de Depressão. A análise de conteúdo de entrevista sobre o desenvolvimento do bebê e a experiência da maternidade mostrou que mães com indicadores de depressão relataram mais insatisfação com o desenvolvimento do bebê, com o desempenho do papel materno e com o apoio recebido do companheiro e de outras pessoas, maior nível de estresse pela separação dos filhos em função do trabalho, pela ocorrência de conflitos familiares e conjugais, por dificuldades no manejo com o bebê e por dificuldades financeiras. Esses achados apontam para a importância de avaliações e intervenções precoces para minimizar os efeitos negativos da depressão materna para a díade mãe-bebê.

Palavras-chave: bebês; depressão pós-parto; mãe; maternidade; relações mãe-criança.

Abstract

The present study has investigated the motherhood experience in the maternal depression context at the end of infant's first year of life. Eighteen mother-infant dyads took part in the study. This study sample was composed by 9 dyads whose mothers had presented depression indicators according to Beck Depression Inventory. An interview concerning infant development and the motherhood experience was carried out with the mothers. A content analysis of the interviews has showed that mothers with indicators of depression reported more dissatisfaction with their infant's development, with the maternal role and with the support received from their partners and from other people. They also showed greater level of stress related to separation from their children due to work, to the occurrence of family and marital conflicts, to difficulties in the handling of the infant and to financial difficulties. These findings point to the importance of early evaluations and interventions in order to minimize the negative effects of maternal depression on the mother-infant dyad.

Key words: infants; postpartum depression; mother; motherhood; mother child relations.

O nascimento de um bebê inaugura uma série de transformações na vida familiar, sendo considerado

um evento propício ao surgimento de problemas emocionais nos pais (Maldonado, 1990; Szejer &

▼ ▼ ▼ ▼ ▼

¹ Doutoranda em Psicologia do Desenvolvimento, Curso de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS, Brasil.

² Curso de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento, Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Rua Ramiro Barcelos, 2600, Térreo, 90035-003, Porto Alegre, RS, Brasil. Correspondência para/Correspondence to: C.A. PICCININI. E-mail: <piccinini@portweb.com.br>.

Stewart, 1997; Klaus, Kennell & Klaus, 2000; Burke, 2003). A depressão materna comumente associada ao nascimento de um bebê refere-se a um conjunto de sintomas que iniciam geralmente entre a quarta e a oitava semana após o parto, atingindo de 10% a 15% das mulheres (Cooper & Murray, 1995; Clark, Tluczek & Wenzel, 2003). Alguns autores sugerem que as mães possam permanecer com os sintomas por um período prolongado enquanto outras começam a se sentir deprimidas mais tardiamente no primeiro ano após o parto (Brown, Lumley, Small & Astbury, 1994; Murray, Cox, Chapman & Jones, 1995; Klaus et al. 2000). Os sintomas associados à depressão materna incluem irritabilidade, choro freqüente, sentimentos de desamparo e desesperança, falta de energia e motivação, desinteresse sexual, transtornos alimentares e do sono, a sensação de ser incapaz de lidar com novas situações, bem como queixas psicossomáticas (Klaus et al., 2000).

A literatura aponta que fatores biológicos, obstétricos, psicológicos e sociais que se inter-relacionam podem contribuir para a precipitação ou agravamento da depressão materna (Schwengber & Piccinini, 2003). Dentre esses fatores, a própria experiência da maternidade pode representar risco para a depressão materna em virtude do seu caráter muitas vezes conflituoso. Alguns autores sugerem que o nascimento de um filho está relacionado a complexas transformações na identidade feminina (Soifer, 1980; Maldonado, 1990). Corroborando essa concepção, Stern (1997) postulou que, diante da chegada do bebê, a nova mãe necessita reelaborar esquemas a respeito de si mesma, os quais englobam todos os aspectos do seu ser. De acordo com o autor, a reavaliação de sua identidade, sob essa ótica, pode ser acompanhada de um sentimento de perda subjacente ao sentimento de ganhos com a maternidade, o qual pode estar relacionado à presença de sintomas depressivos.

Alguns estudos mostraram que mães deprimidas relataram mais dificuldades em exercer a maternidade do que mães não-deprimidas (Downey & Coyne, 1990; Rutter, 1990; Lovejoy, Graczyk, O'Hare & Neuman, 2000); definiram-se como menos competentes, menos ligadas emocionalmente às suas crianças, mais dependentes e isoladas socialmente

(Milgron & McCloud, 1996). Além disso, há evidências na literatura de que mães deprimidas se mostraram menos confiantes e satisfeitas com o desempenho do papel materno do que mães não-deprimidas (Anderson, Fleming & Steiner, 1994; Brown et al., 1994; Panzarine, Slater & Scharps, 1995; Fowles, 1996). Para Lovejoy et al. (2000), as dificuldades maternas ocorreriam em função de alguns sintomas associados à depressão, como ansiedade e irritabilidade. A ansiedade e a preocupação da mãe deprimida poderiam explicar sua menor responsividade e atenção às necessidades da criança, enquanto que sua irritabilidade estaria associada a maior expressão de afeto negativo e menor tolerância frente aos comportamentos da criança.

Em um estudo que investigou amplamente a experiência da maternidade no contexto da depressão materna, Brown et al. (1994) verificaram que mães deprimidas enfatizavam temas relacionados à saúde da criança, à necessidade de recuperação física devido à exaustão, ao isolamento, falta de apoio e aos problemas conjugais. Nesse sentido, as mães deprimidas demonstraram maior nível de estresse, insatisfação e mudanças de vida negativas do que mulheres que não haviam estado deprimidas. Embora reconhecessem a presença de uma rede de apoio social, relataram maior insatisfação com o apoio e envolvimento do companheiro nos cuidados com o bebê, bem como maior insatisfação com o apoio de outras pessoas. Contudo, as autoras encontraram similaridades nos dois grupos no que diz respeito às impressões de que o envolvimento do companheiro se daria muito mais em relação a brincadeiras e passeios do que em relação às tarefas mais exaustivas de cuidado com o bebê. Para as autoras, a divisão das tarefas em casa pode ser considerada um fator fundamental para a prevenção do estresse e da depressão materna.

Além da insatisfação com o apoio recebido dos companheiros, o estudo desenvolvido por Brown et al. (1994) revelou uma tendência das mães deprimidas em descrever os bebês como crianças com temperamento difícil. Essa tendência foi também encontrada em alguns estudos anteriormente desenvolvidos (Hopkins, Campbell & Marcus, 1987; Whiffen; 1990; Mebert, 1991). Como sugere a literatura, a contribuição indireta do temperamento do bebê na

precipitação da depressão da mãe pode ocorrer em virtude de que, diante de um bebê mais difícil, as mães tenderiam a perceber a si mesmas como desempenhando uma maternagem mais pobre (Cutrona & Troutman, 1986).

Além do temperamento, a relação entre a presença de depressão materna e gênero do bebê também tem sido investigada, sugerindo que mães deprimidas tenderiam a agir de forma mais confortadora e compreensiva com meninas e seriam menos tolerantes com meninos (Cummings & Davies, 1994). Para Radke-Yarrow, Nottelmann, Belmont, & Welsh (1993), a maior hostilidade das mães deprimidas com meninos poderia estar relacionada às diferentes respostas apresentadas por meninos e meninas frente à depressão da mãe. Segundo os autores, os meninos tenderiam a responder ao afeto negativo da mãe com mais agitação e irritabilidade enquanto que as meninas com mais ansiedade. Endossando essas concepções, Field (1995) destacou que, frente à menor responsividade dessas mães, os bebês poderiam se tornar mais agitados e ativos a fim de buscarem respostas mais adequadas. Além disso, conforme ressaltou a autora, essa busca por respostas maternas tenderia a aumentar conforme os bebês crescessem, na medida em que se tornariam mais atentos às falhas no contexto ambiental. De modo semelhante, Stern (1997) ressaltou que, diante da experiência de estar com uma mãe deprimida, o bebê passaria a agir como um reanimador, na tentativa de fazer com que a mãe estivesse emocionalmente presente.

A literatura aponta também para o caráter natural do conflito entre maternidade e realização profissional (Langer, 1986). Para a autora, a difícil tarefa de integrar realização profissional, vida amorosa e maternidade implica uma série de problemas de ordem prática, os quais muitas vezes resultam em sentimentos de culpa e inadequação. Em relação a isso, Hock e DeMeis (1990), ao investigarem os fatores que mediam a relação entre trabalho, maternidade e saúde mental materna doze meses após o nascimento do bebê, encontraram que mães que preferiam trabalhar, mas permaneciam em casa, apresentaram níveis mais altos de sintomas depressivos quando comparadas àquelas que não o faziam, e manifestaram uma série de conflitos relacionados às suas crenças a respeito do

papel materno e da separação de seus bebês. De acordo com as autoras, a crença feminina na maternidade como um instinto estaria associada à maior ansiedade frente à separação dos filhos, na medida em que o sentimento de ser a única pessoa capaz de cuidar do bebê implicaria a rejeição de cuidados alternativos. Em outro estudo que investigou essas questões, McKim, Cramer, Stuart e O'Connor (1999) também encontraram que mães trabalhadoras que optaram por ficar em casa apresentaram níveis mais altos de depressão, assim como foram consideradas emocionalmente mais instáveis ao cuidarem de seus bebês do que mães que desejavam trabalhar fora e assim o faziam. Além das preocupações relacionadas com as atividades profissionais, a literatura mostra que preocupações de ordem financeira têm sido apontadas como estando associadas à depressão materna (Brown et al., 1994; Romito, Saurel-Cubizolles & Lelong, 1999; Reading & Reynolds, 2001).

Apesar das evidências encontradas na literatura, a maioria dos estudos a respeito desse tema enfatiza apenas a avaliação da qualidade da interação que se estabelece entre mãe e bebê. Nesse sentido, o presente estudo visa ampliar as investigações relatadas, examinando as impressões de mães com e sem indicadores de depressão quanto à sua experiência da maternidade aos doze meses de vida do bebê. Com base na literatura, esperava-se que mães com indicadores de depressão fossem mais negativas ao descreverem suas impressões sobre seus bebês (Cutrona & Troutman, 1986; Hopkins et al., 1987; Whiffen, 1990; Mebert, 1991; Field, Morrow & Adlestein, 1993; Brown et al., 1994) e sobre a maternidade (Downey & Coyne, 1990; Rutter, 1990; Brown et al., 1994; Anderson, Fleming & Steiner, 1994; Romito et al., 1999).

Método

Participantes

Participaram deste estudo dezoito díades mãe-bebê, nove das quais com mães com indicadores de depressão (moderada: 4; leve: 5) e nove com mães sem indicadores de depressão. A designação aos dois grupos ocorreu a partir dos escores obtidos pelas mães

nas respostas ao Inventário Beck de Depressão (BDI - Beck & Steer, 1993)³. Todas as mães eram primíparas e não apresentaram complicações físicas durante a gestação e o parto. Com exceção de uma mãe em cada grupo, as participantes viviam com os pais dos seus bebês. Os bebês eram de ambos os sexos, com a idade de doze meses por ocasião da investigação.

A amostra foi selecionada com base nos critérios descritos acima, dentre os participantes do projeto “Estudo Longitudinal de Porto Alegre: Da Gestação à Escola” (Piccinini, Tudge, Lopes & Sperb, 1998). Este estudo acompanha aproximadamente cem famílias, sendo as gestantes primíparas, representando várias configurações familiares, de diferentes idades, escolaridade e níveis socioeconômicos. O contato inicial para participar deste estudo foi feito com as gestantes no terceiro trimestre de gestação, através de hospitais da rede pública e privada de Porto Alegre, postos de saúde, por indicação e anúncios em jornais. Quando os bebês tinham três, oito e doze meses foram feitas coletas de dados sobre seu desenvolvimento e interações familiares. Para o

presente estudo foram utilizados os dados obtidos aos doze meses de vida do bebê.

No grupo de mães com indicadores de depressão as idades variaram entre 18 e 27 anos (21,3±2,96) e no grupo de mães sem indicadores de depressão entre 15 e 33 anos (24,56±6,11) (Tabela 1). A escolaridade no primeiro grupo variou de seis a onze anos (9,5±1,8) e no segundo de quatro a dezesseis anos (10,6±3,8). O nível socioeconômico variou de baixo a médio, com base na escolaridade e profissão das mães.

Delineamento e procedimentos

Foi utilizado um delineamento de grupos contrastantes (Nachmias & Nachmias, 1996): um grupo com díades cujas mães apresentavam indicadores de depressão e o outro com díades cujas mães não apresentavam esses indicadores. Examinou-se a experiência da maternidade das díades dos dois grupos aos doze meses de vida, particularmente no que se refere às impressões maternas a respeito do crescimento, desenvolvimento, habilidades e

Tabela 1. Caracterização dos participantes.

| Identificação | Nível de depressão | Score BDI | Idade | Estado civil | Escolaridade em anos | Ocupação | Sexo do bebê |
|--|--------------------|-----------|-------|--------------|----------------------|--------------------|--------------|
| Mães com indicadores de depressão | | | | | | | |
| 1 | Moderada | 31 | 19 | Solteira | 11 | Estudante | Masculino |
| 2 | Moderada | 20 | 20 | Casada | 10 | Não trabalha fora | Masculino |
| 3 | Moderada | 20 | 20 | Casada | 8 | Babá | Masculino |
| 4 | Moderada | 20 | 24 | Casada | 8 | Não trabalha fora | Feminino |
| 5 | Leve | 16 | 27 | Casada | 11 | Não trabalha fora | Feminino |
| 6 | Leve | 16 | 18 | Casada | 10 | Estudante | Feminino |
| 7 | Leve | 15 | 24 | Casada | 6 | Confeiteira | Masculino |
| 8 | Leve | 15 | 20 | Casada | 11 | Comerciante | Masculino |
| 9 | Leve | 15 | 20 | Casada | 11 | Aux. de escritório | Masculino |
| Mães sem indicadores de depressão | | | | | | | |
| 10 | Ausente | 8 | 18 | Solteira | 11 | Estudante | Masculino |
| 11 | Ausente | 8 | 19 | Casada | 7 | Doméstica | Masculino |
| 12 | Ausente | 4 | 24 | Casada | 11 | Não trabalha fora | Masculino |
| 13 | Ausente | 6 | 33 | Casada | 15 | Fonoaudióloga | Feminino |
| 14 | Ausente | 6 | 31 | Casada | 16 | Programadora | Feminino |
| 15 | Ausente | 7 | 15 | Casada | 8 | Não trabalha fora | Feminino |
| 16 | Ausente | 6 | 27 | Casada | 4 | Não trabalha fora | Masculino |
| 17 | Ausente | 9 | 28 | Casada | 11 | Serviços gerais | Masculino |
| 18 | Ausente | 6 | 26 | Casada | 13 | Não trabalha fora | Masculino |

³ O termo BDI refere-se ao Inventário Beck de Depressão. De acordo com as normas da versão em português (Cunha, 2001), o nível de depressão é classificado em mínimo (0 a 11 pontos), leve (12 a 19 pontos), moderado (20 a 35 pontos) e grave (36 a 63 pontos).

características emocionais do bebê, os sentimentos sobre ser mãe, as impressões sobre o marido como pai, a rede de apoio em relação aos cuidados com o bebê e a ocorrência de eventos estressantes. Quando os bebês completavam doze meses de vida, as famílias eram contactadas e convidadas a comparecerem à sala de brinquedos do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Nesse encontro, era realizada inicialmente a Observação da Interação Familiar, cujos resultados foram analisados em outro artigo (Schwengber & Piccinini, 2004). A seguir, as mães respondiam à Entrevista sobre o Desenvolvimento do Bebê e a Experiência da Maternidade e ao Inventário Beck de Depressão. As entrevistas foram realizadas individualmente, sendo gravadas para posterior transcrição e análise. O Consentimento Informado, assinado no início do projeto longitudinal, abrangia também essa fase da coleta de dados.

Instrumentos

- Entrevista sobre o desenvolvimento do bebê e a experiência da maternidade (Grupo de Interação Social, Desenvolvimento e Psicologia, 1999): entrevista com questões abertas na qual foi solicitado à mãe que falasse sobre diversos aspectos relacionados ao desenvolvimento do bebê e à experiência da maternidade. O objetivo desse instrumento foi examinar a experiência da maternidade com o passar dos meses. Diversos temas foram investigados na entrevista; dentre eles assinalam-se os que interessam para o presente estudo: as impressões maternas a respeito do crescimento e desenvolvimento ("Como está o crescimento/desenvolvimento do teu bebê?"), habilidades ("O que ele é capaz de fazer que te chama mais a atenção, quais as suas habilidades?"), características emocionais do bebê ("Como tu descreverias o jeito do teu bebê?"), os sentimentos sobre ser mãe ("Como tu estás te sentindo como mãe?"), as impressões sobre o marido como pai ("Como tu achas que ele está sendo como pai?"), a rede de apoio em relação aos cuidados com o bebê ("Tem outras pessoas te ajudando a cuidar do bebê?") e a ocorrência de eventos estressantes ("Ao longo deste primeiro ano de vida, tu vivenciaste situações estressantes? Quais?"). Se necessário, após a realização de cada pergunta, a

entrevistadora solicitava esclarecimentos à mãe no que diz respeito às suas respostas.

- Inventário Beck de Depressão (BDI) (Beck & Steer, 1993): é uma escala sintomática de auto-relato, composta por 21 itens com diferentes alternativas de resposta a respeito de como o sujeito tem se sentido recentemente, e que correspondem a diferentes níveis de gravidade da depressão. A soma dos escores dos itens individuais fornece um escore total, que por sua vez constitui um escore dimensional da intensidade da depressão, que pode ser classificada nos seguintes níveis: mínimo, leve, moderado ou grave. A versão em português do BDI resultou de uma formulação consensual da tradução do original em inglês, que contou com a colaboração de quatro psicólogos clínicos, quatro psiquiatras e uma tradutora, sendo testada junto com a versão em inglês em 32 pessoas bilingües, com três dias de intervalo e variando a ordem da apresentação dos dois idiomas nas duas metades da amostra (Cunha, Prieb, Goulart & Lemes, 1996; Cunha, 2001). A consistência interna do BDI foi de 0,84 e a correlação entre teste e reteste foi de 0,95 ($p < 0,001$). Tendo em vista que muitas das participantes do presente estudo possuíam nível educacional baixo, optou-se por aplicar separadamente os itens do inventário, os quais foram apresentados em cartões pelos pesquisadores para cada participante. Um exame inicial da aplicação mostrou que esse procedimento facilitava muito a sua compreensão por parte das participantes.

Resultados e Discussão

Análise de conteúdo qualitativa (Laville & Dione, 1999) foi utilizada para investigar as semelhanças e particularidades nos relatos das mães sobre sua experiência da maternidade. Com base na literatura (Cutrona & Troutman, 1986; Hopkins & et al., 1987; Whiffen, 1990; Mebert, 1991; Field et al., 1993; Brown et al., 1994; Romito et al., 1999) e em leituras exaustivas das entrevistas feitas pela autora e por um segundo pesquisador, foram identificadas quatro categorias temáticas principais. A primeira delas, denominada "impressões sobre o bebê", envolveu os relatos das mães sobre o seu bebê tanto em termos do seu crescimento e desenvolvimento como em termos de suas habilidades e características emocionais.

A segunda categoria, denominada “impressões sobre a maternidade”, envolveu os sentimentos e dificuldades relacionados ao desempenho do papel materno. A terceira, denominada “apoio nos cuidados com o bebê”, envolveu os sentimentos sobre o desempenho e apoio do companheiro e de outras pessoas. Por fim, a quarta categoria, denominada “eventos estressantes ao longo do primeiro ano de vida do bebê”, examinou os sentimentos das mães a respeito de situações estressantes. Todas as entrevistas foram analisadas tomando-se por base essa estrutura de categorias temáticas e de subcategorias descritas a seguir. Na análise de cada categoria, enfatizaram-se as semelhanças e particularidades entre os relatos das mães com e sem indicadores de depressão. Dois codificadores foram utilizados para a classificação dos relatos nas diferentes categorias e subcategorias. Eventuais discordâncias entre os codificadores na análise foram dirimidas através de discussão e consenso. Apresentam-se, a seguir, as categorias e subcategorias, exemplificando-se com os relatos das próprias mães⁴. Destacam-se inicialmente as semelhanças e a seguir as particularidades encontradas nos relatos das mães com e sem indicadores de depressão. Após a apresentação dos resultados de cada categoria, discutem-se os achados à luz da literatura.

Impressões sobre o bebê

As falas das mães de ambos os grupos revelaram similaridades no que se refere ao crescimento físico de seus bebês: “Queres saber de peso e altura? Ah, ele aumentou bastante o peso e a altura. Mas não sei te dizer o quanto exatamente” (M2/dm)⁵; “Ele tá bem mais fortinho do que antes” (M10/sd). Mães dos dois grupos falaram também a respeito do desenvolvimento cognitivo dos bebês: “Não sei se é porque sou mãe, mas eu acho que ela tá tão inteligente! (...) eu acho que mudou muito...” (M5/dl)⁵; “Bem até demais! A gente fica abobada com as coisas que ele faz, ele é super inteligente!” (M17/sd)⁵. Outra similaridade foi que mães dos dois grupos destacaram

▼ ▼ ▼ ▼ ▼

⁴ Na dissertação de mestrado na qual se baseou este trabalho são apresentados inúmeros outros exemplos das falas das mães, os quais não foram incluídos no presente artigo.

⁵ A letra M significa mãe e o número que acompanha a letra se refere à identificação da participante. A sigla *dm* diz respeito a indicadores de depressão moderada; *dl* refere-se à presença de indicadores de depressão leve; *sd* significa ausência de indicadores de depressão.

o quanto seus bebês brincavam mais intensamente nessa fase do desenvolvimento, também em virtude do desenvolvimento cognitivo: “Agora ele brinca mais, ele já entende bem mais as coisas, né?” (M2/dm); “Agora ele brinca, antes ele não brincava muito com os brinquedinhos. Já se entretém mais brincando” (M10/sd).

Em relação às particularidades de cada grupo, destaca-se a tendência evidenciada por algumas mães do grupo sem depressão em salientar o quanto seus filhos mostravam mais autonomia nesse momento do desenvolvimento: “Ele entende e fala, ele já sabe pedir o que ele quer... ele demonstra o que quer, ele demonstra mais do que antes quando ele quer alguma coisa, quando ele gosta. Ele demonstra o que tá sentindo” (M16/sd). Mas para algumas mães do grupo com depressão apareceu uma visão negativa quanto às mudanças percebidas: “Ah, ele mudou muito! Ele tá cada vez pior (...) mais terrível... ele não pára... se deixar é vinte e quatro horas! Ele só pára na hora de dormir, se não é assim, ó! O dia inteiro. Ele tá assim” (M7/dl).

Habilidades do bebê

Quanto às semelhanças em relação a essa subcategoria, mães de ambos os grupos falaram a respeito da capacidade do bebê de imitar, de explorar o ambiente e da aquisição da fala, evidenciando admiração e contentamento: “Ele tá desenvolvendo as duas coisas junto: falar e caminhar...” (M8/dl); “Ela já desce da cama sozinha, da minha cama ou da minha sogra. Ela vai de ré pra descer da cama. É um sarro. E eu acho um sarro ela conversando!” (M14/sd).

Dentre as particularidades, observou-se que apenas mães com indicadores de depressão mostraram-se menos satisfeitas com as novas habilidades do bebê, sendo que todas eram mães de meninos: “Ele tá mais chato, né [referindo-se ao fato de o bebê estar caminhando], mas tá até melhor do que quando era menor que eu não podia largar...” (M1/dm).

Características emocionais do bebê

Em ambos os grupos foi constatada a existência de impressões positivas: “Ela sempre foi uma criança muito dócil, uma criança carinhosa. Ela gosta muito de beijar... ela é uma criança fácil de lidar... do jeitinho que eu imaginava!” (M5/dl); “Ele é carinhoso e muito esperto... ele é muito curioso, nisso puxou a mãe! É até mais do que eu imaginava... ele é um foguete!” (M26/sd). Da mesma forma, impressões ambivalentes foram relatadas por mães dos dois grupos: “Ah, sei lá, acho ela engraçadinha, meiga, mimosa, assim... Mas arteira, acorda e já faz bagunça... Tá sendo como eu esperava. Mas às vezes eu fico “braba” com ela, eu xingo, mas depois me dá uma pena. Que nem quando ela tá mamando e morde. Eu xingo ela!” (M4/dm); “Ela é mimosa, queridinha, mas muito “braba”. Quando não se faz o que ela quer ela dá beliscão na mãe! Esses dias a mãe teve que botar na cama, né? De castigo. Aí não beliscou mais (...)” (M13/sd).

Contudo, relatos negativos sobre as características emocionais do bebê foram verificados apenas entre mães com indicadores de depressão: “O jeito? Sem-vergonha, sem-vergonha! Ele é danadinho mesmo. Tipo assim, daqui a pouco ele vai ali e pega aquele rádio... ele pega tudo, tudo que tu... ?Ele é curioso? - pergunta a entrevistadora? Ele é “brabo”, isso sim! Ah, sei lá, é que eu imaginava que eu queria quietinho assim. Na verdade eu queria uma menininha quietinha, calminha... aí vem ele, cabritinho, assim, e eu imaginava bem quietinho, uma guriazinha. Tá tudo ao contrário... Eu não queria que ele fosse “brabo”. Acho que a gente vai brigar muito. Se ele é “brabo”, eu sou mais, entendeu? Ele vai me enfrentar e eu vou enfrentar ele muito mais. Hoje a gente já briga. Ele já quer me enfrentar, ele já vem” (M1/dm).

Examinando-se conjuntamente os relatos classificados na categoria “impressões sobre o bebê”, constatou-se que, independente de apresentarem ou não depressão, muitas mães fizeram referências positivas em relação ao crescimento, desenvolvimento e habilidades do bebê. É plausível pensar que a participação no estudo longitudinal possa ter influenciado de forma positiva as impressões maternas quanto ao desenvolvimento do bebê, especialmente para as mães que apresentavam depressão. Isso pode ter ocorrido em virtude da escuta proporcionada por

um profissional nos encontros periódicos. De fato, alguns estudos apontam que mães deprimidas, de um modo geral, beneficiam-se de intervenções que visam uma reflexão a respeito do desenvolvimento do bebê (Field, 1995; Eiden & Reifman, 1996; Hart, Field & Nearing, 1998; Schwengber, Alfaya, Lopes & Piccinini, 2003).

Impressões negativas a respeito do desenvolvimento do bebê, contudo, foram relatadas apenas por mães com indicadores de depressão, particularmente mães de meninos, corroborando os achados de que mães deprimidas tenderiam a agir de forma mais confortadora e compreensiva com meninas, ao passo que seriam menos tolerantes com meninos (Cummings & Davies, 1994). Além disso, poder-se-ia inferir que, no presente estudo, a conotação negativa dada pelas mães com indicadores de depressão quanto ao desenvolvimento e aquisição de novas habilidades de seus bebês poderia, em alguma medida, estar relacionada com uma efetiva busca de atenção e tentativas de reanimação das mães por parte dos filhos, conforme as concepções de que, frente à menor responsividade da mãe deprimida, o bebê poderia se tornar mais agitado e ativo, afim de buscar respostas mais adequadas (Field, 1995; Stern, 1997; Schwengber & Piccinini, 2004).

Quanto às características emocionais do bebê, mães dos dois grupos manifestaram impressões positivas e ambivalentes na medida em que descreveram seus bebês como sendo fáceis de lidar ou fáceis em alguns momentos e difíceis em outros. Contudo, a análise dos resultados mostrou que apenas mães com indicadores de depressão descreveram as características emocionais de seus bebês de forma negativa, o que ocorreu particularmente entre mães de meninos. Esses resultados apóiam a literatura, considerando-se que diversos estudos apontam para uma associação entre a presença da depressão materna e relatos negativos sobre o temperamento do bebê (Cutrona & Troutman, 1986; Hopkins et al., 1987; Whiffen, 1990; Mebert, 1991; Field et al., 1993; Brown et al., 1994). Além disso, alguns autores apontam que meninos são freqüentemente descritos como mais irritáveis e mais difíceis do que meninas, e que essa característica de gênero poderia ter um impacto diferenciado entre mães deprimidas e não-deprimidas (Murray, Kempton, Woolgar & Hooper, 1993).

Impressões sobre a maternidade

Dentre as semelhanças encontradas nos relatos sobre a maternidade, destaca-se a presença, em ambos os grupos, de descrições positivas: “Ah, ser mãe é bem legal, bem diferente de cuidar de criança” (M3/dm); “Parece que eu já nasci mãe! Não me imagino mais sem ser mãe... é tão bom!” (M18/sd). Também pode ser constatado nos dois grupos o sentimento de que, mesmo sendo uma experiência positiva, a maternidade implica perdas e cansaço: “Ah, eu gostei, vale a pena, mas claro que tem muita coisa ruim, né? Eu perdi um monte de coisa na minha vida. Mas não me arrependo; se tivesse que voltar atrás eu não voltaria.” (M1/dm); “É muito bom mas é cansativo. Agora só penso nele, a minha vida é só dele... O resto todo é bom. É bom quando ele tá sorrindo, quando ele tá feliz, quando ele gosta de uma coisa, quando ele tá dormindo...” (M10/sd).

Relatos que evidenciam menor satisfação com a maternidade devido às características do bebê ou a sentimentos de desvalorização foram particularmente manifestados entre algumas mães com indicadores de depressão, as quais não fizeram referências a aspectos positivos: “Ah, eu achei que ia ser... eu não sei se sou eu que não tenho paciência ou se é ele que chora demais. Se eu te disser que tô achando... tô amando ser mãe, assim eu tô mentindo. O que mais eu posso falar? Eu acho que é só isso. Só falo de chorar, chorar, chorar, né? É que ele só chora...” (M2/dm).

Principais dificuldades em ser mãe

Mães de ambos os grupos falaram sobre o pouco tempo de que dispunham para estar com o bebê devido ao trabalho ou estudo, bem como sobre suas preocupações com a alimentação do bebê: “Está sendo difícil o fato de eu não poder ficar muito tempo com ela. Às vezes eu me sinto até meio estranha de passar cinco dias chegando em casa à tardinha e vendo ela só um pouquinho antes dela dormir. Me sinto meio estranha pra ela” (M6/dl); “No mais eu não tenho muitas dificuldades. Só em ficar pensando e inventando coisas pra ele comer. Eu me preocupo muito com isso” (M10/sd).

Relatos que denotam dificuldades pelo excessivo envolvimento com o bebê e pela

impossibilidade de realizar outras atividades, como procurar emprego ou retomar os estudos, apareceram apenas no grupo de mães com indicadores de depressão. Destaca-se a irritação de uma dessas mães (M2/dm), o que pode ser visto durante a entrevista, ao ser interrompida por seu filho: “Tu não pode fazer nada. Eu não tenho com quem deixar ele. Onde eu vou ele tem que ir junto. Se eu vou ao médico ele vai junto comigo. Então eu acho que para procurar um emprego não dá porque tu tem que levar ele junto. E tem outra: agora as creches estão de férias, daí [o bebê interrompe a fala da mãe] assim que eu chegar em casa vou dar altas surras nele. Tu viu [dirigindo-se ao entrevistador]? Olha só o goelão! Grita por qualquer coisa...”. Da mesma forma, constatou-se apenas no grupo de mães com indicadores de depressão um relato referente a dificuldades financeiras: “A dificuldade é em relação a dinheiro mesmo porque com ele eu tô sempre disposta, se tiver que largar alguma coisa pra ficar com ele, eu largo” (M3/dm).

Avaliação sobre o próprio desempenho do papel materno

Mães de ambos os grupos consideraram-se boas e disseram que eram carinhosas, atenciosas e pacientes com seus bebês: “Ah, uma mãezona. Quem dera eu tivesse tido uma mãe assim. Eu já sabia que eu ia ser bem diferente, que eu ia cuidar bem do meu filho” (M3/dm); “Uma mãe carinhosa, eu acho, atenciosa, que tá sempre brincando” (M10/sd).

Algumas mães dos dois grupos, ainda que tenham descrito a si mesmas como boas mães, destacaram o quanto se sentem desajeitadas, exigentes, autoritárias ou complacentes, por vezes evidenciando sentimentos de culpa em relação ao próprio desempenho: “Eu sou muito amarrada. Se eu tô sozinha com ela, ela me atrasa em tudo, é um caos mesmo. Eu largo a guria pelada, molhada no chão, porque eu sou muito desajeitada. Mas eu acho que eu sou uma pessoa muito carinhosa com a minha filha. As pessoas podem até achar que não é tanto, mas eu sinto assim, entendeu? Às vezes te dizem que tu é uma mãe desalmada, que tu passa muito tempo longe da tua filha. Te dizem que se tu fez filho tu tem que assumir. Às vezes as pessoas acham que eu tenho que parar de estudar pra ficar com ela. Eu fico bem culpada”

(M6/dl); “Às vezes eu fico pensando ‘será que eu sou uma boa mãe?’ Eu tento ser. Então eu espero que eu esteja sendo. Mas sempre me questiono porque às vezes em algumas coisas eu acho que acabo facilitando muito, que sou muito complacente na alimentação e no sono. Fico em dúvida se devo insistir ou não” (M13/sd).

Descrições exclusivamente negativas sobre o próprio desempenho, associadas a impressões também negativas sobre as características do bebê, apareceram apenas entre mães com indicadores de depressão: “Eu sou uma mãe chata, chata demais. Tem que ser tudo certinho e os outros têm que fazer tudo igual. Ultimamente eu tô tão estressada, que eu nem falo... eu não brinco quase com ele, eu fico muito mais fazendo outras coisas, eu não consigo ficar parada com ele. A minha mãe diz ‘quando tu não tá em casa ele fica tri calmo’. Quando eu não tô em casa... esses dias eu fui viajar e ele ficou feito um anjo. Foi só eu chegar e começa! Mas eu vou fazer o quê? Tem que ficar com ele. Ele quase me mata...” (M1/dm).

Examinando conjuntamente todos os relatos incluídos na categoria Impressões sobre a maternidade verifica-se que, embora mães pertencentes aos dois grupos tenham demonstrado impressões positivas e ambivalentes, apenas mães com indicadores de depressão evidenciaram impressões negativas sobre a maternidade, as quais estavam de alguma forma relacionadas com o sentimento de ter um bebê difícil de lidar e com o sentimento de ser pouco valorizada pelo bebê. Além disso, verificou-se que apenas mães com indicadores de depressão descreveram seu próprio desempenho de forma negativa, atribuindo suas falhas ao fato de lidarem com um bebê considerado “difícil”. Esses resultados apoiam a literatura, considerando-se as evidências de que mães deprimidas comumente relatam mais sentimentos negativos em relação à maternidade que mães não-deprimidas (Downey & Coyne, 1990; Rutter, 1990; Anderson et al., 1994; Brown et al., 1994; Panzarine et al., 1995; Fowles, 1996; Milgron & McCloud, 1996; Lovejoy et al., 2000).

A relação observada no presente estudo entre a ocorrência de relatos negativos sobre a maternidade e dificuldades em lidar com o bebê também permite pensar que o caráter conflituoso da experiência da

maternidade pode contribuir para a precipitação ou agravamento da depressão materna (Soifer, 1980; Maldonado, 1990). Essas concepções são apoiadas também pelas considerações de Stern (1997) a respeito da relação existente entre a ocorrência da depressão e os sentimentos de perda subjacentes aos sentimentos de ganhos com a maternidade, os quais seriam o resultado de uma profunda reavaliação da própria identidade feminina.

O conflito maternidade versus profissão no presente estudo apresentou-se estreitamente relacionado à condição de ser mãe, independente da presença de depressão. Esse achado corrobora as concepções a respeito das dificuldades enfrentadas por grande parte das mulheres ao tentarem integrar maternidade e realização profissional (Langer, 1986). Contudo, verificou-se que apenas mães com indicadores de depressão consideraram o excessivo envolvimento com o bebê em detrimento da possibilidade de retornar ao trabalho uma das principais dificuldades em relação à maternidade. Esses achados corroboram a literatura no que se refere à associação entre a presença de sintomas depressivos e a permanência em casa quando da preferência pela retomada das atividades profissionais (Hock & DeMeis, 1990; McKim, Cramer, Stuart & O'Connor, 1999). Outra particularidade do grupo de mães com indicadores de depressão se refere ao relato de uma mãe sobre seus problemas financeiros. Esse achado corrobora a literatura no que se refere à associação entre a presença de depressão materna e preocupações de ordem econômica (Romito et al., 1999; Reading & Reynolds, 2001).

Apoio nos cuidados com o bebê

Mães de ambos os grupos avaliaram o desempenho do companheiro de forma positiva, sendo essa a avaliação de todas as mães sem indicadores de depressão: “Super bem, eu não tenho nenhuma reclamação...” (M4/dm); “Ah, continua super legal, ele é um paizão. Ele é um pai bem presente, bem querido, bem atencioso...” (M13/sd). Cabe salientar que dentre as mães com indicadores de depressão que avaliaram o desempenho atual dos companheiros de forma positiva, apareceram também referências a um desempenho anterior menos satisfatório: “Eu acho que

ele tá bem. Já teve uma fase que o E. tava terrível. Agora ele tá melhor, eu acho que ele tá vendo que o L. tá mais espertinho. Sai mais com ele, tá mais próximo” (M8/dl).

Impressões ambivalentes a respeito do companheiro como pai foram verificadas apenas no grupo de mães com indicadores de depressão: “Tá melhor agora. Eu não sei se é porque ele tá maior, mas eu sempre achei que quando o nenê crescesse ele iria melhorar. Tá mais esforçado. Antes ele não fazia nada... acho que ele achava que não era nada. Mas agora tá melhor, ele brinca mais. Eu só acho que as brincadeiras são muito agitadas... eu acabo me irritando com os dois, daí quando o M. tá lá [o pai do bebê não mora na mesma casa] eu fico o tempo todo irritada, brigando, xingando. Eu não agüento os dois brincando. Quando ele sai quem fica com a bomba sou eu... mas ele brinca mais, cuida mais. Antes ele não cuidava, praticamente. Mas mesmo assim ele é distraído, desligado, se tu deixa ele sozinho com o K. daqui a pouco ele nem sabe onde o K. tá mais (...)” (M1/dm); “Esse pai dele aí é meio atravessado, né K. [dirigindo-se ao bebê]? Ele não muda, não faz isso, não faz aquilo... mas eles estão sempre grudados, sempre brincando. O principal ele faz direito” (M7/dl).

Quando questionadas sobre o apoio e participação do companheiro nos cuidados com o bebê, mães com e sem indicadores de depressão consideraram positivo o apoio recebido: “Ainda bem que ele faz, me ajuda bastante, faz tudo até o serviço da casa (...) ele apoia bastante” (M4/dm); “Não precisa pedir ajuda porque ele tá sempre cuidando, se eu preciso ele vai ali e ajuda” (M11/sd).

Contudo, dentre as mães com indicadores de depressão que avaliaram positivamente o apoio recebido pelo companheiro, algumas se referiram a momentos anteriores, nos quais sentiam-se menos apoiadas: “Antes ele não queria nada com nada, não queria nem pegar o nenê. Ficava brabo quando eu pedia. Agora não precisa pedir ajuda, mas quando eu estava na loja, sim. Pedia pra ele pegar no colo, mas não durava cinco minutos. Tinha dias que eu passava o dia inteirinho com o L. pendurado no colo, dando mamá, só descansava quando ele dormia. E aí o E. [companheiro] pegava cinco minutinhos e já ficava cansado” (M8/dl).

Algumas mães pertencentes aos dois grupos relataram que seus companheiros atualmente mostram alguma resistência em ajudar nos cuidados com o bebê, como mostra suas falas: “Quando ele tá fazendo alguma coisa e eu preciso de ajuda, eu preciso pedir porque ele não vê, sabe? É uma briga toda a vez que eu peço pra ele fazer alguma coisa. Ele até aceita, mas às vezes ele fica meio de cara, principalmente quando ele tá fazendo outra coisa. Daí ele demora pra vir.” (M6/dl); “Quando eu peço ele não faz assim na hora, mas faz. Só que tem que pedir duas vezes, tipo pra dar banho, trocar fralda, cuidar quando ele tá mexendo em alguma coisa” (M23/sd).

Quanto à ocorrência de particularidades entre os grupos, verificou-se que algumas mães com indicadores de depressão relataram que não se sentem apoiadas por seus companheiros, incluindo-se, em um dos casos (mãe que não vive com o pai do bebê), ausência de apoio financeiro: “Logo que nasceu ele não dava muita bola, então eu fiquei com aquela imagem dele não dar bola (...) Quando eu tô na casa dele às vezes eu peço ajuda. Antes eu pedia pra ele trocar fralda. Agora nem peço porque ele vai dizer que não, que tem que fazer isso ou aquilo. Agora nem peço. Eu sou assim, eu começo a pedir, se não faz eu nem dou mais bola, caio fora (...) ele não ajuda com dinheiro, agora por último ele começou a dar, mas é quase nada perto do que uma criança gasta, é quase nada” (M1/dm).

Sentimentos sobre o apoio e participação de outras pessoas

Todas as mães entrevistadas contavam com o apoio de outras pessoas nos cuidados com o bebê, como a própria mãe, a sogra, irmãos, cunhadas, amigos e babás. Porém, quando questionadas sobre seus sentimentos em relação ao apoio recebido por outras pessoas, mães de ambos os grupos mostraram-se ambivalentes em seus relatos, destacando aspectos positivos e negativos: “Eu fico tranqüila porque elas fazem tudo pelo guri. E ele se dá muito bem, adora, não estranha ninguém. Na verdade eu gostaria que ele fosse mais meu, entendeu? Eu cuidar, eu tomar conta. E agora a minha mãe tá muito de opinar, dizer como que tem que ser e não tem que ser. Mas depois eu paro e fico pensando, e acho até que é melhor assim

porque eu não sei como eu iria agir se fosse só eu. Não sei se eu conseguiria dar conta da situação sozinha. Me desagrada que ela faz todas as vontades, mas eu fico feliz porque o guri tá bem. Mas eu fico pensando que se a gente der tudo o que uma criança quer depois ela vai ser uma criança egoísta, não vai saber dividir" (M9/dl); "Ela [a madrinha do bebê, sua irmã] é mais coruja até que eu, ela é muito cuidadosa. Só se atrapalha com a comida, às vezes ela esquece o que ele come e isso me preocupa (...) mas no resto ela é bem atenta. E ele fica bem, tá acostumado com ela" (M18/sd).

Impressões positivas em relação ao apoio recebido foram relatadas apenas por mães sem indicadores de depressão: "Me sinto bem. Ela brinca, senta, tem paciência." (M14/sd). Por outro lado, algumas mães com indicadores de depressão indicaram que se sentiam intranquias nas vezes em que precisavam contar com o apoio de outras pessoas: "Eu acho que o problema realmente sou eu porque se ele me vê saindo de casa, ele chora, é muito dependente, muito chiqué. Mas é difícil eu sair porque eu não gosto de deixar ele com ninguém, por causa disso, que qualquer coisinha ele chora, sabe? Eu me sinto mal, achando que a pessoa vai ficar preocupada com isso, ficar nervosa. Esses dias deixei ele com uma vizinha, não ficou meia hora. Era a única que, fora a mãe, cuidava dele e agora nem isso eu tenho" (M2/dm).

A análise conjunta dos relatos sobre o "apoio nos cuidados com o bebê" revelou respostas semelhantes nos dois grupos no que se refere ao reconhecimento da presença de uma rede de apoio social, o que corrobora os achados de Brown et al. (1994). Assim como no estudo revisado, a presente pesquisa também revelou que, apesar desse reconhecimento, as mães com indicadores de depressão, de um modo geral, demonstraram maior insatisfação com o desempenho do companheiro, com o apoio recebido dele e de outras pessoas. Esses resultados corroboram uma série de estudos que tem mostrado uma associação entre a ocorrência da depressão materna e a insatisfação com o apoio oferecido pelo parceiro ou por outras pessoas com quem a mãe mantém relacionamento (Kumar & Robson, 1984; Brown et al., 1986; Pfost, Stevens & Lum, 1990; Beck et al., 1992; Brown et al., 1994; Deal & Holt, 1998; Romito et al., 1999).

Eventos estressantes ao longo do primeiro ano de vida do bebê

Mães de ambos os grupos destacaram que os primeiros dias após o parto e os primeiros meses de envolvimento exclusivo com o bebê foram considerados eventos estressantes: "O pior foi quando ela nasceu. Porque eu não tinha experiência. E quando a minha mãe foi embora eu não sabia dar banho, não sabia lidar com a cólica. Foi isso que mais me magoou, sabe? Não tanto por ela [o bebê], mas por estar sozinha. Eu não esperava aquela coisa. Eu acho que sempre é bom ter alguém, é tudo muito novo, tu tá sempre cansada. Ela foi uma criança que fez tratamento pra dormir até os nove meses porque ela não dormia. Então era dia e noite essa criança acordada e eu junto, eu junto, só eu, eu, eu, eu! O F. [marido] tinha que trabalhar, tinha que fazer os cursos dele à noite e eu, né? Isso foi o que mais me marcou, assim. Mais, mais, mais. (...) Que sofrimento! Daí acumula, você tá parada, daí vem aquela fase da depressão pós-parto, não sei porque eu também não conheço muito..." (M5/dl); "Foi assim que ele nasceu, nos primeiros vinte dias. Como eu não sabia nada de bebê, ele chorava muito e eu achava que era cólica, mas fui no médico e ele disse que era fome. Eu não sabia e só dava de mamar e isso não sustentava, eu tinha que dar complemento. Daí eu comecei a dar e acabou aquela choradeira, mas sem dúvida o início foi muito chato. O seio machucado... eu não gosto nem de lembrar. A gente quase não aproveitou com ele recém-nascido porque era um cansaço só" (M10/sd).

Além disso, verificou-se que mães dos dois grupos se sentiram estressadas devido a problemas de saúde apresentados por seus filhos em algum momento do primeiro ano de suas vidas: "Quando ela tinha febre ou estava gripada. Com febre alta, que não baixava, isso me preocupava bastante..." (M4/dm); "Teve uma situação em que ela ficou bem gripada e ficou com um pouquinho de conjuntivite. Foi sofrido pra todo mundo, foi bem estressante" (M15/sd).

Contudo, relatos sobre o estresse experimentado em circunstâncias de separação do bebê foram feitos apenas por mães com indicadores de depressão: "Ah, quando eu tava trabalhando fora. Eu tava me sentindo muito assim, vamos dizer, afastada

dele, entendeu? Tava me sentindo mal no trabalho, de estar longe dele, meio recalcada porque ele já não me dá tanta atenção, né? E quando o J. [marido] tava trabalhando eu ficava o dia inteiro com ele. Quando ele chegava o guri tinha uma reação, já ficava faceiro, já ia pro colo dele. E quando eu chegava ele olhava pra mim e eu tinha que pegar ele no colo. Ele olhava pra mim, dava um sorrisinho e voltava pra televisão. Tipo assim 'ah, que bom! Não tava nem aí pra minha volta. Eu queria a mesma festa que ele fazia com o pai dele, que ele sentia aquela falta o dia inteiro, eu queria que ele fizesse isso comigo. Eu me sentia horrível porque ele não fazia isso comigo. Me estressou muito esse período de trabalho" (M9/dl).

Outra particularidade do grupo de mães com indicadores de depressão se refere ao relato de situações que haviam sido recentemente consideradas estressantes. Dentre elas, destacam-se conflitos familiares e de casal, dificuldades no manejo com o bebê e dificuldades financeiras: "Às vezes eu fico pensando sobre não poder dar as coisas pra ele porque até há pouco eu tava sem trabalhar(...) Eu ficava preocupada pensando em quando chegasse a hora de ter que dar alguma coisa e não poder dar (...)Tu precisar comprar e não ter dinheiro é horrível, né?" (M3/dm).

Examinando conjuntamente os relatos de ambos os grupos, verifica-se que os resultados do presente estudo endossam a concepção de Stern (1997) de que preocupações com a manutenção da vida do bebê são comuns às mães e geram uma série de medos que são próprios da constelação da maternidade. Além disso, os resultados corroboram as idéias de Klaus et al. (2000) a respeito do caráter natural das dificuldades enfrentadas pela nova mãe ao cuidar de seu bebê. Para os autores, a carga de responsabilidade contínua e o cansaço podem levar uma mãe a se sentir bastante preocupada em relação à sobrevivência de seu bebê e à forma como irá lidar com o que está ocorrendo.

No que se refere às particularidades, os resultados encontrados apóiam as evidências de que dificuldades relacionadas à separação do bebê motivada pelo trabalho materno (Langer, 1986; Hock & DeMeis, 1990), assim como conflitos familiares (Brown et al., 1994), dificuldades com a maternagem

(Lovejoy et al., 2000) e problemas financeiros (Romito et al., 1999; Reading & Reynolds, 2001) são importantes estressores estreitamente relacionados à depressão da mãe. Além disso, esses resultados reafirmaram as impressões das mães com indicadores de depressão a respeito do que consideraram as principais dificuldades enfrentadas no exercício da maternidade.

Considerações Finais

Os resultados encontrados no presente estudo apoiaram de forma expressiva as expectativas iniciais de que mães com indicadores de depressão apresentariam mais acentuadamente impressões e sentimentos negativos em relação aos bebês e sobre a maternidade do que aquelas sem indicadores de depressão. Embora tenham sido também encontradas similaridades entre os dois grupos, mães com indicadores de depressão mostraram-se menos satisfeitas com o desenvolvimento do bebê, com o desempenho do papel materno e com o apoio recebido do companheiro e de outras pessoas com as quais conviviam. Além disso, essas mães assinalaram que em algum momento do primeiro ano de vida de seus filhos sentiram-se estressadas por terem de se separar deles em função do trabalho, assim como haviam se sentido estressadas devido a conflitos familiares e conjugais, dificuldades no manejo com o bebê e dificuldades financeiras.

Uma contribuição importante do presente estudo refere-se à comparação entre os relatos das mães com e sem indicadores de depressão, buscando enfatizar tanto as semelhanças como as particularidades. Contudo é importante ressaltar que não se computou a incidência de cada categoria temática entre os grupos. Seguindo a tradição da pesquisa qualitativa, foi dada ênfase na presença das manifestações independente de sua freqüência. De qualquer forma, os resultados sugerem uma importante relação entre a presença de sintomas de depressão materna e relatos de uma experiência da maternidade mais conflituosa. Nesse sentido, apontam para a importância da avaliação precoce da depressão, tendo em vista a possibilidade da realização de intervenções multidisciplinares, sendo um dos objetivos principais o de apoiar a díade mãe-bebê

nesse momento importante de transição. A atuação preventiva das equipes multidisciplinares nesse período pode proporcionar à nova mãe o apoio que necessita para enfrentar os eventuais episódios de depressão. Espera-se que esses resultados possam estimular novos estudos e, principalmente, o desenvolvimento de estratégias precoces de intervenção que considerem as particularidades dos quadros depressivos observados a partir do nascimento de um bebê.

Referências

- Anderson, V., Fleming, A., & Steiner (1994). Mood and the transition to motherhood. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 12 (2), 69-77.
- Beck, A.T., & Steer, R.A. (1993). *Beck Depression Inventory. Manual*. San Antonio: Psychological Corporation.
- Beck, C.T., Reynolds, M.A., & Rutowsky, P. (1992). Maternity blues and postpartum depression. *Journal of Obstetric, Gynaecologic and Neonatal Nursing*, 21 (4), 287-93.
- Brown, G.W., Andrews, B., Harris, T., Adler, Z., & Bridge, L. (1986). Social support, self-esteem and depression. *Psychological Medicine*, 16 (4), 813-31.
- Brown, S., Lumley, J., Small, R., & Astbury, J. (1994). *Missing voices: the experience of motherhood*. New York: Oxford University Press.
- Burke, L. (2003). The impact of maternal depression on familial relationships. *International Review of Psychiatry*, 15, 243-55.
- Clark, R., Tluczek, A., & Wenzel, A. (2003). Psychotherapy for postpartum depression: A preliminary report. *American Journal of Orthopsychiatry*, 73 (4), 441-454.
- Cooper, P.J., & Murray, L. (1995). Course and recurrence of postnatal depression. Evidence for the specificity of the diagnostic concept. *British Journal of Psychiatry*, 166 (2), 191-5.
- Cummings, M.E., & Davies, P.T. (1994). Maternal depression and child development. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 35 (1), 73-112.
- Cunha, J.A. (2001). *Escalas Beck*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Cunha, J.A., Prieb, R.G.G., Goulart, P.M., & Lemes, R.B. (1996). O uso do inventário de Beck para avaliar depressão em universitários. *Psico*, 27 (1), 107-115.
- Cutrona, C., & Troutman, B. (1986). Social support, infant temperament, and parenting self-efficacy: A mediational model of postpartum depression. *Child Development*, 57 (6), 1507-1518.
- Deal, L.W., & Holt, V.L. (1998). Young maternal age and depressive symptoms: Results from the 1988 National Maternal and Infant Health Survey. *American Journal of Public Health*, 88 (2), 266-269.
- Downey, G., & Coyne, J.C. (1990). Children of depressed parents: An integrative review. *Psychological Bulletin*, 108 (1), 50-76.
- Eiden, R.D., & Reifman, A. (1996). Effects of Brazelton demonstrations on later parenting: A meta-analysis. *Journal of Pediatric Psychology*, 21 (6), 857-868.
- Field, T., Morrow, C., & Adlestein, D. (1993). Depressed mother's perceptions of infant behavior. *Infant Behavior and Development*, 16, 99-108.
- Field, T. (1995). Infants of depressed mothers. *Infant Behavior and Development*, 18, 1-13.
- Fowles, E. (1996). Relationships among prenatal attachment, presence of postnatal depressive symptoms and maternal role attainment. *Journal of the Society of Pediatric Nurses*, 1 (2), 75-82.
- Grupo de Interação Social, Desenvolvimento e Psicopatologia (1999). Entrevista sobre o desenvolvimento do bebê e a experiência da maternidade. [Instrumento não publicado]. Porto Alegre: Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
- Hart, S., Field, T., & Nearing, G. (1998). Depressed mother's neonates improve following the MABI and a Brazelton demonstration. *Journal of Pediatric Psychology*, 23 (6), 351-356.
- Hock, E., & DeMeis, D. (1990). Depression in mothers of infants: the role of maternal employment. *Developmental Psychology*, 26 (2), 285-291.
- Hopkins, J., Campbell, S.B., & Marcus, M. (1987). Role of infant-related stressors in postpartum depression. *Journal of Abnormal Psychology*, 96, 237-241.
- Klaus, M.H., Kennell, J.H., & Klaus, P. (2000). *Vínculo: construindo as bases para um apego seguro e para a independência*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Kumar, R., & Robson, K. (1984). A prospective study of emotional disorder in pregnancy and the first postnatal year. *British Journal of Psychiatry*, 144, 35-47.
- Langer, M. (1986). *Maternidade e sexo*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Laville, C., & Dione, J. (1999). *A construção do saber: manual de metodologia de pesquisa em ciências humanas*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Lovejoy, M.C., Graczyk, P.A., O'Hare, E., & Neuman, G. (2000). Maternal behavior and parenting behavior: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 20 (5), 561-592.
- Maldonado, M.T. (1990). *Psicologia da gravidez: parto e puerpério*. Rio de Janeiro: Vozes.
- McKim, M.K., Cramer, K.M., Stuart, B., & O'Connor, D.L. (1999). Infant care decisions and attachment security: The Canadian transition to child care study. *Canadian Journal of Behavioral Science*, 31 (2), 92-106.
- Mebert, C.J. (1991). Dimensions of subjectivity in parent's ratings of infant temperament. *Child Development*, 62, 352-361.
- Milgron, J., & McCloud, P. (1996). Parenting stress and postnatal depression. *Stress Medicine*, 12 (3), 177-186.

- Murray, L., Kempton, C., Woolgar, M., & Hooper, R. (1993). Depressed mother's speech to their infants and its relation to infant gender and cognitive development. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 34* (7), 1083-1101.
- Murray, D., Cox, J., Chapman, G., & Jones, P. (1995). Childbirth: life event or start of a long-term difficulty? *British Journal of Psychiatry, 166*, 595-600.
- Nachmias, C., & Nachmias, D. (1996). *Research methods in the social sciences*. London: Arnolds.
- Panzarine, S., Slater, E., & Sharps, P. (1995). Coping, social support and depressive symptoms in adolescent mothers. *Journal of Adolescent Health, 17* (2), 113-119.
- Pfost, K.S., Stevens, M.J., & Lum, C.U. (1990). The relationship of demographic variables, antepartum depression and stress to postpartum depression. *Journal of Clinical Psychology, 46* (5), 588-592.
- Piccinini, C.A., Tudge, J., Lopes, R.C.S., & Sperb, T. (1998). Estudo longitudinal de Porto Alegre: da gestão à escola. (Projeto de Pesquisa). Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul.
- Radke-Yarrow, M., Nottelmann, E., Belmont, B., & Welsh, J.D. (1993). Affective interactions of depressed and nondepressed mothers and their children. *Journal of Abnormal Child Psychology, 21* (6), 683-695.
- Reading, R., & Reynolds, S. (2001). Debt, social disadvantage and maternal depression. *Social Science & Medicine, 53*, 441-453.
- Romito, P., Saurel-Cubizolles, M.J., & Lelong, N. (1999). What makes new mothers unhappy: Psychological distress one year after birth in Italy and France. *Social Science & Medicine, 49*, 1651-1661.
- Rutter, (1990). Commentary: some focus and process considerations regarding the effects of parental depression on children. *Developmental Psychology, 26*, 60-67.
- Schwengber, D.D.S., Alfaya, C., Lopes, R.C.S., & Piccinini, C.A. (2003). A orientação interacional como alternativa de intervenção precoce pais-bebê no contexto da depressão materna: Algumas reflexões iniciais. *Psico, 34* (2), 297-316.
- Schwengber, D.D.S., & Piccinini, C.A. (2003). O impacto da depressão pós-parto para a interação mãe-bebê. *Estudos de Psicologia, 8* (3), 403-411.
- Schwengber, D.D.S., & Piccinini, C.A. (2004). Depressão materna e interação mãe-bebê no final do primeiro ano de vida. *Psicologia: Teoria e Pesquisa, 20* (3), 233-240.
- Soifer, R. (1980). *Psicologia da gravidez: parto e puerpério*. Rio de Janeiro: Vozes.
- Stern, D.N. (1997). *A constelação da maternidade: o panorama da psicoterapia pais/bebê*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Szejer, M., & Stewart, R. (1997). *Nove meses na vida da mulher: uma abordagem psicanalítica da gravidez e do nascimento*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Whiffen, V. (1990). Maternal depressed mood and perceptions of child temperament. *Journal of Genetic Psychology, 151* (3), 329-339.

Recebido para publicação em 15 de abril de 2004 e aceito em 10 de março de 2005.

Parando de beber: estágios de mudança vividos por ex-alcoolistas

Drinking cessation: ex-alcoholic change stages and experiences

Sheila Giardini **MURTA**¹
Bartholomeu Torres **TRÓCCOLI**²

Resumo

Este estudo descreve como ex-alcoolistas vivenciaram estágios de mudança a fim de parar de beber, nas fases de contemplação, preparação, ação e manutenção. Cinco ex-alcoolistas foram entrevistados acerca de fatores facilitadores e dificultadores da mudança e estratégias de enfrentamento usadas em cada fase. Exposição a situações aversivas associadas ao beber foi relatada como o principal fator facilitador da mudança nos estágios anteriores à ação e o suporte social foi o principal fator facilitador nos estágios de ação e manutenção. Ganhos associados ao beber foram o principal fator dificultador da mudança em todas as fases. As principais estratégias de enfrentamento relatadas foram busca de suporte social e esquiva de situações de risco para o beber. São discutidas implicações para intervenção e novos estudos.

Palavras-chave: alcoolismo; comportamento de beber; enfrentamento; modelo transteórico.

Abstract

This study describes how ex-alcoholic adults have experienced change stages in drinking cessation, at stages of contemplation, preparation, action and maintenance. Five ex-alcoholics were interviewed about factors that hampered and helped the change, and coping strategies used for every stage. Exposition to aversive situations associated to drinking was reported as the strongest helpful factor in preparation stage, as the social support was in action and maintenance stages. Benefits associated to drinking were the most relevant factors that hampered change in all stages. The most important coping strategies related were asking for social support and avoidance from risk situations to drink. Implications to intervention and new researches are discussed.

Key words: alcoholism ; drinking behavior; coping behavior; transtheoretical model.

Há evidências de que a modificação do comportamento de abuso de álcool pode ocorrer com e sem ajuda profissional. Diversos estudos têm documentado efeitos de programas de intervenção profissional sobre a redução do consumo de álcool (O'Farrel, Gutter, Choquette, Floyd & Bayog, 1992; Marlatt, Larimer, Baer & Quigley, 1993; Sobell, Sobell &

Gavin, 1995; O'Farrel, Choquette, Gutter, Brown, Bayog, McCourt, Lowe, Chan & Deneault 1996). Contudo, relativamente poucas teorias têm discutido sobre o processo de mudança que produz tais efeitos, ou como as pessoas mudam. Exceção é o Modelo de Mudança Transteórico (Prochaska, DiClemente & Norcross, 1992), construído originalmente para descrever o processo



¹ Departamento de Psicologia, Universidade Católica de Goiás. Avenida Universitária, 1440, Setor Universitário, 74605-010, Goiânia, GO, Brasil. Correspondência para/Correspondence to: S.G. MURTA. E-mail: <murta@cultura.com.br>.

² Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília. Brasília, DF, Brasil.

de mudança relativo ao abandono do comportamento de fumar. Na década de 80, um estudo conduzido por DiClemente e Prochaska (1982) com ex-fumantes que haviam mudado com e sem intervenção profissional identificou que os dois grupos haviam passado por estágios semelhantes de mudança, desde o não querer mudar (pré-contemplação), o desejo inicial de mudar (contemplação), tomar iniciativas para implementar a mudança (preparação), mudar (ação), até manter a mudança (manutenção). Recaídas em qualquer das etapas podem ocorrer, assim como a retomada da mudança voltando a estágios anteriores, de modo cíclico, à semelhança de uma espiral (Prochaska, Redding & Evers, 1997).

Nas duas últimas décadas, instrumentos de avaliação têm sido desenvolvidos e validados (Yoshida, 2002) e evidências consistentes e crescentes acerca das características dos estágios de mudança propostos pelo Modelo de Mudança Transteórico têm sido descritas na literatura (Prochaska & DiClemente, 1983; DiClemente, Prochaska, Fairhurst, Velicer, Velasquez & Rossi, 1991; Pers, DiClemente & Carbonari, 1996). Indivíduos em fase de pré-contemplação mostram-se resistentes em reconhecer que necessitam mudar, desconsiderando a possibilidade de mudar. Na fase seguinte, contemplação, o indivíduo encontra-se consciente de que necessita mudar, mas ainda não toma nenhuma iniciativa para que a mudança ocorra. A pessoa sabe o que quer, mas não está pronta para se comprometer efetivamente com a mudança; considera fatores favoráveis, desfavoráveis e consequências de mudar ou não mudar, experimentando ambivalência frente à mudança durante meses ou até anos. A fase de preparação é caracterizada por intenção de mudar acompanhada de tentativas malsucedidas de fazê-lo, sem engajamento em ações eficazes. Nessa fase ocorre a tomada de decisão quanto à implementação de ações que de fato levam à mudança. É nesse estágio que se estabelece a prontidão para mudar, que culminará no estágio da ação. Nesse estágio, são modificados comportamentos e ambiente para que a mudança de fato exista. O estágio de ação é assim considerado se a mudança já estiver ocorrendo entre um dia até seis meses. A partir de seis meses, ocorre a última fase, que é a manutenção da mudança, quando se trabalha para consolidar a

mudança e evitar recaídas (Lichtenstein & Glasgow, 1992; Jungerman & Laranjeira, 2001).

Atualmente, o Modelo de Mudança Trans-teórico tem sido utilizado para fundamentar avaliação e intervenção em diversos campos, tais como psicologia da saúde (Orleans, 2000), saúde pública (Oldenburg, 1994) e psicoterapia (Yoshida, 2002). No tratamento de comportamentos aditivos, características de cada estágio têm sido consideradas para o planejamento de intervenção e de estratégias para lidar com a resistência de pessoas que estão entre a pré-contemplação e a contemplação. Dentre os procedimentos desenvolvidos, incluem-se entrevistas empáticas que produzam motivação suficiente para tomada de decisão para mudar (Miller & Rollnick, 2001), procedimentos de solução de problemas para lidar com a ambivalência típica do estágio de contemplação (Jungerman & Laranjeira, 2001) e controle de estímulos de eventos desencadeadores do comportamento de beber, identificando situações de alto risco e desenvolvendo estratégias variadas para lidar com elas (Knap & Bertolote, 1994).

Nessa perspectiva, manter-se sem beber é entendido como o resultado do uso de diversas habilidades aprendidas. Tal processo de aprendizagem pode incluir lapsos, como voltar a beber em um fim de semana festivo. Para evitar que lapsos ocorram e se transformem em recaídas permanentes, um repertório baseado em auto-eficácia, autocontrole, assertividade e em diversas estratégias de enfrentamento deve ser gradativamente adquirido (Marlatt & Gordon, 1993).

Por conseguinte, o enfrentamento ativo da pessoa que tem problemas com o beber se configura como um aspecto crucial na manutenção para a mudança. Há evidências de que o estilo de enfrentamento é uma variável mediadora do consumo de álcool (Maisto, Connors & Zywiak, 2000). Habilidades para lidar com situações de alto risco para desencadear o beber, tais como situações de problemas interpessoais, frustração ou pressão social (Marlatt & Gordon, 1993), podem ser definitivas para que haja ou não abuso de álcool.

Enfrentamento se refere ao modo como o indivíduo lida com uma situação adversa ou estressora; seu uso no contexto de comportamentos aditivos designa o modo de lidar com situações de alto risco.

De acordo com Lazarus e Folkman (1984), o enfrentamento pode ser definido como “os esforços cognitivos e comportamentais em constante mudança usados para manejar demandas específicas internas e/ou externas que são avaliadas como sobrecarregando ou excedendo os recursos da pessoa” (p.141). Essa definição de enfrentamento salienta que: (a) a demanda a ser enfrentada pode ser relativa ao ambiente externo (pública) ou interno (privada); (b) o que define a demanda são seus atributos subjetivos e não os objetivos, conforme avaliação feita pelo indivíduo a partir de sua história particular de interação com o meio; (c) a resposta de enfrentamento pode consistir em comportamento privado (“esforço cognitivo”, como pensar sobre as estratégias disponíveis para solução do problema) ou público (“esforço comportamental”, como pedir orientação a alguém), englobando um variado e amplo conjunto de respostas e (d) enfrentamento é um processo dinâmico (“esforços em constante mudança”), que consiste em respostas situacionais resultantes da interação entre indivíduo e ambiente, cada qual com características, necessidades, recursos e limitações particulares.

No modelo de enfrentamento de Lazarus e Folkman (1984), as diferentes respostas de enfrentamento podem ser agrupadas em dois estilos de enfrentamento: focado no problema e focado na emoção. O primeiro consiste no uso de estratégias que visam remover o evento ameaçador ou reduzir o seu impacto (exemplo: buscar informações sobre o problema), enquanto o segundo consiste no uso de estratégias que visam reduzir os sentimentos provocados pelo evento ameaçador (exemplo: relaxamento).

Tem sido proposto que o enfrentamento a situações de alto risco para o beber pode incluir habilidades focadas no problema, tais como habilidades para identificar situações de risco, planejar estratégias para prevenir sua ocorrência ou para sair da situação quando ela já estiver ocorrendo ou ainda para lidar com situações inescapáveis. Essas habilidades representam habilidades sociais, habilidades de autocontrole, de solução de problemas e auto-eficácia (Knap & Bertolote, 1994). Uma suposição é que o desenvolvimento desse conjunto de habilidades em

pessoas que desejam parar de beber, com ou sem apoio profissional, é uma das vias que favorecem as fases de ação e manutenção.

Dado o caráter contextual do enfrentamento, é razoável supor que haja respostas diferenciadas de enfrentamento aos diversos estágios de mudança em relação ao abandono do álcool. É possível que as estratégias de enfrentamento requeridas sejam diferentes para o indivíduo que esteja considerando a possibilidade de parar de beber (contemplação), que esteja decidido a mudar (preparação), que tenha abandonado recentemente o álcool (ação) ou que esteja vivendo sem beber há vários meses (manutenção).

O entendimento dos fatores que facilitam o parar de beber é considerado relevante por produzir conhecimento com aplicabilidade direta em programas de promoção de saúde, tanto preventivos quanto remediativos. No entanto, estudos focados no entendimento desse processo têm sido escassos em nosso meio. Na tentativa de contribuir para o preenchimento dessa lacuna, este artigo descreve um estudo de caso em uma pequena amostra de ex-alcoolistas, e investiga como foram vividos os estágios de mudança em relação ao abandono do alcoolismo, desde o desejo inicial de parar de beber até a manutenção, e quais as estratégias de enfrentamento usadas em cada estágio. Os objetivos específicos do estudo foram descrever eventos (a) facilitadores e (b) dificultadores da mudança nos estágios de contemplação, preparação, ação e manutenção e (d) as estratégias de enfrentamento utilizadas para lidar com fatores dificultadores em cada estágio.

Estudo de Caso

Participaram voluntariamente cinco ex-alcoolistas, sendo três homens e duas mulheres, com idades entre 25 e 51 anos e instrução variando entre segundo e terceiro grau. Todos os participantes já haviam passado pelos estágios de pré-contemplação, contemplação, preparação e ação em relação ao parar de beber e estavam em fase de manutenção. O tempo de uso do álcool variou entre doze e trinta anos, e o tempo de abandono variou entre três anos e três meses e vinte

anos. Os participantes foram recrutados através de um grupo de ajuda mútua para ex-alcoolistas.

Instrumento

Foi utilizado um roteiro de entrevista semi-estruturada contendo treze questões sobre eventos facilitadores e dificultadores do desejo de parar de beber, das iniciativas para parar de beber, do parar de beber e da manutenção da mudança e estratégias de enfrentamento usadas em cada estágio. Dentre as treze questões, quatro eram sobre a fase de contemplação (exemplo: "O que te fez pensar em parar de beber?"), três sobre a fase de preparação (exemplo: "Quando você estava decidindo parar de beber, havia alguma situação que dificultava a sua decisão?"), duas sobre a fase de ação (exemplo: "Que iniciativas você tomou para começar a abandonar a bebida?") e quatro sobre a fase de manutenção (exemplo: "Desde a sua última recaída, o que você tem feito para ter forças para ficar sem beber?").

Procedimento

Contatou-se um grupo de auto-ajuda para ex-alcoolistas, no qual foram recrutados os participantes em potencial. Todos concordaram em participar após serem informados sobre cuidados éticos através do termo de consentimento informado. A entrevista foi feita individualmente, gravada em áudio, em um tempo médio aproximado de 50 minutos. Os dados foram transcritos e submetidos à análise de conteúdo (Bardin, 1988). Durante a análise, buscou-se identificar fatores facilitadores e dificultadores da mudança em cada

estágio e seus respectivos modos de enfrentamento, que foram transcritos em um quadro de análise e posteriormente categorizados.

Resultados e Discussão

Estágio de contemplação

Durante a fase de contemplação, os fatores que desencadearam e facilitaram a mudança foram predominantemente aversivos. Perdas familiares, ocupacionais, financeiras e de memória; necessidade de manter casamento; doença na família; isolamento social; apatia e internação em clínica psiquiátrica foram os principais fatores identificados nos relatos verbais dos participantes. O único fator não aversivo mencionado foi o nascimento de filhos (Quadro 1). Desses fatores, os mais frequentes foram perdas vividas nos vários âmbitos relacionais.

Os fatores que dificultavam o fortalecimento da vontade de parar de beber eram principalmente conseqüências reforçadoras produzidas pelo beber, seja do tipo reforçador negativo (beber produzia esquiva de problemas) ou reforçador positivo (beber em situação de encontros sociais, familiares e de lazer). Além disso, a compulsão para beber e a não aceitação da condição de alcoolista foram citados como fatores dificultadores da vontade de parar de beber. As estratégias de enfrentamento relatadas nessa fase foram, em sua maioria, focadas no problema: buscar ajuda profissional; planejar parar de beber e fazer interrupções breves e ocasionais; seguidas das estratégias focadas na emoção: beber para acabar com a ressaca "moral" e fazer oração (Quadro 1).

Quadro 1. Fase de contemplação: frequência e tipo de fatores facilitadores e dificultadores da mudança e de estratégias de enfrentamento.

| Fator facilitador | Fator dificultador | Estratégias de enfrentamento |
|--|--|---|
| Perdas: família, trabalho e dinheiro (4) | Esquiva de problemas através do beber (4) | Orientação profissional durante internação (2) |
| Nascimento filhos (2) Perda de memória (2) | Beber associado a lazer (2) | Interrupções ocasionais no uso da bebida (2) |
| Manutenção do casamento (1) Doença na família (1) | Comportamento de beber entre familiares e amigos (2) | Planejar parar de beber (2) Fazer oração (1) |
| Apatia advinda do beber (1) Internações involuntárias (1) | Não aceitação da condição de alcoolista (1) | Beber para acabar com a ressaca "moral" (1) |
| Isolamento social quando agressivo (1) | Compulsão para beber (1) | |

Estágio de preparação

Na fase de preparação, os fatores facilitadores da decisão de parar de beber foram também do tipo aversivos, porém relatados como mais intensos do que aqueles vividos nos estágios anteriores. Por ordem de frequência, foram citados: problemas de saúde; conflitos familiares; morar na rua; vergonha de ex-colegas de trabalho; acidente de trânsito com vítima e internação em clínica psiquiátrica de baixa qualidade. Fatores relatados como dificultadores da decisão de parar de beber foram a sensação de impotência frente ao beber; plano de suicídio; exclusão social e superproteção do cônjuge. A principal estratégia de enfrentamento usada nessa fase foi busca de suporte social em grupo de ajuda mútua, na família e entre amigos, seguida de comparação social (“se os outros conseguiram parar de beber eu também posso conseguir”) e uso de droga ilícita (Quadro 2).

Coerentemente com a descrição da literatura (Miller & Rollnick, 2001), esses resultados sugerem existir nos estágios de contemplação e preparação a ambivalência frente à decisão de parar de beber, já que são claramente percebidas vantagens e desvantagens do parar de beber, ou, em outras palavras, o beber é seguido por conseqüências reforçadoras e punitivas. O desejo de mudança surge quando o alcoolista é exposto a conseqüências altamente aversivas do beber: ou ele pára de beber ou perde mais ainda. Antes disso, parecem predominar as conseqüências “positivas”: o beber produz reforçadores positivos tais como euforia e contatos sociais amistosos. Os dados fundamentam a pressuposição de que quando as

conseqüências punitivas do beber superam em magnitude as conseqüências reforçadoras, é desencadeado o estágio de contemplação para parar de beber. Isso está em acordo com dados obtidos por Barnett, Lebeau-Craven, O’Leary, Colby, Woolard, Rohsenow, Spirito & Monti (2002) em um estudo acerca de preditores da motivação para parar de beber em uma amostra de adolescentes atendidos em uma unidade de emergência de um hospital por problemas com álcool. Dentre os preditores encontrados, encontravam-se penalidades por ter quebrado as regras familiares quanto ao beber, severidade da lesão e número de conseqüências antecipadas, incluindo a previsão de conflitos com os pais.

Os dados obtidos acerca de fatores facilitadores e dificultadores da decisão de parar de beber e enfrentamento durante o estágio de preparação sugerem que: (a) o suporte social parece ser uma estratégia de enfrentamento eficaz, ao passo que a exclusão social dificulta a mudança, (b) a impotência diante da bebida parece revelar déficit em habilidades de autocontrole e enfrentamento de situações de risco para o beber, podendo até gerar o desejo de suicídio e (c) condutas superprotetoras do cônjuge dificultam a mudança e devem ser alvo de intervenção, seja em contextos profissionais ou não. A fase de preparação parece ser um momento decisivo para intervenção profissional, familiar ou social, para que a decisão de parar de beber possa se tornar ação. É provável que intervenções nessa etapa possam ser benéficas se concretizadas através do incremento da percepção de ganhos e perdas associados ao beber (Miller & Rollnick, 2001), da percepção de suporte social (Sarason, Pierce

Quadro 2. Fase de preparação: frequência e tipo de fatores facilitadores e dificultadores da mudança e de estratégias de enfrentamento.

| Fatores facilitadores | Fatores dificultadores | Estratégias de enfrentamento |
|---|--|---|
| Problemas de saúde advindos do beber (3) | Sensação de impotência frente ao beber (4) | Busca de apoio em grupo de ajuda mútua (4) |
| Conflitos familiares (3) | Plano de suicídio (2) | Suporte social familiar (2) |
| Acidentes de trânsito (1) | Exclusão social (2) | Suporte social amigos (1) |
| Morar na rua após perdas familiares (1) | Proteção da esposa por erros conseqüentes ao beber (1) | Suporte social durante primeiras reuniões do grupo de ajuda (1) |
| Ajuda profissional (1) | | |
| Vergonha de ex-colegas de trabalho (1) | | Comparação social (1) |
| Internação em clínica psiquiátrica de baixa qualidade (1) | | Usar drogas ilícitas (1) |

& Sarason, 1990) e da percepção de que há recursos passíveis de aprendizagem que poderão ser úteis para lidar com o abandono do uso do álcool.

Estágio de ação

Durante a fase de ação, os fatores que facilitaram o abandono do álcool foram principalmente o suporte social oferecido pelo grupo de ajuda mútua, seguido de fortalecimento de auto-eficácia, suporte social familiar, perda de todas as conquistas e fuga da exclusão social. O suporte social no grupo de ajuda mútua incluía a receptividade dos membros do grupo frente ao novo membro; ter acesso a material de leitura do grupo; ter acesso a informações confiáveis resultantes de experiências bem-sucedidas no abandono da bebida; poder se comparar a outros com problemas semelhantes e perceber saídas para si mesmo dado que o outro encontrou saídas; e poder expressar sentimentos negativos (exemplo: raiva, medo ou ressentimento) no grupo (Quadro 3).

Para parar efetivamente de beber, o grupo de ajuda mútua parece desempenhar papel relevante ao ensinar variadas estratégias de enfrentamento, antes desconhecidas. Além disso, pode-se inferir que é condição necessária para a mudança a aceitação dos problemas associados ao uso da bebida. A partir de tal aceitação, aprende-se um novo repertório de habilidades para lidar com situações de risco e minimizar a probabilidade de beber. Nota-se que o grupo ensina técnicas de autocontrole (evitar “velhos caminhos”), modificação de condições estabelecedoras ligadas ao valor reforçador do beber (comer antes de sair de casa) e habilidades sociais (evitar conflitos familiares). Parece relevante contar com uma fonte de suporte social: o padrinho, para quem pode se telefonar a qualquer hora, sempre disponível a apoiar e sugerir possibilidades de enfrentamento. Os dados sugerem que o suporte social é uma das estratégias de enfrentamento mais usadas nos estágios de ação e manutenção, possivelmente por gerar um senso de aceitação pelo grupo, por incrementar a auto-eficácia, por minimizar ansiedade e outras emoções desconfortáveis, por

Quadro 3. Fase de ação: frequência e tipo de fatores facilitadores e dificultadores da mudança e de estratégias de enfrentamento.

| Fatores facilitadores | Fatores dificultadores | Estratégias de enfrentamento |
|--|--|--|
| Suporte social em grupo de ajuda mútua (5) | Compulsão para beber (3) | Esquiva de situações de risco para o beber (4) |
| Aumento em auto-eficácia (2) Perda de todas as conquistas (2) | Inabilidade para lidar com a realidade (3) | Busca de padrinho no grupo (3) |
| Fuga de exclusão social (1) Suporte social familiar (1) | Comemorações (1) | Adesão às instruções do grupo de ajuda mútua (3) |
| | Atribuir ao outro culpa por problemas pessoais (1) | Comer doce quando com vontade de beber (3) |
| | Não aceitar ajuda (1) | Estabelecer meta de abstinência a cada 24 horas (2) |
| | Não aceitar perda do domínio da própria vida (1) | Assiduidade às reuniões do grupo (2) |
| | | Consideração de conseqüências do beber (1) |
| | | Buscar força espiritual (1) |
| | | Comer antes de sair de casa (1) |
| | | Resignação: consciência de mudança gradual e lenta (1) |
| | | Usar outras drogas (1) |
| | | Não tomar decisão em momento de dúvida (1) |
| | | Isolar-se (1) |

permitir compartilhar senti-mentos e favorecer a intimidade, o que supõe se sentir compreendido, validado e cuidado pelo grupo (Sarason, Pierce & Sarason, 1990).

Fatores relatados como dificultadores do parar de beber na fase de ação foram: compulsão para beber; não se perceber com habilidades para lidar com a realidade e com situações de risco; não aceitar ajuda; atribuir ao outro culpa pelos próprios problemas e não aceitar perda do domínio da própria vida. Nessa fase, as estratégias de enfrentamento utilizadas foram bastante variadas e superiores em número às estratégias das fases de contemplação e preparação: freqüentar assiduamente as reuniões do grupo de ajuda mútua e seguir suas orientações; recorrer ao “padrinho” (uma pessoa responsável por ajudar ao membro recém-chegado no grupo) em situações de risco; esquivar-se de situações de risco (evitar companhia de amigos e locais antes freqüentados e conflitos familiares, por exemplo); comer doce quando houver vontade de beber; comer antes de sair de casa; estabelecer meta de abstinência a cada 24 horas; considerar conseqüências do beber e do não beber comparando lembranças de bebedeiras passadas e a abstinência atual; buscar ajuda espiritual; resignar-se frente à lentidão e dificuldade das

mudanças; não tomar decisões estando em dúvida; não se isolar e não usar outras drogas. Essas informações e suas respectivas freqüências estão evidenciadas na Quadro 3. Nessa fase, um participante recaiu por um período de vinte dias e outro por um período de seis meses, voltando em seguida à fase de ação.

Estágio de manutenção

O principal fator dificultador da manutenção do abandono do álcool foi expor-se a situações de risco, incluindo bares, festas, encontros irregulares com mulheres, pressão social (ter que dizer não, por exemplo) e lembranças do passado. Tais situações foram relatadas como situações de risco por gerarem emoções intensas como euforia, frustração, depressão, ansiedade ou ressentimento, sentimentos antes desencadeadores do beber. Além da exposição a situações de risco, também foram considerados fatores dificultadores: alcoolismo na família, lidar com agressividade verbal de familiares e autocobranças (Quadro 4).

Para manter-se não bebendo, todos os participantes relataram usar as estratégias de enfrentamento do tipo aderir à programação do grupo de ajuda mútua; buscar suporte social através do

Quadro 4. Fase de manutenção: freqüência e tipo de fatores dificultadores da mudança e estratégias de enfrentamento.

| Fatores dificultadores | Estratégias de enfrentamento |
|--------------------------------------|--|
| Expor-se a situações de risco (3) | Aderir à programação do grupo de ajuda mútua (5) |
| Alcoolismo na família (1) | Busca de suporte social (5) |
| Autocobranças (1) | Práticas espirituais (5) |
| Lidar com agressão de familiares (1) | Aceitar limites pessoais (4) |
| | Consideração de conseqüências (3) |
| | Antecipar e evitar situações de risco (3) |
| | Resignação (3) |
| | Aumento em auto-eficácia (3) |
| | Comparação social (2) |
| | Priorizar autocuidados (2) |
| | Estabelecer objetivos a curto prazo (2) |
| | Reparar erros (2) |
| | Auto-revelação de sentimentos (1) |
| | Humor (1) |
| | Prestar serviço ao grupo de ajuda (1) |
| | Perceber responsabilidade pessoal em conflitos interpessoais (1) |
| | Isolar-se (1) |

“padrinho” no grupo de ajuda mútua; melhorar convivência familiar; ser seletivo com amigos associados a situações de risco; participar da comunidade e adotar práticas espirituais quando em situações de risco. Também foram relatadas como estratégias de enfrentamento na fase de manutenção: lidar com autocobranças, aceitando limites pessoais; considerar conseqüências do beber lembrando das perdas resultantes do beber e ganhos resultantes do não beber; aceitar dificuldades inerentes ao processo de mudança (resignação); aumentar auto-eficácia pensando “eu posso não beber”; comparação social lembrando de amigos que recaíram e se suicidaram; priorizar autocuidados; estabelecer objetivos a curto prazo; reparar erros cometidos que atingiram outras pessoas; fazer auto-revelação de sentimentos no grupo ao se sentir deprimido; ter humor; prestar serviço ao grupo de ajuda; perceber responsabilidade pessoal em conflitos interpessoais e isolar-se quando em situação de risco (Quadro 4).

Os resultados apontam que estratégias focadas no problema (Lazarus & Folkman, 1984) foram as mais utilizadas em todos os estágios de mudança em relação ao parar de beber a fim de lidar com as perdas e ganhos associados ao beber em cada um dos estágios que antecederam a ação e com as situações de risco para o beber nos estágios de ação e manutenção. Isso sugere que o parar de beber é avaliado como uma situação passível de ser mudada, em oposição a situações percebidas como inalteráveis em que é mais comum o uso de estratégias focadas na emoção (Antoniazzi, Dell’Agió & Bandeira, 1998). Contudo, há de se salientar que o engajamento em estratégias focadas no problema, como pedir orientação a um membro do grupo de ajuda sobre como lidar com a pressão de antigos colegas de bar, pode gerar efeitos em parte semelhantes àqueles gerados pelo uso de estratégias focadas na emoção, no sentido de reduzir emoções desconfortáveis. Por outro lado, o uso de estratégias focadas na emoção, como o engajamento em práticas espirituais, pode facilitar, por exemplo, o planejamento e as tomadas de decisão, tarefas tidas como resultantes de estratégias de enfrentamento focadas no problema. Como lembrado por Antoniazzi, Dell’Agió e Bandeira (1998), um mesmo comportamento pode ter a função de focalização no problema e na emoção, o que torna ambígua a classificação de enfrentamento focado no

problema e na emoção. Esse é um problema conceitual a ser tratado em estudos destinados ao aprimoramento da teoria sobre enfrentamento.

As estratégias de enfrentamento usadas nos estágios de ação e manutenção, superiores em frequência de relatos do que as estratégias descritas nos estágios de contemplação e preparação, sugerem que quanto melhor o enfrentamento melhor a manutenção da mudança, o que confirma achados de Maisto, Connors e Zywiak (2000). Para manter mudanças, foram relatadas inúmeras estratégias de enfrentamento utilizadas, tanto do tipo focadas no problema (buscar suporte social, antecipar e evitar situações de risco, planejar metas a curto prazo, aumentar auto-eficácia, reparar erros, priorizar autocuidados, considerar conseqüências da ação) quanto focadas na emoção (expressar sentimentos no grupo, aceitar limites pessoais, humor, exercitar espiritualidade, isolar-se). Além da vontade de parar de beber, é necessário saber o que fazer, quando fazer e como fazer para engajar-se em comportamentos alternativos ao beber sem recair.

Conclusão

Os resultados sobre as diferenças entre as estratégias de enfrentamento em cada estágio corroboram a literatura no que se refere ao enfrentamento como um processo dinâmico e situacional (Cerqueira, 2000): estágios de mudança diferentes impõem demandas estressoras distintas que requerem também estratégias de enfrentamento específicas.

Dentre as limitações deste estudo, encontra-se a avaliação retrospectiva de dados, já que os participantes estavam em manutenção há, pelo menos, três anos e foram solicitados a lembrar e descrever como haviam vivido os estágios de mudança em relação ao beber. Dados fundamentados em recordação podem estar sujeitos a diversos vieses capazes de alterar a precisão das informações (Antoniazzi, Dell’Agió & Bandeira, 1998; Kunda, 1998; Cerqueira, 2000). Novos estudos poderão usar delineamentos longitudinais voltados para o acompanhamento de pessoas recém-chegadas a grupos de ajuda mútua e seu seguimento, ou estudos transversais com indivíduos que estejam vivenciando

estágios diferentes de mudança em relação ao parar de beber, de modo a se identificarem especificidades em modos de enfrentamento entre aqueles que chegam à fase de manutenção e aqueles que recaem ao longo do percurso, sem se basear somente em relatos de memória. Outra limitação foi o recrutamento feito apenas em um grupo de ajuda. Pode-se supor que isso tenha enviesado os resultados acerca do peso do suporte social como estratégia de enfrentamento. Fontes diversificadas de recrutamento devem ser usadas em estudos futuros para verificar essa pressuposição.

Para novos estudos, amostras maiores são recomendadas com uso conjugado de metodologias qualitativas, como grupos focais (Seal, Bogart & Ehrhardt, 1998), e quantitativas, como o uso de escalas. Estudos de caso, como o descrito neste artigo, poderão subsidiar a construção de instrumentos para uso em grupos maiores.

Este estudo de caso ofereceu indícios de que o Modelo de Mudança Transteórico pode ser útil para descrever estratégias de enfrentamento em cada estágio de mudança do parar de beber. Além disso, os dados confirmam a tendência descrita na literatura em intervenção junto a alcoolistas em fases de contemplação e preparação, isto é, adotar procedimentos terapêuticos para o incremento da percepção das conseqüências reforçadoras e aversivas do beber pode favorecer o processo de mudança (Miller & Rollnick, 2001). Outros elementos, se agregados a tais programas de intervenção, poderão ser benéficos, como (a) o oferecimento de orientação familiar para que sejam evitadas condutas excludentes e superprotetoras em qualquer dos estágios, (b) a ampliação do repertório de auto-observação e identificação de situações de alto risco (Marlatt & Gordon, 1993; Knapp & Bertolote, 1994), (c) o aprendizado de estratégias de enfrentamento focadas no problema para pessoas que estejam nas fases de ação e manutenção e (d) a busca de suporte social em qualquer dos estágios de mudança (Read, Kahler & Stevenson, 2001). Dados relativos a situações de alto risco e estratégias de enfrentamento também poderão ser usados em programas preventivos junto a adolescentes no contexto escolar ou outros (Repucci, Woolard & Fried, 1999; Gómez, 2001). Novos estudos poderão examinar a viabilidade e efeitos de tais propostas interventivas.

Referências

- Antoniazzi, A.S., Dell'Agio, D.D., & Bandeira, D.R. (1998). O conceito de coping: uma revisão teórica. *Estudos de Psicologia*, 3, 273-294.
- Bardin, L. (1977/1988). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Barnett, N.P., Lebeau-Craven, R., O'Leary, T.A., Colby, S.M., Woolard, R., Rohsenow, D.J., Spirito, A., & Monti, P.M. (2002). Predictors of motivation to change after medical treatment for drinking-related events in adolescents. *Psychology of Addictive Behaviors*, 16 (2), 106-112.
- Cerqueira, A.T.A.R. (2000). O conceito e metodologia de coping: existe consenso e necessidade? In R.R. Kerbauy (Org.). *Sobre comportamento e cognição. Conceitos, pesquisa e aplicação, a ênfase no ensinar, na emoção e no questionamento clínico* (pp.279-289). Santo André: SET.
- DiClemente, C.C., & Prochaska, J.O. (1982). Self change and therapy change of smoking behavior: A comparison of processes of change in cessation and maintenance. *Addictive Behaviors*, 7 (2), 133-142.
- DiClemente, C.C., Prochaska, J.O., Fairhurst, S.K., Velicer, W.F., Velasquez, M.M., & Rossi, J.S. (1991). The process of smoking cessation. An analysis of precontemplation, contemplation, and preparation stages of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59 (2), 295-304.
- Gómez, J.L.G. (2001). Análise dos fatores de risco e proteção para o consumo de drogas em adolescentes. In M.L. Marinho & V.E. Caballo (Orgs.). *Psicologia clínica e da saúde* (pp.55-75). Londrina/Granada: UEL/APICSA.
- Jungerman, F.S., & Laranjeira, R. (2001). Entrevista motivacional. A teoria e uma experiência de sua aplicação em grupos. In G.R.A. Focchi, M.C. Leite, R. Laranjeira & A.G. Andrade (Orgs.). *Dependência química. Novos modelos de tratamento* (pp.19-48). São Paulo: Roca.
- Knapp, P., & Bertolote, J.M. (1994). *Prevenção da recaída. Um manual para pessoas com problemas pelo uso do álcool e de drogas*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Kunda, Z. (1998). *Social cognition: making sense of people*. Cambridge: Massachusetts Institute of Technology Press.
- Lazarus, R.S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer Publishing Company.
- Lichtenstein, E., & Glasgow, R.E. (1992). Smoking cessation: what have we learned over the past decade? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60 (4), 518-527.
- Maisto, S.A., Connors, G.L., & Zywiak, W.H. (2000). Alcohol treatment, changes in coping skills, self-efficacy, and levels of alcohol use and related problems 1 year following treatment initiation. *Psychology of Addictive Behaviors*, 14 (3), 257-266.
- Marlatt, A.G., Larimer, M.E., Baer, J.S., & Quigley, L.A. (1993). Harm reduction for alcohol problems: moving beyond the controlled drinking controversy. *Behavior Therapy*, 24, 461-504.
- Marlatt, G.A., & Gordon, J.R. (1993). *Prevenção da recaída. Estratégia e manutenção no tratamento de comportamentos adictivos*. Porto Alegre: Artes Médicas.

- Miller, W.R., & Rollnick, S. (2001). *Entrevista motivacional. Preparando as pessoas para a mudança de comportamentos adictivos*. Porto Alegre: ArtMed.
- O'Farrel, T.J., Choquette, K.A., Gutter, H.S.G., Brown, E., Bayog, R., McCourt, W., Lowe, J., Chan, A., & Deneault, P. (1996). Cost-benefit and cost-effectiveness analyses of behavioral marital therapy with and without relapse prevention sessions for alcoholics and their spouses. *Behavior Therapy, 27*, 4-6.
- O'Farrel, T.J., Gutter, H.S.G., Choquette, K.A., Floyd, F.J., & Bayog, R.D. (1992). Behavioral marital therapy for male alcoholics: marital and drinking adjustment during the two years after treatment. *Behavior Therapy, 23*, 507-528.
- Oldenburg, B. (1994). Promotion of health: Integrating the clinical and public health approaches. In S. Maes, H. Leventahl & M. Johnston (Eds.). *International review of health psychology* (v.3, pp.121-143). New York: Wiley.
- Orleans, C.T. (2000). Promoting the maintenance of health behavior change: recommendations for the next generation of research and practice. *Health Psychology, 19* (1 Suppl), 76-83.
- Pers, C.A., DiClemente, C.C., & Carbonari, J.P. (1996). Doing the right thing at the right time? The interaction of stages and processes of change in successful smoking cessation. *Health Psychology, 15* (6), 462-468.
- Prochaska, J.O., & DiClemente, C.C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 51* (3), 390-395.
- Prochaska, J.O., DiClemente, C.C., & Norcross, J.C. (1992). In search of how people change. Applications to addictive behaviors. *American Psychologist, 47* (9), 1102-1114.
- Prochaska, J.O., Redding, C.A., & Evers, K.E. (1997). The transtheoretical model and stages of change. In K. Glanz, F.M. Lewis & B.K. Rimer (Eds.). *Health behaviour and health education. Theory, research, and practice* (pp.60-84). San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Read, J.P., Kahler, C.W., & Stevenson, J.F. (2001). Bridging the gap between alcoholism treatment research and practice: identifying what works and why. *Professional Psychology: Research and Practice, 32*, 227-238.
- Repucci, N.D., Woolard, J.L., & Fried, C.S. (1999). Social, community, and preventive interventions. *Annual Review of Psychology, 50*, 387-418.
- Sarason, B.R., Pierce, G.R., & Sarason, I.G. (1990). Social support: the sense of acceptance and the role of relationships. In B.R. Sarason; I.G. Sarason & G.R. Pierce (Eds.). *Social support: an interactional view* (pp.97-128). New York: John Wiley & Sons.
- Seal, D.W., Bogart, L.M., & Ehrhardt, A.A. (1998). Small group dynamics: the utility of focus group discussions as a research method. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice, 2*, 253-266.
- Sobell, M.B., Sobell, L.C., & Gavin, D.R. (1995). Portraying alcohol treatment outcomes: different yardsticks of success. *Behavior Therapy, 26*, 643-670.
- Yoshida, E.M.P. (2002). Escala de estágios de mudança: uso clínico e em pesquisa. *Psico-USF, 7*, 59-66.

Recebido para publicação em 28 de maio de 2004 e aceito em 1 de abril de 2005.

Comunidades terapêuticas como forma de tratamento para a dependência de substâncias psicoativas

Therapeutic communities as an alternative to the psychoactive substances dependency treatment

Nathali Di Martino **SABINO**¹
Sílvia de Oliveira Santos **CAZENAVE**²

Resumo

Não há um perfil determinado para o usuário de substâncias psicoativas. Em diversas pesquisas de diferentes grupos estudados, seja pela faixa etária, gênero, nível social, econômico ou cultural, há indicação que a utilização de drogas não é restrita a um único padrão populacional. Este trabalho tem como objetivo, através de questionários respondidos por dependentes em processo de recuperação, colher informações tanto de sua vida pessoal quanto de sua dependência a substâncias psicoativas, principalmente aquelas de sua preferência, abordando como forma de tratamento as comunidades terapêuticas. A Secretaria Nacional Antidrogas vê as tais comunidades como mais uma abordagem terapêutica utilizada atualmente para o uso abusivo de drogas, juntamente com a psicoterapia analítica, terapia cognitivo-comportamental e prevenção de recaída, tornando a validação dessa metodologia importante no meio científico.

Palavras-chave: dependência de substâncias psicoativas; drogas ilícitas; comunidades terapêuticas.

Abstract

There is no determined profile for the psychoactive substances users. In various researches of different studied groups whether they're by age, gender, social, economy or cultural level, indicates that the use of drugs is not restrict to only one population pattern. Through questionnaires filled in by addicted patients in process of recovering, this work aimed at gathering information about their personal lives, as their dependency of psychoactive substances, mainly those ones of their preference, dealing with Therapeutic Community, as a way of treatment. The anti drugs national department see Therapeutic Community as one extra therapeutic approach used currently in drug abuse, together with analytic psychotherapy, cognitive-behaviorist therapy and relapse prevention, becoming important, then, the validation of this methodology in the scientific circle.

Key words: dependency of psycho active substances; drugs street; therapeutic community.

A problemática do consumo de drogas está centrada no fator da chamada "dependência". Seibel e Toscano (2001, p.137), na obra "Dependência de drogas", através de longas discussões sobre todas as questões

envolvidas neste quadro, mostram que esta dependência pode ocorrer quando o uso de alguma substância psicoativa é abusivo, podendo ainda estar associada a alterações neurológicas ou psiquiátricas,

▼ ▼ ▼ ▼ ▼

¹ Faculdade de Psicologia, Centro de Ciências da Vida, Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Av. John Boyd Dunlop, s/n, Prédio Administrativo, Jd. Ipaussurama, 13060-904, Campinas, SP, Brasil. Correspondência para/Correspondence to: N.Di M. SABINO. E-mail: <nathali@terra.com.br>.

² Faculdade de Ciências Farmacêuticas, Centro de Ciências da Vida, Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Campinas, SP, Brasil.

já que a maioria das substâncias provocam alterações neuropsicológicas funcionais na vigência do uso, esquematizando, assim, a ampla variedade de questões envolvidas nesse fenômeno. De acordo com o Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo em conjunto com a Associação Médica Brasileira (CREMESP/AMB) (2003. p.14), "A dependência é uma relação disfuncional entre um indivíduo e seu modo de consumir uma determinada substância psicoativa", sendo vista como uma síndrome, determinada a partir de diversos fatores de risco, aparecendo em cada indivíduo de maneira distinta.

Segundo Silveira (1995), o dependente é uma pessoa que se encontra diante de uma realidade objetiva ou subjetiva insuportável, e não a conseguindo modificar ou se esquivar, resta-lhe como única alternativa a alteração da percepção dessa realidade, que é feita pelo dependente através de substâncias psicoativas.

Por meio dessa abordagem, a dependência pode ser tratada de diversas maneiras; nesta pesquisa, destacamos o tratamento em comunidades terapêuticas (CT), principalmente devido ao seu crescimento nos últimos anos.

As informações obtidas neste estudo foram trabalhadas procurando dados que nos revelassem alguns fatores como, por exemplo: detectar drogas preferenciais, levantar motivos que levaram o paciente a dar início ao consumo de drogas e coletar o número de internações em CT e/ou outras instituições; objetivando a compreensão sobre quem é o paciente que vai à busca dessas instituições e como elas lidam com o tratamento para a dependência de substâncias psicoativas.

De acordo com Pozas (1996), as CT foram criadas em 1979 com o intuito de dar uma resposta aos problemas provenientes da dependência de drogas, possuindo assim um ambiente que necessariamente é livre das mesmas e uma forma de tratamento em que o paciente é tratado como o principal protagonista de sua cura. Trata-se de um sistema estruturado, com limites precisos e funções bem delimitadas, regras claras e afetos controlados, através de normas, horários e responsabilidades. Toda estrutura é para que o paciente se situe totalmente no tratamento, sendo assim, o

trabalho intenso, tanto pela equipe profissional, quanto pelos pacientes.

Os objetivos das CT não são só os resultados do tratamento, mas também as conseqüências de uma reabilitação social envolvendo intervenção também em outros locais fora do espaço da CT (Pozas, 1996).

Hoje, para conseguir lidar com a demanda de pacientes que vão à busca de CT, a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e a Secretaria Nacional Antidrogas (SENAD) editaram uma resolução que foi capaz de regulamentar o funcionamento de todas as CT existentes no país (Agência Nacional de Vigilância Sanitária, 2001).

De acordo com Serrat (2002, p.2), membro do conselho deliberativo da Federação Brasileira de Comunidades Terapêuticas (FEBRACT) e responsável pela definição do papel das CT atualmente no Brasil, "o aumento significativo de CT é uma resposta à evolução do consumo de drogas ilícitas por parte dos jovens" e, ainda segundo o mesmo autor, quando os princípios de recuperação, resgate da cidadania, reabilitação física e psicológica e de reinserção social são corretamente aplicados, os tratamentos apresentam resultados positivos importantes, sendo o objetivo agir nos fatores psicossociais do indivíduo, ficando o tratamento medicamentoso por conta de outros órgãos, como hospitais e clínicas especializadas.

No Brasil, temos mais de 80 CT filiadas à FEBRACT. Entretanto, a preocupação maior é com as "clandestinas", para as quais a ANVISA, através da resolução RDC. nº101 de 30 de maio de 2001, exigiu o funcionamento através de regulamentação, normas e fiscalização a partir de 2003, o que as submete aos conselhos de entorpecentes estaduais, municipais e do Distrito Federal e à Vigilância Sanitária.

Quanto à eficiência das CT, de acordo com os dados da FEBRACT, pode-se dizer que, em termos estatísticos em nível mundial, 30% a 35% das pessoas que freqüentaram CT deixaram definitivamente de consumir drogas (Serrat, 2002).

Frente às novas diretrizes estabelecidas para a regulamentação das CT e visando conhecer o perfil de pacientes usuários desse serviço, nos propusemos a analisá-lo através de questionários respondidos pelos próprios pacientes.

Método

O método utilizado nesta pesquisa foi a análise qualitativa das informações; participaram cinquenta pessoas de ambos os gêneros, que responderam ao questionário voluntariamente, sabendo que o anonimato seria preservado e que estavam participando de um evento realizado pela Febract; apenas 26 desses questionários puderam ser analisados devido ao fato de o restante não ter correspondido aos objetivos da pesquisa, já que os participantes não se declararam como dependentes ou dependentes em recuperação de substâncias psicoativas.

Quanto ao procedimento de coleta de dados, foram aplicados questionários em encontros promovidos pela FEBRACT, em participantes que estavam atuando em CT do Estado de São Paulo e que se dispuseram a colaborar com esta pesquisa. Esse questionário, elaborado pelas autoras e constituído de dez questões referentes aos objetivos propostos, visou fornecer informações gerais do paciente em recuperação, os motivos que o levaram ao uso de drogas, as substâncias mais utilizadas e as preferências.

As informações colhidas das respostas aos questionários foram, a princípio, agrupadas em categorias específicas e analisadas de forma comparativa através do *software Statistical Package for Social Sciences (SPSS)*.

Resultados

Buscando compreender quem é o paciente que busca o tratamento das CT, encontramos que o gênero dominante na pesquisa foi o masculino: 92,3% dos questionários. A idade média foi de 36,7 anos. A maioria dos participantes é formada por solteiros e a minoria divide-se equitativamente entre os participantes separados e os que moram junto com o(a) companheiro(a).

O primeiro uso de drogas ilícitas ocorreu em média por volta dos 15,5 anos, sendo a menor idade encontrada de seis anos e a maior de 32 anos, indicando nesta amostra que é na fase da adolescência que geralmente ocorreu o primeiro contato com as drogas. A primeira internação teve como média a idade de 28,8 anos (Figura 1).

De acordo com a Figura 2, observamos que a média de tempo em que os participantes se encontram sem fazer uso de nenhuma substância psicoativa ilícita é de 2,3 anos, tendo como período mínimo quatro meses e máximo oito anos.

O principal motivo que levou ao consumo do tóxico foi a curiosidade dos participantes, seguido da influência de amigos, sendo o menos relevante a busca de uma suposta "desinibição" (Figura 3).

As primeiras drogas usadas pelos participantes foram o álcool e a maconha; porém, as mais utilizadas pelos participantes, quando ainda eram consumidores de drogas, foram: cocaína (principalmente na forma de pasta-base, conhecida popularmente como *crack*), álcool, maconha, solventes, LSD, chás de lírio e cogumelos, *ecstasy*, heroína, anfetaminas, cigarro (tabaco), morfina, entre outras.

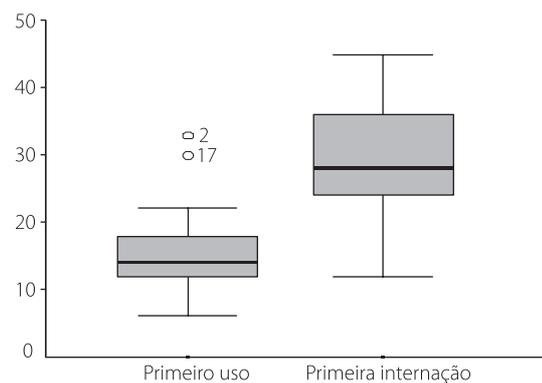


Figura 1. Idade (anos) na qual se deu o primeiro uso de substâncias psicoativas, em comparação com a idade em que ocorreu a primeira internação do participante.

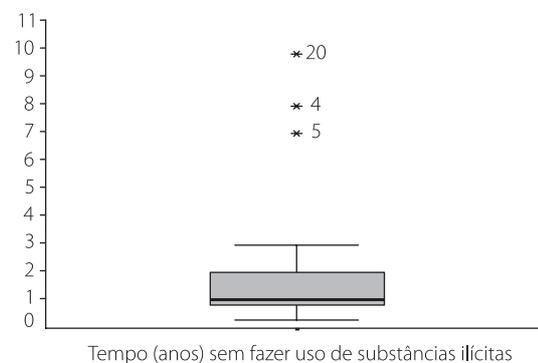


Figura 2. Tempo em que os participantes não fazem uso de nenhuma substância psicoativa ilícita.

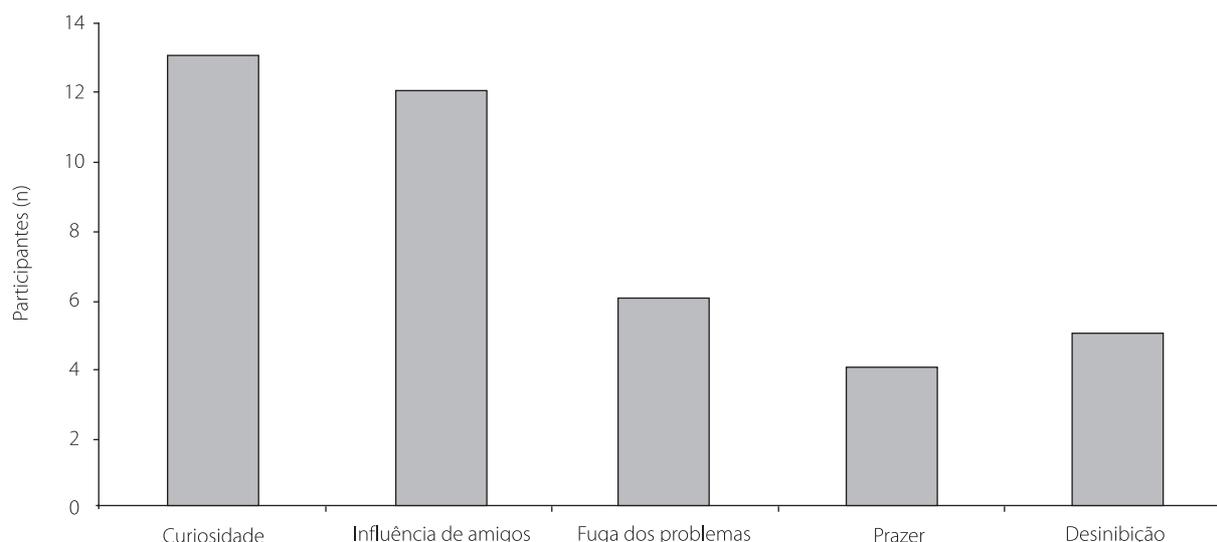


Figura 3. Motivo que levou o participante a usar a droga pela primeira vez.

OBS: Nesta questão, os participantes tinham a liberdade de escolher mais de uma opção

Questionandos sobre as interações, 50% dos participantes já passaram por outras alternativas de recuperação em instituições como clínicas especializadas, hospitais psiquiátricos, instituições religiosas etc, além de outras comunidades terapêuticas.

Discussão

Silveira (1995) alerta que “a grande maioria dos usuários de drogas não é e nunca vai ser dependente do produto; na grande maioria das vezes, a droga é procurada como fonte de prazer tanto pelo usuário como pelo dependente; o dependente de drogas é um indivíduo para quem a droga passou a desempenhar um papel central na sua organização, na medida em que, através do prazer, ocupa lacunas importantes, tornando-se assim indispensável ao funcionamento psíquico daquele indivíduo, ou seja, um dependente, ao contrário do usuário, não pode prescindir da sua droga”.

O critério utilizado pela CID-10 (Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2003, p.10) para definir um quadro clínico como dependência leva em conta os seguintes fatores: um forte desejo ou senso de compulsão para consumir a substância; dificuldades de controlar o comportamento de consumir a substância em termos de seu

início, término e níveis de consumo; estado de abstinência fisiológico ao cessar ou reduzir o uso da substância; evidência de tolerância de tal forma que doses crescentes de substância psicoativa são requeridas para alcançar efeitos originalmente produzidos por doses mais baixas; abandono progressivo de prazeres e interesses alternativos em favor do uso da substância; e persistência no uso da substância, a despeito de evidência clara de conseqüências manifestamente nocivas.

Nesta pesquisa não nos cabe dizer qual o grau de dependência psicológica e/ou física do paciente em recuperação. Sabemos apenas que todos os participantes necessitaram de ajuda para conseguirem interromper o uso da droga que lhes causava dependência. De acordo com Stahl (2002, p.490), esse estágio é definido como um “estado fisiológico de neuroadaptação produzido pela administração repetida da droga, necessitando da administração para prevenir o surgimento da síndrome de abstinência” e, ainda quando se pensa no fenômeno da dependência de drogas, deve-se considerar que a exposição dos indivíduos é constante e de longo prazo. As doses variam de acordo com o usuário que procura obter um efeito agudo da substância, relacionado ao seu bem-estar. Em função desse efeito desejado é que o usuário de droga eleger uma determinada substância e uma via de introdução adequada para o tempo de

manifestação do efeito. Isso significa que quanto maior é a necessidade, maior também é a urgência de uso da droga, ou seja, quanto maior a compulsão, a via de administração escolhida será aquela de maior velocidade de distribuição pelo organismo. Deve-se considerar ainda que, dependendo da via de introdução, a droga poderá ser administrada em maior concentração, aumentando a intensidade do efeito e reforçando a compulsão (Cazenave, 1999).

Segundo a CID-10, encontramos dentro da dependência dois fenômenos também muito importantes: a tolerância (“necessidade de quantidades aumentadas da substância para atingir intoxicação ou efeito desejado”) e a abstinência (“síndrome que ocorre quando se interrompe o uso do tóxico, causando malefícios que tendem a levar o dependente a querer voltar a consumir a droga”).

As drogas utilizadas pelos participantes podem ser classificadas em três grupos: estimulantes: estimulam a atividade mental (anfetaminas, cocaína, *crack*, *ecstasy*, nicotina); depressores: deprimem a atividade cerebral, fazendo-os agir de maneira mais lenta (álcool, ópio, morfina, heroína); e alucinógenos/perturbadores: alteram o funcionamento cerebral, geralmente produzindo alucinações e delírios (LSD, maconha).

Os resultados desta pesquisa indicaram que as drogas mais utilizadas pelos participantes deste estudo foram a cocaína e o álcool; correspondendo perfeitamente aos resultados dos casos triados entre 1991 e 1994 pelo Programa de Orientação e Assistência a Dependentes (PROAD), nos quais as drogas mais utilizadas foram a cocaína (principalmente na forma de *crack*) e o álcool (Silveira, 1996).

Sobre o efeito da droga, Kalina e Kovadloff (1988, p.22) nos dizem que o dependente é sempre dominado por angústias e temores cuja intensidade os transforma em sentimentos inteiramente insuportáveis para seu ego e, “sob o efeito da droga, a sensação de fragilidade é substituída por um sentimento de extraordinária consistência e força: é a ilusão de ter conseguido superar o fracasso do ego”.

Notamos que grande parte dos participantes fez uso de drogas lícitas como o álcool e o cigarro, que também possuem um alto potencial de abuso,

juntamente com outras. Porém, essas não são tratadas de maneira tão profunda, devido à sua questão politicamente determinada.

O início do uso do tóxico, de acordo com esta pesquisa, ocorreu em grande parte por curiosidade, sendo seguida de uma possível influência de amigos que estimularam o uso de drogas, já que também pudemos concluir que foi na adolescência o primeiro contato com a mesma. Essa época, segundo Bee (1997, p.375), “é quase por definição, uma época de transição, uma época em que existem mudanças significativas em quase todos os aspectos da criança” e nos seus estudos sobre substâncias psicoativas nesse período da vida, o autor nos diz que “adolescentes que abusam de substâncias são altamente propensos a ter vivenciado problemas de comportamento em idades anteriores, a ter tido registros deficientes na escola, uma rejeição anterior por parte dos companheiros, negligência em suas casas, ou uma combinação de todos esses problemas, em anos iniciais de suas vidas”.

Percebemos que grande parte dos participantes fez o primeiro uso por curiosidade e vontade de se desinibir; com o efeito dessas substâncias sobre o organismo, foram mais bem-recebidos pelo grupo ao qual pertenciam ou queriam pertencer, elevando assim sua auto-estima. A dissertação de mestrado de Oliveira (1997) apresentou os mesmos resultados, provando que os motivos sociais de incentivo ao início do uso de psicoativos, há sete anos, continuam sendo os mesmos nos dias de hoje.

Os participantes desta pesquisa são pessoas que estavam atuando como profissionais (sem nenhuma formação específica na área), auxiliando nas atividades da CT. O número de questionários aplicados deve-se ao pequeno acesso permitido nas próprias CT, e serviu como entrada preliminar para outros projetos.

Frente ao quadro atual de consumo de drogas, ocorre uma ampliação do número de instituições voltadas para o tratamento da dependência. Existem atualmente três modelos terapêuticos: internação hospitalar, que é de curta duração e, às vezes, utilizam-se medicamentos, alimentação balanceada e repouso; clínicas especializadas e/ou particulares, nas quais o tratamento é feito a médio ou a longo prazo, atendendo na maioria das vezes pacientes de alto

poder aquisitivo; e as CT, que apresentam uma ampla flexibilidade a fim de adaptar-se a várias culturas e níveis sociais, trabalhando basicamente em três linhas de atuação: espiritual (trabalha-se com religiosidade e apoio de ex-internos), científica (psicólogos, médicos, assistentes sociais e voluntários de diversas áreas) e mista (união das duas citadas anteriormente).

O objetivo dessas instituições é o de promover uma transformação da personalidade do indivíduo, um amadurecimento pessoal e favorecer sua reinserção à sociedade. Para isso, criam-se novos valores como espiritualidade, responsabilidade, solidariedade, honestidade e amor.

As CT são um modelo de tratamento residencial utilizado durante muito tempo para pacientes com patologias psiquiátricas crônicas. Seu funcionamento é fundamentado na premissa de que, quando não se é possível promover mudanças no indivíduo dependente, passa a ser necessário alterar a sua condição, seu meio ambiente e removê-lo da situação onde o consumo ocorre. O processo terapêutico focaliza intervenções pessoais e sociais, atribuindo funções, direitos e responsabilidades ao indivíduo dependente em ambiente seguro em relação ao consumo de drogas.

As características dessa abordagem de tratamento, segundo o Instituto Nacional sobre Abuso de Drogas dos Estados Unidos (NIDA), Lavara (2004), são “ambientes residenciais, livres de substâncias tóxicas, que usam como modelo hierárquico etapas de tratamento que refletem níveis cada vez maiores de responsabilidade social e pessoal. É utilizada a influência de companheiros para ajudar cada pessoa a aprender e assimilar as normas sociais e desenvolver habilidades cada vez mais eficazes”.

De acordo com Kalina e Kovadloff (1988), o termo “comunidade terapêutica” foi primeiro usado por Maxwell Jones, que dirigia o hospital Dingleton, na Escócia. O Dr. Jones era um psiquiatra preocupado com o fato de que a psiquiatria tradicional parecia não estar ajudando os pacientes. Para solucionar esse problema, convidou vários profissionais distintos para o que chamou de “reunião mundial”, visando investigar como falar diretamente com seus pacientes em seu próprio nível, procurando assim desmistificar a imagem autoritária do hospital, insistindo bastante na idéia de

auto-ajuda, de ajuda mútua, de que todos deveriam trabalhar juntos para ajudarem a si mesmos e aos demais.

Segundo Baukeland (1995), a visão básica e humanitária das CT é a de que todos podem crescer e, para isso, precisam da ajuda dos outros companheiros, já que os residentes são vistos como capazes de possuir responsabilidade e, frente a isso, podem confrontar um ao outro para a obtenção de maior honestidade e maturidade.

Pouloupoulos (1995) diz que as CT querem dar ao indivíduo o direito à reabilitação, em oposição às idéias de marginalização dadas àqueles que consomem drogas ilícitas.

A Senad diz que, na etapa de recuperação, é necessário que a CT se constitua em instrumento capaz de romper o vicioso círculo consumo/tratamento para grande parte dos envolvidos, tratando de forma definitiva e evitando reincidência na dependência de psicoativos.

Kalina e Kovadloff (1988) definem que os elementos centrais das CT são: 1) A CT é um elemento social. Esse sistema social deve facilitar uma aprendizagem que, em si mesmo, é terapêutica; 2) O sistema é uma ordem organizada através das normas de convivência e do enquadramento de tarefas; 3) O enquadramento e a normatividade baseiam-se no conceito da abstinência das drogas, enquanto se realiza o aprendizado; 4) O trabalho concreto na instituição é a base da disciplina institucional e de uma educação na co-responsabilidade; 5) A CT tem hierarquias de acordo com as conquistas que cada residente tenha feito e no conhecimento de si mesmo, no trabalho sobre os outros e nas lideranças positivas que possa ir progressivamente assumindo; 6) As mudanças na instituição se concretizam através da mobilidade social, que implica a transmissão de tarefas e de responsabilidades crescentes na CT hierárquica; 7) A CT é uma sistemática de grupo, onde cada um dos grupos responde a diferentes necessidades dos residentes. Alguns seguem os alinhamentos típicos dos grupos terapêuticos. Outros terão como função atacar os comportamentos negativos para a sobrevivência do grupo e procurarão reforçar as conquistas positivas e a estrutura grupal; 8) A possibilidade de mudança mediatiza-se através da função de sustentação que tem a instituição; 9) A força terapêutica por excelência é o grupo de pares, a mudança

precisa da interação entre os residentes. O viciado recuperado integrado à equipe médica funciona como um modelo de papel útil em todo o projeto terapêutico (obs.: esses formam os participantes desta pesquisa); 10) A família está continuamente envolvida, de modo geral, em três níveis: participando da reunião semanal de terapia e da reunião mensal multifamiliar e, quando bons níveis de recuperação são alcançados, ajudando em projetos preventivos ou integrando a associação de pais, com a finalidade de trabalhar socialmente no tema da toxicomania e 11) A CT fracassará em seus propósitos se o residente não for reconhecido em sua singularidade não apenas por meio de um ato terapêutico individual, mas fundamentalmente através de uma escuta institucional de sua história de vida.

Um outro aspecto que deve ser ressaltado é a abertura das CT para outros grupos de ajuda, como Alcoólicos Anônimos (AA), Narcóticos Anônimos (NA) e Amor Exigente; o que possibilita aos internos, através das partilhas de sentimentos e situações, conhecerem as experiências pelas quais os companheiros já passaram, o que é de grande valia, além do carinho do acolhimento que os participantes desse grupo recebem e também propiciam para os outros. Dessa maneira, Fracasso (2002) diz que cada um se torna "terapeuta" de si mesmo e dos outros do grupo.

Segundo Serrat (2002), a CT é um programa muito bom, haja vista sua aplicação no mundo todo.

Porém, essa metodologia de tratamento para a dependência de substâncias psicoativas ainda requer diversos estudos para averiguar se o "isolamento" do mundo em que havia o convívio com a droga não pode ocasionar, no momento de saída da CT, uma recaída devida à desadaptação social, já que a abstinência ocorreu em um ambiente de privação tanto da substância quanto do grupo social.

Devido às CT se basearem principalmente na ajuda mútua, ou seja, novos pacientes geralmente são mais auxiliados por pacientes que já conseguiram manter um determinado período sem utilizar substâncias psicoativas ilícitas, essa abordagem se torna questionável, pois não sabemos até quando a ajuda de um profissional especializado pode ser "substituída" por um outro interno, já que alguns casos exigem uma atenção direcionada e específica. Ressaltando também que este fato não ocorre em todas as instituições

denominadas comunidades terapêuticas, e também não são todas que aplicam esta total substituição, já que muitas instituições possuem uma equipe multiprofissional.

As CT também devem atentar para seu objetivo de "atender pacientes dependentes de substâncias psicoativas que almejam uma recuperação", pois algumas vezes encontramos pacientes usuários ocasionais (não-dependentes), internações indiscriminadas, pacientes com outros diagnósticos psiquiátricos associados à dependência - o que requer um tratamento mais específico - e também internações utilizadas pela família do paciente com caráter punitivo.

As CT devem, seguindo as normas definidas pela Febract, definir critérios de admissão, assim como critérios de alta, atentando também para o procedimento de reinserção social do paciente.

Para um tratamento válido, os dependentes de substâncias psicoativas devem, primeiramente, acreditar que a recuperação é possível, e para isso devem contar com a experiência daqueles que estudam para lidar com essa problemática, para darem apoio e saída para que os fúteis momentos de duração do efeito de uma droga não se sobreponham àqueles de sobriedade.

Conclusão

A dependência de drogas é o desejo compulsivo de obtenção da substância, a qualquer custo, sendo uma necessidade tanto biológica (devido à neuroadaptação) quanto psicológica.

A CT é a forma de tratamento utilizada pelos participantes, tratando-se, portanto, de uma metodologia de internação em que o paciente é o principal responsável pelo seu tratamento; sendo auxiliado, porém, por companheiros do grupo, assim como por alguns profissionais da área da saúde. O processo terapêutico focaliza intervenções sociais, atribuindo funções, direitos e responsabilidades aos indivíduos em tratamento.

Referências

Agência Nacional de Vigilância Sanitária (2001). Resolução da Diretoria Colegiada, maio 2001 (no101). São Paulo: Anvisa/Senad. [online]. Disponível: <http://www.anvisa.gov.br>

- Baukeland, M. (1995). Bonding in a Therapeutic Community (pp.76-82). Grece: Kethea. (Therapy Center for dependent individuals).
- Bee, H. (1997). *O ciclo vital*. Porto Alegre: Artmed.
- Cazenave, S.O.S. (1999). Prevalência do uso de drogas na região de Campinas. Tese de doutorado, Universidade Estadual de São Paulo.
- Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo/ Associação Médica Brasileira. (2003). *Usuários de substâncias psicoativas, abordagens, diagnóstico e tratamento*. São Paulo: Cremesp/AMB.
- Fracasso, L. (2002). *Características da comunidade terapêutica* [on-line]. Disponível: <http://www.comciencia.br> [Acesso: maio 2004].
- Kalina, E., & Kovadloff, S. (1988). *Drogadicção*. Rio de Janeiro: Francisco Alves.
- Lavara, N. (2004). *La eficacia de las comunidades terapêuticas a examen*. [on-line]. Disponível: http://www.entorno-social.es/document_n04/aass5502.html [Acesso: 7 maio 2004].
- Oliveira, L.C. (1997). *Variáveis críticas da reincidência às drogas em faramacodependentes*. Dissertação de mestrado, Pontifícia Universidade Católica de Campinas.
- Pozas, J.E.M. (1996). *Comunidades terapêuticas en España: evolución histórica, situación actual y perspectivas* [on-line]. Disponível em: <http://www.ieanet.com/boletin/opinion.html>
- Poulopoulos, C. (1995). The new challenges for Therapeutic Communities (pp. 103-105). Grece: kethea (Therapy Center for dependent individuals).
- Seibel, S.D., & Toscano, A. (2001). *Dependência de drogas*. São Paulo: Atheneu.
- Serrat, S.M. (2002). *Comunidades terapêuticas: mecanismo eficiente no tratamento de dependentes químicos*. Entrevista [on-line]. Disponível em: <http://www.comciencia.br> [Acesso: 1 maio 2004].
- Silveira, D.X. (1995). *Drogas: uma compreensão psicodinâmica das farmacodependências*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Silveira, D.X. (1996). *Dependência: compreensão e assistência às toxicomanias*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Stahl, Stephen M. (2002). *Psicofarmacologia*. Rio de Janeiro: Medsi.

Recebido para publicação em 8 de setembro de 2004 e aceito em 13 de abril de 2005.

O reencontro com a identidade de gênero: contribuições da visão sistêmica novo-paradigmática e do psicodrama infantil

The gender identity re-encounter: infant psychodrama and new systemic view contributions

Maria Ivone Marchi **COSTA**¹
Maria Regina Corrêa Lopes **VANIN**²

Resumo

Este estudo objetiva relatar os pontos principais do processo psicoterapêutico de um menino de dois anos e oito meses que apresentava transtorno de identidade de gênero, ou seja, sentia-se pertencente ao gênero feminino e desempenhava papéis a ele inerentes. O processo de base sistêmica novo-paradigmática e psicodramático foi permeado pelas modalidades individual, grupal e familiar, e se apoiou em técnicas psicodramáticas, recursos lúdicos e desenhos. A terapia desenvolveu-se por 24 meses e três encontros de *follow up*, e apresentou os seguintes resultados: resignificação por parte da família quanto à relação e vínculo com a criança, o que possibilitou novas organizações interacionais e a construção de novos significados em torno da dinâmica familiar, permitindo que o menino também resignificasse a sua importância e o seu lugar nessa família. Assim, diferenciou-se emocionalmente de sua irmã, aceitou sua identidade masculina, com conseqüente desempenho de papéis sociais a ela vinculados, manifestando mais segurança e autoria de vida.

Palavras-chave: identidade de gênero; psicodrama infantil; sistêmica.

Abstract

The purpose of this paper is to report the main points of the psychotherapeutic process of patient who was a 2-year-and-8-months-old boy, who presented gender identity disfunction, i.e., the patient used to play a female role. In accordance with the psychodrama and the new paradigmatic approaches, the process was composed by individual, group and family modalities, with the psychodrama techniques, games resources and drawings support. The process has taken twenty-four month, followed by three follow-ups sessions. The process results were: the child's relationship and bonding re-meaning by family and the patient, new interactive organizations and new family dynamic meanings. As a consequence, the patient could elaborate the emotional differentiation from his sister, accepting his male identity that allowed his social roles performance.

Key words: gender identity; child psychodrama; systemic.

O presente estudo objetiva relatar os pontos principais do processo psicoterapêutico de um menino de dois anos e oito meses de idade, chamado aqui pelo

nome fictício de Bruno, que apresentava comprometimento no desenvolvimento normal de sua identidade de gênero, caracterizado, de acordo

▼ ▼ ▼ ▼ ▼

¹ Departamento de Psicologia, Universidade do Sagrado Coração. Rua Irmã Arminda, 1-50, 13040-041, Bauru, SP, Brasil. Correspondência para/Correspondence to: M.I.M. COSTA. E-mail: <marchicosta@travelnet.com.br>.

² Instituto Bauruense de Psicodrama. Bauru, SP, Brasil.

com o CID 10, como transtorno de identidade de gênero.

O termo identidade de gênero foi criado pelo médico e psicanalista norte-americano Robert Stoller, em 1964, e refere-se à sensação da pessoa de pertencer ao gênero masculino ou feminino. De acordo com o CID 10 (Organização Mundial da Saúde, 1993), quando há alteração de identidade de gênero, as manifestações ocorrem, usualmente, na primeira infância (e sempre bem antes da puberdade), caracterizando-se por uma angústia persistente e intensa com relação ao sexo designado, juntamente com um desejo de ser (ou insistência de que é) do outro sexo. Há uma preocupação persistente com a vestimenta e/ou atividades do sexo oposto e/ou repúdio pelo próprio sexo (Grúnspun, 1999).

Costa (1994), psiquiatra e psicoterapeuta especialista em sexualidade humana, afirma que não se conhece totalmente como se dá o desenvolvimento da identidade de gênero e as causas de suas alterações. Entretanto, mesmo diante do desconhecimento das causas, a conduta da terapeuta não se fechou em determinismos e passou a investir no processo psicoterápico do menino Bruno, bem como em sua rede social, apostando, assim, nas correntes psicológicas que não subestimam as predisposições biológicas e acreditam também na força do ambiente e na forma como as experiências são significadas.

O processo psicoterápico teve por base teórica e técnica o pensamento sistêmico novo-paradigmático, representado pelo construcionismo social, pela abordagem narrativa³ e pelo psicodrama infantil.

A concepção sistêmica novo-paradigmática traz implícita uma postura construtivista e construcionista social da realidade, que descreve que a construção do conhecimento psicológico pertence ao domínio do intersubjetivo, no qual os significados são construídos nos espaços comuns de pessoas em relação. Nessa visão construcionista, a abordagem narrativa afirma que os conceitos psicológicos, como quaisquer outros, são construções sociais úteis, e não processos intrínsecos da mente, não devendo, pois, serem reificados como se fizessem referências a fatos de uma realidade externa e preexistente. Centra o

processo nas narrativas socialmente construídas, incluindo o contexto cultural dessas famílias. Considera que as pessoas vivem suas vidas através de histórias, as histórias que organizam e dão sentido à experiência e que os problemas existem na linguagem, sendo capturados nas histórias dominantes, co-autorias nas comunidades lingüísticas das pessoas.

O terapeuta sistêmico novo-paradigmático trabalha com uma visão do todo, reconhecendo e focalizando as relações recursivas existentes não apenas no sistema familiar, como também no sistema terapêutico, em que ele próprio se inclui. Amplia o foco do sistema para o ecossistema, ou do sistema familiar para sistemas mais amplos do que a família, procurando mobilizar os recursos derivados dos vínculos que constituem as redes sociais (Vasconcellos, 2004a e b). Reconhece também a auto-organização e autonomia do sistema, com o qual não pode ter uma interação instrutiva e cuja evolução não pode prever nem controlar, mas pela qual é co-responsável.

O profissional une-se ao sistema com o qual trabalha na busca da construção conjunta de alternativas e soluções, utilizando conversações que evidenciem os sistemas de significados - as narrativas sobre o problema e as definições que esse recebeu. Enfim, trabalha com as pessoas que estão participando da conversação, oferecendo suas narrativas sobre o problema.

O pensamento sistêmico novo-paradigmático coloca por terra o dualismo entre sujeito e objeto; portanto, não tem como sustentar, também no contexto terapêutico, que o terapeuta detém um saber de especialista que transforma o cliente e seus problemas em seu "objeto" de conhecimento. O terapeuta não tem qualquer acesso privilegiado às pretensas verdades da vida das pessoas e seus dilemas, necessitando ser informado por elas. "Isto não significa que não sabemos nada, mas que estamos aquém do conhecimento absoluto" (Anderson, 1997, p.137).

Assim, não há como um terapeuta se colocar como um *expert* em "como os clientes devem viver suas vidas", ou saber de antemão qual a pergunta correta a fazer, qual a melhor narrativa a ser desenvolvida ou os conteúdos específicos a serem abordados. Da mesma

forma, caem também por terra as típicas perguntas avaliadoras, cunhadas do desejo do terapeuta de verificar as suas verdades, em vez de deixar se informar pelas realidades do cliente. Isso implica que, embora buscando a compreensão, é importante evitar elaborar conceitos muito rapidamente e colocar em dúvida o que já se parece saber, as generalidades, e evitar os julgamentos (Grandesso 2000b).

Segundo Freedman e Combs (1996), deve-se ouvir com base na perspectiva do cliente, procurando compreender, valendo-se de sua linguagem e dos seus significados. Contudo, de acordo com Grandesso (2000b), a principal característica da escuta do terapeuta é ser desconstrutiva, já que favorece a abertura para a construção de novas narrativas, embasadas em episódios da vida dos clientes ainda não historiadados.

A definição de um problema é uma posição assumida dentro de um contexto conversacional, de uma determinada cultura, em que tal significado (o de ser um problema) é narrativamente construído, configurando-se, portanto, uma realidade social. Para que seja um problema, alguém deve defini-lo como tal, ou seja, não se pode falar em problemas independentemente do observador que os define. Nesse sentido, a definição em questão não pode prescindir da resposta às questões “para quem e por que é um problema”? Mais do que isso, não pode deixar de incluir como aspecto principal a narrativa dos que sofrem as influências desse problema (White & Epston, 1990). Segundo Grandesso (2000a), somente os envolvidos podem relatar as histórias das tramas relacionais, dos sofrimentos e das restrições tecidos com base nas experiências vividas desde seu surgimento. Somente os protagonistas da história podem descrever como têm sido afetados na sua vida, nos seus relacionamentos, nas visões sobre si mesmos e nas suas perspectivas de futuro.

A exploração do problema e o desenvolvimento de possibilidades mais libertadoras pertencem a um território compartilhado com os clientes. É um processo co-construído na sessão, em um processo colaborativo entre cliente (entende-se cliente também como referência ao casal ou mesmo à família) e psicoterapeuta, e consiste em traçar uma espécie de mapeamento das influências dos problemas na vida das pessoas. Trata-se, assim, de compreender a forma

como cada membro percebe o problema, em que medida essa visão afeta os demais, considerando-se, além das subjetividades, também a trama relacional - seja ela nossos clientes individuais, casais ou famílias. Tal prática favorece a inclusão, na narrativa dominante sobre o problema, de cada um dos participantes da conversação e não somente do paciente identificado.

Tal abordagem não compactua com uma visão essencialista de problemas como patologias ou disfunções em relação a quaisquer pretensos parâmetros normativos. Isso implica a perda da utilidade das categorias diagnósticas nosológicas. Embora estejam tão incorporados em nossa linguagem, a ponto de parecerem descrever os sistemas em questão, os termos e as categorias diagnósticas, bem como suas atribuições topológicas, são distinções que fazemos na linguagem, como observadores, servindo a propósitos socialmente definidos. Pelo uso, tais termos e categorias acabam se tornando reificados. Não restam dúvidas de que sistemas diagnósticos servem para legitimar, dar confiança e preditibilidade tanto para o terapeuta como para os clientes. Contudo, tal prática lingüística “obscurece a complexidade, a singularidade e a riqueza dos eventos e pessoas envolvidas” (Anderson, 1997, p.76).

Se um terapeuta compartilha o enfoque em questão, procurará suspender suas pré-concepções sobre problemas e terapêuticas, buscando defini-los como realidades trabalháveis nas singularidades de cada contexto e nos limites das pessoas envolvidas em conversação ao seu redor. Para Anderson (1997), suspender as pré-concepções quer dizer deixá-las expostas à nossa frente e aos outros, ser consciente delas, observá-las e refletir sobre elas, duvidar, desafiar e mudá-las. Assim, a exploração do problema e o desenvolvimento de possibilidades mais libertadoras pertencem a um território compartilhado com os clientes.

As narrativas - estáveis, regressivas ou trágicas - dos clientes que buscam a terapia, sejam eles indivíduos, casais ou famílias, se apresentam, geralmente, estruturadas monologicamente em torno de suas inquietações que, como palavras correndo em

volta da própria cauda, restringem suas possibilidades de estar em diálogo e, assim, de assumir múltiplas perspectivas. Portanto, a possibilidade de reconstrução de significados para os acontecimentos da vida encontra-se fechada. Isso porque suas histórias apresentam uma certa rigidez temática e são fixadas em algum tipo de permanência dos significados, em detrimento dos contextos, de modo que acabam sendo histórias dominantes na organização das relações dessas pessoas no mundo (White & Epston, 1990).

Normalmente, nos primeiros encontros, as narrativas historiadas vêm carregadas de significados aprisionantes e sofrimentos, pois a capacidade de autoria normalmente está empobrecida, impedindo a visualização de alternativas. No transcorrer do processo dialógico, por meio de perguntas reflexivas, apoiadas ou não por recursos intermediários, as narrativas vão sendo ampliadas e alguns significados vão sendo desconstruídos, favorecendo, assim, possíveis ressignificações e, por conseqüência, alívio de sofrimentos.

O processo de Bruno apoiou-se também no psicodrama, cujo núcleo teórico fundamental é a criatividade e a espontaneidade. Tem como foco central “o homem em relação”, visto como ser social porque nasce em sociedade e precisa do outro para reconhecer-se como tal, desenvolver sua singularidade e, assim, poder sobreviver.

Segundo Bermúdez (1970), a matriz de identidade é o lugar (*locus*) onde o recém-nascido se insere desde o nascimento, relacionando-se com objetos e pessoas dentro de um determinado clima. No seu início, a matriz de identidade está ligada basicamente aos processos fisiológicos; posteriormente, e coincidindo com a evolução da criança, vincula-se aos processos psicológicos e sociais. A matriz de identidade, pois, provê a criança do alimento físico, psíquico e social. A ela cabe a fundamental tarefa de transmitir à criança, através dos papéis existentes, a herança cultural do grupo a que pertence e de prepará-la para sua posterior incorporação na sociedade. A criança, pois, aprende tais papéis através de um processo que é variável quanto ao tempo de duração. Tal processo tem como característica a coação, a coexistência e a coexperiência.

A terapia psicodramática infantil conta com uma forma específica de brincadeira: o teatro de faz-de-conta. Na representação dramática, agindo “como se” ou “fazendo de conta que”, a criança expressa o que atinge sua sensibilidade, o que dá prazer ou desprazer e vontade ou medo de aprender. Revela o sentimento que o mundo tem para com ela ou o revê por intermédio de papéis imaginários que é capaz de reconhecer, imitar e interpretar. No contexto psicodramático, fora do clima de tensão que a vida real apresenta, a criança pode reviver as situações pelas quais passou a testar novas maneiras de reagir ou se comportar em ocasiões diversas (Bermúdez, 1997).

Moreno (1975) utiliza o termo *acting out*, que tem sua origem no teatro, para designar o processo de concretização, em atos, dos pensamentos e das fantasias. A criança, por intermédio do *acting out* no cenário, através do lúdico, manifesta determinados aspectos de seu mundo interior e exterior. Nesse atuar terapêutico, a criança vai mostrando seu perfil psicológico, suas particularidades, suas características, as situações que lhe são conflituais e sua maneira de encará-las. Esse atuar possibilita à criança desembaraçar-se dos personagens internos e assumir plenamente seu papel, possibilitando o *insight*.

Para Moreno (1975), esse é o fenômeno que dá o verdadeiro sentido (valor) terapêutico ao psicodrama. Através da ação dramática, o indivíduo torna-se inteiro, completando alguma etapa de seu processo de identidade.

A catarse de integração está incluída no processo terapêutico e constitui o ápice de um caminho, no qual, gradativamente, ocorre a integração sistemática dos vários conteúdos que vão sendo trabalhados e/ou vivenciados pela criança.

Estudo de Caso

Bruno, filho caçula de um casal de aproximadamente 32 anos, freqüentava a escola maternal. A mãe era professora universitária e profissional liberal bem-sucedida; o pai era bancário e havia perdido seu cargo de gerência e retornado a uma função inferior em termos hierárquicos; a irmã mais velha, de seis anos, reconhecida pelos familiares como bonita, extrovertida e líder, freqüentava a pré-escola e era uma importante fonte de admiração e imitação por parte de Bruno.

O que os pais apresentaram como problema

Encaminhados por uma fonoaudióloga, a quem procuraram em razão de Bruno apresentar gagueira acentuada nos últimos dois meses, os pais marcaram uma entrevista, pois, segundo a profissional, o quadro sugeria uma investigação psicológica.

Os pais apresentavam-se preocupados e ansiosos por não saberem o que estava acontecendo com seu filho, que até dois meses antes falava de forma tão correta e brilhante que chamava a atenção de todos. Bruno não apresentava nenhum antecedente que justificasse qualquer problema de ordem física, até então, apresentava desenvolvimento biopsicosocial normal, de acordo com o que era esperado para sua idade.

A ampliação da história de Bruno e do seu contexto sob a perspectiva dos pais

A psicoterapeuta favoreceu, por meio da dialogicidade, ampliações das narrativas dos pais, buscando conhecer o significado que atribuíam à gagueira de Bruno. Foi hipotetizado que esse sintoma poderia estar sendo o denunciador de algum sofrimento psíquico que o filho poderia estar vivenciando. E que seria importante haver um desvelamento de conteúdo significativo, em um processo de co-construção colaborativa entre cliente (considera-se cliente Bruno e sua família) e terapeuta (Grandesso, 2000b).

Os pais levantaram a possibilidade de o filho estar compartilhando da ansiedade que estavam vivenciando, pela perda do posto de trabalho do pai, que, com isso, sofreu um decréscimo financeiro e de *status*, tornando-se ambos impacientes com os filhos, e especialmente com Bruno. Relataram também que o menino estava lhes trazendo uma certa inquietação pela sua insistência em brincar com as bonecas da irmã, ocasionando momentos de tensão quando insistia nesse propósito apesar da negativa dos pais. Não aceitavam tal fato, pois não queriam ter um filho homossexual, e por isso não permitiam tais brincadeiras, escondiam as bonecas e tudo da irmã que chamasse a atenção de Bruno, como tiaras, pulseiras, batons etc., alegando que eram coisas de meninas e que ele não era mulherzinha. Nesse sentido, a mãe

complementou, afirmando que sentia uma certa culpa quanto ao comportamento do filho, já que na gestação de Bruno queria uma menina, pois idealizava a repetição do que havia sido e continuava sendo a primeira filha. Descrevia a menina como linda, inteligente, extrovertida, a alegria dos pais e dos avós, já que se tratava da primeira neta. Com o nascimento de Bruno, inicialmente, ela resistiu em aceitar o menino, algo que se intensificou com o fato de Bruno ter nascido magrinho, chorão, doentinho, orelha de abano e também pelo pós-parto ter-lhe sido muito difícil e dolorido.

A psicoterapeuta ampliou as narrativas dos pais, possibilitando a construção de novos significados em torno do comportamento do filho ao considerar que, de acordo com o desenvolvimento infantil, na idade de Bruno a criança normalmente ainda não aprendeu claramente a delimitação dos papéis sociais de gênero. Compartilhou a preocupação em relação à excessiva valorização desse fato, destacando que isso poderia possibilitar o desenvolvimento de uma maior fixação e também repercutir no desenvolvimento emocional de Bruno, já que as censuras eram freqüentemente acompanhadas de rotulações que o desqualificavam.

O passo seguinte foi conhecer Bruno e suas percepções para compreender o significado de sua gagueira sob o seu ponto de vista. Combinou-se que, após algumas sessões, haveria um novo encontro e que a direção do processo de Bruno seria definida em conjunto.

O processo psicoterapêutico

A psicoterapia de Bruno teve como apoio encontros alternados com o casal, com todos os membros familiares, somente com Bruno e o pai, Bruno e a mãe, Bruno e a irmã, e com os avós maternos.

Os encontros foram permeados por recursos intermediários técnicos (técnicas psicodramáticas, recursos lúdicos, desenhos etc.) cujo objetivo era favorecer a expressão, conversação dialógica e ampliar as narrativas em torno das vivências de Bruno e seus familiares e favorecer a emergência do não-dito.

Esse tipo de recurso também se estendeu por ocasião dos encontros familiares, já que eram necessários recursos intermediários lúdicos, especialmente

quando a criança estava presente no contexto terapêutico, favorecendo a emergência das narrativas da família em torno de sua história.

Grandesso (2000a), terapeuta familiar de base sistêmica novo-paradigmática, considera fundamental nos encontros familiares com crianças o envolvimento dos pais como colaboradores ativos do processo. Mediante a sessão lúdica, torna-se possível conversar a respeito da família, porque o lúdico, terreno acessível a todos por ser uma linguagem universal, vem ao encontro desse intento.

Período inicial

O encontro com Bruno

Bruno chegou à sessão trazendo consigo uma boneca, momento em que a terapeuta percebeu que os pais haviam ressignificado essa questão e que a parceria já se iniciara. Ele mostrou a boneca, que foi elogiada, mas não supervalorizada. Observou-se que a gagueira realmente era intensa, às vezes havia dificuldade em compreender o que Bruno dizia; também falava de forma mais infantilizada do que o esperado para sua idade e apresentava trejeitos femininos.

Bruno se mostrou amistoso e interessado pelos brinquedos da sala. Após o *rapport*, deixou a boneca e começou a brincar de casinha e com os bonecos, desempenhando papéis femininos: ora era a mãe ora a filha. Observou-se que não trouxe para a brincadeira nem o pai nem a si próprio como menino. Quando lhe foi perguntado se havia mais alguém na casa, a resposta foi negativa.

Nas sessões subsequentes, o desempenho exclusivo de papéis femininos se manteve por intermédio de personagens como fadas e princesas. Nem o menino nem o pai ou qualquer outra pessoa do gênero masculino apareceu nas cenas psicodramáticas que se desenvolveram no transcorrer das sessões. Durante as dramatizações, a terapeuta lançou mão da técnica interpolação de resistência (técnica que pode ser usada pelos terapeutas para modificação da situação dramática ou então para retomar algum material que não tenha sido elaborado em situações anteriores), solicitando a presença de um personagem

do gênero masculino, visto que era pertinente ao contexto que estava sendo dramatizado (rainhas e princesas), a presença de um príncipe ou rei para ajudar, pois as personagens estavam em apuros. Houve rejeição, dizendo que o príncipe havia morrido e o rei mudado para bem longe.

Os papéis psicodramáticos expressam a dimensão psicológica do "eu": são todos aqueles papéis que surgem da atividade criadora do indivíduo. Envolvem, inclusive, os papéis preexistentes, como aqueles da fantasia, já que o que os caracteriza é o matiz criativo impresso neles e não o seu caráter em si (Moreno, 1975).

Após cinco sessões, a gagueira havia terminado totalmente. A questão da identidade de gênero, no entanto, se evidenciava. Ficou claro que Bruno não apenas desempenhava papéis femininos, mas também se sentia uma menina, e angustiava-se quando forçado a desempenhar papéis do gênero masculino. Ficava caracterizado, assim, de acordo com a literatura, o transtorno de identidade de gênero.

As percepções da psicoterapeuta

A gagueira, possivelmente, tenha sido uma forma de denunciar a ansiedade subjacente, decorrente das pressões ambientais. Os pais, agora mais confiantes e menos ansiosos por estarem sendo acompanhados por uma profissional, conseguiram lidar melhor com o comportamento feminino de Bruno. Com isso, minimizaram-se as pressões; o apoio do espaço terapêutico, onde Bruno podia expressar-se livremente sem que houvesse julgamentos, favoreceu para que ele se sentisse aceito, a ansiedade diminuiu e a gagueira se extinguiu.

O processo terapêutico, a partir de então, objetivou ampliar as narrativas da família e favorecer a emergência e a compreensão do não-dito, ou seja, o significado da necessidade de Bruno sentir-se e comportar-se como menina e rejeitar veementemente o menino e outras pessoas do gênero masculino de forma mais ampla, como, por exemplo, seu pai e outros membros da família extensa.

Bruno também se comunicava de forma mais infantilizada que o esperado para sua idade, imitando um bebê; comportava-se de forma insegura em

algumas brincadeiras e recuava diante de alguns desafios, como receber uma bola lançada, brincadeira com espadas etc.

Além dos vínculos, fazia-se necessário possibilitar à família a construção de novos significados em torno de alguns aspectos interacionais, tais como posturas superprotetoras que complementavam a insegurança, e o sentimento de Bruno de não se sentir aceito como menino.

A flexibilização dos pais e a permissão, no espaço terapêutico, para expressar-se livremente por meio do lúdico, propiciaram a emergência de sua subjetividade. Bruno passou a comportar-se mais espontaneamente no desempenho de papéis femininos e a escolha de brinquedos e acessórios inerentes a eles se tornou freqüente. Suas inseguranças também foram sendo reveladas mais efetivamente diante dos desafios com que se deparava.

Nesse período, o investimento na parceria com a família foi intenso, e o pai foi incentivado a ser mais presente emocional e afetivamente junto ao filho, visando favorecer modelos masculinos. Vale ressaltar que, por ocasião da gagueira e logo em seguida da procura por serviços psicológicos, a mãe (talvez movida pela necessidade de reparação, decorrente da culpa que anteriormente relatou sentir) mobilizou-se mais intensamente em torno do filho em termos afetivos. Com isso, a filha se ressentiu e passou a agredir o irmão, pelo possível sentimento de “perda” da mãe. O pai, com o objetivo de suprir essa distância, aproximou-se da filha. E assim a família se configurou: a mãe se mantinha mais próxima do filho - de maneira superenvolvida, caracterizada por superproteção ao coitadinho, por ter sido sempre doentinho (gripes constantes), o que no parecer da psicoterapeuta o infantilizava e fragilizava emocionalmente ainda mais - e o pai tornou-se mais próximo da filha, estabelecendo assim uma aliança entre ambos (Minuchin, 1995).

No entanto, diante do processo terapêutico, terapeuta e pais julgaram pertinentes a flexibilização e a abertura das fronteiras por parte da mãe para que o pai conseguisse avançar e se tornar mais próximo do filho, inclusive em termos de poder e autoridade, já que a mãe era mais atuante nesse sentido, desautorizando e desqualificando muitas vezes o exercício da

autoridade do pai, que complementava essa atitude submetendo-se, tornando-se periférico emocionalmente em relação aos filhos (Bustos, 1990; Minuchin, 1995). Dessa forma, a mãe se disponibilizaria mais para uma relação de maior proximidade afetiva também com a filha e os filhos poderiam vivenciar a liderança masculina.

Foi necessário, entretanto, ampliar as narrativas do casal no sentido de perceberem o padrão complementar que permeava a relação quanto ao exercício dos papéis de gênero, pois a esposa sempre havia exercido o poder primário em relação à família, fosse quanto aos aspectos financeiro, afetivo, educação dos filhos ou decisões importantes. Esse poder era complementado pela passividade do esposo, que se mantinha emocionalmente periférico, e freqüentemente era desqualificado e desconfirmado pela esposa, já que o julgava como “um fraco”.

Em um processo colaborativo entre terapeuta e família, especialmente do casal, as narrativas foram sendo ampliadas e, assim, novos significados foram sendo construídos em torno das histórias dominantes. Nessa família imperava a crença de que as mulheres é que eram bonitas, inteligentes, bem sucedidas, elas é que “brilhavam”. Bruno percebeu que era a mãe que tinha poder e brilho, pois era bonita, falante, bem-sucedida profissionalmente, destacava-se em entrevistas concedidas aos jornais e televisão. Sua irmã era também bonita, extrovertida, querida por toda a família e tinha lindos cabelos longos, que Bruno não se cansava de imitar com uma fralda na cabeça. Nas sessões psicodramáticas, o uso freqüente de uma peruca de cabelos longos expressava a sua admiração.

Esse padrão interacional de poder e brilho feminino também se revelou na dinâmica familiar dos avós maternos de Bruno, o que mobilizou na terapeuta o desejo de convidá-los a participar de alguns encontros. Houve concordância dos pais de Bruno, já que os avós mantinham uma relação bem próxima e freqüente com o neto, parecendo exercer significativa influência no que tangia ao seu desenvolvimento em geral. Após dois encontros, o avô se mobilizou no sentido de aproximar-se mais do neto e, com isso, contribuir com o desempenho de papéis e liderança masculinos; coube à avó favorecer esse espaço, visto que também mantinha uma relação de superenvolvimento com o neto e

percebeu a importância de rever sua postura desqualificadora no que tangia aos homens.

A ressignificação do papel dos homens na família, especialmente de Bruno e de seu pai, foi um trabalho de grande significância, embora difícil e lento, pois exigiu uma real reconstrução para além das aparências e do dito.

Bruno começou a vivenciar uma nova organização familiar e novos significados quanto à aceitação ao respeito pelos homens e essa experiência começou a ser expressa nas cenas psicodramáticas e nos desenhos, nos quais Bruno e seu pai começaram emergir.

O pai passou a investir na relação com Bruno; tornaram-se cúmplices no desempenho de alguns papéis - ditos por eles como masculinos - como jogar bola, pescar, soltar pipa etc. Vieram para terapia juntos, em algumas sessões, e Bruno veio vestido com a roupa do seu time de futebol e com a bola que havia ganhado de seu pai.

No entanto, Bruno revelava que o sentimento de não se sentir aceito como menino ainda era forte, o que se evidenciou em uma sessão com a mãe, na qual Bruno dramatizou uma cena em que ele era uma "cachorrinha": aproximou-se da mãe, dizendo: "quero ser sua cachorrinha fofa.... cuida de mim". Nas cenas psicodramáticas, Bruno expressava suas percepções de que a mãe gostava somente de menina, porque menino é chato e chorão. E assim, na sessão com a mãe, ele se tornou uma cachorrinha fofa para que a mãe cuidasse dele.

Nas sessões lúdicas individuais, normalmente nas dramatizações, Bruno continuava a revelar seu mundo interno feminino - expresso na sua caracterização e desempenho de papéis femininos bem como nos desenhos - sempre acompanhado da peruca de cabelos longos que imitava o cabelo longo da irmã.

Em casa, segundo relato dos pais, Bruno ainda demonstrava interesse, se bem que com menor intensidade, pelas bonecas, tiaras, e continuava a imitar os cabelos longos da irmã com a fralda na cabeça, usava os sapatos de salto da mãe, e ainda apresentava trejeitos com as mãos e a fala infantilizada.

Ele queria ser igual à irmã para sentir-se aceito, já que ela era amada por todos. Bruno estava fusionado

emocionalmente com ela. Falava às vezes como se estivesse no papel dela (exemplo: eu sou a bruxa e depois reparava, ela é a bruxa). Nas sessões em que a irmã participou, ficou evidente a sua submissão. Ela determinava as brincadeiras: Bruno se submetia, mesmo quando não concordava.

A terapeuta investia cada vez mais no processo de fortalecimento emocional de Bruno, para que se sentisse aceito como ele era, e buscava promover na família, por intermédio do pai, uma maior liderança masculina.

Com o intuito de favorecer a expressão de sentimentos, a psicoterapeuta sugeriu a Bruno que trouxesse alguma roupa ou acessório da irmã para a sessão, caso ele quisesse, já que gostava muito das coisas dela. Na sessão seguinte, entrou feliz, trazendo um vestido dela. A princípio o deixou de lado, depois, fez duas tentativas de vesti-lo, pareceu ansioso e angustiado, suspirou e disse: "Ainda não tenho certeza se quero ser menina". Não quis se expressar sobre isso verbalmente, mas deixou de lado o vestido, que, embora tenha ficado na sala psicoterápica por meses, não mais chamou a atenção de Bruno. No entanto, seus sentimentos a respeito da irmã oscilavam nas cenas dramáticas entre admiração e raiva, simbolizados pela princesa e a bruxa.

Bermúdez (1997), em relação à criança, diferencia a etapa dos comentários, que é feita com os adultos. Quanto menor for a criança, o comentário verbal sobre o ocorrido é, geralmente, dispensável e, às vezes, contraproducente, já que na criança a apreensão se dá de uma maneira mais global e estrutural, não havendo necessidade de leituras ou traduções, que poderão inibir a espontaneidade em cenas futuras. O próprio atuar e os assinalamentos feitos pelo terapeuta na cena já são terapêuticos.

Período intermediário

Durante o processo, o casal entrou em crise conjugal e foi encaminhado para terapia de casal com outra profissional, já que pareceu interessante uma outra opinião, visto que, nesse caso específico, a terapeuta não estava fazendo terapia familiar e nem de casal, mas encontros familiares e de casal. Ao término da terapia de casal, a esposa continuou na

modalidade individual, o que foi de grande auxílio para a terapia do filho.

Em uma sessão com a irmã, durante a dramatização de uma cena em que a irmã desempenhava o papel de rainha e Bruno de rei (agora já aceitava desempenhar papéis masculinos, o que não fazia anteriormente), e enquanto aguardavam o nascimento do filho que esperavam, discutiam sobre o sexo e nome do bebê. A rainha (irmã) queria que fosse uma menina, o rei (Bruno) queria que fosse um menino e que fosse chamado Bruno (começou a aceitar-se como menino, porque além de querer que o filho fosse menino, queria colocar seu nome). A rainha não concordou. O rei foi até a bola de cristal e disse que seriam gêmeos, uma menina e um menino. E assim se sucedeu. Bruno, pela primeira vez, discordou de sua irmã e lutou pelo nascimento de um menino que teria seu nome. Finalmente, Bruno nasceu como menino e a partir de então, gradativamente, foi se diferenciando emocionalmente da irmã.

Já se sentia um menino, embora ainda precisasse do cabelão da irmã para se apoiar; não se sentia totalmente aceito, estava em um período de transição. Porém, estava mais seguro, a fala era menos infantilizada; em casa, a frequência pela busca das coisas da irmã tinha se minimizado e a família se configurou com todos os componentes. Essa configuração é retratada num desenho da família que Bruno pede para fazer e nos comentários que faz a respeito.

Objetivando continuar favorecendo o desenvolvimento psicológico de Bruno nessa fase do processo terapêutico, na qual o menino já estava vinculado à terapeuta e demonstrando sentir-se aceito por ela, pais e terapeuta concordaram que seria de grande contribuição Bruno vivenciar trocas intersubjetivas com meninos de sua faixa etária, por intermédio de uma terapia grupal. O grupo era de caráter aberto, ou seja, no transcorrer do processo poderia tanto receber novos componentes como perdê-los. Além do critério da idade e do gênero, também foram escolhidos meninos cujas características pudessem ser complementares ou mesmo simétricas, para que as crianças pudessem compartilhar e vivenciar diferentes experiências num clima de acolhimento e aceitação

(Marchi Costa, 2003). De início, comparado aos demais, que eram extrovertidos, briguentos, medrosos etc., evidenciou-se também a fragilidade emocional de Bruno, suas inseguranças mediante algumas situações que naturalmente emergiram no grupo e que o desafiavam. Essas características se complementaram e contribuíram para o desenvolvimento emocional de Bruno, na medida em que os companheiros tornaram-se fonte de desafios e modelos.

Gradativamente, nas ações dramáticas e em outros jogos lúdicos, Bruno passou de expectador ou auxiliar, ou seja, posições mais protegidas, para uma posição mais ativa, confrontadora. Por exemplo, em uma cena onde metade do grupo representaria o personagem Zorro e a outra os bandidos, Bruno ficava mais na coordenação, como alguém que auxiliava ou ficava de juiz, para depois, aos poucos, passar a ser também o Zorro e, com sua espada, que a princípio recuava diante do ataque do bandido, foi se fortalecendo e conseguindo confrontar e avançar no seu papel de Zorro. Começou, assim, a ter contato com suas reais potencialidades e, sentindo que estava sendo aceito por todos, foi se firmando, escolhendo desempenhar cada vez mais papéis de personagens masculinos. O grupo foi de grande auxílio no seu desenvolvimento psicológico.

Período final

Bruno demonstrou estar bem integrado no grupo terapêutico, desempenhava papéis masculinos com segurança e, de acordo com o relato dos pais, isso também estava ocorrendo na escola com o grupo de meninos. Em casa, assumiu seus brinquedos, seu quarto, suas roupas, não se interessava mais pelas coisas da irmã. Ganhou um cachorrinho e designou-se como o pai, exercendo o papel de seu cuidador.

Bruno diferenciou-se psicologicamente da irmã, ganhou seu próprio espaço, não necessitava mais ser menina para sentir-se aceito e amado. Definiu-se como pessoa e quanto à sua identidade de gênero. Se desenhou como menino, e sem a peruca, e com características e sentimentos relativos ao gênero masculino. Se desenhou ao lado de sua irmã deixando a ela seu longo cabelo e adornos femininos.

A catarse de integração está incluída no processo terapêutico e constitui o ápice de um caminho, no qual, gradativamente, ocorre a integração sistemática dos vários conteúdos que vão sendo trabalhados e/ou vivenciados pela criança. Para Moreno (1975), esse é o fenômeno que dá o verdadeiro sentido (valor) terapêutico ao psicodrama. Por intermédio da ação dramática, o indivíduo torna-se inteiro, completando alguma etapa de seu processo de identidade.

Os pais julgavam que Bruno estava pronto para deixar a terapia e a psicoterapeuta concordou e propôs *follow up* no ano seguinte. Bruno se desvinculou do grupo gradativamente, viajou por dez dias, e quando retornou fez uma última sessão individualmente, na qual pediu para desenhar as estórias do conflito das cores vermelha e azul (depois nomeadas como a irmã e a mãe, respectivamente). Ele, como o anjinho verde, chegou e auxiliou na reconciliação de ambas. Depois, chegou a cor azul (pai) e pulou no meio e todas as cores juntas, integradas e em harmonia, formaram um lindo quadro.

Bruno emergiu como conciliador dos conflitos entre a mãe e a sua irmã. Apresentou-se como o anjinho, não precisava mais ser "anjinha", e o pai, que anteriormente não aparecia em suas fantasias e que era rejeitado, agora também fazia parte da família. O quadro familiar se configurou numa integração harmoniosa. Bruno se integrou e integrou-se à sua família.

Follow up

Após 12 e 24 meses do término da terapia, realizou-se encontro com os pais, que relataram que Bruno continuava lutando pelo seu espaço; na escola, estava bem integrado ao grupo masculino e estava participando do time de basquete. Estava um verdadeiro moleque.

No terceiro encontro, realizado no ano seguinte e três anos após o término do processo, o reencontro se deu com Bruno. Ele estava para completar nove anos. Quando chegou foi logo falando que trouxera alguns desenhos para mostrar à terapeuta, já que continuava gostando de desenhar. Na sala de brinquedos olhou por tudo, suspirou e disse: "Quantas saudades, saudades da sala, dos colegas do grupo, das brincadeiras, quantas coisas fizemos aqui..., as roupas

(fantasias)...". Comentou sobre sua escola, seus amigos, o time de basquete, as meninas que não paravam de ligar na sua casa, e também sobre a irmã, que continuava chata e implicando com ele. Disse ainda que a mãe continuava mandando e implicando muito com o seu pai, e complementou dizendo: "essas mulheres são muito autoritárias", mas que ele estava muito bem.

A psicoterapeuta perguntou-lhe o que gostaria de fazer nesse reencontro e ele disse que gostaria de fazer o que melhor sabia fazer, ou seja, desenhar, e "quando eu crescer quero ser um desenhista de primeira classe. Além de casar, é claro, quero ser um marido também, só que não quero ter filhos, porque eles fazem muita bagunça". E assim, escolheu o tema e começou a desenhar, "quando eu for um adolescente".

Observa-se que Bruno se projeta no futuro com características e desejos típicos de um adolescente: namorar, passear, jogar etc. Já que gostava de desenhar, a terapeuta pediu-lhe para desenhar sua família, visando possibilitar ampliações a respeito de como estava vivenciando essa relação, bem como quanto aos demais membros entre si e com Bruno. Fez o desenho e ratificou os conflitos que tinha com sua irmã ao lhe atribuir alguns qualificativos negativos (burra, dentuça etc.), pois sentia que ela era autoritária como sua mãe e implicava muito com ele. Quanto ao pai, disse que tinha bastante dinheiro e que trabalhava muito para ganhá-lo, porque a mãe gostava de dinheiro. A conversa em torno dessas questões foi ampliada, no entanto, Bruno não trouxe nenhum vestígio do transtorno de identidade de gênero. Mostrou-se um menino feliz, seguro e bem integrado socialmente. Suas projeções para o futuro expressaram, na base, o gênero masculino e seus respectivos papéis.

Considerações Finais

A terapeuta apoiou-se na visão sistêmica novo-paradigmática em que fica implícita uma visão construtivista e construcionista social da realidade e ao mesmo tempo apoiou-se também em uma prática tradicional, o psicodrama, bem como em alguns autores representantes desse período. Nesse sentido se respalda nas epistemólogas Grandesso (2000b) e Vasconcellos (2004b), que salientam que o

profissional deve se sentir livre para resgatar as teorias e as técnicas desenvolvidas em contextos de ciência tradicional, que agora estarão transformadas por seu novo olhar sobre elas.

Vale ressaltar também que, embora a terapeuta tenha iniciado esse estudo a partir de uma categoria diagnóstica nosológica: "Transtorno de Identidade de Gênero", para melhor situar o leitor, não se fixou nesse rótulo, e buscou compreender Bruno na sua singularidade.

A terapeuta optou por apostar em uma direção não essencialista, investiu na reconstrução de novos significados em torno da história de Bruno e de sua família. Pelas histórias narradas, em um processo de co-construção com todos os participantes do processo, hipotetizava que a negação, por parte de Bruno, de sua identidade, era de origem psicológica, e que havia sido construída no transcorrer de seu desenvolvido biopsicossocial, em um processo de co-construção com sua família. Bruno não se sentia aceito pelas pessoas do gênero feminino, especialmente por sua mãe, que passava implícita e explicitamente sua rejeição pelo gênero masculino, ao passo que o gênero feminino era admirado e confirmado o tempo todo, especialmente quando se tratava de sua irmã que era vista como a "rainha do lar", com todos os qualificativos positivos. Bruno demonstrava o tempo todo querer ser a sua irmã, ou pelo menos ser igual a ela, pois, assim sendo, seria aceito e confirmado pela família. Passou a rejeitar tudo que se relacionava ao gênero masculino como forma de se sentir pertencendo a esse sistema.

Diante de ampliações de narrativas e da desconstrução do que era significado como problema, a família ressignificou sua relação e vínculo com o filho, o que possibilitou novas organizações em torno da dinâmica familiar, oportunizando que o menino também ressignificasse a sua importância e o seu lugar nessa família. Assim, resgatou a autoria de sua vida, diferenciou-se emocionalmente de sua irmã e aceitou sua identidade masculina, com conseqüente desempenho de papéis sociais a ela vinculados. O sofrimento em torno da narrativa dominante foi desconstruído e a identidade de gênero do menino foi reconstruída.

Não se sabe que tipo de opção sexual terá o adolescente/adulto Bruno, mas sabe-se que hoje o

menino Bruno consegue ser amado como filho, irmão, neto, amigo etc. Conquistou o seu espaço e reencontrou-se consigo mesmo.

Referências

- Anderson, H. (1997). *Conversation, language, and possibilities: a postmodern approach to therapy*. New York: Basic Books.
- Bermúdez, J.G.R. (1970). *Introdução ao psicodrama*. São Paulo: Mestre Jou.
- Bermúdez, J.G.R. (1997). *Teoria y técnica psicodramática*. Buenos Aires: Paidós.
- Bustos, D. (1990). *Perigo, amor à vista: drama e psicodrama de casais*. São Paulo: Aleph.
- Costa, R.P. (1994). *Os 11 sexos*. São Paulo: Gente.
- Freedman, J., & Combs, G. (1996). *Narrative therapy: the social construction of preferred realities*. New York: W.W. Norton.
- Grandesso, M.A. (2000a). Quem é a dona da história? In H.M. Cruz. *Papai, mamãe, você... E eu? Conversações terapêuticas em famílias com crianças* (pp.101-122). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Grandesso, M.A. (2000b). *Sobre a reconstrução do significado: uma análise epistemológica e hermenêutica da prática clínica*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Grünspun, H. (1999). *Crianças e adolescentes com transtornos psicológicos e do desenvolvimento*. São Paulo: Atheneu.
- Marchi Costa, M.I. (2003). *A prática da psicoterapia infantil a partir do referencial teórico do psicodrama, Gestalt Terapia e abordagem centrada na pessoa, sob as óticas de Bermúdez, Ferrari, Oaklander e Axline*. Dissertação de mestrado, Universidade Católica de Pernambuco, Recife.
- Minuchin, S., & Nichols, M. (1995). *A Cura da família*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Moreno, J.L. (1975). *Psicodrama*. São Paulo: Cultrix.
- Organização Mundial de Saúde. (1993). *Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Vasconcellos, M.J.E. (2004a). *Colóquio inicial: conversações sobre conversações transformadoras*. In Anais do sexto Congresso Brasileiro de Terapia Familiar, Florianópolis, SC.
- Vasconcellos, M.J.E. (2004b). Implicações do pensamento sistêmico novo-paradigmático: a questão da dicotomia "terapia familiar sistêmica"/"terapia familiar narrativista". *Nova Perspectiva Sistêmica*, 12 (24), 7-13.
- White, M., & Epston, D. (1990). *Narrative means to therapeutic ends*. New York: W.W. Norton.

Recebido para publicação em 22 de setembro de 2004 e aceito em 18 abril de 2005.

Práticas educativas como forma de predição de problemas de comportamento e competência social

Educational practices as behavior and social competence problems predicting issues

Caroline Guisantes De **SALVO**¹
Edwiges Ferreira de Matos **SILVARES**²
Plínio Marco de **TONI**³

Resumo

O modelo de Estilo Parental de Gomide é composto por sete práticas educativas avaliadas através de um Inventário de Estilos Parentais: cinco relacionadas ao desenvolvimento de comportamentos anti-sociais (abuso físico, punição inconsistente, disciplina relaxada, monitoria negativa e negligência) e duas favoráveis ao desenvolvimento de comportamentos pró-sociais (monitoria positiva e comportamento moral). O *Child Behavior Check List* é composto de duas partes, sendo que a primeira se destina à avaliação de competência social e a segunda à de problemas de comportamento. O objetivo deste trabalho foi levantar quais práticas educativas poderiam ser preditoras de comportamentos listados pelo *Child Behavior Check List*. Participaram deste estudo trinta crianças, com idades entre onze e treze anos, da rede pública de ensino, e um de seus pais. Obteve-se por meio de regressão estatística que monitoria positiva e comportamento moral são variáveis preditoras de comportamentos pró-sociais, e sua falta aliada às práticas negativas são preditoras de distúrbios do comportamento.

Palavras-chave: práticas educativas; habilidades sociais; problemas de comportamento.

Abstract

The Gomide's Parental Style Model (2003) is composed by seven educational practices that can be assessed using the Parental Styles Inventory: five of them are associated to the development of anti-social behaviors (physical abuse, inconsistent punishment, discipline absence, negative monitoring and negligence), and two others that are considered propitious to the development of pro-social behaviors (positive monitoring and moral behavior). The Child Behavior Check List is composed has two parts: the first assesses social competence, and the second behavior problems. The purpose of this paper was to point out the educational practices associated to the behaviors from the Child Behavior Check List. The sample of this paper was formed by 30 children whose ages were from 11 to 13, all of them studying at public schools. Also, one of each child's parents had participated as a volunteer of this sample. According to the statistic regression method, the data had shown that positive monitoring and moral behavior are pro-social behavior variables, and their absence associated to the negative practices are behavior problems ones.

Key words: educational practices, social skills; behavior problems.

▼ ▼ ▼ ▼ ▼

¹ Mestranda em Psicologia Clínica, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil.

² Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica, Universidade de São Paulo. Av. Prof. Mello Moraes, 1721, 05508-900. Correspondência para/Correspondence to: E.F.M. SILVARES.

³ Doutorado em Psicologia da Aprendizagem e do Desenvolvimento Humano. Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil.

A psicologia e as demais áreas de conhecimento que têm no ser humano seu objeto de estudo têm trabalhado nas últimas décadas para entender os determinantes do surgimento do comportamento pró-social e anti-social. Pesquisas têm apontado a grande importância da relação pai-filho e principalmente para as práticas utilizadas por esses pais na educação de seus filhos (Reppold, Pacheco, Bardagi & Hutz, 2002; Salvo, 2003; Gomide, 2004). São essas estratégias utilizadas pelos pais com o objetivo de promover a socialização de seus filhos que recebem o nome de práticas educativas (Reppold et al., 2002). Os pais geralmente utilizam uma combinação de estratégias, variando de acordo com a situação.

Para Gomide (2003), as práticas parentais podem desenvolver tanto comportamentos pró-sociais quanto anti-sociais, dependendo da frequência e intensidade com que o casal parental as utiliza. E é ao resultado do uso desse conjunto de práticas educativas que a autora denomina estilo parental.

As práticas educativas que podem levar ao desenvolvimento de comportamentos anti-sociais são chamadas de práticas educativas negativas, sendo seis as mais encontradas na literatura: negligência, abuso físico e psicológico, disciplina relaxada, punição inconsistente e monitoria estressante. Quanto às práticas educativas positivas, que colaboram para o adequado desenvolvimento pró-social da criança, destacam-se a monitoria positiva e o comportamento moral (Gomide, 2003).

Práticas educativas positivas

A monitoria positiva é definida como o conjunto de práticas parentais que envolvem atenção e conhecimento dos pais acerca do local onde o filho se encontra e das atividades que são desenvolvidas pelo mesmo (Dishion & McMahon, 1998; Stattin & Kerr, 2000; Gomide, 2001; Gomide, 2003). Os estudos de Wright e Cullen (2001) e de Cernkovich e Giordano (1987) revelam que práticas parentais como a monitoria positiva, o estabelecimento de regras e o relacionamento estreito entre os membros da família podem reduzir a possibilidade de engajamento em comportamentos de risco por parte do adolescente, ou seja, apontam para a efetividade da monitoria positiva na prevenção de comportamentos anti-

-sociais, demonstrando haver correlação positiva entre apego familiar e comportamentos pró-sociais.

Segundo Gomide (2004), são ainda componentes da monitoria positiva as demonstrações de afeto e carinho dos pais, principalmente as relacionadas aos momentos de maior necessidade da criança, quando, por exemplo, eventos aversivos ocorrem com ela. O apoio e o amor dos pais são a base da monitoria positiva, que, unida ao interesse real pela criança, cria o ambiente propício para a revelação infantil e afasta a necessidade da fiscalização estressante por parte dos pais.

O comportamento moral foi definido por Gomide (2001) como sendo o processo de modelagem de papéis na identificação e nas interações humanas, no que se refere principalmente a normas e valores transmitidos através do modelo parental. Dessa forma, essa prática educativa está ligada aos comportamentos morais transmitidos aos filhos pelos pais, através de seus próprios comportamentos, diálogos etc., referentes a temas como justiça, generosidade, empatia entre outros.

Pesquisas apontam para alguns componentes essenciais para a existência do comportamento moral, sendo eles: sentimento de culpa (Hoffmann, 1975; Loos, Ferreira & Vasconcelos, 1999), vergonha (Araújo, 1999), empatia (Falcone, 2000), ações honestas (Araújo, 1999; Comte-Sponville, 2000), ações generosas (Araújo, 1999; Comte-Sponville, 2000), crenças positivas sobre o trabalho (Mussen, Conger & Kagan, 1974) e ausência de práticas anti-sociais (Patterson, Reid & Dishion, 1992). Todos esses componentes vão sendo desenvolvidos através das relações da criança com o ambiente, onde os pais podem ser os melhores mediadores para favorecer a discriminação e a aquisição de repertório moral. Gomide (2004) salienta a importância de os pais refletirem junto à criança sobre seus comportamentos, ensinando-a a se colocar no lugar dos outros e propiciando situações para que ela repare seus atos no intuito de promover reflexões, desenvolver a empatia e em consequência o comportamento moral.

Práticas educativas negativas

Há muito tempo pesquisadores do comportamento humano têm considerado a negligência como

fator de risco para o desenvolvimento da criança e do adolescente (Bowlby, 1990; Dodge, Pettit & Battes, 1994). A negligência foi definida por Gomide (2002) como a prática parental que remete à ausência de supervisão e interesse dos pais em relação à vida de seu filho. Nesses casos, os pais agem como espectadores e não participantes da educação, sendo que essa situação pode se caracterizar por falta de atenção, descaso, omissão e até mesmo falta de amor.

A negligência é considerada um dos principais fatores, senão o principal, a desencadear comportamentos anti-sociais nas crianças, e está associada à história de vida de usuários de álcool e outras drogas e de adolescentes com comportamento infrator (Gomide, 2004).

Em relação à punição inconsistente, segundo Gomide (2001), a falha em se usar eficazmente a punição, independente do humor do agente punidor, é a principal característica dessa prática educativa, ou seja, a punição inconsistente caracteriza-se pela punição dependente do humor dos pais e não em contigüidade ao comportamento da criança; assim, havendo inconstância nas conseqüências do comportamento do filho, este não sabe como agir e aprende mais a discriminar o humor dos pais do que a agir de forma correta. A permanência do comportamento indesejado também é uma conseqüência da punição inconsistente, já que ora é punido, ora não (Gomide, 2003).

Em oposição à monitoria positiva, a monitoria negativa se caracteriza pelo excesso de fiscalização da vida dos filhos e pela grande quantidade de instruções repetitivas, que não são seguidas pelos filhos. Essa prática educativa causa ambientes familiares estressados e sem diálogo, uma vez que os filhos podem fazer uso de comportamentos agressivos para proteger dos pais sua privacidade (Gomide, 2003). A monitoria negativa está intimamente ligada também ao controle psicológico. Segundo Pettit, Laird, Dodge, Bates e Criss (2001), o controle psicológico refere-se às tentativas de controle que inibem ou interferem no desenvolvimento de independência e autodirecionamento da criança pelo fato de manter a dependência emocional dos pais. Dessa forma, o uso extensivo do controle psicológico comportamental (indução de culpa, retirada de amor) impediria a emergência da

autonomia psicológica, contribuindo ainda para sentimentos de angústia e inadequação.

A disciplina relaxada é caracterizada, por Gomide (2003), pelo não cumprimento de regras estabelecidas. Os pais ameaçam e quando se confrontam com comportamentos opostos e agressivos dos filhos se omitem, não fazendo valer as regras (Gomide, 2004). Na análise do comportamento é aceito que a família, como primeiro contexto socializador da criança, estabelece a base para os padrões comportamentais infantis (Gomide, 2001). Dessa forma, crianças expostas constantemente a práticas educativas de disciplina relaxada estarão em potencial situação de risco para o desenvolvimento de comportamentos delinqüentes, uma vez que os comportamentos de agressividade e de oposição encontram em tais práticas campos propícios para o seu desenvolvimento (Patterson et al., 1992; Simons, Wu, Lin, Gordon & Conger, 2000).

O abuso físico infantil tem a literatura mais completa em termos de fatores de risco do que qualquer outra forma de violência familiar pesquisada (Reppold et al., 2002). Segundo Gershoff (2002), a punição corporal diferencia-se do abuso físico uma vez que a primeira se caracteriza pelo uso da força física para corrigir ou controlar um comportamento, mas sem a intenção de machucar. O segundo, no entanto, é o resultado potencial da punição corporal, que resulta das práticas de punição administradas pelos pais e que ferem a criança. São essas práticas que podem desencadear comportamentos delinqüentes, distúrbios psiquiátricos etc. (Haapasalo & Pokelaa, 1999). Além dessas possíveis conseqüências, Silvares (2004) afirma que crianças que sofrem abuso físico dos pais têm mais probabilidade de sofrerem problemas de saúde, problemas de comportamentos e déficits cognitivos e socioemocionais.

Gomide (2004) salienta que tais práticas podem também gerar crianças apáticas, medrosas, desinteressadas, já que a criança que é espancada freqüentemente pelos pais não discrimina "o certo do errado" em seu comportamento, ficando sem ação no intuito de evitar a surra. Esse tipo de comportamento dos pais atinge o ser da criança e não o mau comportamento.

Diversas pesquisas (Pinheiro, 2003; Sabbag, 2003; Salvo, 2003; Weber, 2004) procuram demonstrar como as práticas educativas positivas e negativas podem levar ao desenvolvimento de comportamentos pró-sociais e anti-sociais. Observa-se, de forma geral, que os pais, ao utilizarem com maior frequência de uma ou outra prática, contribuem para que o repertório da criança se desenvolva para um ou outro extremo.

Weber (2004) comparou famílias com alto e baixo índice de comportamento moral no Inventário de Estilos Parentais (IEP) (Gomide, 2003) e encontrou correlação positiva entre o comportamento dos pais e dos filhos. Pinheiro (2003), Sabbag (2003) e Salvo (2003) trabalharam com famílias com alto e baixo índice de estilo parental no IEP (Gomide, 2003), e constataram que práticas negativas estavam positivamente correlacionadas ao comportamento anti-social, bem como ao estresse, ansiedade, agressividade e baixo índice de habilidades sociais, enquanto as práticas parentais positivas estavam correlacionadas positivamente com comportamentos pró-sociais e habilidades sociais. Nesses quatro estudos, observaram-se altas correlações entre as práticas parentais e o comportamento dos filhos.

A fim de ampliar o conhecimento dessas relações, optou-se neste estudo por trabalhar com dois inventários distintos a fim de observar a possível predição de problemas de comportamento e competência social através das práticas educativas levantadas pelo IEP (Gomide, 2003). Assim, o presente artigo tem como objetivo averiguar, através do método de regressão *stepwise*, quais práticas educativas do IEP (Gomide, 2003) são preditoras de quais problemas de comportamento e competência social descritos pelo *Child Behavior Check List* (CBCL) (Achenbach, 1991).

Método

Participaram deste estudo trinta crianças, de ambos os sexos, na faixa etária de onze a treze anos, provenientes de quinze escolas da rede pública de Curitiba, e um de seus pais.

Foram utilizados dois instrumentos para coleta de dados, sendo eles:

1) Inventário de Estilos Parentais (Gomide, 2003), aplicado nos adolescentes. O IEP é composto de 42 questões sobre a forma como os pais os educam. Cada seis questões do IEP dizem respeito a uma das sete práticas abordadas no inventário (duas práticas educativas positivas e cinco negativas). O IEP é calculado somando-se os pontos obtidos nas questões referentes às práticas positivas (monitoria positiva e comportamento moral) que são subtraídos do somatório dos pontos das práticas negativas (punição inconsistente, negligência, disciplina relaxada, monitoria negativa e abuso físico). O índice quando negativo informa a prevalência de práticas educativas negativas e, quando positivo, a presença de práticas positivas no processo educacional.

2) *Child Behavior Check List* (Achenbach, 1991), respondido pelos pais em relação aos comportamentos dos filhos. O CBCL permite agrupar os resultados em dois âmbitos: 1) competência social e 2) problemas de comportamento. A competência social é agrupada em três escalas: atividade, sociabilidade e escolaridade, sendo que a soma dos escores brutos das três escalas fornece o escore final de competência social. Os problemas de comportamento, por sua vez, são agrupados nas escalas internalização e externalização. A escala de internalização se subdivide: retraimento, queixas somáticas e ansiedade/depressão; já a escala de externalização, em comportamento delinqüente e comportamento agressivo. Há ainda as subescalas de problemas com o contato social, problemas com o pensamento e problemas de atenção. A soma dos escores brutos obtidos nas subescalas comportamentais leva ao distúrbio total de problemas de comportamento. Os resultados ponderados no CBCL permitem classificar as crianças em: não-clínica, limítrofe e clínica (Bordin, Mari & Caiero, 1995). Para as escalas sociais, clínicas, escore abaixo de 30, limítrofes, entre 30 e 33 e não-clínico, acima de 33. Para as escalas comportamentais, clínico acima de 70, limítrofe entre 67 e 70, e não-clínico inferior a 67. Para o escore total clínico, acima de 63, limítrofe, entre 60 e 63, e não-clínico, abaixo de 60.

A amostra de crianças foi selecionada por conveniência, de acordo com a possibilidade de os pais e de as crianças preencherem os inventários em um projeto de apoio à criança carente de Curitiba. Assim, as crianças preencheram as duas formas do IEP (para

mãe e para pai) em uma sala de aula. Os pais foram convidados a responder ao CBCL de acordo com o comportamento dos filhos, em uma das salas do projeto do qual as crianças participam.

A apuração do IEP foi feita de forma manual, utilizando-se da folha de reposta do instrumento com a qual se obteve o índice parental da mãe e do pai, além dos escores para cada prática educativa. A apuração do CBCL deu-se em *software* específico, com o qual se obteve o escore bruto e padronizado para cada uma das escalas e subescalas do instrumento. A partir dos escores dos dois instrumentos, procedeu-se a uma análise de regressão (método *stepwise*) através do *software Statistical Package for Social Science (SPSS)*, onde as variáveis independentes selecionadas foram os escores das práticas educativas e o índice de estilo parental final do pai e da mãe, e as variáveis dependentes os escores padronizados das subescalas do CBCL. Os resultados são apresentados a seguir.

Resultados

Neste estudo, para cada modelo de regressão foram utilizadas as sete variáveis do IEP (maternas e

paternas) como possíveis preditoras dos comportamentos medidos pelo CBCL. Foram realizadas análises de regressão múltipla (método *stepwise*) para verificar quais variáveis do IEP poderiam predizer cada uma das variáveis analisadas pelo CBCL. Por meio da Tabela 1 pode-se observar que para algumas subescalas do CBCL, há apenas uma prática educativa preditora, enquanto em outras, mais de uma prática educativa obteve alto índice de coeficiente de determinação, o que mostra que é o conjunto dessas práticas que predizem tal comportamento, como é o caso, por exemplo, da subescala *problemas com o pensamento*, que tem como variáveis preditoras as práticas negligência e monitoria negativa materna e falta de monitoria positiva materna. Nesses casos, a prática educativa que detém o maior beta padronizado é a variável que mais contribui para a subescala do CBCL, nesse exemplo, a negligência.

De forma geral, os resultados indicaram coeficientes de determinação (R^2) variando de 0,16 a 0,72 (1° quartil: 0,20; mediana: 0,31; 3° quartil: 0,46), o que significa que as variáveis preditoras (IEP) explicaram de 16% a 72% da variância total das variáveis dependentes (CBCL).

Tabela 1. Variáveis do *Parental Styles Inventory* preditoras do *Child Behavior Check List*.

| Variável dependente (CBCL) | R ² | F | gl | p | Variáveis preditoras (IEP) | Beta padronizado | p |
|------------------------------|----------------|-------|----|----------|-----------------------------|------------------|----------|
| Comportamento agressivo | 0,31 | 10,20 | 1 | 0,004** | Monitoria positiva materna | -0,55 | 0,004** |
| Ansiedade/depressão | 0,46 | 9,20 | 2 | 0,001** | Monitoria negativa materna | 0,54 | 0,002** |
| | | | | | Disciplina relaxada materna | 0,40 | 0,019* |
| Problemas com atenção | 0,20 | 5,70 | 1 | 0,026* | Monitoria negativa materna | 0,45 | 0,026* |
| Problemas com contato social | 0,39 | 14,56 | 1 | 0,001** | Monitoria positiva paterna | -0,62 | 0,001** |
| Problemas com pensamento | 0,72 | 18,20 | 3 | <0,001** | Negligência materna | 0,72 | <0,001** |
| | | | | | Monitoria negativa materna | 0,40 | 0,003** |
| | | | | | Monitoria positiva materna | -0,27 | 0,032* |
| Internalização | 0,16 | 4,42 | 1 | 0,047* | Monitoria negativa materna | 0,40 | 0,047* |
| Externalização | 0,43 | 8,20 | 2 | 0,002** | Monitoria positiva materna | -0,56 | 0,002** |
| | | | | | Monitoria negativa materna | 0,35 | 0,040* |
| Sociabilidade | 0,16 | 4,30 | 1 | 0,040* | Monitoria positiva materna | 0,40 | 0,040* |
| Atividades | 0,22 | 6,46 | 1 | 0,018* | Comportamento moral materno | 0,47 | 0,018* |
| Total CS | 0,21 | 5,92 | 1 | 0,023* | Comportamento moral materno | 0,45 | 0,023* |
| Total PC | 0,53 | 7,80 | 3 | 0,001** | Monitoria negativa materna | 0,52 | 0,002** |
| | | | | | Monitoria positiva paterna | -0,45 | 0,007** |
| | | | | | Disciplina relaxada paterna | 0,33 | 0,042* |

IEP=Inventário de Estilo Parental; CBCL=Child Behavior Check List.

Para as subescalas do CBCL, *retraimento* e *comportamento delinqüente*, não foi possível identificar variáveis preditoras.

Discussão

Neste estudo foi utilizado o método de regressão *stepwise*, ou seja, de forma aleatória todas as práticas educativas (variáveis independentes) do IEP foram testadas como preditoras das subescalas de comportamento do CBCL (variáveis dependentes). Dessa forma, todas as práticas encontradas como preditoras das subescalas do CBCL deveram-se a relações significativas entre as mesmas. Os resultados apontaram para coeficientes de determinação variando de 0,16 a 0,72, ou seja, as práticas educativas do IEP explicaram de 16% a 72% da variância total das escalas e subescalas do CBCL. Enquanto os coeficientes de regressão explicam a variância total, os coeficientes de regressão padronizados indicam a proporção em que as mudanças nas unidades de desvio-padrão da variável preditiva afetam as mudanças no desvio-padrão da variável dependente. Como salientam Floyd, Evans e McGrew (2003), coeficientes de regressão padronizados variando de 0,10 a 0,29 exprimem relações moderadas entre as variáveis, enquanto coeficientes acima de 0,30 representam fortes relações entre as variáveis da equação. Nos modelos de predição formulados na presente pesquisa, os valores negativos dos coeficientes de regressão padronizados variaram de -0,27 a -0,62, enquanto os valores positivos variaram de 0,33 a 0,72, indicando valores altamente representativos. Em suma, os resultados sugerem que determinadas práticas educativas podem prever, significativamente, o comportamento da criança.

A literatura (Patterson, Reid & Dishion, 1992; Matthews, Woodall, Kenyon & Jacob, 1996; Gomide, 2001; Pettit, Laird, Dodge, Bates, & Criss, 2001; Reppold et al., 2002; Gomide, 2003; Gomide, 2004) já aponta há muito tempo para essas relações entre as características e práticas adotadas pelos pais e o posterior desenvolvimento de comportamentos pró-sociais e anti-sociais nas crianças, porém são poucos os estudos, que como o presente, comprovam empiricamente essas relações, valendo-se de métodos acurados para

comprovação de hipóteses, que ultrapassam os estudos de correlação.

De forma específica, os resultados do presente estudo apontam para monitoria positiva materna, sozinha, como preditora de duas subescalas de comportamento: quando da sua falta, o comportamento agressivo, e quando da sua presença, a sociabilidade.

A monitoria positiva caracteriza-se justamente pelo real interesse e acompanhamento dos pais para com a criança. Através dessa prática, os pais demonstram afeto pelo seu filho, bem como estão disponíveis a contatos físicos (abraços, beijos etc.) e sociais com a criança, de forma que o filho se sente amado e protegido, sem ter seus direitos cerceados ou haver falta de confiança entre pais e filhos, como acontece na monitoria negativa ou supervisão estressante. Assim, observa-se consistência entre a literatura e os resultados obtidos. A falta de monitoria positiva é uma das variáveis responsáveis pelo desenvolvimento do comportamento agressivo, e sua presença é um dos fatores facilitadores para o desenvolvimento da sociabilidade. Segundo Gomide (2003), pais que exercem adequadamente a monitoria positiva tendem a ter elevado repertório de habilidades sociais. Os resultados do presente estudo também apontam que a falta de monitoria positiva paterna leva a déficits na sociabilidade da criança. Para Del Prette e Del Prette (1999), as habilidades sociais estão ligadas ao desenvolvimento saudável de crianças e adolescentes, já que em um ambiente familiar onde se faça uso dessas, provavelmente se desenvolvem crianças com adequado repertório de habilidades sociais, que são imprescindíveis para uma boa sociabilidade.

O comportamento moral materno aparece como prática preditora de atividades e competência social. Essa prática, junto com a monitoria positiva, é a prática que leva ao desenvolvimento de comportamentos pró-sociais; aqui se encaixam perfeitamente a subescala atividades, que contempla atividades extracurriculares da criança, como grupos (escoteiros, grupos de igreja etc.), bem como a qualidade das atividades desenvolvidas pela criança em relação ao seu grupo e à escala competência social. Segundo Gomide (2003), a prática comportamento moral não se

refere apenas a comportamentos ligados à justiça e à moral, mas também a comportamento empático, coerência dos pais, possibilidades de acertos e erros por parte da criança, com a adequada reflexão sobre seus atos. Assim, o comportamento moral, ao predizer atividades e competência social, mostra a importância dessa prática como forma de apoio e modelo de repertório para a criança, colaborando para que esta se desenvolva de forma adequada.

A monitoria negativa caracteriza-se pela repetição de instruções, independente delas serem seguidas ou não, pelo tom hostil e de cobrança com que são feitas e pela falta de confiança dos pais em relação aos filhos. Neste estudo, observa-se a monitoria negativa materna como preditora de problemas com a atenção e da escala de internalização. Também, a falta de monitoria positiva e a monitoria negativa materna são as práticas preditoras da subescala externalização. Através desses resultados, pode-se constatar que a monitoria positiva e negativa são variáveis estreitamente relacionadas aos problemas de comportamento. Segundo Menegatti (2002), ao longo do desenvolvimento da criança, respostas disfuncionais parecem se desenvolver principalmente na relação da criança com seus cuidadores, e, em seguida, na escola; porém, a influência da relação parental permanece como central devido aos vínculos afetivos. Essa autora inclui algumas operações nas interações pais-filhos que podem levar a criança à depressão e a outros distúrbios internalizantes e externalizantes. Estão entre essas práticas: a falta de reforçamento positivo, o uso de controle aversivo sobre o comportamento da criança, a exigência de altas taxas de desempenho para que a criança receba reforçamento, além da falta de reforçamento diferencial para respostas sociais adequadas (comportamentos socialmente habilitados).

Para Lundin (1972), práticas educativas estressoras, como o treinamento perfeccionista, podem gerar crianças muito ansiosas. A falta de reforçamento adequado e a alta taxa de exigência também são características da prática monitoria negativa, uma vez que pais que fazem muito uso dessa prática podem estar sendo regidos mais por regras do que por contingências (Gomide, 2003), não discriminando muitas vezes os reais comportamentos da

criança, e podendo contribuir para o desenvolvimento de sintomas de depressão, ansiedade e outros problemas de internalização, externalização, como forma de fuga/esquiva da criança das situações nas quais o controle parental não tem consistência.

A monitoria negativa materna aliada à disciplina relaxada materna foram preditoras da subescala de ansiedade/depressão do CBCL. Ainda, a monitoria negativa materna aliada à falta de monitoria positiva paterna e a disciplina relaxada paterna foram práticas preditoras do total de problemas de comportamento (PC), variável que surge do somatório de todas as subescalas de problemas de comportamento. A disciplina relaxada é caracterizada pela baixa capacidade dos pais em fazerem valer regras e acordos nas suas interações com os filhos, levando a um ambiente instável na família. Para Malagris e Castro (2000), mães com dificuldades em manter na família um ambiente seguro, devido a sua própria ansiedade (o que pode levar à disciplina relaxada), podem transmitir insegurança para seus filhos, favorecendo o desenvolvimento de transtornos de ansiedade, depressão e de outros transtornos internalizantes na infância, devido ao apego inseguro.

Uma das práticas educativas mais comentadas na literatura, devido aos déficits que causam no desenvolvimento infantil, é a negligência (Weber & Kossobudsky, 1996; Weber, 1998; Gomide, 2003). A negligência materna, a monitoria negativa materna e a falta de monitoria positiva materna foram práticas listadas como preditoras da subescala problemas de pensamento. A literatura aponta para os males da negligência, que por se caracterizar pela ausência de reforçamento, independente do tipo de comportamento que a criança emita, leva muitas vezes ao desenvolvimento do comportamento anti-social, como apontam diversas pesquisas com crianças institucionalizadas ou abandonadas na própria família (Weber & Kossobudsky, 1996; Weber, 1998). Por outro lado, a negligência aliada à monitoria negativa, em um primeiro momento, pode parecer antagônica, já que a segunda se caracteriza por uma fiscalização constante dos pais, que vai justamente em caminho oposto à negligência. Porém, vale ressaltar que quando os filhos são extremamente fiscalizados, não se sentem

amados, mas pelo contrário, atribuem isso à falta de amor e de respeito dos pais (Gomide, 2004). Olhando-se dessa forma, a negligência apontada se deve justamente à falta de monitoria positiva apontada pela regressão estatística, já que os pais não demonstram real interesse pela criança, o que pode caracterizar a negligência e a falta de monitoria positiva ao mesmo tempo.

Considerações Finais

Este estudo procurou contribuir com o que é mais caro na psicologia: a prevenção. Identificando-se as práticas parentais preditoras de quais comportamentos infantis, abre-se a possibilidade de ampliação de projetos e práticas preventivas, de caráter focal, possíveis de serem aplicadas em escolas, comunidades, clínicas etc. O adequado desenvolvimento infantil é o somatório de diversos fatores, porém, os pais estão entre os mais importantes. Este estudo buscou apontar uma direção nesse caminho, porém, ainda muito pode ser feito para contribuir para o entendimento do relacionamento entre pais e filhos.

Referências

- Achenbach, T.M. (1991). *Manual for the child behavior checklist/ 4-18 and 1991 profile* (VT 1-288). Burlington: University of Vermont.
- Araújo, U.F. (1999). *Conto de escola: a vergonha como um regulador moral*. São Paulo: Editora Moderna.
- Bowlby, J. (1990). *Apego: a natureza do vínculo*. São Paulo: Martins Fontes.
- Bordin, I.A.S., Mari, J.J., & Caiero, M.F. (1995). Validação da versão brasileira do Child Behavior Checklist (CBCL) Inventário de comportamentos da Infância e adolescência: dados preliminares. *Revista ABP APPAL*, 17 (2), 55-66.
- Cernkovich, S.A., & Giordano, P.C. (1987). Family relationships and delinquency. *Criminology*, 25 (2), 295-321.
- Comte-Sponville, A. (2000). *Pequeno tratado das grandes virtudes*. São Paulo: Martins Fontes.
- Del Prette, A., & Del Prette, Z.A.P. (1999). *Psicologia das habilidades sociais: terapia e educação*. Petrópolis: Vozes.
- Dishion, T.J., & McMahon, R.J. (1998). Parental monitoring and the prevention of child and adolescent problem behavior: a conceptual and empirical formulation. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 1 (1), 61-75.
- Dodge, K.A., Pettit, G.S., & Batters, J.E. (1994). Socialization mediators of the relation between socioeconomic status and child conduct problems. *Child Development*, 65 (2), 649-665.
- Falcone, E. (2000). Habilidades sociais: para além da assertividade. In R.C. Wielenska (Org.). *Sobre comportamento e cognição* (v.6). Santo André; Esetec.
- Floyd, R.G., Evans, J.J., & McGrew, K.S. (2003). Relations between measures of Cattell-Horn-Carroll (CHC) cognitive abilities and mathematics achievement across the school-age years. *Psychology in the Schools*, 40 (2), 155-171.
- Gershoff, E.T. (2002). Corporal Punishment by parents and associated child behaviors and experiences: a meta-analytic and theoretical review. *Psychological Bulletin*, 128 (4), 539-579.
- Gomide, P.I.C. (2001). Efeito das práticas educativas no desenvolvimento do comportamento anti-social. In M.L. Marinho & V.E. Caballo (Orgs.). *Psicologia clínica e da saúde*. Londrina: UEL.
- Gomide, P.I.C. (2002). Crianças e adolescentes em frente à TV: o que e quanto assistem televisão. *Psicologia Argumento*, 30 (19), 17-28.
- Gomide, P.I.C. (2003). Estilos Parentais e comportamento anti-social. In A. Del Prette & Z. Del Prette (Orgs.). *Habilidades sociais, desenvolvimento e aprendizagem: questões conceituais, avaliação e intervenção* (21-60). Campinas: Alínea.
- Gomide, P.I.C. (2004). *Pais presentes, pais ausentes*. Petrópolis: Vozes.
- Haapasalo, J., & Pokelaa, E. (1999) Child-rearing and abuse antecedents of criminality. *Journal of Aggression and Violent Behavior*, 4 (1), 107-127.
- Hoffman, M.L. (1975). Moral internalization, parental power and the nature of Parent-Child Interaction. *Developmental Psychology*, 11 (2), 228-239.
- Loos, H., Ferreira, S.P.A., & Vasconcelos, F.C. (1999). Julgamento moral: estudo comparativo entre crianças institucionalizadas e crianças de comunidade de baixa renda com relação à emergência do sentimento de culpa. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 12 (1), 65-100.
- Lundin, R.W. (1972). *Personalidade: uma análise do comportamento*. São Paulo: Edusp.
- Malagris, L.E.N., & Castro, M.A. (2000). Distúrbios emocionais e elevações de stress em crianças. In M.E.N Lipp (Org.). *Crianças estressadas: causas, sintomas e soluções* (pp.65-100). Campinas: Papyrus.
- Matthews, K.A., Woodall, K.L., Kenyon, K., & Jacob, T. (1996). Negative family environment as a predictor of boys's future status on measures of hostile attitudes, interview behavior, and anger expression. *Health Psychology*, 15 (1), 30-37.
- Menegatti, C.L. (2002). *Estilos parentais e depressão infantil*. Dissertação de mestrado não – publicada, Universidade Federal do Paraná, Curitiba.
- Mussen, P.H., Conger, J.J., & Kagan, J. (1974). *Desenvolvimento e personalidade da criança*. São Paulo: Harbra.

- Patterson, G.R., Reid, J.B., & Dishion, T.J. (1992). *Antisocial boys*. New York: Castalia Publishing Company.
- Pettit, G., Laird, R.D., Dodge, K.A., Bates, J., & Criss, M. (2001). Antecedents and behavior-problem outcomes of parental monitoring and psychological control in early adolescence. *Child Development, 72* (2), 583-598.
- Pinheiro, D.P.N. (2003). *Estilo parental: uma análise qualitativa*. Dissertação de mestrado, Universidade Federal do Paraná, Curitiba.
- Reppold, C.T., Pacheco, J., Bardagi, M., & Hutz, C.S. (2002). Prevenção de problemas de comportamento e desenvolvimento de competências psicossociais em crianças e adolescentes: uma análise das práticas educativas e dos estilos parentais. In S.C. Hutz (Org.). *Situações de risco e vulnerabilidade na infância e na adolescência: aspectos teóricos e estratégia de intervenção* (pp. 7-52). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Sabbag, G.M. (2003). *Validação Externa do Inventário de Estilos Parentais: um estudo de caso com duas famílias de risco*. Monografia de conclusão do curso de psicologia, Universidade Federal do Paraná, Curitiba.
- Salvo, C.G. (2003). *Validação Externa do Inventário de Estilos Parentais: estudo de caso com famílias pró-sociais*. Monografia de conclusão do curso de psicologia, não-publicada, Universidade Federal do Paraná, Curitiba.
- Simons, R.L., Wu, C., Lin, K., Gordon, L., & Conger, R. (2000). A cross-cultural examination of the link between corporal punishment and adolescent antisocial behavior. *Criminology, 38* (1), 47-80.
- Silvares, E.F.M.S. (2004). Avaliação diagnóstica do abuso físico na infância: implicações clínicas e de pesquisa. In M.Z.S. Brandão (Org.). *Sobre comportamento e cognição, 14* (pp.19-37). Santo André: ESETec Editores Associados.
- Stattin, H., & Kerr, M. (2000). Parental monitoring: a reinterpretation. *Child Development, 71* (4), 1072-1085.
- Weber, L. (2004). *Efeito do comportamento moral dos pais sobre o comportamento moral dos filhos adolescentes*. Dissertação de mestrado, Universidade Federal do Paraná, Curitiba.
- Weber, L.N.D. (1998). *Laços de ternura: pesquisa e histórias de adoção*. Curitiba: Santa Mônica.
- Weber, L.N.D., & Kossobudsky, L.H.M. (1996). *Filhos da solidão*. Curitiba: Governo do Estado do Paraná.
- Wright, J.P., & Cullen, F.T. (2001). Parental efficacy and delinquent behavior: do control and support matter? *Criminology, 39* (3), 677-705.

Recebido para publicação em 5 de janeiro e aceito em 17 de março de 2005.

Ser profissional de saúde em uma unidade neonatal de alto e médio risco: o visível e o invisível¹

Being a neonatal high and medium risk level unit professional: the visible and the invisible aspects

Claudia Egypto **MACHADO**²

Maria Salete Bessa **JORGE**³

Resumo

Este estudo tem como objeto as vivências do profissional de saúde que trabalha em uma unidade neonatal de alto e médio risco. Utilizou-se como referencial teórico a fenomenologia hermenêutica de Martin Heidegger com o objetivo de compreender as vivências dos profissionais e as repercussões dessas vivências para sua saúde mental. Foram realizadas entrevistas fenomenológicas com os profissionais da unidade, chegando-se à compreensão, a partir da análise das unidades de significado encontradas, de que o sentido do ser-profissional-de-saúde nessa unidade transita entre o ôntico e o ontológico, na medida em que o profissional ora se protege no modo impessoal, ora se coloca no modo existencial ontológico de ser. Espera-se que a pesquisa possa contribuir para o enriquecimento e a humanização da relação profissional-paciente.

Palavras-chave: saúde mental; serviços de saúde mental; profissional de saúde; fenomenologia.

Abstract

The object of the present study is the experiences a professional who works at the high and medium risk level of neonatal unit is exposed. The Hermeneutic Phenomenology of Martin Heidegger was the theoretical referential in order to focus the professionals' experience and its effect on their mental health. The data collection method used was the Phenomenological interviews with the professionals from the high and medium risk level of neonatal units. According to the data analysis, it's possible to conclude that the meaning of being a professional from these units is between the ontic and the ontological, as these professionals work sometimes protecting themselves in an impersonal way, and sometimes putting themselves in existential-ontological place. There is a expectation this study contributes to the professional-patient relationship development and humanization.

Key words: mental health; mental health services; professional of health; phenomenological research.

O interesse pelas vivências de profissionais de saúde em unidades neonatais de alto e médio risco surge a partir da constatação, através da prática

profissional e da pesquisa de literatura, do desconhecimento científico sobre essa realidade. Apesar do esforço empenhado no sentido de alcançar a

▼ ▼ ▼ ▼ ▼

¹ Artigo elaborado a partir da dissertação intitulada: "Ser profissional de saúde em uma unidade neonatal de alto risco: o visível e o invisível", Universidade Estadual do Ceará, 2004. Financiada pela Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico (FUNCAMP).

² Curso de Psicologia, Centro de Ciências Humanas, Universidade de Fortaleza. Av. Washington Soares, 1321, Edson Quirioz, 80811-905, Fortaleza, Ceará, Brasil. Correspondência para/Correspondence to: C.E. MACHADO. E-mail: <cem@unifor.br>.

³ Curso de Mestrado Acadêmico em Saúde Pública, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual do Ceará. Fortaleza, Ceará, Brasil. E-mail: <massabejo@uece.br>.

humanização da relação profissional de saúde-paciente, percebe-se que apenas um pólo dessa relação tem sido abordado de forma sistemática.

A sociedade atual está constantemente sensibilizada pela dor dos familiares e principalmente das mães de bebês internados nessas unidades, fato que se reflete inclusive no número de pesquisas sobre as vivências de mães de bebês em unidades neonatais (Morsch, 1990; Ribeiro, 1991; Lamy, 1995; Brito, 2002; Moreno, 2002). São trabalhos de uma riqueza enorme, que descrevem com profundidade as vivências, os sentimentos e as experiências dessas mães durante o período em que seus filhos estiveram internados em unidades neonatais. Entretanto, pouco dizem sobre as vivências e a realidade dos profissionais de saúde que ali trabalham. Nas poucas vezes em que são feitas referências à perspectiva dos profissionais, como as realizadas por Brito (2002), elas trazem implícita uma determinada expectativa ou exigência quanto à forma como esses profissionais devem se comportar no trato com os recém-nascidos (RN). Moreno (2002) também define uma expectativa de como o profissional de saúde deve agir em seu trabalho na unidade de terapia intensiva neonatal (UTIN), principalmente no que se refere à postura a ser adotada com as mães de bebês internados. Evidentemente que todas essas colocações em relação à postura do profissional de saúde que trabalha em UTIN são extremamente pertinentes para que haja qualidade no atendimento prestado. Entretanto, torna-se importante conhecer também as necessidades desses profissionais no âmbito do seu ambiente de trabalho.

Observando o dia-a-dia desses profissionais nesse tipo de unidade, os momentos de intensa pressão, o lidar com a vida e a morte tão de perto e, principalmente, com seres completamente frágeis e indefesos, inúmeros questionamentos sobre suas vivências começam a ser construídos. Como será que eles se sentem trabalhando nessa unidade neonatal? Que sentimentos vivenciam sabendo que lidam com seres que dependem totalmente de seus cuidados para permanecerem vivos? Que tipos de mecanismos de defesa constroem para lidar com a dor, o desespero e o medo com que convivem na relação com os familiares? Como dosam a enorme quantidade de tecnologia e as limitações decorrentes do fato de

serem seres finitos? Como lidam com o “fracasso” profissional ao se depararem com a morte de um bebê?

Os profissionais de saúde inseridos em um ambiente tão característico como o das unidades neonatais de alto risco passam por uma série de experiências que precisam ser conhecidas caso se deseje realmente compreender a realidade vivida por esses profissionais no seu campo de trabalho. Torna-se importante lembrar que o ambiente hospitalar é marcado por sujeitos diversos: pacientes, familiares e profissionais.

Como exposto, a literatura mostra uma série de pesquisas sobre as vivências de recém-nascidos e seus familiares em unidades de terapia intensiva neonatal. Da mesma forma, os estudos sobre o trabalho em ambiente hospitalar estão se multiplicando devido à constatação de diversos autores da importância de compreender as repercussões desse tipo de trabalho para os profissionais. Assim, torna-se de fundamental importância a realização de pesquisas que procurem compreender o profissional inserido nesse contexto específico de trabalho: a unidade de terapia intensiva neonatal.

A partir do exposto, este estudo tem como objetivo compreender as vivências dos profissionais de saúde que trabalham em uma unidade neonatal de alto e médio risco e as repercussões dessas vivências para a saúde mental dos mesmos.

Este estudo se fundamenta nos pressupostos fenomenológicos heideggerianos, a partir da obra “Ser e tempo”, na busca da compreensão do ser-profissional-de-saúde inserido na realidade da unidade neonatal.

Fenomenologia hermenêutica

Martin Heidegger, apontado como um dos maiores pensadores do século XX, é o autor da obra “Ser e tempo” (*Sein und zeit*), considerada, segundo Silva, Gurgel, Carvalho e Moreira (2001), uma das quatro maiores obras de toda a história da humanidade. Essa obra foi escrita em 1927, época em que aflorava o movimento do existencialismo na Europa pós-guerra, que vivia um momento de intensa retomada dos questionamentos sobre a existência humana pelo pensamento filosófico.

Na busca de apreensão do ser, Heidegger funda a ontologia fundamental que procura as origens genuínas que possibilitam a tudo se manifestar e se apresentar (Spanoudis, 1981). Para Heidegger (2002), somente a ontologia fundamental pode se colocar diante do problema cardeal: a questão sobre o sentido do ser em geral. Esse filósofo desenvolve, assim, uma analítica existencial do homem, mostrando os modos de ser do humano e chegando ao único ente que poderia captar o sentido do ser e da existência: a presença, o *Dasein*, o ser-aí.

A pre-sença é um ente privilegiado, pois é o único ser que se interroga e, por isso, o único dotado da capacidade de perguntar e responder às perguntas. A ontologia fundamental “ possui como tema a pre-sença, isto é, o ente dotado de um privilégio ôntico-ontológico” (Heidegger, 2002, p.68). Para Heidegger (2002), o ôntico refere-se a tudo que é percebido, entendido e conhecido de imediato. O autor refere-se a essa idéia como o que é existenciário. O ontológico, por outro lado, refere-se às características fundamentais que possibilitam as várias maneiras de algo se tornar manifesto, realizado. É o mundo das essências universais.

Nesse sentido, Heidegger (2001; 2002) enumera uma série de características ontológicas da existência do homem, as quais chama de existenciais. Uma das características ontológicas mais importantes da pre-sença é a sua constituição enquanto ser-no-mundo (*in-der-Welt-sein*), ou seja, o traço fundamental da sua existência é o fato de ser-no-mundo-com-os-outros-e-com-as-coisas. O homem, conforme Moreira, Barreto, Machado e Andrade (1999), não é um espectador passivo do mundo, pelo contrário, o homem está lançado no mundo e com ele interage, não estando preso a nenhuma situação, mas sempre aberto para se tornar algo novo. Essa possibilidade de se tornar algo novo, Heidegger (2002) chama de poder-ser.

Para Heidegger (2001) a pre-sença constrói o seu ser a partir da temporalidade. A temporalidade é a antecipação temporal do poder-ser. A pre-sença se temporaliza em porvir, atualidade e vigor de ter sido, compreendidos enquanto os ekstases da temporalidade. Na cotidianidade esses conceitos equivalem aos de futuro, presente e passado. Entretanto, para o

filósofo, é necessário aprofundar a experiência ôntica e vulgar de tempo e isso só é possível a partir dos conceitos existenciais da temporalidade.

Para Heidegger (2002), existir é exercer os modos de temporalização. O ser, nessa temporalidade e na relação com os outros seres, pode ter uma coexistência autêntica ou inautêntica. A vida inautêntica, segundo Barguil e Leite (1997), acontece com quem se deixa levar pelos valores correntes e dominantes da sociedade, acreditando que tudo já está decidido na vida de cada dia. Moreira et al. (2002) define a existência inautêntica como aquela em que o ser compreende o mundo em conformidade com a opinião comum, vivendo uma vida anônima e aceitando a tradição passivamente, sem contestá-la.

Esse tipo de existência priva o homem da capacidade de alcançar uma verdadeira abertura em direção às coisas e uma verdadeira compreensão do ser. Heidegger (2002) chama esse modo de ser da pre-sença na cotidianidade de impessoal. Nesse modo, a pre-sença está sob a tutela dos outros. “Todo mundo é outro e ninguém é si próprio. O impessoal, que responde à pergunta quem da pre-sença cotidiana, é ninguém, a quem a pre-sença já se entregou na convivência de um com outro” (Heidegger, 2002, p.181).

O impessoal se expressa na cotidianidade através dos modos de ser: espaçamento, medianidade e nivelamento, que constituem a publicidade. É a publicidade que rege toda e qualquer interpretação da pre-sença e do mundo, tendo razão em tudo. Dessa forma, ela obscurece tudo, tomando o que se encobre por conhecido e acessível a todos.

O modo impessoal se manifesta na cotidianidade, pelo discurso, através de alguns modos: o falatório, no qual as coisas são aceitas como se apresentam na fala do senso comum, no que se diz; a curiosidade, que se caracteriza por uma busca incessante por novidades e pelo desejo de saber sobre o aparente sem interpretação ou compreensão; e a ambigüidade, em que tudo parece ter sido bem compreendido e captado mas que na verdade não foi ou não parece ter sido, quando na verdade foi. Nesse tipo de existência, o ser de-cai no mundo do se, da oscilação, gerando perda e alienação (Silva et al., 2001).

Tem uma vida autêntica, para Barguil e Leite (1997), quem assume a vida como propriedade de si, construindo-a conforme um plano pessoal, a partir das possibilidades vislumbradas pelo ser. No campo do autêntico a existência se comporta realmente como ser-com, parte da estrutura ontológica do ser. Para Heidegger (2002) as estruturas ontológicas mais originárias da pre-sença são o ser-com e a co-pre-sença. "Não se dá um ser ou modo de ser isolado. Todo ser é sempre ser-com, mesmo na solidão e isolamento, a pre-sença é sempre co-pre-sença (*Mitdasein*), o mundo é sempre mundo compartilhado (*Mitwelt*), o viver é sempre con-vivência (*Miteinandersein*)" (p.319).

De acordo com Heidegger (2002), diante da inautenticidade, a consciência apela à pre-sença para que suas possibilidades de ser sejam aceitas. Esse apelo é o clamor da consciência, uma tentativa de recuperar o homem para o plano ontológico, um grito da angústia que chama a si a pre-sença e a leva ao poder ser autêntico. A disposição para o poder-ser é ontológica e se dá pelo humor, que revela como alguém está e se torna. A disposição se manifesta através de modos de ser: temor (fechamento inautêntico) ou angústia (abertura autêntica).

Segundo Heidegger (2002), o fenômeno do temor abarca tanto o temível (o que se teme) quanto o pelo que se teme e o próprio temer. O temível é sempre um ente que vem ao encontro dentro do mundo, possuindo, portanto, o caráter de ameaça, a partir do modo conjuntural de dano. O danoso não se acha ainda numa proximidade dominável, mas se aproxima. A ameaça constitui-se justamente pela aproximação na proximidade, podendo ou não chegar. A pre-sença possui ainda o modo da disposição de temer por, ou seja, ter medo em lugar de outro. Esse modo não retira o outro do temor, mas constitui-se muitas vezes justamente em ocasiões em que o outro não teme e audaciosamente enfrenta o que o ameaça.

A angústia é o sentimento fundamental do ser humano como ser-no-mundo; ela exprime o sentimento mais profundo, que é princípio e origem de todos os outros mas que se mantém normalmente velado ou latente. A angústia leva o ser a usar a sua liberdade para viver de forma autêntica ou inautêntica. A pre-sença angustia-se com o mundo pelo fato de supor uma ameaça que, no entanto, não é encontrada em parte alguma.

Nesse sentido, percebe-se que a angústia está ligada a uma outra característica existencial: a morte. Para Silva et al. (2002) essa característica é a unidade da totalidade do ser. É a última e, ao mesmo tempo, a sua possibilidade mais própria, pois é a única da qual o homem não pode fugir. Ao contrário do que se pensa, Heidegger (2001) explica que o homem encontra o próprio eu-autêntico quando compreende que a sua essência é de um ser-para-o-fim, pois a morte o liberta das banalidades mundanas e o faz enfrentar o cotidiano com coragem e resolução.

Torna-se importante colocar ainda uma última característica existencial da pre-sença: a cura, que é manifestada concretamente através do cuidado. Para Heidegger (2002) a cura é o modo-de-ser essencial do humano, sendo assim um fenômeno ontológico-existencial básico que possibilita a existência humana enquanto tal. A cura encontra-se no mundo sob duas formas de ser: a ocupação e a pre-ocupação. A ocupação refere-se à relação da pre-sença com os seres simplesmente dados, ou seja, refere-se aos cuidados com as coisas do mundo. A pre-ocupação, por outro lado, está ligada ao cuidado com o outro, com o ser existente. A pre-ocupação oscila entre duas possibilidades extremas: o substituir e o antepor. Na substituição a pre-sença retira o cuidado do outro e tenta ocupar o seu lugar, assumindo o que deveria ser realizado por ele. No modo de antepor, por outro lado, a pre-ocupação antepõe o outro em sua possibilidade existencial de ser, não para lhe retirar o cuidado e sim para devolvê-lo. Nesse processo a pre-sença ajuda o outro a se tornar transparente em si mesmo e livre para a cura.

A essência do método fenomenológico de Heidegger repousa na compreensão e na interpretação das experiências vividas. A hermenêutica torna-se, portanto, um conceito fundamental na ontologia e constitui a base da investigação transcendental de Martin Heidegger (Moreira et al., 1999).

Método

Trata-se de um estudo de natureza qualitativa em virtude da necessidade de adentrar o rico e significativo mundo da subjetividade. A pesquisa

qualitativa, de acordo com Martins e Bicudo (1994), busca uma compreensão particular daquilo que se está estudando, não se preocupa com generalizações, princípios e leis. O foco da atenção está centrado no específico, no peculiar, no individual, almejando sempre a compreensão e não a explicação do fenômeno estudado.

Dentre as várias opções que a pesquisa qualitativa dispõe, optou-se por utilizar a fenomenologia, uma vez que, de acordo com Forghieri (2001), o método fenomenológico é considerado o recurso apropriado para a pesquisa de vivências, pois procura captar o sentido ou o significado da vivência para a pessoa em determinadas situações por ela experienciadas em seu existir cotidiano. Dentro da fenomenologia, buscou-se mais especificamente a fenomenologia hermenêutica, baseada nos pressupostos de Martin Heidegger, que se volta inteiramente para a busca do sentido do ser, mais especificamente do ser humano.

A pesquisa foi desenvolvida em um hospital filantrópico da cidade de Fortaleza, CE, considerado um hospital geral que atende pacientes do Sistema Único de Saúde, (SUS), de convênios diversos e particulares. O hospital dispõe de 137 leitos, sendo divididos nas seguintes modalidades: clínica médica, clínica cirúrgica, obstetrícia, unidade de terapia intensiva (UTI) e unidade neonatal de alto e médio risco.

O hospital conta com uma equipe de profissionais das seguintes áreas: médicos (em diversas especialidades), enfermeiros, fisioterapeutas, nutricionistas, psicóloga, farmacêutica e, ainda, diversos profissionais da área técnica, tais como: administradores, técnicos administrativos, auxiliares de serviços gerais, motoristas, costureiras, vigias etc. O hospital dispõe ainda de serviços laboratoriais e de imagem, pronto-atendimento e quimioterapia.

O serviço de neonatologia é composto de duas unidades: o alojamento conjunto e a unidade neonatal de alto e médio risco. Ambas oferecem cobertura ao centro obstétrico do hospital. A unidade neonatal de alto e médio risco dispõe de treze leitos, sendo três destinados a alto risco e dez a médio risco. Nessa unidade trabalham 23 profissionais específicos da área de saúde: seis médicos, duas enfermeiras, onze

auxiliares de enfermagem, três fisioterapeutas e uma psicóloga, além da equipe de limpeza e de laboratório.

Participaram da pesquisa os profissionais de saúde que fazem parte da equipe da unidade neonatal de alto e médio risco: médicos, enfermeiras, fisioterapeutas e auxiliares de enfermagem. O quantitativo dos sujeitos foi determinado durante o processo de coleta (no campo de estudo empírico) e análise, tomando como critério a repetição dos discursos sobre o recorte do tema em estudo - processo de saturação teórica. A escolha desse critério segue a metodologia da pesquisa fenomenológica, uma vez que para ela o quantitativo não está relacionado com a representatividade numérica e sim com a apreensão do fenômeno em sua essência (Martins & Bicudo, 1994).

A escolha dos profissionais específicos que participaram se deu de forma aleatória. A técnica escolhida para a captação dos discursos dessa pesquisa foi a entrevista fenomenológica, que permite, como explica Carvalho (1987), o acesso ao rico mundo da experiência vivida pelo outro, na medida em que esse comunica sua singularidade e seu modo de ser tanto através das suas falas quanto por pausas, timbres, tons, ritmos, reticências e expressões não verbais. “[...] A entrevista fenomenológica é uma maneira acessível ao cliente de penetrar a verdade mesma de seu existir, seja ela qual for, sem qualquer falseamento ou deslize, sem qualquer preconceito ou impostura” (p.35).

Essa escolha se deveu à sua natureza interativa, que permite uma troca entre entrevistador e entrevistado, buscando o estabelecimento de uma atitude relacional e dialógica (Oliveira, 2002). Utilizou-se a entrevista fenomenológica, semi-estruturada, mediada pela seguinte pergunta norteadora: Como você se sente trabalhando como profissional de saúde em uma unidade neonatal de alto e médio risco?

Brito (2002) destaca a importância da pergunta norteadora na pesquisa em fenomenologia, uma vez que ela dá início ao diálogo e permite sua continuidade conforme as respostas dos entrevistados, propiciando liberdade tanto para a descrição do entrevistado quanto para novas formulações suscitadas pelo entrevistador no transcorrer da conversa.

Foram realizadas quatro entrevistas, uma para cada categoria profissional apontada anteriormente,

sem haver um planejamento prévio quanto ao número de entrevistas que seriam realizadas, conforme exposto. A decisão de encerrar a coleta das informações foi tomada quando se percebeu o fenômeno como apreendido. Para Heidegger (2002) não há ponto de chegada na compreensão de um fenômeno, pois a compreensão é sempre apreensível, jamais apreendida. Entretanto, para fins práticos, as informações são colhidas até o momento em que se considera que elas já atendem aos propósitos da investigação em questão (Alves-Mazzoti & Gewandsnajder, 2001).

Os relatos dos sujeitos foram interpretados através da hermenêutica de Heidegger. A hermenêutica foi escolhida em função da riqueza desse método para interpretar e compreender a experiência do mundo da vida. De acordo com Motta (1997, p.66), "a hermenêutica é a ciência que trata da compreensão e da interpretação como um processo epistemológico e ontológico. É um mapa para entender a linguagem, os símbolos das expressões faladas e escritas. Esse método enfatiza as conexões entre o falante e o mundo no qual ele vive".

A análise das entrevistas partiu da visualização dos discursos coletados pelas entrevistas, descrita por Brito (2002) como a etapa de familiarização com os relatos da experiência vivida, sendo seguida pela etapa de identificação dos significados, culminando com a identificação de três unidades de significado que contêm em si as manifestações dos profissionais entrevistados sobre a vivência dos mesmos na unidade considerada: o cuidar de um recém-nascido, o saber e o fazer do profissional e a saúde mental na interface do cuidar. As unidades temáticas foram em seguida submetidas à compreensão e interpretação a partir de conceitos de Martin Heidegger.

Resultados e Discussão

A compreensão e interpretação do fenômeno ser-profissional-de-saúde em uma unidade neonatal de alto e médio risco, partindo dos discursos dos profissionais sobre suas vivências, revela uma série de nuances que precisam ser analisadas em um movimento constante entre o ôntico e o ontológico, para que se possa alcançar o sentido desse fenômeno.

Ser-profissional-de-saúde em uma unidade neonatal de alto e médio risco implica cuidar de um recém-nascido frágil e indefeso que apresenta um quadro de saúde grave. Esse quadro oscila diariamente entre momentos de melhora e de piora, sendo constante a ameaça da morte iminente. Diante dessa realidade o profissional se depara com sentimentos de insegurança, impotência e angústia diante das possibilidades do porvir, sentimentos esses que acabam por gerar, em alguns profissionais, mecanismos de fuga do modo existencial-ontológico da pre-sença, refugiando-se na cotidianidade.

Nesse sentido, no dia-a-dia do trabalho, muitas vezes, o profissional assume o modo impessoal de ser da pre-sença, em que ele não aparece como figura central, mas é respaldado pelo todo, que dita como ele deve se comportar. Esse modo impessoal, através da publicidade e do falatório diz ao profissional que não se envolva com o paciente e controle seus sentimentos, pois apenas sendo frio e impessoal ele terá competência e preparação para fazer seu trabalho a contento.

O profissional depara-se assim com a possibilidade de fuga através do uso da capa da indiferença e da onipotência, que faz com que ele não entre em contato com seus reais sentimentos, em decorrência do medo da responsabilização pelos insucessos, interpretados como fracassos pessoais. Nesse sentido, a onipotência leva à postura de tudo sei e tudo posso e à procura de outros culpados para o fracasso: demais profissionais, situações que fugiram ao seu controle e/ou falta de equipamentos e materiais. Tal postura prejudica, a um só tempo, tanto a relação entre profissional e paciente quanto a relação entre os próprios profissionais, que passa a ser marcada por uma série de cobranças e exigências. Nessas relações o outro não é considerado como pre-sença pelo profissional.

Entretanto, um olhar mais cuidadoso sobre as manifestações desse profissional aponta para a possibilidade da pre-sença estar fazendo uso do modo impessoal como proteção, a fim de não entrar em contato com os sentimentos já apontados de insegurança, impotência e angústia diante dos acontecimentos difíceis do ser-profissional-de-saúde no contexto considerado. Essa proteção pode estar até

mesmo a serviço de preservar a saúde mental do profissional, na medida em que ele tenta fugir desses sentimentos e do sofrimento psíquico e emocional que geram.

Um dos momentos apontados como de intensa dificuldade é o de dar a notícia da morte para os familiares do recém-nascido. Essa dificuldade está ligada à interpretação que esse profissional, protegido pelo modo impessoal, dá aos questionamentos feitos pela família. Sentindo-se acusado ou apontado como responsável, o profissional se fecha e entende a família como incompreensiva e ingrata com o trabalho realizado.

Por outro lado, quando o modo impessoal não está em uso, percebe-se claramente as manifestações do modo existencial de ser da pre-sença. Como ser-com, o profissional se relaciona com a mãe desse bebê como co-pre-sença e procura se colocar em seu lugar. Essa relação autêntica entre co-pre-senças permite ao profissional sair de seu mundo e ser tocado existencialmente pela situação dessa mãe e passar tanto a temer por, no sentido de temer a morte do bebê pela família, quanto a modificar a sua prática profissional no intuito de proporcionar um cuidado também com essa mãe, falando o que ele mesmo gostaria de ouvir se estivesse em seu lugar. Percebe-se a ocorrência do encontro, no sentido mais profundo da palavra, o que traduz uma relação humanizada entre profissional e paciente.

Diante dos procedimentos rígidos e padronizados de uma unidade de alto risco, o profissional passa a "substituir" a mãe nos cuidados com o bebê, situação que ele vivencia como pre-ocupação e que o leva a se sentir verdadeiramente mãe daquele bebê, protegendo-o e realizando um cuidado autêntico, uma preocupação com a vida do outro, com o ser-existente e suas possibilidades. Nesse papel de mãe, o profissional vivencia novamente a insegurança, a angústia e a impotência.

Dessa forma, percebe-se que ser-profissional-de-saúde no sentido ontológico de ser da pre-sença significa ser profundamente tocado pelas vivências do cuidar, que implica um envolvimento entre profissional e recém-nascido que transcende os limites da unidade e passa a afetar profundamente a vida pessoal e a saúde mental desse profissional, que pensa, sonha e

lembra desse bebê que sofre durante vários momentos da sua vida. Significa ainda viver entre o visível e o invisível, esse último no sentido de buscar reflexões e interpretações de suas vivências.

Assim, esse envolvimento com o bebê e sua família, o sentir-se mãe do bebê, os sentimentos de insegurança, impotência, angústia, dentre outros, geram sofrimento psíquico e emocional profundos e afetam a qualidade de vida dos profissionais, repercutindo na saúde mental dos mesmos. Ser-profissional-de-saúde em uma unidade neonatal de alto e médio risco implica também conhecer as possibilidades de adoecer e morrer e sentir uma angústia profunda diante da indeterminação do porvir, uma vez que ele não está a salvo de passar pela mesma dor dessas mães com quem convive. Nesse sentido, diante de tanta insegurança e desproteção, é mais seguro não ter mais filhos ou refugiar-se na religião para acreditar que será protegido pela vontade de Deus.

Ser-profissional-de-saúde em uma unidade onde a morte é uma ameaça constante e real significa se deparar a cada dia com a angústia fundamental do homem: o fato de que ele e todos os que ele ama são seres-para-o-fim. Diante dessa realidade tão nua e crua e de sentimentos tão profundamente existenciais, pode-se perguntar: como fazer para viver nessa realidade? Qual é a forma mais segura ou mais confortável? A análise dos discursos mostrou que existem alguns caminhos. Cada pre-sença parece escolher o seu.

Conclusão

Este estudo procurou abordar especificamente a vivência dos profissionais de saúde que trabalham em unidades neonatais de alto e médio risco, após a constatação da quase que completa inexistência de pesquisas que pudessem contribuir para a compreensão dessa realidade.

Pôde-se compreender a partir dos resultados encontrados que o sentido de ser-profissional-de-saúde de uma unidade neonatal transita entre o ôntico e o ontológico na medida em que a pre-sença ora se protege no modo impessoal, ora se coloca no modo existencial-ontológico de ser. Essa oscilação passa

a ser compreensível na medida em que se percebe que ser-profissional-de-saúde em uma unidade neonatal de alto e médio risco significa passar por vivências e lidar com situações que geram um intenso sofrimento psíquico e emocional, interferindo na qualidade de vida desses profissionais e afetando a saúde mental dos mesmos.

Ser-profissional-de-saúde é ser gente, é ser humano, com todas as repercussões que isso significa. Assim, deve-se lembrar que ser-profissional-de-saúde é lidar diariamente com sentimentos e situações que seriam preferíveis de serem esquecidas ou escondidas, mas, existencialmente, ainda não se descobriu como. É querer calar aquilo que constitui os homens como seres pensantes e questionadores, como pre-senças.

Apenas adentrando cada vez mais nesse contexto de compreensão das vivências dos profissionais de saúde é que se poderá realmente favorecer mudanças nas relações entre profissionais e pacientes, visando à humanização do atendimento. Afinal, humanizar não é apenas atender melhor. Para mudar relações, precisamos olhar para os dois lados envolvidos. Que outros interlocutores possam aderir a essa idéia para que se possa contribuir com visões que priorizem as manifestações do ser, por vezes tão esquecido em um mundo de tantas possibilidades.

Referências

- Alves-Mazzoti, A.J., & Gewandsnajder, F. (2001). *O método nas ciências naturais e sociais: pesquisa quantitativa e qualitativa*. São Paulo: Pioneira.
- Barguil, P.M., & Leite, R.C.M. (1997). Voltemos às próprias coisas: o convite da fenomenologia. In J.A.E. Barreto & R.V.O. Moreira. *Imaginando erros* (Escritos de filosofia da ciência) (pp.79-111). Fortaleza: Casa de José de Alencar, (Coleção Alagadiço Novo).
- Brito, M.H.A. (2002). *Ser-mãe-de-prematuro: o cuidado inimitável da presença materna*. Dissertação de mestrado, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza.
- Carvalho, A.S. (1987). Metodologia da entrevista: uma abordagem fenomenológica. Rio de Janeiro: Agir.
- Forghieri, Y.C. (2001). *Psicologia fenomenológica: fundamentos, método e pesquisa*. São Paulo: Pioneira Thomson.
- Heidegger, M. (2002). *Ser e tempo (Parte 1)*. Petrópolis: Vozes.
- Heidegger, M. (2002). *Ser e tempo (Parte 2)*. Petrópolis: Vozes.
- Lamy, Z.C. (1995). *Estudo das situações vivenciadas por pais de recém-nascidos internados em unidade de terapia intensiva neonatal*. Dissertação de mestrado, Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.
- Martins, J., Bicudo, M.A.V. (1994). *Pesquisa qualitativa em psicologia: fundamentos e recursos básicos*. São Paulo: Editora Moraes.
- Moreira, D.A. (2002). *O método fenomenológico na pesquisa*. São Paulo: Pioneira Thomson.
- Moreira, R.V.O., Barreto, T.A.E., Machado, R.C.C., & Andrade, T.P.P. (1999). A reconstrução da metafísica através do método fenomenológico. In J.A.E. Barreto & R.V.O. Moreira (Orgs.). *O elefante e os cegos*. Fortaleza: Casa de José de Alencar.
- Moreno, R.L.R. (2002). *Revelação de experiências maternas em unidade de terapia intensiva: visão fenomenológica*. Dissertação de mestrado, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza.
- Morsch, D.S. (1990). *O desenvolvimento afetivo em situação de alto risco neonatal: um estudo sobre o processo de interação*. Dissertação de mestrado, Departamento de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.
- Motta, M.G.C. (1997). *O ser doente no tríplex mundo da criança, família e hospital: uma descrição fenomenológica das mudanças existenciais*. Tese de doutorado, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.
- Oliveira, V.L.M. (2002). *A construção do conhecimento: do saber ao saber-fazer*. Fortaleza: Edições do Autor.
- Ribeiro, L.M.S.A. (1991). *Prematuro, quem é esse bebê? As singularidades de bebês que nascem pré-termo em questão*. Dissertação de mestrado, Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro.
- Silva, L.F., Gurgel, A.H., Carvalho, Z.M.F., & Moreira, R.V.O. (2001). *Cuidado como essência humana em Martin Heidegger e a enfermagem*. In: J.A. Barreto & R.V.O. Moreira. (Orgs.). *A outra margem: filosofia, teorias de enfermagem e cuidado humano*. Fortaleza: Casa de José de Alencar.
- Spanoudis, S. (1981). *Apresentação: a todos que procuram o próprio caminho*. In M. Heidegger. *Todos nós... ninguém: um enfoque fenomenológico do social*. São Paulo: Moraes.

Recebido para publicação em 16 de março de 2004 e aceito em 28 de março de 2005.

O papel dos avós na maternidade adolescente

The grandparent's role in adolescent's maternity

Deusivania Vieira da Silva **FALCÃO**¹

Nádia Maria Ribeiro **SALOMÃO**²

Resumo

O presente estudo enfoca a figura dos avós a fim de apresentar o papel que exercem, especificamente, diante da maternidade adolescente. Nesse prisma, apresentam-se conteúdos acerca dos aspectos psicossocial e familiar envolvendo a vertente transgeracional das relações. Verificou-se que a maioria das pesquisas enfatiza a figura das avós maternas dos bebês. Em suma, foi constatado que há pelo menos três situações típicas a serem observadas nos relacionamentos avós-mães adolescentes: os avós que assumem a responsabilidade pelo cuidado infantil; os avós que ficam envergonhados com a gravidez, têm pouca confiança na maturidade da adolescente, e se tornam tão restritivos que o desenvolvimento da adolescente como mãe é inibido; a adolescente que assume a responsabilidade pelo cuidado da criança, ficando os avós disponíveis apenas como fonte de apoio. Todavia, em algumas pesquisas constatou-se por parte das avós maternas a existência de conflitos na delimitação de papéis entre ser mãe e ser avó dos bebês.

Palavras-chave: avós; adolescentes; família; gerações; mãe adolescente; relação mãe-filho.

Abstract

The present study focus the grandparent's role specially in adolescent's maternity. In this context, psychosocial and familiar aspects involving the relations between different generations are discussed. It was verified that the majority of the researches has emphasized the maternal grandmothers. The data has confirmed that does exist at least three adolescent mothers-grandmothers typical situations: the child's care responsibility assumed by the grandparents; the adolescent motherhood inhibition though the grandparents situation control, as they have no trust in the adolescent's maturity and were very much embarrassed with this adolescent pregnancy; and the adolescent's motherhood total assumption with the grandparent's support role. Nevertheless, in some researches conflicts about the mother –grandmother roles were identified in some maternal grandmothers.

Key words: *grandparents; adolescents; family; generations; adolescents mothers; mother child relations.*

A adolescência e a maternidade são períodos de mudanças que implicam uma série de transformações tanto individual como grupal e familiar. Para estudar, trabalhar ou exercer atividades de lazer, as mães adolescentes, muitas vezes, necessitam de ajuda nos cuidados com os bebês. Nesse prisma, qual o papel

que assumem os avós na dinâmica familiar? Como se estabelecem as relações transgeracionais? São os avós que ensinam como cuidar das crianças? Este estudo tem como objetivo realizar uma revisão de literatura acerca do papel dessas figuras na família e, especificamente, na maternidade adolescente.

▼ ▼ ▼ ▼ ▼

¹ Doutoranda em Psicologia, Universidade de Brasília. Brasília, DF, Brasil. E-mail: <deusivania@unb.br>.

² Departamento de Psicologia, Universidade Federal da Paraíba. Campus Universitário, s/n, 58059-900, João Pessoa, PB, Brasil. Correspondência para/Correspondence to: N.M.R. SALOMÃO. E-mail: <nMrs@uol.com.br>.

O papel dos avós: aspectos psicológicos, sociais e familiares

A longevidade humana vem favorecendo o crescimento do número de famílias nas quais coexistem três e mesmo quatro gerações. Diante das transformações ocorridas nos âmbitos psicossocial e familiar, os avós aparecem como figuras peculiares ao expressarem, através de suas histórias, o desenrolar das mudanças e reformulações da vida em família.

No Brasil, festeja-se, no dia 26 de julho, o dia dos avós. Nessa data, algumas escolas incentivam os alunos a escreverem cartas para os avós, a telefonarem para eles, a convidá-los para narrarem histórias ou desenvolverem outras atividades na sala de aula. Segundo Rossi (2000), celebra-se nesse dia a festa de São Joaquim e Sant'Ana, pais da Virgem Maria, avós de Jesus. De acordo com Costa (1998), a Sant'Ana tem destaque para os católicos e para as religiões afro-brasileiras, representando as avós de todos os orixás, Nana Buruquê. Diga-se de passagem que os registros sobre Sant'Ana estão nos evangelhos canônicos e ela é vista como mulher paciente, exemplo seguido por Maria.

Pesquisas têm apontado a importância dos papéis de avós em algumas situações, tais como: maternidade na adolescência (Spieker & Bensley, 1994; Silva & Salomão, 2003); divórcio e recasamento dos filhos (Gladstone, 1991; Jaskowski & Dellasega, 1993; Douglas & Ferguson, 2003); excepcionalidade da criança (Seligman, 1991); uso de droga pelos pais de seus netos (Haglund, 2000); e morte do pai ou da mãe da criança (Becker, 2000).

Na revisão de literatura realizada por Dias e Silva (1999), pôde-se detectar que a maioria das pesquisas sobre essas figuras provém dos Estados Unidos, havendo alguns artigos oriundos do Canadá e da Inglaterra. Assim sendo, foi sinalizado que há uma escassez de estudos realizados no Brasil. Também foi visto que houve um aumento no número de pesquisas concernentes aos avós, sobretudo na década de 80. Entre os fatores que contribuíram para tal interesse, destacaram-se os seguintes: a maior expectativa de vida do ser humano; o trabalho da mulher fora do lar; a aceitação social de pais solteiros; o uso de drogas e a incidência de divórcios, recasamentos e AIDS dos pais.

Se existem ambigüidades e divergências de opinião sobre a importância dos avós na família e na sociedade, elas se devem em parte às múltiplas conotações do termo "avós", podendo adquirir os seguintes significados: pessoas idosas; prescrição de um papel ou função; *status* social ou posição na sociedade (Fischer, 1983). Na Europa, até o século XVIII, a imagem dos avós estava vinculada à velhice e à morte. No decorrer dos anos essa imagem foi sendo modificada e diversos avós estão se exercitando fisicamente, desenvolvendo uma atividade profissional, com vida social ativa (Peixoto, 2000).

Uma pesquisa realizada pela *America Online* (Dulles, 2000) revelou que a Internet é muito importante na vida dos avós americanos, pois quase a metade (45%) dos netos que participaram da pesquisa afirma que conversam mais com os avós *on-line* e, por vezes, os ensinam a se conectarem à rede. Johnson (1983) denotou a idéia de que muitos avós rejeitaram as funções de dominação e autoridade em função de uma imagem calorosa, ativa e amigável, atendendo às necessidades do papel com prazer. A título de ilustração menciona-se o grupo argentino de defesa dos direitos humanos conhecido como "Avós da Praça de Maio", inicialmente denominado, "Avós com Netinhos Desaparecidos", fundado em 1977 durante a ditadura militar na Argentina. Esse grupo foi criado por doze mulheres que buscavam os netos desaparecidos nas mãos dos militares e, ainda nos últimos tempos, continuam lutando para descobrir o paradeiro de bebês seqüestrados nos cárceres da ditadura, onde muitas mulheres grávidas eram prisioneiras políticas. O grupo já recuperou 73 netos, e continua rastreando o paradeiro de outros (Reuters, 2002).

Realizando uma breve retrospectiva, no início da década de 70, Kahana e Kahana (1971) apontaram que o estudo do papel dos avós pode ser focado nos níveis: social, envolvendo o *status* e as expectativas de papel por parte da família e da sociedade; emocional, consistindo na experiência intrapsíquica dos avós; transacional, entre a criança, o adolescente, o jovem adulto e as pessoas idosas, envolvendo interação, reciprocidade e influência mútua entre eles; simbólico, significando continuidade, reflexão sobre idade e potencial, ou podendo indicar, ainda, independência financeira; parte de um processo grupal

da família, envolvendo o relacionamento e a interação entre três ou quatro gerações.

No final da década de 80, Jonhson (1988) demonstrou que o papel dos avós foi conceituado como social. Tal vertente constituiu a idéia de que suas ações eram exemplos sociais e, em parte, reguladas por leis e imposições da sociedade. Já na década de 90, Kaslow e Schwartz (1995) apresentaram a idéia de que era papel do(a) avô(ó): oferecer aos netos muito afeto e pouca repreensão; atuar como mediador (a) entre os pais e os netos; funcionar como fonte de compreensão em momentos tempestuosos da criança; falar sobre os acontecimentos de sua própria infância e da infância de seus filhos.

A pesquisa realizada pela Associação Americana de Aposentados (2001), envolvendo 800 avós com mais de 50 anos de idade, apontou que apesar da crença em muitas regiões de que os laços familiares entre gerações foram destruídos nas últimas décadas, os avós possuem relacionamento forte com seus netos. Os papéis mais desempenhados foram dar conselhos e contar histórias da família.

No estudo comparativo entre avós brasileiros e franceses de camadas populares realizado por Peixoto (2000), foi detectado que no Brasil, após a aposentadoria ou a viuvez, geralmente os avós passam a coabitar com um dos filhos ou, se possuem residência própria, um dos filhos adultos vai com a família morar com eles. Nas horas dedicadas aos netos, eles ajudam nos trabalhos escolares, práticas também observadas nas famílias francesas. Segundo Castro (2004), as avós coreanas também exercem forte influência na aprendizagem de leitura dos netos e muitas delas chegam a ficar nas janelas das salas de aula a fim de vigiá-los.

Algumas variáveis que podem influenciar os modos como os avós exercem seu papel no sistema familiar são as seguintes: dinâmica e estruturas familiares; aspectos geográficos; idade; gênero; estado civil; raça; estado de saúde dos avós; vinculação materna ou paterna; origem urbana ou rural; experiências com os próprios avós; características pessoais de cada membro da família; frequência de contato entre eles; atividades desenvolvidas em conjunto; aspectos socioeconômicos e culturais (Dias & Silva, 1999).

Os avós podem exercer uma influência favorável ou desfavorável na vida dos membros familiares. Thomas (1990), através de entrevistas com 69 mães (52 casadas e 17 separadas ou divorciadas), constatou que as divorciadas valorizaram a ajuda e o apoio moral fornecido pelas avós. As casadas aquilatavam a experiência de vida que eles podiam oferecer. Entretanto, ambas as mães enfatizaram a interferência dos avós na criação dos netos com conselhos não solicitados, os quais, segundo seus relatos, podiam ameaçar a harmonia das relações.

Malgrado o sistema familiar ser um espaço privilegiado de convivência, pode ser também um espaço de conflitos. Cada ciclo familiar exige ajustamento por parte de todas as gerações. Os versos e reversos desses ditames deflagram-se nas pesquisas, nos romances, nas poesias e nos contos. Lispector (1998), por exemplo, em seu livro "Laços de Família", rasgou o véu dos vários sentimentos presentes na vida do ser humano e, portanto, da família. Em "Feliz Aniversário", ela revelou os oitenta e nove anos da avó aniversariante que em seu íntimo denunciava a insatisfação com os filhos, os netos e as esposas escolhidas por eles. "A Incrível e Triste História da Cândida Erêndira e sua Avó Desalmada", de García Márquez (1972), também se enquadra nesse cenário. Levantando as cortinas desse conto, observa-se a adolescente que acabara de completar seus catorze anos banhando sua avó, que "mais parecia uma formosa baleia branca em sua banheira" (p.92), quando começou o vento da sua desgraça! Todavia, pode-se dizer que, independente da ênfase positiva ou negativa direcionada à figura dos avós, eles terminam exercendo um papel significativo na vida de muitas pessoas. Segundo Brazelton (1994), o vácuo que se cria ao redor de uma família que não mantém contato com os avós pode ser triste e solitário.

Algumas pesquisas (Eisenberg, 1988; Franks, Hughes, Phelps & Williams, 1993; Silva & Dias, 1998) também afirmam que as avós maternas são as preferidas pelos netos. Segundo Flaherty (1988), isso ocorre porque as filhas tendem a ter uma proximidade emocional maior com as mães do que os filhos. No estudo de Eisenberg (1988), o envolvimento das mulheres com suas famílias de origem revelava o quanto elas se identificavam com suas mães e suas

avós e buscavam ajuda para criarem seus filhos. Por conta do vínculo mãe e filha, Hoffman (1980) afirmou ainda que a avó materna exerce um papel maior na socialização dos netos, que varia desde ser substituída da mãe, até um papel ocasional de babá. Voltando o olhar para a maternidade na adolescência, o que se pode compreender? Qual o suporte oferecido por essas figuras às mães adolescentes? Há conflito de papéis entre avós e mães? Será que os avós estão satisfeitos com seus papéis?

Cabe salientar que, ao fazer referência às figuras dos avós, não se está, necessariamente, se referindo a pessoas idosas. Como ilustração, aponta-se o estudo de Hagestad e Burton (1986), realizado com avós maternas que foram denominadas de “hábeis” quando tinham idade entre 39 e 60 anos e de “precoces” quando se tornaram avós antes dos 38 anos, em virtude da gravidez de um(a) filho(a) adolescente.

O suporte oferecido pelos avós dos bebês na maternidade adolescente

A maternidade é compreendida como o processo que engloba gestação, parto, puerpério e criação dos filhos (Spieker & Booth, 1988). Na maternidade adolescente, é crucial o suporte emocional e financeiro oferecido pelos avós. Entre outras vantagens, Unger e Cooley (1992) consideram que o convívio com os avós favorece a educação das crianças. Como salientou Barros (1987), os avós se vêem como participantes do movimento de socialização da maternidade e da paternidade, papel adquirido especialmente pela experiência de vida. Assim sendo, com a chegada dos netos, a presença dos avós junto aos novos pais não apenas se modifica, mas também se intensifica, cabendo-lhes ensinar e auxiliar no desempenho das funções e a prosseguir na mudança inaugurada pelo nascimento. Diante dessas informações, indaga-se: será que as adolescentes estão preparadas para desenvolverem o papel de mães e suas mães o papel de avós?

Segundo Elster, McAnarney e Lamb (1983), as adolescentes estão sujeitas a situações de estresse que adversamente afetam o exercício da maternidade e, como resultado, elas se conduzem inapropriadamente como mães. Também para Spieker, Bensley, McMahan, Fung e Ossiander (1996), aquelas que foram vítimas

de abuso sexual possuem maior probabilidade de ter contato com serviços de proteção à criança, em virtude de comportamentos abusivos apresentados para com o próprio filho. Também o relacionamento da mãe adolescente para com o seu parceiro pode ter um papel de particular importância uma vez que afeta o seu relacionamento com o bebê.

Nos estudos de Vecchiolla e Maza (1989) foi detectado que apenas 19% a 25% dos pais biológicos dos bebês das adolescentes viviam com eles ou eram freqüentemente envolvidos em seus cuidados. Na pesquisa realizada por Unger e Wandersman (1988), as mães que recebiam um bom suporte da família e dos parceiros conjuntamente eram mais responsáveis no exercício da maternidade. Contudo, vários pesquisadores afirmaram que na maternidade adolescente, freqüentemente, os avós chegam a assumir o papel dos jovens pais (Oyserman, Radin & Benn, 1993; Flaherty, 1988). Pergunta-se: até que ponto assumir esse papel é favorável ou desfavorável para a dinâmica familiar? Existem outros papéis desempenhados pelos avós? Quais os avós (paternos ou maternos) que mais atuam na maternidade adolescente? Como fica a situação de famílias em que o casal adolescente ou a mãe adolescente solteira reside na mesma casa de sua família de origem? Como demarcar os limites entre ser pai e mãe e ser avô e avó do bebê?

As três gerações – avós, mães e bebês – vivendo junto: possibilidades e desafios

Um dos fenômenos registrados pelo estudo “Perfil dos Idosos Responsáveis pelos Domicílios no Brasil”, do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), é o crescimento do número de netos e bisnetos que vivem com os avós e, em geral, são sustentados por eles. Em 1991, eram 2,5 milhões de netos e bisnetos e passaram a ser 4,2 milhões em 2000. Dentre outros fatores, ocorre que, muitas vezes, eles moram com os avós pelo fato de os pais não disporem de condições econômicas para criá-los sozinhos, devido ao divórcio, uso de drogas, morte dos pais e pela ocorrência da maternidade adolescente.

Nos Estados Unidos, as mães adolescentes que moram com seus pais são mais sujeitas a retornarem à escola e se graduarem, a receberem assistência nos cuidados com a criança e a alcançarem um melhor

nível de renda salarial do que aquelas que moram por conta própria ou com seus companheiros (Unger & Cooley, 1992). Spieker e Bensley (1994), em estudo com 170 adolescentes com um filho de um ano de idade, constataram que mesmo as mães que moravam com o companheiro demonstraram insegurança quando não dispunham da assistência da avó da criança. Outrossim, numa pesquisa realizada por Oyserman, Radin e Benn (1993), com adolescentes que continuaram morando com seus pais após a maternidade, ficou patente a influência não apenas da avó, mas, também, do avô do bebê no seu desenvolvimento.

Spieker e Bensley (1994) verificaram que, morando com os avós do bebê, a mãe adolescente tem mais chance de se tornar competente para assumir a responsabilidade de adulta. Todavia, com o passar do tempo, o efeito positivo da assistência familiar pode diminuir. O alto nível de envolvimento nos cuidados com o neto(a), por parte das avós, foi relacionado com conseqüências negativas para a criança. Na pesquisa de Black, Papas, Hussey, Hunter, Dubowitz, Kotch, English e Schneider (2002), realizada nos estados norte-americanos de Baltimore, Chicago, Seattle e Carolina do Norte, com 194 mães adolescentes de baixa renda, foi constatado que muitas das crianças que viviam com as mães e os avós tinham histórias de maus tratos. As crianças que possuíam menos problemas de comportamento moravam apenas com a família nuclear. Os autores também apontaram que as avós servem de apoio para mães adolescentes enquanto as crianças são ainda bebês, mas no decorrer do tempo esse arranjo pode causar estresse não apenas nas adolescentes, mas também nos avós, afetando o bem-estar e a saúde mental das crianças. Nos casos de mães adolescentes solteiras que moram apenas com as avós maternas dos bebês, sem outra figura parental, a pesquisa norte-americana de Steinberg (1987) apontou que as mães eram menos efetivas na disciplina dos filhos, mais suscetíveis à pressão dos colegas e mais prováveis de tomarem decisões sem o consentimento das avós.

No Brasil, a pesquisa de Fonseca (2000), realizada no interior da Bahia, também demonstrou que as adolescentes que moravam com seus pais pareciam ter mais dificuldades para exercer a

maternidade. Continuando no papel de filhas dependentes, o bebê era responsabilidade dos seus familiares, diminuindo, assim, o seu papel de mãe. Já as adolescentes que haviam constituído seu próprio núcleo familiar tinham que assumir a criação dos seus filhos. A pesquisadora também constatou que a diferença entre constituir uma nova família e viver com a família de origem parecia interferir na educação que as mães adolescentes davam aos seus filhos. Quando elas eram as "donas da casa", todos os cuidados com a criança e demais tarefas estavam sob seu controle e sua responsabilidade. No caso daquelas que moravam com seus familiares de origem ou com familiares de seus companheiros, percebia-se uma subordinação à "dona da casa", que assumia ou ajudava nas tarefas da maternidade, exercendo mais influência que elas na educação das crianças.

Lagôa (1991) mencionou que muitas adolescentes não agüentam a situação e entregam os filhos para suas mães, sendo essas crianças criadas como irmãs. Nessas situações ocorre muitas vezes o conflito de papel, ou seja, a ocorrência simultânea de dois (ou mais) conjuntos de pressões, de tal forma que o cumprimento de uma delas tornaria difícil ou mesmo impossível o cumprimento da outra (Salem, 1980). Na pesquisa de Silva e Salomão (2003) realizada com mães adolescentes e avós maternas dos bebês de baixa renda da cidade de João Pessoa, a maioria das mães morava com sua família de origem, as avós dos bebês assumiam mais o papel de cuidar/apoiar a filha e o(a) neto(a), desenvolvendo, muitas vezes, o papel de mães substitutas. Em alguns casos havia manifestações do desejo de registrar o(a) neto(a) como filho(a), denotando o conflito de papéis entre ser mãe e avó do bebê.

Segundo Knoplich e Guimarães (1999), o estudo designado *National Survey of Families and Householders*, realizado pela Escola de Saúde Pública da Universidade da Califórnia, verificou que 158 avós que ficaram responsáveis pela custódia e educação de seus netos por mais de dois anos tinham duas vezes mais depressão do que aqueles que não estavam com a custódia. Constatou-se ainda que, geralmente, a avó materna era mais sensível, o estado depressivo ocorria no início do processo de criação do(a) neto(a). Foi visto ainda que quanto mais jovens os avós, pior a depressão.

Entrementes, algumas pesquisas realizadas (Robertson, 1977; Crawford, 1981; Langer, 1990) assinalaram que grande parte dos avós de bebês de pais adultos expressou conforto, satisfação e prazer com o papel, avaliando-se como fonte de felicidade, de renovação biológica, de ajuda e sentindo-se responsável pelos netos. Muitos deles salientaram a renovação do entusiasmo e do interesse pela vida, bem como um revivescimento de sua experiência com os próprios avós. Houve poucos elementos de desprazer no papel e a autoridade não emergiu como um valor central. De acordo com Thomas (1989), a satisfação e o estresse com o papel de ser avô(ó) estão intrinsecamente relacionados com o desenvolvimento dos netos. À medida que o neto cresce, as avós passam mais tempo guiando a família com disciplina e conselhos de forma mais detalhada, enquanto que os avós passam mais tempo brincando.

Noutro estudo realizado por Thomas (1986), com 275 avós (divididos em três grupos etários: 45 a 60 anos; 61 a 69 e 70 a 90 anos) representando, respectivamente, os avós jovens, de meia-idade e idosos, foi visto que os dois primeiros grupos apresentaram ter mais responsabilidade com a disciplina do neto, cuidado e conselhos sobre a criação, do que o último. Destaca-se que não houve diferença entre os grupos acerca do nível de satisfação com o papel, porém, o grupo dos mais jovens expressou ter mais responsabilidade em dar conselhos sobre a criação dos mesmos. A pesquisadora levantou a hipótese de que os avós mais jovens se lembravam mais da criação de seus filhos e acreditavam que deveriam exercer um papel mais atuante.

Segundo Hagestad e Burton (1986), no caso dos avós precoces, pode existir um clima desfavorável em relação ao papel que desempenham, especialmente as avós, a quem compete o maior ônus. Nessa direção, a insatisfação delas tornou-se ainda maior quando assumiram a posição de mães substitutas. Para esses autores, tornar-se avó muito cedo implica dificuldades tanto individuais como familiares.

Considerações Finais

No presente estudo, verificou-se que a maior parte das pesquisas averiguadas enfatizou a figura das

avós maternas dos bebês diante da maternidade adolescente. Foi visto que, em suma, há pelo menos três situações típicas a serem observadas no relacionamento entre os avós dos bebês e as mães adolescentes: os avós que assumem a responsabilidade pelo cuidado infantil; os avós que ficam envergonhados com a gravidez, têm pouca confiança na maturidade e julgamento da adolescente, e se tornam tão restritivos que o desenvolvimento da adolescente como mãe é inibido; a adolescente que assume a responsabilidade pelo cuidado da criança, ficando os avós disponíveis apenas como fonte de apoio, não cuidando o tempo todo do bebê.

Outrossim, muitos avós ficam aliviados por não terem a responsabilidade primária como cuidadores, porém, a expectativa de ser um recurso e não uma interferência pode ser também opressiva, provavelmente porque é difícil para eles saberem quando estão ajudando ou interferindo. É importante que tenham vida própria, ou seja, que não vivam em função total dos netos, embora sejam fundamentais para, muitas vezes, amortecerem o estresse do casal e também para lhe dar a oportunidade de vivenciar a vida a dois.

A mediação dos pais é essencial no relacionamento entre avós e netos; os limites entre ser pais e ser avós devem ser demarcados, sendo função dos pais a responsabilidade pelos filhos. Dessa forma, é importante o respeito a cada função dos membros familiares a fim de estruturar um contexto harmonioso, saudável e socialmente produtivo. Também, do ponto de vista de alguns pesquisadores, para que ocorra uma boa relação entre os avós e os pais das crianças, é necessário que os avós só dêem conselhos e opiniões quando solicitados. "Aprender a cuidar dos filhos é algo que se dá através dos erros e não dos acertos" (Brazelton, 1994, p.523). Em suma, deve haver um aprendizado por parte dos pais, a ser desenvolvido por conta própria. Acredita-se que a participação dos pais dos adolescentes e dos adolescentes em programas socioeducativos durante a gravidez provavelmente favoreça uma melhor compreensão acerca do exercício materno e da delimitação de papéis entre ser pais e avós da criança.

Convém salientar que a maioria das pesquisas apontadas neste artigo é norte-americana e européia, ou seja, retrata uma realidade socioeconômica,

histórica e cultural diferente do Brasil. Para futuros estudos, faz-se mister investigar também a figura do pai do bebê, a participação dos avós maternos e paternos e de outros membros familiares envolvidos na questão. Algumas variáveis também merecem enfoque, tais como: a influência das proximidades e distâncias geográficas, a idade, o estado civil dos avós e dos pais da criança.

Referências

- Associação Americana de Aposentados (2001). Laços fortes unem avós e netos nos Estados Unidos. *Perspectivas Econômicas* [On-line serial]. Disponível: <http://usinfo.state.gov/>
- Barros, M.L. (1987). *Autoridade e afeto: avós, filhos e netos na família brasileira*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Becker, M.J. (2000). A ruptura dos vínculos: quando a tragédia acontece. In S.M. Kaloustian (Org.). *Família brasileira, a base de tudo* (pp.60-76). São Paulo: Cortez.
- Brazelton, T.B. (1994). *Momentos decisivos do desenvolvimento infantil*. São Paulo: Martins Fontes.
- Black, M.M., Papas, M.A., Hussey, J.M., Hunter, W., Dubowitz, H., Kotch, J.B., English, D., & Schneider, M. (2002). Behavior and development of preschool children born to adolescent mothers: risk and 3-generation households. *Pediatrics*, 109 (4), 573-580.
- Castro, C.M. (2004). A vovó na janela. *Veja*, (1879), 20.
- Costa, C. (1998). As avós também têm seu dia. *Diário de Pernambuco* [On-line serial]. Disponível: <http://www.dpnet.com.br/1998/07/26/urbana60.html>
- Crawford, M. (1981). Not disengaged: grandparents in literature and reality, an empirical study in role satisfaction. *Sociological Review*, 29, 499-519.
- Dias, C.M.S.B., & Silva, D.V. (1999). Os avós: uma revisão da literatura nas três últimas décadas. In T. Féres-Carneiro (Org.). *Casal e família, entre a tradição e a transformação* (pp.118-149). Rio de Janeiro: Nau.
- Douglas, G., & Ferguson, N. (2003). The role of grandparents in divorced families. *International of Law, Policy and the Family*, 17 (1), 41-67.
- Dulles, V. (2000). *Avós utilizam internet para manter contato com os netos* [On-line]. Disponível: <http://www.insinuancia.com.br/familia.html>
- Eisenberg, A.R. (1988). Grandchildren's perspectives on relationships with grandparents: the influence of gender across generations. *Sex Roles*, 19 (3/4), 205-217.
- Elster, A.B., McAnarney, E.R., & Lamb, M.E. (1983). Parental behavior of adolescent mothers. *Pediatrics*, 71 (4), 494-503.
- Fischer, L.R. (1983). Transition to grandmotherhood. *International Journal of Aging and Human Development*, 16 (1), 67-78.
- Flaherty, M. (1988). Seven caring functions of black grandmothers in adolescent mothering. *Maternal-Child Nursing Journal*, 17 (3), 191-207.
- Fonseca, A.L.B. (2000). *Práticas educativas no contexto das mães adolescentes*. Dissertação de mestrado não-publicada, Universidade Federal da Bahia, Salvador.
- Franks, L., Hughes, J., Phelps, L., & Williams, D. (1993). Intergenerational influences on midwest college students by their grandparents and significant elders. *Educational Gerontology*, 19, 265-271.
- Gladstone, J.W. (1991). An analysis of changes in grandparent-grandchild visitation following and adult child's remarriage. *Canadian Journal of Aging*, 8 (4), 355-365.
- Hagestad, G., & Burton, L. (1986). Grandparenthood: life context and family development. *American Behavioral Scientist*, 29 (4), 471-484.
- Haglund, K. (2000). Parenting a second time around: an ethnography of african american grandmothers parenting grandchildren due parental cocaine abuse. *Journal of Family Nursing*, 6 (2), 120-135.
- Hoffman, E. (1980). Young adults' relations with their grandparents: an exploratory study. *International Journal of Aging and Human Development*, 10 (3), 299-310.
- Jaskowski, S., & Dellasega, C. (1993). Effects of divorce on the grandparent-grandchild relationship. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing*, 16 (3), 125-133.
- Jonhson, C.L. (1983). A cultural analysis of the grandmother. *Research on Aging*, 5 (4), 547-567.
- Jonhson, C.L. (1988). Active and latent functions of grandparenting during the divorce process. *Gerontologist*, 28 (2), 185-191.
- Kahana, E., & Kahana, B. (1971). Theoretical and research perspectives of grandparenthood. *Aging and Human Development*, 2, 261-265.
- Kaslow, F., & Schwartz, L. (1995). *As dinâmicas do divórcio: uma perspectiva de ciclo vital*. Campinas: Psy.
- Knoplich, J., & Guimarães, B. (1999). Depressão das avós criando netos. *Revista de Atualização Médica* [On-Serial]. Disponível: <http://www.2.uol.com.br/ram/16/medipac.htm>
- Lagôa, A. (1991). Meninas e grávidas. *Revista Nova Escola*, 52, 10-25.
- Langer, N. (1990). Grandparents and adult grandchildren: what do they do for one another? *International Journal of Aging and Human Development*, 31 (2), 101-110.
- Lispector, C. (1998). *Laços de família: contos*. Rio de Janeiro: Rocco.
- Márquez, G.G. (1972). *A incrível e triste história da Cândida Erêndira e sua avó desalmada*. Rio de Janeiro: Record.
- Oyserman, D., Radin, N., & Benn, R. (1993). Dynamics in a three-generational family: teens, grandparents and babies. *Developmental Psychology*, 29 (3), 564-572.
- Peixoto, C.E. (2000). Avós e netos na França e no Brasil: a individualização das transmissões afetiva e materiais. In

- C.E. Peixoto, F. Singly, V. Cicchelli (Orgs.). *Família e individualização* (pp.95-111). Rio de Janeiro: FGV.
- Reuters (2002). Grupo avós da praça de maio completa 25 anos. *Mundo*[On-line serial]. Disponível: <http://noticias.terra.com.br/mundo/interna/0,5502,0l62781-EI294,00.html>
- Robertson, J.F. (1977). Grandparenthood: a study of role conceptions. *Journal of Marriage and the Family*, 166-174.
- Rossi, M. (2000). São Joaquim e Santa Ana abençoai nossos avós! *Correio da Paraíba* [On-line serial]. Disponível: <http://www.correiodaparaiba.com.br/>
- Salem, T. (1980). *O velho e o novo: um estudo de papéis e conflitos familiares*. Petrópolis: Vozes.
- Seligman, M. (1991). Grandparents of disabled grandchildren: hopes, fears and adaptation. *Families in Society*, 147-152.
- Silva, D.V., & Dias, C.M.S.B. (1998). Relacionamento avós-netos adolescentes na percepção dos adolescentes. In Associação Brasileira de Terapia Familiar (Org.). *Anais do Congresso Brasileiro de Terapia Familiar*, 3 (pp.184-188). Rio de Janeiro: ABRATEF.
- Silva, D.V., & Salomão, N.M.R. (2003). A maternidade na perspectiva de mães adolescentes e avós maternas dos bebês. *Estudos de Psicologia*, 8 (1), 135-146.
- Spieker, S.J., & Bensley, L. (1994). Roles of living arrangements and grandmother social support in adolescent mothering and infant attachment. *Developmental Psychology*, 30 (1), 102-111.
- Spieker, S.J., & Booth, C.L. (1988). Maternal antecedents of attachment quality. In J. Belsky & T. Nezworski (Eds.), *Clinical implications of attachment* (pp. 95-135). Hillsdale, N.J.: Lawrence Erlbaum Assoc.
- Spieker, S.J., Bensley, L., McMahon, R.J., Fung, H., & Ossiander, E. (1996). Sexual abuse as a factor in child maltreatment by adolescent mothers of preschool aged children. *Development and Psychopathology*, 8, 497-509.
- Steinberg (1987). The impact of puberty on family relations: effects of pubertal status and pubertal timing. *Developmental Psychology*, 23, 451-460.
- Thomas, J.L. (1986). Age and sex differences in perceptions of grandparenting. *Journal of Gerontology*, 41 (3), 417-423.
- Thomas, J.L. (1989). Gender and perceptions of grandparenthood. *International Journal of Aging and Human Development*, 29 (4), 269-282.
- Thomas, J.L. (1990). The grandparent role: a double bind. *International Journal of Aging and Human Development*, 31 (3), 169-177.
- Unger, D.G., & Cooley, R.N. (1992) Partner and grandmother contact in black and white teen parent families. *Journal of Adolescent Health*, 13, 546-552.
- Unger, D.G., & Wandersman, L.P. (1988). The relation of family and partner support to the adjustment of adolescence mothers. *Child Development*, 59, 1056-1060.
- Vechiolla, F.J., & Maza, P.Z. (1989). *Pregnant and parenting adolescents*. Washington, DC: Welfare League of America.

Recebido para publicação em 28 de abril de 2004 e aceito em 11 de abril de 2005.

Instruções aos Autores

Estudos de Psicologia é uma revista trimestral do programa de Pós-Graduação em Psicologia do Centro de Ciências da Vida da Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Fundada em 1983, é classificada na lista Qualis como A Nacional e está indexada nas bases de dados nacionais e internacionais LILACS, 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 do Brasil e de vários outros países. Para garantir a abrangência nacional e internacional dos trabalhos, Estudos de Psicologia estipula, em cada fascículo, a publicação de até 40% de trabalhos de autores de instituições do estado de São Paulo e o restante preferencialmente de outras partes geográficas do país ou do exterior. Adicionalmente, aceita trabalhos originais de todos os tipos de pesquisas em qualquer área da Psicologia.

Tem como objetivo promover e divulgar o conhecimento científico e técnico nas áreas de Psicologia bem como discutir o significado de práticas tanto no campo profissional como no da pesquisa através de publicações de originais nas seguintes categorias:

- Contribuição teórica, revisão de literatura, artigo clínico, estudo de caso, estudo sobre testes psicológicos e relato de pesquisa, com no máximo 25 laudas, incluindo tabelas, figuras, quadros e referências;
- Comunicação: texto breve relatando pesquisas de forma sintética e opinião sobre assuntos relevantes, com no máximo dez laudas;
- Resenha: apresentação e análise de livros publicados na área, no máximo há dois anos e com no máximo cinco laudas;
- Resumo de teses e dissertações, com indicação do orientador e da universidade onde foi defendida;
- Informativo: informações sobre sociedade e 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.

Apreciação pelo conselho editorial

Os originais serão aceitos para avaliação desde que não tenham sido publicados anteriormente e venham acompanhados de carta de encaminhamento assinada pelos autores do trabalho solicitando publicação na revista. Os originais serão encaminhados sem o nome 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 avaliação. 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 20 dias. Os originais, mesmo quando não aprovados para publicação, permanecerão de posse da revista Estudos de Psicologia. Pequenas alterações no texto poderão ser feitas pelo conselho editorial da revista de acordo com critérios e normas operacionais internas.

Forma de apresentação dos originais

Estudos de Psicologia adota as normas de publicação da *American Psychological Association* – APA (4ª edição, 2001). Os originais devem ser redigidos em português, inglês, francês ou espanhol. Todos os originais devem incluir um resumo e título em português e inglês.

Os originais devem ser apresentados em três vias, digitados em espaço duplo, acompanhados de cópia em disquete ou CD, gravados em editores de texto similares ou superiores ao *Word for Windows*, em fonte *Times New Roman*, tamanho 12.

O texto deverá ter de 12 a 20 laudas (cada lauda deve ter 40 linhas com 80 caracteres), paginadas desde a folha de rosto personalizada, que deverá apresentar o número 1. A página deverá ser de tamanho A4, com formatação de margens superior e inferior (no mínimo 2,5cm), esquerda e direita (no mínimo 3cm).

Cada página impressa corresponde a mais ou menos três páginas do original incluindo as folhas de rosto, tabelas, figuras e referências bibliográficas. A versão reformulada deve ser encaminhada em três vias no formato em papel e uma via por meio eletrônico. Deve 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.

Todo e qualquer encaminhamento inicial à revista deve vir acompanhado de carta assinada pelo autor principal autorizando a publicação e indicando a aceitação das normas da revista. Na declaração deve constar não ter apresentado na íntegra o trabalho em outro veículo de informação, bem como a autorização e/ou direitos concedidos por terceiros, caso transcreva figuras, tabelas ou trechos (mais de 200 vocábulos) editados por outros autores. Na declaração deve haver menção a quaisquer ligações ou acordos de financiamento entre os autores e instituições que possam ter interesse na publicação do original.

Para a publicação final os trabalhos com vários autores devem vir acompanhados de uma carta assinada por todos os autores. 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 da sua exclusiva responsabilidade.

Apresentação dos originais

Os trabalhos devem ser apresentados na seguinte ordem:

Folha de rosto com identificação dos autores, contendo:

- Título completo em português;
- Sugestão de título abreviado para cabeçalho, não excedendo cinco palavras;

- Título completo em inglês compatível com o título em português;
- Nome de cada autor, seguido por afiliação institucional;
- Indicação do autor para correspondência, seguida de endereço completo de acordo com as normas do correio e endereço eletrônico para contato;
- 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 afiliação institucional;
- Incluir nota de rodapé contendo apoio financeiro, agradecimentos pela colaboração de colegas e técnicos em parágrafo não superior a três linhas, origem do trabalho, e outras informações, como, por exemplo, se anteriormente foi 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 deve conter o mínimo de 100 e o máximo de 150 palavras, ou seja, de cinco a dez linhas; deve conter de três a cinco palavras-chave que descrevam o conteúdo do trabalho; tais palavras devem ser grafadas com letras minúsculas e separadas com ponto e vírgula, de acordo com o Thesaurus da APA a fim de facilitar a indexação do trabalho. No caso de relato de pesquisa, o resumo deve 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* deve ser compatível com o texto do resumo. Deve 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 deve 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. Nota de rodapé só é permitida na primeira lauda para notificar auxílios recebidos, apresentação em eventos, agradecimentos e atribuição de créditos.

Tabelas, quadros, figuras e fotografias somente deverão ser incluídos no corpo do trabalho se forem essenciais à compreensão do texto, recomendando-se o máximo de contenção nesse sentido. Além disso, devem vir acompanhados de título que traduza essencialmente o que se acha contido neles. Como regra, devem vir em folha à parte e os locais sugeridos para inclusão de figuras e tabelas deverão ser indicados no texto, por meio de expressões, como, por exemplo, "Inserir Figura 1 aqui". Tabelas, quadros, figuras e fotografias de outros autores só poderão ser reproduzidos se acompanhados da indicação da fonte de referência e com cópia da devida autorização anexada aos originais.

As citações bibliográficas deverão ser feitas de acordo com as normas da APA. No caso de transcrição na íntegra de um texto, a citação deve ser delimitada por aspas seguidas do número da página citada.

Referências e citações no texto

As referências devem ser indicadas em ordem do último sobrenome do autor principal.

Trabalhos de autoria única ou do mesmo autor devem ser ordenados por ano de publicação, vindo em primeiro lugar o mais antigo.

Trabalhos com um único autor vêm antes dos trabalhos de autoria múltipla quando o sobrenome é o mesmo. Trabalhos em que o primeiro autor seja o mesmo mas co-autores sejam diferentes devem guardar a ordem alfabética do sobrenome dos co-autores. Trabalhos com os mesmos autores devem ser ordenados por data; vindo em primeiro lugar o mais antigo. Trabalhos com a mesma autoria e a mesma data deverão ser ordenados pelo título em ordem alfabética. A formatação das referências deve facilitar a tarefa de revisão e de editoração –além de espaço 1,5 e tamanho de fonte 12, o parágrafo deve ser normal sem recuo e sem deslocamento das margens.

Os grifos devem ser indicados por fonte em itálico. No corpo da colaboração as indicações devem ser feitas por meio do sobrenome dos autores e do ano de publicação constante nas referências.

Nos casos em que os trabalhos citados não foram consultados na fonte (citação secundária), citar o nome do autor original não consultado diretamente, apud nome 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 deve incluir as duas datas, a original e a data da edição lida pelo autor.

As citações de artigo de autoria múltipla devem ser feitas da seguinte forma:

- Artigo com dois autores: cite os dois nomes sempre que o artigo for referido;
- Artigo com três a cinco autores: cite todos os autores na primeira referência; da segunda referência em diante utilize sobrenome do primeiro autor seguido de "et al." e da data, caso seja a primeira citação no parágrafo;
- Artigo com seis ou mais autores: cite apenas o sobrenome do primeiro autor, seguido de "et al." e da data. Porém, na seção de referências todos os nomes dos autores deverão ser relacionados.

Exemplos de referências

Artigo de revista científica

Borrión, R., & Chaves, A.M. (2004). Análise documental e contexto de desenvolvimento: estatutos de uma instituição de proteção à infância de Salvador, Bahia. *Estudos de Psicologia*, 21 (2), 17-28.

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.

Livros

Witter, G. P. (2004). *Educação e Psicologia: cinquenta anos de profissão*. São Paulo: Ateliê Editorial.

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: Papyrus.

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, citado por Lipp, 2001) ...". Na seção de referências citar apenas a obra consultada (no caso, Lipp, 2001).

Teses ou dissertações não publicadas

Malagrís, L.E.N. (2004). *A via L-arginina-óxido nítrico e o controle do stress em pacientes com hipertensão arterial sistêmica*. Tese de Doutorado Não-Publicada, Centro Biomédico de Pós-Graduação em Fisiopatologia Clínica e Experimental, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual do Rio de Janeiro.

Autoria institucional

World Health Organization (1999). *Guidelines for the Management of Hypertension* Washington, DC: Author.

Trabalho apresentado em congresso com resumo publicado em anais

Justo, A.P., Raimundo, R.T., Pazero, E.S., & Mattos, T.M.G. (2002). Stress e hipertensão: a intensidade do stress nas diferentes faixas etárias. [Resumo]. In Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo (Org.). *Resumos de comunicações científicas, XXIII Congresso de Cardiologia* (p.89). Campos do Jordão, SP.

Trabalho apresentado em congresso, mas não publicado

Se o resumo não foi publicado, citar os autores, a data em parênteses, o nome do trabalho apresentado com grifo, seguido do nome do congresso e da instituição que o organizou, e cidade onde foi apresentado.

Comunicação pessoal (carta, e-mail, conversa)

Citar apenas no texto, dando as iniciais e o sobrenome da fonte e a data. Não incluir nas referências.

Anexos

Anexos só poderão ser introduzidos quando contiverem informação indispensável para a compreensão dos textos.

Tabelas, figuras e fotografias

Devem incluir título e notas e não podem exceder 15cm de largura x 21cm de comprimento. Sua largura deve se limitar a 60 caracteres para tabelas simples. Em tabelas mais complexas, deve-se incluir três caracteres de espaço entre as colunas; a tabela não deve exceder 43 linhas, incluído título.

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 a transferência de direitos do autor para a revista, sendo assegurada a mais ampla disseminação da informação.

Reprodução parcial de outras publicações

Os artigos submetidos à publicação devem evitar citações muito grandes extraídas de publicações de outros autores. Recomenda-se evitar a reprodução de tabelas, quadros ou desenhos. Quando isso acontecer, deve vir acompanhada de permissão dos autores que detenham os direitos autorais.

LISTA DE CHECAGEM

Declaração de responsabilidade e transferência de direitos autorais assinada por cada autor

Enviar ao editor três vias do original (um original e duas cópias) e um disquete ou CD

Incluir título do original, em português e inglês

Verificar se o texto, incluindo resumos, tabelas e referências, está reproduzido com letras *Times New Roman*, corpo 12 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

Legendas das figuras e tabelas

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

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.

Primeiro autor:

Autor responsável pelas negociações: título do original:

1. Declaração de responsabilidade: todas as pessoas relacionadas como autores devem assinar declarações de responsabilidade nos termos abaixo:

- certifico que participei da concepção do trabalho para tornar pública minha responsabilidade pelo seu conteúdo, que não omiti quaisquer ligações ou acordos de financiamento entre os autores e companhias que possam ter interesse na publicação deste artigo;

- certifico que o original é original e que 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 revista Estudos de Psicologia, quer seja no formato impresso ou no eletrônico, exceto o descrito em anexo.

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 ____ / ____ / ____

Instructions to Authors

Estudos de Psicologia is the Pontifícia Universidade Católica de Campinas' periodical from Life Sciences Center Psychology Graduate Program. Founded in 1983, it is qualified as A Nacional at Qualis List, and is indexed at the national and international database, such as LILACS, CLASE, PsycINFO e Index Psi.

The journal editorial options

Estudos de Psicologia encourages the scientific community's national and international contributions and it is distributed into Brazil and outside, and that is why there is a publication origin division in each issue: 40% from São Paulo State, and the others 60% from other regions or countries. Also, all psychology researches are accepted, and there is no area or specialization restriction.

This journal's editorial proposal is to be a vehicle for Psychology scientific and technical advance of knowledge, and also to discuss its application at the professional and research fields through original publications in the following categories:

- Theoretical contribution, lecture review, clinical study, case study, psychological tests appraisal, research report. It may not exceed 25 pages, including the timetables, illustrations, pictures, and references;
- Communication: essay briefly emphasizing the researches and current themes debate, using at most ten pages;
- Book Reviews: analysis and interpretation of books published in the last two years in Psychology, using at most five pages;
- Thesis summary with the college and sponsor professor indication;
- Informative: Scientific society and events information, ongoing researches, thesis and essays defenses, courses and others.

Professional responsibility

Every author is responsible for the contributions made, and must follow the Psychology Federal Council and the Health National Council.

Review policy

The articles will be accepted to the valuation process if they had not been published before by any other vehicle, and have attached the publication requirement letter signed by their authors.

The originals must be directed without authors' name to two members of the Estudos de Psicologia editorial council, or to two consultants ad hoc among the area specialists. Two favorable reviews are necessary for the final publication acceptance. If there is any disapproval, the article may be sent to another consultant evaluation.

The reviewer's names will be preserved.

The authors may be informed about their article acceptance or refusal. The studies which receive modifying

instructions must be sent to their authors with the respective notes, and must be resent in 20 days. The originals, even the not approved ones, will be part of the Estudos de Psicologia database. Some modifications can be made by this journal editorial council following the internal rules and criteria.

Editorial style

The American Psychological Association – APA (4th edition, 2001) editorial rules are followed by Estudos de Psicologia. The originals may be typed in Portuguese, English, French or Spanish, and every original must have a title and an abstract in Portuguese and English.

The originals may be presented with three copies, all double spacing typed, followed by a floppy or CD copy, using Word for Windows, Times New Roman font, number 12.

The text of all the contributions must be from 12 to 20 pages at most. Each page should have 40 lines with 80 characters each, numbered consecutively from the first sheet of the original (frontispiece). It's necessary to use the A4 paper, using at least 2,5 cm for the superior and inferior margins, and 3cm to the left and right ones.

Every printed page corresponds to 3 original pages, including the frontispiece, timetables, illustrations, bibliographic references. Those three final version copies must be directed on paper and by e-mail. The authorization for the Portuguese and English study abstracts and the on-line study version publication should be also sent.

The authors' authorization letter for publishing must follow all texts addressed to this journal where it is indicated this journal's rules agreement. It is also necessary to reinforce this study had not been published in any other vehicle, and there is no authorization and/or rights from others, in case of illustration, timetables or even parts of texts citations edited by another professional. At this document has to be mentioned any financial deal among authors and institutions.

When there is more than one author, for the final publication, a letter signed by all authors must be sent in with the article. The bibliographical references, and the statements published are the author(s)'s responsibility.

Manuscript submission

The texts must be presented according to the sequence below:

- Authors' identifications at the frontispiece, including:
- Portuguese title;
- Title suggested contraction to the headline, not exceeding 5 words;
- Title in English;
- Every author's name, followed by the institution where they belong to;
- Author's mail indication, followed by address, according to the mailing rules, and the e-mail.
- Mail address indication for the editor correspondence, including fax, phone, and e-mail.

- If necessary, indicate the institutional affiliation changes;
- Include at the footnote financial support, regards, and others not exceeding three lines. In this paragraph must be the study origin, and other information, such as other publication events where it has been, if it is any thesis or essay derivative, the database process, etc.

Portuguese abstract in a separate sheet

The abstract must have at least 100 words and no more than 150. It may have from 5 to 10 lines. Exception to the books review, every text needs an abstract. The abstract may present from 3 to 5 keywords that describe the study content, and they have to be underlined using short/ small letters, separated by semi-colon, as APA Thesaurus requirements, in order to facilitate the study index. In case of research reports, the abstract has to present a short mention about the investigated problem, the sample specifications, database methodology, results and conclusion.

English abstract in a separate sheet

The abstract must be adequate to the text, and attend to the same requisitions, present adequate key words.

Study organization

Every study should be clearly organized, with titles and subtitles that help the reading. The research reports texts must have introduction, methodology, results and discussion. The footnote is allowed only at the first page in order to notify the support received, events presentation, regards and credit attributions.

Timetables, pictures, illustrations and photos must be included only in the body text if they are essential to the text comprehension, but it is not recommended these resources abusive use. When used, these resources must have titles that briefly explain their content, be indicated on the text, and come in a separate sheet. The indications can be made by expressions, such as "insert Figure 1 here". Other authors' timetables, pictures, illustrations and photos have their reproduction allowed if they are followed by the reference font indication and the authorization copy attached to the originals.

The bibliographical citations must follow the APA rules. In cases of text transcription, the citation must be between inverted commas and followed by the respective page number. References and text citations

The references should be indicated from the last main author's last name.

Studies from the same author or whose authority is unique must follow the chronological order. The unique authority studies come before the multiple ones when the last name is the same. Studies which the first author is the same, and the co-authors are different must follow the co-authors alphabetical order.

Studies whose authors are the same must follow the chronological order. The title alphabetical order is going to be the new criteria if authors and dates are the same.

The references presentation must help the review and editorial tasks - 1,5 spacing and 12 font, the paragraph must be standard without margins displacement or backward.

The underlined words must be indicated by italic font, and at the collaboration body text the indications must be done using the authors' last name and the publication year presented at the references. In cases which the mentioned studies were not consulted at the font, it is necessary to present the original author not straight consulted, apud the consulted author's name, date. At the references,

put only the consulted study and its date. When the citations are elderly and there are new editions, the citation must present both dates, the original and the used edition.

The multiple authority article citations must be like this:

- Two authors article: present both names, every time the article is mentioned;
- Three to five authors article: at the first paragraph citation, mention every author at the first reference, and use the first author's last name followed by "et al.," and the date to the other citations;
- Six or more authors article: mention only the first author's last name followed by "et al." and the date. At the references section all authors name must be listed.

References examples

Scientific journal article

Borrior, R., & Chaves, A.M. (2004). Análise documental e contexto de desenvolvimento: estatutos de uma instituição de proteção à infância de Salvador, Bahia. *Estudos de Psicologia*, 21 (2), 17-28.

In press Scientific journal article

Indicate where the study is in press. Include the journal name underlined, followed by the title. The volumes and pages should not be mentioned. The study in press should be mentioned.

Books

Witter, G. P. (2004). *Educação e Psicologia: cinquenta anos de profissão*. São Paulo: Ateliê Editorial.

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.

Elderly study and re-edited in a posterior date

Erikson, E.H. (1963). *Childhood and society* (2nd ed.). New York: Norton. (Originalmente publicado em 1950).

Secondary citation

If the original is not read, the authors should be mentioned according to his model: "Selye (1936, by Lipp, 2001) ...": at the references section, only the consulted study must be specified (In this case, Lipp, 2001).

Non-published thesis and essays

Malagris, L.E.N. (2004). *A via L-arginina-óxido nítrico e o controle do stress em pacientes com hipertensão arterial sistêmica*. Tese de Doutorado Não-Publicada, Centro Biomédico de Pós-Graduação em Fisiopatologia Clínica e Experimental, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual do Rio de Janeiro.

Institutional authority

World Health Organization (1999). *Guidelines for the Management of Hypertension* Washington, DC: Author.

Paper presented in congress whose article was published in proceedings

Justo, A.P., Raimundo, R.T., Pazero, E.S., & Mattos, T.M.G. (2002). Stress e hipertensão: a intensidade do stress nas diferentes faixas etárias. [Resumo]. In Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo (Org.). *Resumos de comunicações científicas, XXIII Congresso de Cardiologia* (p.89). Campos do Jordão, SP.

Non - published study presented in congress

If the study was not published, it is necessary to specify the author's names, date in parenthesis, the study name underlined, followed by the congress and the responsible institution, and its city.

Personal communication (letter, e-mail, conversation)

Only the text should be mentioned, with the font initial letters, the last name and the date. The references must not be specified.

Attachments

The attaches may be included only when they convey essential information to the text comprehension.

Timetables, illustrations, photos

These items must have titles and notes, and must be presented on paper and electronic file. At the printed version, the timetable can not exceed 18cm width and 24 cm length.

Estudos de Psicologia journal authorial rights

All editorial rights are reserved, and no publication items can be reproduced, or stocked by any system, or even be transmitted by any vehicle without the editor-in-chief written previous authorization, or reference credit, according to Brazilian authority laws. The study approval for publication involves the rights transference from the author to the journal, assuring the information dissemination.

Other publishing partial reproduction

It is important to avoid other authors' publishing extended citations. It is recommended to avoid timetable, picture or drawing reproduction. In cases it is necessary, they must be followed by their authors' permission.

CHECKLIST

- Responsibility and authorship rights transference statement signed by each author
- 3 original printed versions (one original and 2 copies), one floppy or CD copy
- Portuguese and English titles
- Verify the text format: Times New Roman font, number 12, double spacing, with at least 2,5cm superior and inferior and 3cm left and right margins format;

- Contract title, not exceeding 5 words;
- Keywords present
- At most 150 word abstract in Portuguese and English, or in French or Spanish, using the index terms;
- Illustration and timetable legends
- Frontispiece with the required information
- Process number, financial support institution's name identification
- Thesis or essay derivative article indication, specifying the title, institution name, year defense and number of pages
- Verify the APA rules for the references
- Editors' permission for the reproduction of published illustrations and timetables

RESPONSIBILITY AND AUTHORSHIP RIGHTS TRANSFERENCE STATEMENT

Every author must read and sign the documents (1) Responsibility Statement and (2) Authorship Rights Transference Statement.

Main author:

The responsible author for the negotiation:

The original title:

1. Responsibility Statement: every author must sign in these terms:

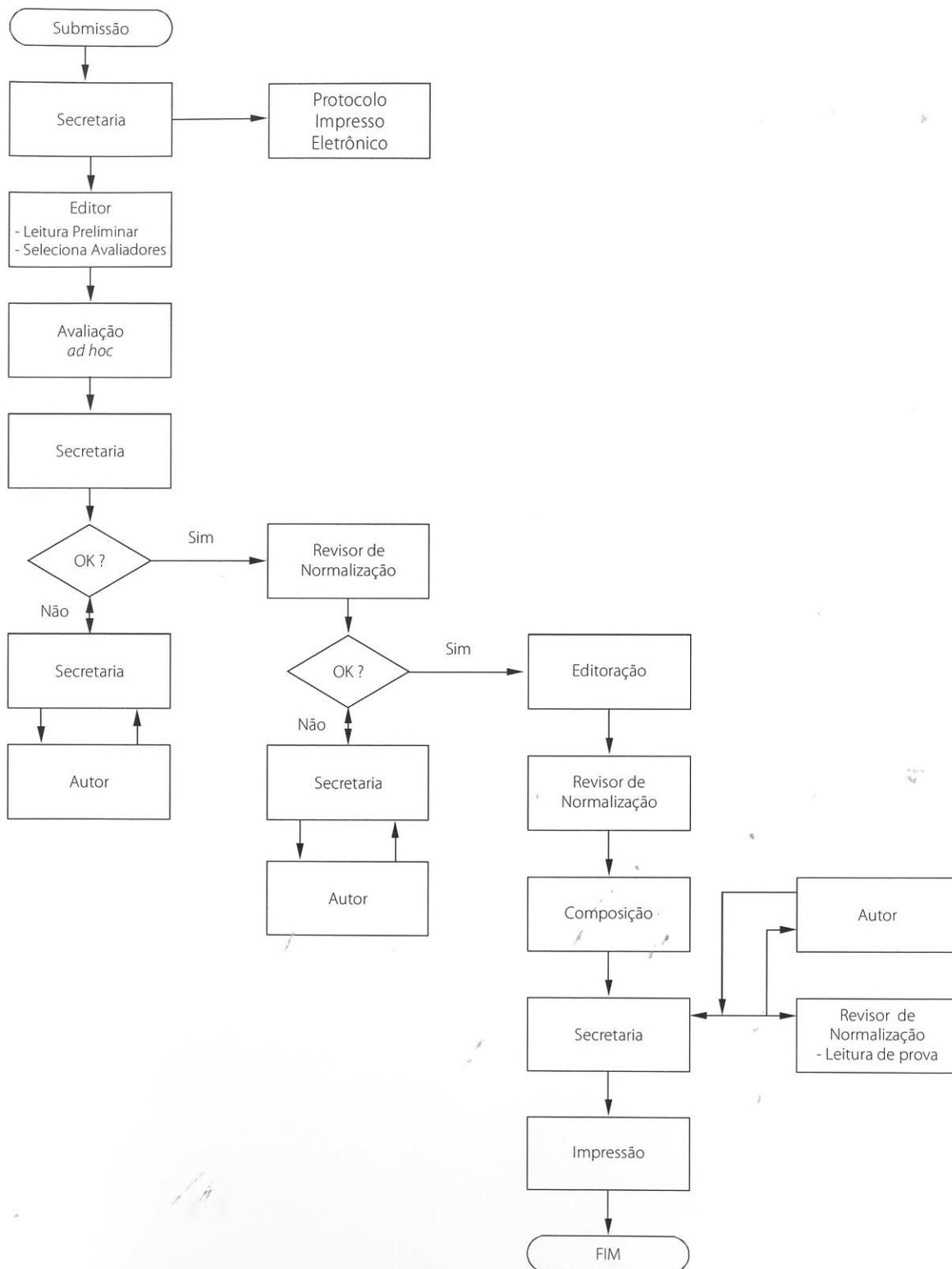
- I confirm my participation to this study development process to make it public, and I assure its contend, reinforcing that nothing was omitted, neither any financial support or deals among the authors and any company interested in this article publication;
- I also assure the original is real and truth, and it had not been sent any other publishing vehicle.

2. Authorship Rights Transference Statement: "I agree that, in case this article is accepted by this journal council evaluation process, this vehicle assumes all its authorship rights, and becomes responsible to its reproduction without previous authorization."

Author(s) signature(s)

date: ____ / ____ / ____

Fluxograma de Artigos



Pontifícia Universidade Católica de Campinas
(Sociedade Campineira de Educação e Instrução)

Grão-Chanceler: Dom Bruno Gamberini

Reitor: Pe. José Benedito de Almeida David

Vice-Reitor: Pe. Wilson Denadai

Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação: Profa. Dra. Vera Sílvia Marão Beraquet

Pró-Reitoria de Extensão e Assuntos Comunitários: Profa. Dra. Carmen Cecília de Campos Lavras

Pró-Reitoria de Administração: Prof. Antonio Sergio Cella

Diretor do Centro de Ciências da Vida: Prof. Luiz Maria Pinto

Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Psicologia: Profa. Dra. Vera Engler Cury

Estudos de Psicologia

Com capa impressa no papel supremo 250g/m² e miolo no papel Couche Fosco 90g/m²

Capa / Cover

Suely de Castro Mello
BBox Design

Miolo

Katia Harumi Terasaka

Editoração eletrônica / DTP

Beccari Propaganda e Marketing
E-mail: editora@beccari.com.br

Impressão / Printing

Gráfica Editora Modelo Ltda

Tiragem / Edition

1000

Distribuição / Distribution

Sistema de Bibliotecas e Informação da PUC-Campinas - Serviço de Publicação, Divulgação e Intercâmbio



PUC
CAMPINAS
PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA

artigos/articles

Comportamento assertivo e sua relação com ansiedade, locus de controle e auto-estima em estudantes universitários

Assertive behavior and its relation to anxiety, locus of control and self esteem in undergraduate students

| Marina Bandeira | Maria Amélia Cesari Quaglia | Lívia da Silva Bachetti | Tatiana Lourençoni-Ferreira
| Grasiela Gomide de Souza

Atitudes de adultos com deficiência física frente ao idoso, à velhice pessoal e a pessoas com deficiência física

Physically disabled adults's attitudes toward elderly people, personal old age, and other physically disabled persons

| Marineia Crosara de Resende | Anita Liberalesso Neri

Psicoterapia de casal na pós-modernidade: rupturas e possibilidades

Couple psychotherapy in post-modernity: changes and possibilities

| Orestes Diniz Neto | Terezinha Féres-Carneiro

A experiência da maternidade no contexto da depressão materna no final do primeiro ano de vida do bebê

The motherhood experience in the maternal depression context at the end of infant's first year of life

| Daniela Delias de Sousa Schwengber | Cesar Augusto Piccinini

Parando de beber: estágios de mudança vividos por ex-alcoolistas

Drinking cessation: ex-alcoholic change stages and experiences

| Sheila Giardini Murta | Bartholomeu Torres Tróccoli

Comunidades terapêuticas como forma de tratamento para a dependência de substâncias psicoativas

Therapeutic communities as an alternative to the psychoactive substances dependency treatment

| Nathalí Di Martino Sabino | Sílvia de Oliveira Santos Cazenave

O reencontro com a identidade de gênero: contribuições da visão sistêmica novo-paradigmática e do psicodrama infantil

The gender identity re-encounter: infant psychodrama and new systemic view contributions

| Maria Ivone Marchi Costa | Maria Regina Corrêa Lopes Vanin

Práticas educativas como forma de predição de problemas de comportamento e competência social

Educational practices as behavior and social competence problems predicting issues

| Caroline Guisantes De Salvo | Edwiges Ferreira de Matos Silveiras | Plinio Marco de Toni

Ser profissional de saúde em uma unidade neonatal de alto e médio risco: o visível e o invisível

Being a neonatal high and medium risk level unit professional: the visible and the invisible aspects

| Claudia Egypto Machado | Maria Salete Bessa Jorge

O papel dos avós na maternidade adolescente

The grandparent's role in adolescent's maternity

| Deusivania Vieira da Silva Falcão | Nádia Maria Ribeiro Salomão