



estudos de psicologia

Volume 24
Número 2
Abril/Junho 2007

ISSN 0103 - 166X

FUNDADA EM 1983

sumário CONTENTS

ARTIGOS ARTICLES

- 143 Temperamento, neuroticismo e auto-estima: estudo preliminar**
Temperament, neuroticism and self-esteem: preliminary study
| Patrícia do Carmo Pereira Ito | Mônica Gobitta | Raquel Souza Lobo Guzzo
- 155 Uma comparação entre crianças e adolescentes com enurese noturna primária: impacto e problemas de comportamento**
A comparison between children and adolescents with primary nocturnal enuresis: impact and behavior problems
| Mariana Castro Arantes | Edwiges Ferreira de Mattos Silveiras
- 161 Efeitos de variáveis psicológicas na reatividade cardiovascular em momentos de stress emocional**
Psychological effects on the cardiovascular reactivity of stressful moments
| Marilda Emmanuel Novaes Lipp | Adriana Frare | Flavia Urbino dos Santos
- 169 Alfabetização e consciência metalingüística: um estudo com adultos não alfabetizados**
Literacy and metalinguistic development: a study with illiterate adults
| Márcia Maria Elia Peruzzi da Mota | Nelimar Ribeiro de Castro
- 181 Homicídio seguido de suicídio na cidade de Porto Alegre**
Homicide followed by suicide in Porto Alegre city, Brazil
| Samantha Dubugras Sá | Blanca Susana Guevara Werlang
- 191 Leitura fenomenológica mundana do adoecer em pacientes do Serviço de Fisioterapia do Núcleo de Atenção Médica Integrada, Universidade de Fortaleza**
The physiotherapy service of Núcleo de Atenção Médica Integrada, Universidade de Fortaleza, Brazil patients' illness phenomenological approach
| Virginia Moreira | Fernanda Nícia Nunes Nogueira | Márcio Arthoni Souto da Rocha
- 205 Pesquisando ao ensinar: prática no laboratório didático analisa o comportamento verbal sob contingências de reforçamento positivo e negativo**
Researching while teaching: laboratory activity analyzes verbal behavior under contingencies of positive and negative reinforcement
| Gerson Yukio Tomanari | Anamélia Araújo de Carvalho | Zorilda Santos Góes | Sidnei Barbosa de Lira | Anderson Cesar Veloso Viana

- 215 **A importância da legitimação social na (re)construção da identidade de um alcoolista**
The importance of social legitimization on the (re)construction of an alcoholic's identity
| Geraldo Mendes de Campos | Ricardo Franklin Ferreira
- 227 **Estressores e estratégias de coping em uma amostra de psicólogos clínicos**
Clinical psychologists' stress sources and coping strategies
| Cristiane Élis Sanzovo | Myrna Elisa Chagas Coelho
- 239 **A análise de sonhos nas terapias cognitivas e comportamentais**
Dream analysis in cognitive and behavior therapies
| Luc Vandenberghe | Artur Vandrê Pitanga
- 247 **Uma integração teórica entre psicossomática, stress e doenças crônicas de pele**
Psychosomatic, stress and chronic skin problems theoretical integration
| Juliana Dors Tigre da Silva | Marisa Campio Müller
- 257 **Psoríase e sua relação com aspectos psicológicos, stress e eventos da vida**
Psoriasis and its relation with psychological aspects, stress, and life events
| Kênia de Sousa Silva | Eliana Aparecida Torrezan da Silva
- 267 **Análise funcional da interação profissional-paciente em odontopediatria**
The patient-professional relationship functional analysis in the pediatric dentistry
| Daniele Pedrosa Fioravante | Maria Rita Zoéga Soares | Jocelaine Martins da Silveira | Norma Sant'Anna Zakir

Resenha *Book Review*

- 279 **Cultura e saúde nas organizações**
Culture and health in the organizations
| Izabel Carolina Martins Campos | Flávia de Novaes Costa
- 283 **Informativo** *News*
- 285 **Instruções aos Autores** *Instructions to Authors*

Temperamento, neuroticismo e auto-estima: estudo preliminar

Temperament, neuroticism and self-esteem: preliminary study

Patrícia do Carmo Pereira ITO¹

Mônica GOBITTA^{2,4}

Raquel Souza Lobo GUZZO^{2,3}

Resumo

Esta pesquisa investigou correlações entre temperamento, neuroticismo e auto-estima. Participaram da amostra 42 universitários na faixa etária dos 19 aos 21 anos, os quais responderam às Escalas Fatorial de Ajustamento Emocional/Neuroticismo, *Pavlovian Temperament Survey* e Auto-Estima de Rosenberg. Os resultados indicaram que a dimensão força de excitação (*Pavlovian Temperament Survey*) apresentou correlações negativas significativas com as dimensões vulnerabilidade e ansiedade (Escalas Fatorial de Ajustamento Emocional/Neuroticismo); a força de inibição (*Pavlovian Temperament Survey*) apresentou correlação negativa significativa com a ansiedade da Escalas Fatorial de Ajustamento Emocional/Neuroticismo e a mobilidade (*Pavlovian Temperament Survey*) se correlacionou positivamente com desajustamento psicossocial (Escalas Fatorial de Ajustamento Emocional/Neuroticismo). No que se refere à correlação entre *Pavlovian Temperament Survey* e Escala de Auto-Estima, não foram obtidas correlações significativas. A correlação entre Escalas Fatorial de Ajustamento Emocional/Neuroticismo e auto-estima apresentou correlações negativas significativas nas dimensões vulnerabilidade, ansiedade e depressão. Esses resultados, importantes na elaboração e implantação de programas de prevenção e intervenção, permitem verificar como diferentes características de personalidade se relacionam e que perfil individual predis põem.

Unitermos: auto-estima; desenvolvimento humano; neuroticismo; personalidade.

Abstract

This research investigated the possible correlation among temperament, neuroticism and self-esteem. The sample was composed by 42 students from 19 to 21 years, who answered the Emotional Adjustment /Neuroticism Factorial Scales, Pavlovian Temperament Survey and Rosenberg's Self-esteem. Obtained results indicated significant negative correlation between the dimension Strength of Excitement (Pavlovian Temperament Survey) and the dimensions vulnerability and anxiety (Emotional Adjustment/Neuroticism Factorial Scales), significant negative correlation between the Strength of Inhibition (Pavlovian Temperament Survey) and the anxiety of Emotional Adjustment/Neuroticism Factorial Scales, and positive correlation between the Mobility (Pavlovian Temperament Survey) maladjustment psychosocial (Emotional Adjustment/Neuroticism Factorial Scales). There was no significant correlation between Pavlovian Temperament Survey and Self-esteem Scale. The correlation between Emotional Adjustment/Neuroticism Factorial and Self-esteem Scales presented significant negative correlation in vulnerability, anxiety and depression dimensions. These results are important to the development and implantation of intervention and prevention programs. Also, they bring up the different personality characteristics.

Uniterms: self esteem; human development; neuroticism; personality.

▼▼▼▼▼

¹ Faculdade de Americana, Curso de Psicologia. Americana, SP, Brasil.

² Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Centro de Ciências da Vida, Faculdade de Psicologia. Av. Jonh Boyd Dunlop, s/n., Prédio Administrativo, Jardim Ipaussurama, 13060-904, Campinas, SP, Brasil. Correspondência para/Correspondence to: M. GOBITTA. E-mail: <mgobitta@sigmanet.com.br>.

³ Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Centro de Ciências da Vida, Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Campinas, SP, Brasil.

⁴ Centro Universitário Salesiano de São Paulo, Pós-Graduação *Latu Sensu* de Educação Social e Psicopedagogia. Campinas, SP, Brasil.

Teorias e dados de pesquisas atuais apóiam a visão de que o desenvolvimento é o resultado de múltiplos fatores, que incluem características individuais, interações face a face e fatores do contexto. Nesse sentido, Teglasi (1998) destaca como fatores importantes: a) fatores psicológicos: que incluem pensamentos relacionados à importância e à implicação de eventos, sentimentos e repertório de comportamentos de enfrentamento; b) fatores biológicos: relacionados às respostas fisiológicas que influenciam processos psicológicos, as quais se traduzem em estados subjetivos de ansiedade, depressão, irritabilidade, inquietação, pensamentos recorrentes ou dificuldades de concentração e c) grau de apoio social: pessoas e recursos do contexto que o indivíduo dispõe para manter ou restabelecer o equilíbrio emocional, dos pensamentos, sentimentos e comportamentos.

De acordo com Brito e Koller (1999), o desenvolvimento adaptado é determinado pela rede de apoio social, ou seja, os recursos externos de apoio que proporcionam reforço às estratégias de enfrentamento das situações de vida; pela rede de apoio afetivo, o desenvolver-se em um ambiente coeso e sem conflito no ambiente familiar; e também pelas características individuais, como autonomia, auto-estima e orientação social positiva.

Segundo essas autoras, a possibilidade de se desenvolver adaptativamente e de dispor de recursos que incrementem os determinantes acima protege a pessoa de doenças e sintomas psicopatológicos, mesmo quando ela está frente a situações adversas. Então, a pessoa que apresenta um desenvolvimento saudável, ou seja, que apresenta características individuais que revelam sua capacidade emocional e social para a adaptação, vive em um ambiente afetivo, utiliza estratégias eficazes para lidar com conflitos ou situações de estresse e conta com uma rede de apoio social e afetiva efetiva é definida como resiliente.

Szymanski e Yunes (2001) relatam que a abordagem que melhor se aproxima do fenômeno da resiliência e oferece um modelo explicativo dos processos desenvolvimentais é a Abordagem Ecológica de Urie Bronfenbrenner. As autoras descrevem que “a abordagem ecológica procura não só descrever e explicar os efeitos do ecossistema do indivíduo, mas também busca oferecer subsídios para a elaboração de programas de intervenção social” (p.42).

Nessa perspectiva, Bronfenbrenner (1995) considera que o desenvolvimento humano ocorre por meio de processos progressivamente mais complexos de interações recíprocas entre um organismo humano biopsicológico ativo e pessoas, objetos e símbolos do ambiente imediato. Esse organismo biopsicológico inclui características relacionadas ao temperamento e à personalidade, constituição neurológica e bioquímica, funcionamento cognitivo na infância e posteriormente medidas de inteligência, realização acadêmica, autoconceito, papel das expectativas, auto-eficácia, valores e metas.

O desenvolvimento humano para Bronfenbrenner (1995) resulta da interação de quatro dimensões, o chamado Modelo PPCT, onde o primeiro P é atribuído ao processo proximal: as formas duradouras de interação no ambiente imediato do indivíduo (interações face a face). É importante destacar que as interações são afetadas pelas características da criança e da outra pessoa envolvida nessa interação e também pela natureza dos contextos onde ocorre; o contínuo processo de interação proximal é o aspecto mais importante na formação dos aspectos estáveis do desenvolvimento do indivíduo.

O segundo P diz respeito à dimensão pessoa, ou seja, o próprio indivíduo que recebe o impacto da experiência está relacionado também às características biopsicológicas, tais como temperamento e personalidade, constituição neurológica e bioquímica do sistema nervoso central, funcionamento cognitivo (comportamento de atenção, rapidez de resposta, níveis de atividade e grau de auto-regulação), autoconceito, auto-estima, auto-eficácia e valores.

A terceira dimensão considerada é o C de contexto, que inclui os contextos de desenvolvimento do indivíduo, os quais são compostos de estruturas denominadas microssistema, mesossistema, exossistema e macrossistema.

O microssistema representa o ambiente onde ocorrem as situações de interação nas quais a criança está em contato com outra pessoa (pais, professores, vizinhos, parentes, amigos mais próximos). Bronfenbrenner atribui a esse sistema, basicamente, a família, a escola e o grupo social e salienta que o seu ponto característico é a sua natureza bidirecional, na qual um influencia o outro. A qualidade das interações

no microsistema deve ser positiva para um desenvolvimento saudável e para a formação de fatores de proteção do indivíduo.

O próximo sistema, o mesossistema, é uma composição de microsistemas associados, e representa a interação entre eles. O outro sistema considerado por Bronfenbrenner é o exossistema, que são locais que não envolvem a criança diretamente, mas incluem as interações daqueles que têm um relacionamento com a criança, são os contextos que diretamente afetam pessoas que têm relações próximas com o indivíduo. O nível mais amplo do contexto de desenvolvimento é o macrosistema, que se refere ao nível político e cultural de influências nos outros níveis do sistema dentro dos quais a criança é participante. Valores culturais e idéias acerca da infância fornecem diretrizes para os cuidados com crianças.

Um outro aspecto do modelo ecológico diz respeito ao T de tempo; essa dimensão é também denominada por cronossistema. Para Bronfenbrenner (1995, p.641) "o desenvolvimento do curso da vida do indivíduo é visto como embutido e fortemente modelado por condições e eventos que ocorrem durante o período histórico através do qual a pessoa vive".

Considerando as dimensões postuladas pela abordagem ecológica, inúmeras pesquisas têm sido desenvolvidas relacionadas aos fatores que influenciam o desenvolvimento do indivíduo. Muitas delas têm-se voltado ao estudo das características biopsicológicas, as quais incluem características relacionadas à personalidade e ao temperamento e que no modelo PPCT de Bronfenbrenner estariam presentes na dimensão Pessoa.

Temperamento e personalidade são duas características individuais que apresentam um vocabulário descritivo comum (Teglasi, 1995), mas que podem ser diferenciadas claramente com base em cinco aspectos: 1) o temperamento é biologicamente determinado, e a personalidade é um produto do ambiente social; 2) os traços temperamentais podem ser identificados desde cedo na criança, e a personalidade é compartilhada em períodos posteriores do desenvolvimento; 3) diferenças individuais nos traços de temperamento, como ansiedade, extroversão, introversão e busca de estimulação são também

observadas em animais, enquanto a personalidade é prerrogativa do humano; 4) o temperamento apresenta aspectos estilísticos, se referindo a características formais de comportamento, já a personalidade contém aspectos relativos a conteúdos do comportamento; 5) ao contrário do temperamento, que se refere principalmente a traços ou mecanismos, a personalidade está relacionada ao funcionamento integrativo do comportamento humano (Strelau, 1998).

Nas várias teorias de temperamento (Buss, 1995; Chess & Thomas, 1987; Clark & Watson, 1999; Eysenck, 1974; Goldsmith et al., 1987; Rothbart, 1986), esse construto tem sido caracterizado como a expressão prematura de diferenças individuais na personalidade, o fundamento biológico no qual a personalidade se estrutura. Como bem descreve Graziano, Jensen-Campbell e Sullivan-Logan (1998), o temperamento é o núcleo em torno do qual a personalidade se desenvolve.

A esse respeito, na década de 1990 e início de 2000, ganhou destaque a discussão realizada sobre a relação dos fatores de personalidade incluídos no *Big Five*, os Cinco Grandes Fatores (CGF) (Digman, 1990; Hutz et al., 1998) e o temperamento. Vários fatores relacionados pelos Cinco Grandes Fatores (neuroticismo, extroversão, realização, socialização e abertura para experiência) são também relacionados como dimensões ou traços de temperamento.

Nesse sentido, Rothbart e Ahadi (1994) afirmam que as dimensões de temperamento que emergem da pesquisa com bebês e crianças pequenas são similares às estruturas de personalidade, encontradas nos estudos dos Cinco Grandes Fatores, realizadas em diferentes culturas com adultos.

Uma abordagem contemporânea que tem realizado estudos sobre as relações entre temperamento e personalidade é a Teoria Regulativa do Temperamento desenvolvida por Jan Strelau, a qual considera que o temperamento refere-se a "traços básicos, relativamente estáveis, expressos principalmente nas características formais de reações e comportamento. Esses traços estão presentes desde cedo na criança e podem ser encontrados em animais. Primariamente determinado por mecanismos de origem biológica, o temperamento está sujeito a mudanças causadas pela maturação e pela interação entre indivíduo e genótipo específico - ambiente" (Strelau, 1998, p.165).

Nessa abordagem do temperamento, um dos instrumentos utilizados para avaliação das características temperamentais é a escala *Pavlovian Temperament Survey* (PTS), desenvolvida com o objetivo de avaliar a expressão comportamental das propriedades do sistema nervoso central, conforme entendido por Pavlov. Tais propriedades foram caracterizadas por Pavlov, do ponto de vista funcional e não fisiológico, reforçando o papel desempenhado por elas no processo de adaptação do indivíduo ao ambiente e referem-se à Força de Excitação (FE), Força de Inibição (FI) e Mobilidade (MO) (Strelau, Angleitner & Newberry, 1999).

Pesquisas realizadas com esses e outros instrumentos para avaliação do temperamento objetivam investigar a relação entre características de temperamento e personalidade, desenvolvimento ajustado, interação entre pares e também considerando o temperamento como um dos fatores responsáveis pela resiliência.

A esse respeito, Losel e Bliesener (1994) em sua pesquisa obtiveram dados que indicam que os indivíduos resilientes são caracterizados por serem mais inteligentes e mais flexíveis no temperamento, apresentam autoconceito positivo, percebem-se como capazes e orientados para realização, tendendo a ser mais ativos.

Em outro trabalho, Hertzog (1994), comparando dados obtidos no estudo de resiliência conduzido por Werner em crianças em situação de risco de Kauai, constatou que algumas características individuais, da família e do círculo social contribuíam para a resiliência dessas crianças. Como bebês, os sujeitos resilientes eram temperamentalmente mais fáceis, de boa índole e afetuosa, com menos dificuldade para comer e dormir; na infância eram descritos como mais alertas, independentes, socialmente orientados e avançados na comunicação e na habilidade de auto-ajuda, tinham muitos interesses e se engajavam em atividades e passatempos que lhe proporcionavam alívio diante da adversidade e razão para se orgulhar. Hertzog constatou que as crianças resilientes estavam inseridas em famílias de quatro ou menos irmãos, com um intervalo de dois anos entre elas e seu irmão mais próximo, poucas tinham experimentado separações prolongadas dos primeiros cuidadores durante o primeiro ano de vida, e todas tinham estabelecido um vínculo afetivo forte durante a infância e anos pré-escolares.

O temperamento também pode ser considerado um fator de risco ao interagir com outros fatores (Strelau & Elias, 1994). De acordo com Clarke e Clarke (1994) a irritabilidade temperamental, a falta de sociabilidade, a falta de segurança emocional e ligações afetivas fortes com alguma pessoa, a falta de apoio no ambiente escolar e uma situação social caracterizada pela pobreza e falta de esperança são os principais fatores de risco que predispoem o indivíduo à vulnerabilidade pessoal e à adversidade.

Considerado também como um fator de risco e incluído no modelo dos Cinco Grandes Fatores (CGF), o fator neuroticismo, conforme explica Nunes (2000), refere-se ao nível crônico de ajustamento emocional e instabilidade. Alto neuroticismo identifica indivíduos propensos a sofrimentos psicológicos e que podem apresentar altos níveis de ansiedade, depressão, hostilidade, vulnerabilidade, autocrítica e impulsividade.

O neuroticismo, acrescenta o autor, também inclui idéias não realísticas, baixa tolerância à frustração e respostas de *coping* não adaptativas, lembrando, também, que "baixos escores em neuroticismo não indicam necessariamente que o indivíduo tenha boa saúde mental, porém o que pode ser definido é que eles são simplesmente calmos, relaxados, estáveis, menos agitados" (Nunes, 2000, p.20).

Para o presente estudo, é importante salientar que o neuroticismo tem sido freqüentemente associado às dimensões de temperamento avaliadas pela escala PTS. De acordo com dados da literatura desse instrumento, considerando as definições teóricas envolvidas na definição e descrição das dimensões, e com base em estudos experimentais, são esperadas correlações negativas entre o neuroticismo e as dimensões força de excitação, força de inibição e mobilidade, presentes na escala PTS (Strelau et al., 1999).

Uma outra característica correlacionada negativamente ao neuroticismo, e levada em consideração no presente trabalho, é a auto-estima. A auto-estima está relacionada à saúde mental e ao bem-estar psicológico e a sua carência se relaciona com certos fenômenos mentais negativos como depressão e suicídio (Mruck, 1998).

Problemas sociais contemporâneos como abuso de drogas, gravidez precoce, fracasso escolar, delin-

qüência, agressividade, distúrbios alimentares e dificuldades relacionais estão freqüentemente associados a esse constructo. Nesse sentido, a auto-estima é freqüentemente apontada na literatura como um aspecto relevante na prevenção de desajustamento psicossocial, em razão de seu efeito moderador sobre traços de personalidade, como neuroticismo, socialização, extroversão, e sobre questões desenvolvimentais, como rendimento escolar, identidade de gênero e resiliência. Entretanto poucos estudos empíricos são encontrados na literatura nacional sobre o tema, em parte, devido à indefinição conceitual e à complexidade da operacionalização desse constructo.

É importante salientar que o neuroticismo, por meio da dimensão denominada vulnerabilidade, está negativamente correlacionado à auto-estima, pois a escala de vulnerabilidade, conforme explica Hutz e Nunes (2001), avalia, entre outros aspectos, “quão intensamente as pessoas vivenciam sofrimentos em decorrência da aceitação dos outros para consigo”; nesse sentido “as pessoas que apresentam um escore muito alto nesse fator tendem a ter baixa auto-estima, relatam ter grande medo de que seus amigos os deixem em decorrência de seus erros (p.40)”.

Considerando as relações que podem ser estabelecidas entre temperamento, neuroticismo e auto-estima e a importância dessas características para o ajustamento emocional e social do indivíduo, este estudo objetivou investigar padrões de correlação estabelecidos entre características individuais relacionadas ao temperamento, neuroticismo e auto-estima.

Método

Participantes

Participaram do presente estudo 42 universitários do curso de Psicologia de uma universidade do interior de São Paulo com idade entre 19 e 21 anos, sendo 36 (85,7%) do sexo feminino e 6 (14,3%) do sexo masculino.

Instrumentos

Foram utilizados os seguintes instrumentos:

1) *Pavlovian Temperament Survey* - versão adolescentes e adultos (Guzzo, Primi & Ito, 2003; Guzzo, Riello & Primi, 1996), constituída por 57 itens que avaliam três dimensões baseadas nas propriedades pavlovianas do sistema nervoso: força de excitação, que representa a capacidade do indivíduo manter-se sem inibição diante de uma situação de estimulação; força de inibição, que refere-se à capacidade do indivíduo interromper um determinado comportamento quando necessário ou efetuar uma mudança de reação e mobilidade, que está relacionada à habilidade do indivíduo de responder adequadamente a contínuas mudanças no ambiente.

2) Escala Fatorial de Ajustamento Emocional/Neuroticismo (EFN) (Hutz e Nunes, 2001), composta por 82 itens que avaliam quatro dimensões: vulnerabilidade, constituída por itens que descrevem medo de críticas, insegurança, baixa auto-estima, dificuldade de tomar decisões, medo de abandono das pessoas mais próximas; desajustamento psicossocial, com itens que descrevem comportamentos sexuais de risco ou atípicos, adição ou consumo exagerado de álcool, hostilidade com pessoas ou animais, necessidade recorrente em chamar a atenção; ansiedade, que descreve sintomas somáticos relacionados com ansiedade, irritabilidade, transtornos do sono, impulsividade, sintomas de pânico, mudanças de humor; e depressão, que apresenta itens relacionados com escalas de depressão, suicídio e desesperança.

3) Escala de Auto-Estima de Rosenberg: trata-se de uma escala composta por 11 itens, destinada à avaliação da auto-estima por meio de uma única dimensão, tendo sido a versão brasileira do instrumento adaptada e validada por Hutz (s/d).

Procedimentos

Os dados foram coletados em aplicações coletivas em sala de aula, obedecendo à seguinte ordem de aplicação: 1) Escala Fatorial de Ajustamento Emocional/Neuroticismo, 2) *Pavlovian Temperament Survey* e 3) Escala de Auto-Estima de Rosenberg.

Resultados

Inicialmente apresentar-se-á os dados referentes às características de temperamento, ajustamento

emocional/neuroticismo e auto-estima dos participantes e, em seguida, serão apresentados os coeficientes de correlação calculados por meio da correlação de Pearson, obtidos entre as dimensões avaliadas pelos instrumentos utilizados na pesquisa - *Pavlovian Temperament Survey*, Escala Fatorial de Ajustamento Emocional/Neuroticismo e a Escala de Auto-Estima de Rosenberg. Vale ressaltar que serão consideradas as correlações obtidas intra e inter instrumentos.

No que diz respeito às características de temperamento, avaliadas por meio da escala PTS, essa amostra apresentou um perfil de temperamento caracterizado por pontuações médias mais elevadas em mobilidade (51,78) e força de inibição (51,39) e menores em força de excitação (41,93) (Tabela 1).

Resultados obtidos na EFN indicaram que os participantes obtiveram pontuações médias muito próximas nas quatro dimensões avaliadas: vulnerabilidade (VUL) (24,53), ansiedade (ANS) (24,37), desajustamento psicossocial (DES PSIC) (24, 63) e depressão (DEP) (23,03). Já na Escala de Auto-Estima

(AE), a pontuação média obtida foi de 31,74 pontos (Tabela 1).

Apresentadas as características de temperamento, ajustamento emocional, neuroticismo e auto-estima da amostra, serão descritos a seguir os dados referentes às correlações obtidas entre as dimensões avaliadas pela *Pavlovian Temperament Survey*, Escala Fatorial de Ajustamento Emocional/Neuroticismo e a Escala de Auto-Estima de Rosenberg (Tabela 2).

Resultados obtidos indicaram correlações moderadas e significativas entre as várias dimensões avaliadas pelos três instrumentos. Considerando a escala PTS, foi possível constatar que a dimensão força de excitação, que se refere à capacidade do indivíduo manter-se sem inibição diante de uma situação de estimulação intensa e prolongada, apresentou correlação negativa significativa com as dimensões vulnerabilidade (-0,403 $p < 0,05$) e ansiedade (-0,360 $p < 0,05$), avaliadas pela EFN. A dimensão força de inibição, que se refere à capacidade do indivíduo interromper um determinado comportamento quando necessário ou efetuar uma mudança de

Tabela 1. Média e desvio-padrão obtidos nas escalas PTS, EFN e AE.

	PTS					EFN		AE
	FE	FI	MO	VUL	ANS	DES PSIC	DEP	AE
M	41,93	51,39	51,78	24,53	24,37	24,63	23,03	31,74
DP	4,82	6,59	7,15	4,20	4,82	3,74	3,86	3,51

M: Média; DP: Desvio-padrão; PTS: *Pavlovian Temperament Survey*; EFN: Escalas Fatorial de Ajustamento Emocional/Neuroticismo; AE: Auto-estima; FE: Força de excitação; FI: Força de inibição; MO: Mobilidade; VUL: Vulnerabilidade; ANS: Ansiedade; DES PSIC: Desapontamento psicossocial; DEP: Depressão.

Tabela 2. Índices de correlações entre a *Pavlovian Temperament Survey* (PTS), Escalas Fatorial de Ajustamento Emocional/Neuroticismo (EFN) e a Escala de Auto-estima de Rosenberg.

	PTS					EFN		AE	
	FE	FI	MO	VUL	ANS	DES PSIC	DEP	AE	
PTS	FE	1,000							
	FI	0,202	1,000						
	MO	0,156	-0,196	1,000					
	VUL	-0,403*	-0,037	-0,308	1,000				
	ANS	-0,360*	-0,411*	0,292	0,360	1,000			
EFN	DES PSIC	0,055	-0,226	0,383*	0,062	0,447**	1,000		
	DEP	-0,137	-0,050	-0,041	0,364*	0,310	0,043	1,000	
AE	AE	0,159	0,050	0,264	0,672**	-0,405	-0,283	-0,378	1,000

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$; AE: Auto-estima; FE: Força de excitação; FI: Força de inibição; MO: Mobilidade; VUL: Vulnerabilidade; ANS: Ansiedade; DES PSIC: Desapontamento psicossocial; DEP: Depressão.

reação, apresentou correlação negativa significativa com a dimensão ansiedade ($-0,411 p < 0,05$). Já a dimensão mobilidade, que avalia a habilidade do indivíduo de responder adequadamente a contínuas mudanças no ambiente, se correlacionou positiva e significativamente com a dimensão desajustamento psicossocial ($0,383 p < 0,05$), e apresentou correlação negativa moderada com a dimensão vulnerabilidade ($-0,308$). Não foi observada nenhuma correlação moderada ou significativa entre as próprias dimensões avaliadas pela PTS e quando consideradas as dimensões avaliadas pela PTS e a Escala de Auto-Estima.

No que diz respeito às correlações intradimensões da EFN, foi possível constatar que: vulnerabilidade apresentou correlações positivas significativas com ansiedade ($0,360 p < 0,05$) e depressão ($0,364 p < 0,05$); desajustamento psicossocial se correlacionou positiva e significativamente com ansiedade ($0,447 p < 0,01$), já depressão e ansiedade são dimensões correlacionadas positiva e moderadamente ($0,310$).

Quando consideradas as correlações obtidas entre EFN e a Escala de Auto-Estima, constatou-se que a auto-estima está correlacionada negativa e significativamente com vulnerabilidade ($-0,672 p < 0,05$), e negativa e moderadamente com ansiedade ($-0,405$) e depressão ($-0,378$).

Discussão

Resultados obtidos na caracterização do temperamento indicaram que essa amostra apresentou como características predominantes de temperamento, respectivamente, a mobilidade e a força de inibição; a força de excitação apareceu como uma característica menos presente. Comparando esse perfil de temperamento aos dados obtidos por Riello (1999) em sua pesquisa envolvendo 135 participantes de 12 a 21 anos, divididos em três grupos com diferentes graus de envolvimento com a prática da natação, constatou-se um perfil semelhante, predomínio da dimensão de mobilidade, seguida por força de inibição e por último força de excitação. Resultados similares são obtidos por Guzzo et al. (2003) no estudo de normatização da escala para a realidade brasileira, que envolveu a participação de 952 adolescentes de 14 a 18 anos e por Strelau et al. (1999) nas pesquisas transculturais desenvolvidas com

a PTS envolvendo resultados coletados em 16 países. Um perfil de temperamento um pouco diferenciado foi obtido por Ito, Gobitta e Guzzo (2003) em uma pesquisa envolvendo 161 participantes de 19 a 53 anos, os quais apresentaram um perfil no qual predominava a força de inibição seguida pela mobilidade e, por último, como nos estudos anteriores, a força de excitação.

Essa diferenciação no perfil de temperamento envolvendo as dimensões MO e FI encontram respaldo na literatura (Strelau et al., 1999), que afirma que são esperadas variações nas pontuações das dimensões aproximadamente aos 30 anos, existindo uma tendência de as pontuações de força de excitação e mobilidade diminuir com o passar dos anos e de as pontuações de força de inibição aumentarem. Tal tendência é justificada pelos autores devido ao ambiente e à experiência influenciarem a expressão das características temperamentais.

Como foi possível constatar acima, os participantes do estudo de Ito, Gobitta e Guzzo (2003) encontram-se numa faixa etária superior a dos participantes envolvidos nesta pesquisa, e a dos envolvidos nos estudos de Riello (1999) e Guzzo et al. (2003).

No que diz respeito às médias obtidas nos fatores avaliados pela PTS, constatou-se que os valores não apresentaram grandes variações. Guzzo et al. (2003) obtiveram pontuações médias de MO= 50,63, FI= 50,13 e FE= 41,46; nos resultados obtidos por Riello (1999), as médias obtidas pelos três grupos estudados variaram em MO de 50,07 a 51,82, em FI de 48,98 a 49,44 e em FE de 41,16 a 41,72. Considerando as idades similares dos participantes envolvidos nesses estudos, tal proximidade nas médias obtidas nas dimensões entre os diferentes estudos também pode ser justificada pelas alterações na expressão do temperamento com o passar dos anos, fruto da influência da experiência e do contexto.

Considerando as normas estabelecidas no estudo da PTS por Guzzo et al. (2003), as pontuações médias obtidas pelos participantes deste estudo situam-nos dentro da média quando comparados a uma amostra brasileira mais ampla, o percentil obtido para mobilidade foi de 51%, em força de inibição 50% e em força de excitação 49%.

De modo geral, as pontuações médias obtidas nas dimensões avaliadas pela PTS sugerem que os participantes estudados apresentariam uma tendência

em: apresentar reações adequadas perante mudanças inesperadas, adaptar-se facilmente a pessoas, situações e contextos, controlar a expressão de reações emocionais e comportamentos, evitar situações de alto valor estimulativo.

No que diz respeito às características de ajustamento emocional/neuroticismo, pontuações médias obtidas pelos participantes foram bastante próximas nas quatro dimensões avaliadas. Comparando os resultados obtidos às normas estabelecidas para o instrumento, em estudo que envolveu a participação de 1.176 pessoas, de ambos os sexos, com idade entre 16 e 28 anos ou mais (Hutz & Nunes, 2001), constatou-se que na dimensão vulnerabilidade a média obtida situa os participantes entre o percentil 45 e 50. Da mesma forma, em desajustamento psicossocial o percentil constatado situa os participantes entre o percentil 55 e 60 e nas dimensões ansiedade e depressão o percentil foi 50 e 40, respectivamente.

Esses dados permitem verificar que essa amostra, quando comparada às normas, apresentou um índice de desajustamento social um pouco maior e um índice de depressão um pouco menor. Ansiedade e vulnerabilidade encontram-se na média.

A auto-estima dos participantes, avaliada pela Escala de Auto-Estima de Rosenberg, apresentou pontuação média elevada quando comparada à média obtida por Hutz (s/d) junto a uma amostra constituída por 460 participantes, a qual apresentou uma média de 18,66. A partir desse dado constatou-se que os participantes deste estudo tendem a apresentar uma auto-estima favorável.

Resumidamente, considerando as normas e médias brasileiras estabelecidas para a PTS, EFN e Escala de Auto-Estima, constatou-se que o grupo de participantes deste estudo apresenta pontuações consideradas na média nas dimensões de temperamento e ajustamento emocional/neuroticismo e mais favoráveis em auto-estima.

Os resultados referentes às correlações encontradas entre as dimensões que compõem os três instrumentos bem como entre as próprias dimensões da PTS e da EFN serão analisados a seguir.

As três dimensões avaliadas pela PTS apresentaram correlações significativas com três dimensões

da EFN, força de excitação e força de inibição), se correlacionaram negativamente com ansiedade, e ainda, força de excitação também apresentou correlação negativa com vulnerabilidade. Mobilidade apresentou correlação positiva com a dimensão desajustamento psicossocial da EFN.

De acordo com dados da literatura (Strelau et al., 1999), são esperadas correlações negativas entre os três fatores avaliados pela PTS e o neuroticismo, indivíduos com altas pontuações em força de excitação, força de inibição e Mobilidade tenderiam a apresentar baixas pontuações em neuroticismo e indivíduos com baixas pontuações em força de excitação, força de inibição e Mobilidade apresentariam pontuações elevadas em neuroticismo.

O neuroticismo, de acordo com Costa e McCrae, é uma dimensão da personalidade caracterizada por uma tendência do indivíduo a experienciar emoções negativas as quais inclui as facetas de ansiedade, hostilidade, depressão, baixa auto-estima, impulsividade e manifesta-se numa tendência geral para experienciar afetos negativos semelhantes a medo, tristeza, embaraço, raiva, culpa, repugnância; seus rompantes emocionais interferem na adaptação; altas pontuações em neuroticismo predispõem o indivíduo a idéias irracionais e a menor controle dos impulsos e apresentação de respostas de *coping* menos adaptativas (Angleitner, Kohnstamm, Slotboom & Besevegjs, 1998).

Como apresentado na descrição da *Pavlovian Temperament Survey*, a força de excitação está relacionada à habilidade do indivíduo de resistir a uma estimulação intensa e prolongada sem apresentar inibição, e em uma de suas facetas se manifesta como ausência de alterações ou distúrbios emocionais no desempenho de atividade sob pressão física e/ou social, comparada à descrição de neuroticismo.

A mobilidade é definida em linhas gerais como a habilidade de responder adequadamente às mudanças do ambiente e em vários estudos aparece correlacionada à força de excitação; e a força de inibição, como a capacidade do indivíduo de interromper um determinado comportamento quando necessário, ou efetuar uma mudança de reação (Strelau et al., 1999).

Considerando as definições apresentadas anteriormente e o fato de os indivíduos com altas pontuações em FE, FI e MO apresentarem características

opostas às apresentadas por indivíduos com altas pontuações em neuroticismo, são esperadas correlações negativas entre a PTS e a EFN.

De fato, dados empíricos coletados em 14 estudos envolvendo amostras americanas, alemãs e polonesas apóiam as hipóteses teóricas anteriormente levantadas, ou seja, as três escalas da PTS apresentam correlações negativas com o fator neuroticismo avaliado pelo EPQ-R de Eysenck, Eysenck e Barrett e pelos três inventários NEO de Costa e McCrae. A correlação média constatada nesses estudos foi: FE (-0,455), FI (-0,32) e MO (-0,39) (Strelau et al., 1999).

No Brasil, estudos sobre (Rodrigues, 2001, Geller, 2000, Silva, 1999) a relação entre força de excitação e ansiedade traço (La Rosa, 1993, Strelau et al., 1999) constataram que indivíduos com pontuações elevadas em força de excitação do sistema nervoso apresentam baixos níveis de ansiedade traço, sendo portanto estabelecidas correlações negativas entre esses constructos.

Comparando os dados da literatura apresentados e as correlações obtidas entre a PTS e o EFN, foi possível constatar que essas estão de acordo com o esperado no que diz respeito a FE e FI; em MO, no entanto, o mesmo não ocorreu, pois foi constatada uma correlação positiva entre essa dimensão e o desajustamento psicossocial. Uma hipótese que pode ser levantada com relação a essa correlação não esperada está relacionada à deseabilidade social; os participantes do estudo podem ter respondido aos itens dessas duas dimensões de acordo com o que acreditariam ser esperado socialmente, ambas as dimensões descrevem como o indivíduo está adaptado ao ambiente.

Neste estudo não foram constatadas correlações significativas entre as dimensões força de excitação, força de inibição e mobilidade avaliadas pela PTS. Strelau et al. (1999) afirmam que as dimensões avaliadas não são ortogonais, no entanto são esperadas correlações positivas elevadas entre força de excitação e mobilidade, fato não constatado, o que pode ser mais um indício de que os indivíduos responderam aos itens de mobilidade de acordo com o que seria socialmente esperado.

No que diz respeito às correlações obtidas entre as próprias dimensões avaliadas pela EFN, resultados obtidos indicaram correlações positivas entre ansiedade

e as dimensões vulnerabilidade, desajustamento psicossocial e depressão e entre depressão e vulnerabilidade. De acordo com Nunes (2000) são esperadas correlações positivas entre as quatro dimensões avaliadas pela EFN, fato comprovado em sua pesquisa numa amostra brasileira envolvendo 792 participantes, a qual obteve os seguintes coeficientes de correlação significativos ($p < 0,01$): vulnerabilidade e desajustamento psicossocial = 0,25; vulnerabilidade e ansiedade = 0,56; vulnerabilidade e depressão = 0,60; desajustamento psicossocial e ansiedade = 0,36; desajustamento psicossocial e depressão = 0,28; ansiedade e depressão = 0,48. Como afirma esse autor, "o padrão de correlações obtidas tem um sentido teórico, uma vez que confirma adequadamente a relação entre traços de personalidade que descrevem diferentes níveis de depressão, ansiedade, vulnerabilidade e padrões de desadaptação" (Nunes, 2000, p.32).

A correlação entre a Escala de Auto-Estima de Rosenberg e a EFN apresentou correlações negativas entre auto-estima e vulnerabilidade, ansiedade e depressão. A esse respeito, Nunes (2000) relata que elevadas correlações negativas entre a Escala de Auto-Estima de Rosenberg e o neuroticismo são esperadas, pois pessoas altas em neuroticismo tendem a ter uma avaliação depreciativa de si mesmo, pois tendem a ter altos níveis de depressão, de vulnerabilidade e ansiedade. Em sua pesquisa, o autor citado obteve correlações negativas significativas ($p < 0,01$) entre auto-estima e vulnerabilidade (-0,62), auto-estima e ansiedade (-0,41) e auto-estima e depressão (-0,66).

Comparando os dados deste estudo com os de Nunes (2000), foi possível observar que são similares, tendo sido constatadas correlações entre as mesmas dimensões. Tais dados apresentam-se favoráveis e confirmam a validade de constructo da EFN, investigada anteriormente no estudo de Nunes (2000).

No que diz respeito às correlações obtidas entre a Escala de Auto-Estima de Rosenberg e a PTS, foram obtidas correlações baixas e positivas. Não foram encontrados na literatura estudos envolvendo correlações entre as dimensões avaliadas pela PTS e a auto-estima. No entanto, considerando as definições e as descrições dos constructos, bem como o padrão de correlação esperado e obtido entre PTS e EFN e EFN e auto-estima, seriam esperadas correlações positivas

entre força de excitação, força de inibição e mobilidade e auto-estima. São necessários novos estudos para investigar melhor as correlações entre este temperamento e auto-estima.

De acordo com os dados da literatura e os padrões de correlação encontrados, indivíduos com pontuações elevadas em força de excitação, força de inibição e mobilidade tenderiam a apresentar elevada auto-estima e baixos índices de vulnerabilidade, desajustamento psicossocial, ansiedade e depressão. Da mesma forma, indivíduos com pontuações baixas em força de excitação, força de inibição e mobilidade tenderiam a apresentar baixa auto-estima e elevados índices de vulnerabilidade, desajustamento psicossocial, ansiedade e depressão.

Os dados apresentados neste estudo permitem verificar, de forma preliminar, como diferentes características de personalidade se relacionam, que perfil individual predispõem e qual o tipo de interação que favorecem com o ambiente. Informações sobre as diferenças individuais, perfis de personalidade e a influência exercida por essas na interação do indivíduo com o meio, bem como a influência que o meio exerce no indivíduo, são dados importantes na elaboração e implementação de programas de prevenção e intervenção.

É importante lembrar que estudos correlacionais também são utilizados na investigação da validade de constructo convergente e discriminante dos testes psicológicos, os quais estão embasados na premissa de que o constructo apresenta correlações positivas com variáveis com as quais ele deve teoricamente correlacionar-se (validade convergente) e não apresente correlações positivas significativas com variáveis das quais ele deve diferir (validade discriminante) (Anastasi & Urbina, 2000).

Vale ressaltar que é preciso certa cautela na generalização desses resultados, sendo necessária a realização de novos estudos que envolvam maior número de participantes, de diferentes idades e contextos, para confirmar os dados obtidos.

Referências

Anastasi, A., & Urbina, S. (2000). *Testagem psicológica*. Porto Alegre: ArtMed.

- Angleitner, A., Kohnstamm, G. A., Slotboom, A. M., & Besevegis, E. (1998). Emotional stability: developmental perspectives from childhood to adulthood. In G. A. Kohnstamm, C. F. Halverson Jr., I. Mervielde & V. L. Havill (Orgs.), *Parental descriptions of child personality* (pp.85-103). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Brito, R. C. E., & Koller, S. H. (1999). Desenvolvimento humano e redes de apoio social e afetivo. In A. M. Carvalho (Org.), *O mundo social da criança: natureza e cultura em ação* (pp.115-126). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Bronfenbrenner, U. (1995). Developmental ecology through space and time: a future perspective. In P. Moen, G. H. Elder Jr. & K. Lüscher (Orgs.), *Examining lives in context* (pp.619-647). Washington, DC: American Psychological Association.
- Buss, A. H. (1995). *Personality: temperament, social behavior, and the self*. Massachusetts: Allyn and Bacon.
- Clark, L. A., & Watson, D. (1999). Temperament: a new paradigm for trait psychology. In L. A. Pervin & O. P. John (Orgs.), *Handbook of personality: theory and research* (pp.399-423). New York: Guilford.
- Clarke, A. M., & Clarke, A. D. B. (1994). Variations, deviations, risks, and uncertainties in human development. In W. B. Carey & S. C. McDevitt (Orgs.), *Prevention and early intervention: individual differences as risk factors for the mental health of children* (pp.83-91). New York: Brunner/Mazel.
- Chess, S., & Thomas, A. (Eds.) (1987). *Annual progress in child psychiatry and child development*. New York: Brunner/Mazel.
- Digman, J. M. (1990). Personality structure: emergence of the five-factor model. *Annual Review of Psychology*, 41, 417-440
- Eysenck, H. J. (1974). *A desigualdade do homem*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Geller, C. A. (2000). *A relação das peculiaridades tipológicas do sistema nervoso com o nível de ansiedade: traço em estudantes de segundo grau*. Dissertação de mestrado não-publicada, Universidade Federal de Santa Maria.
- Goldsmith, H. H., Buss, A. H., Plomin, R., Rothbart, M. K., Chess, S. Thomas, A. , Hinde, R. A., & McCall, R. B. (1987). Roundtable: what is temperament? Four approaches. *Child Development*, 58, 505-529.
- Graziano, W. G., Jensen-Campbell, L. A., & Sullivan-Logan, G. M. (1998). Temperament, activity, and expectations for later personality development. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74 (5), 1266-1277.
- Guzzo, R. S. L., Primi, R., & Ito, P. C. P. (2003). PTS – Pavlovian Temperament Survey, versão adolescente adulto: consistência interna e normatização para a realidade brasileira. *Estudos de Psicologia (UFRN)*, 8 (3), 525-533.
- Guzzo, R. S. L., Riello, I. C., & Primi, R. (1996). Pavlovian Temperament Survey - PTS: análise de itens e teste de realidade. *Psicologia Escolar e Educacional*, 1 (1), 53-59.
- Hertzog, M. E. (1994). Conditions of risk for maldevelopment: prematurity. In W. B. Carey & S. C. McDevitt (Orgs.), *Prevention and Early intervention: individual differences as*

- risk factors for the mental health of children (pp.92-102). New York: Brunner/Mazel.
- Hutz, C. S. (s/d). *Escala de Auto-Estima de Rosemberg*. Acessado em junho, 2002, disponível em: <http://www.psicologia.ufrgs.br/laboratorio/rosenb.htm>
- Hutz, C. S., & Nunes, C. H. S. S. (2001). *Escala Fatorial de Ajustamento Emocional/Neuroticismo (EFN)*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Hutz, C. S., Nunes, C. H., Silveira, A. B., Serra, J., Anton, M., & Wiczorek, L. S. (1998). O desenvolvimento de marcadores para avaliação da personalidade no modelo dos cinco grandes fatores. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 11 (2), 395-409.
- Ito, P. C. P., Gobitta, M., & Guzzo, R. S. L. (2003). *Características de temperamento em diferentes áreas de atuação: estudo preliminar*. Manuscrito não-publicado.
- La Rosa, J. (1993). Inventário de ansiedade traço - estado: características psicométricas. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 10 (2), 81-92.
- Losel, F., & Bliesener, T. (1994). Some high-risk adolescents do not develop conduct problems: a study of protective factors. *International Journal of Behavioral Development*, 17 (4), 753-777.
- Mruck, C. (1998). *Auto-Estima: Investigación, teoría y práctica*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Nunes, C. H. S. (2000). *A construção de um instrumento de medida para o fator neuroticismo/ estabilidade emocional dentro do modelo de personalidade dos cinco grandes fatores*. Dissertação de mestrado não-publicada, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- Riello, I. C. (1999). Temperamento: perfil de adolescentes com diferentes competências em natação. Tese de doutorado não-publicada, Pontifícia Universidade Católica de Campinas.
- Rodrigues, A. A. (2001). *Voleibol feminino: uma análise da ansiedade traço influenciada pelas forças do processo de excitação do sistema nervoso*. Dissertação de mestrado não-publicada, Universidade de São Paulo.
- Rothbart, M. K. (1986). A psychobiological approach to the study of temperament. In G. A. Kohnstamm (Org.), *Temperament discussed: temperament and development in infancy and childhood* (pp.63-72). Lisse: Swets & Zeitlinger.
- Rothbart, M. K., & Ahadi, S. A. (1994). Temperament and the development of personality. *Journal of Abnormal Psychology*, 103 (1), 55-66.
- Silva, M. M. (1999). *Um estudo da diferença entre níveis de ansiedade de traço de indivíduos de ambos os sexos, diferenciados pelas peculiaridades tipológicas dos sistema nervoso*. Dissertação de mestrado não-publicada, Universidade Federal de Santa Maria.
- Strelau, J. (1998). *Temperament: a psychological perspective*. New York: Plenum Press.
- Strelau, J., Angleitner, A., & Newberry, B. H. (1999). *Pavlovian Temperament Survey (PTS) An International Handbook*. Seattle: Hogrefe & Huber Publishers.
- Strelau, J., & Elias, A. (1994). Temperament riskfactors for type A behavior pattern in adolescence. In W. B. Carey & S. C. McDevitt (Orgs.), *Prevention and Early intervention: individual differences as risk factors for the mental health of children* (pp.42-49). New York: Brunner/Mazel.
- Szymanski, H., & Yunes, M. A. M. (2001). Resiliência: noção, conceitos afins e considerações críticas. In J. Tavares, M. A. M. Yunes, H. Szymanski, A. M. S. Pereira, H. Ralha-Simões & M. A. C. D. Castro (Orgs.), *Resiliência e educação* (pp.13-42). São Paulo: Cortez Editora.
- Teglasi, H. (1995). *Assessment of temperament*. Eric Digest. Available from: <http://www.ed.gov/databases/eric-digest/ed389963.html>
- Teglasi, H. (1998). Introduction to the mini-series: implications of temperament for the practice of school Psychology. *School Psychology Review*, 24 (4), 475-478.

Recebido em: 6/9/2006
Aprovado em: 24/10/2006

Uma comparação entre crianças e adolescentes com enurese noturna primária: impacto e problemas de comportamento

A comparison between children and adolescents with primary nocturnal enuresis: impact and behavior problems

Mariana Castro **ARANTES**¹
Edwiges Ferreira de Mattos **SILVARES**²

Resumo

Esse estudo teve como objetivo comparar crianças e adolescentes com enurese noturna primária quanto ao impacto da experiência da enurese e à presença de problemas de comportamento. A pesquisa foi conduzida com um grupo de crianças (n=76) e adolescentes (n=26) inscritos no Projeto Enurese do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. Solicitou-se às mães que preenchessem a Lista de Verificação Comportamental para Crianças e Adolescentes. As crianças e os adolescentes responderam a uma entrevista e a partir de suas respostas foram atribuídos graus de impacto da enurese. Tanto nos escores de problemas de comportamento quanto nos graus de impacto não foram encontradas diferenças significativas entre crianças e adolescentes. Os resultados indicaram apenas tendência de as crianças apresentarem uma maior frequência de escores na faixa clínica e de serem atribuídos graus de impacto maiores às respostas fornecidas pelos adolescentes.

Unitermos: adolescentes; crianças; enurese; problemas de comportamento.

Abstract

This study aimed to compare children and adolescents with primary nocturnal enuresis in regards of the impact of the experience of enuresis and the presence of behavior problems. The study was conducted on children (n=76) and adolescents (n=26) registered in the Projeto Enurese from the Psychology Institute of the Universidade de São Paulo. Their mothers were asked to fill out the Child Behavior Checklist. The children and adolescents were engaged in a structured interview. The answers were associated to different degrees of enuresis impact. There wasn't significant association between age group and degree of nocturnal enuresis impact, only a tendency to find greater degrees of impact among adolescents. On regards of Child Behavior Checklist scores, there were no significant differences between children and adolescents. The results only pointed to a slight tendency of children to present a greater frequency of clinical scores in all Child Behavior Checklist problem scales.

Uniterms: adolescents; children; enuresis; behavior problems.

▼▼▼▼▼

¹ Bolsista FAPESP, Universidade de São Paulo, Pós-Graduação em Psicologia Clínica. São Paulo, SP, Brasil.

² Universidade de São Paulo, Instituto de Psicologia, Departamento de Psicologia Clínica. Av. Prof. Mello Moraes, 1721, Cidade Universitária, 05508-030, São Paulo, SP, Brasil. Correspondência para/Correspondence to: E.F.M. SILVARES.

A enurese noturna pode ser um problema significativo para a criança ou adolescente e sua família. Afirma-se com frequência que as implicações da enurese podem tornar-se mais graves com o aumento da idade, mas são poucos os estudos que procuram investigar objetivamente os efeitos da idade sobre a repercussão da enurese do ponto de vista do enurético.

Em um levantamento bibliográfico, foram encontradas apenas quatro pesquisas com o objetivo de explorar o impacto da enurese desde a perspectiva dos enuréticos (Butler, Redfern & Forsythe, 1990; Morison, 1998; Ng & Wong, 2004; van Tijen, Messer & Namdar, 1998; Wolanczyk, Banasikowska, Zlotkowski, Wisniewski & Paruszkiewicz, 2002b), e duas pesquisas em que essa investigação não foi realizada como um dos principais objetivos (Redsell, Collier & Evans, 2003a; Redsell, Collier, Garrud, Evans & Cawood, 2003b). Em quatro desses estudos, foram encontradas diferenças no impacto da enurese em função do aumento da idade.

Butler et al. (1990) investigaram, por meio de uma entrevista estruturada realizada com a criança, sentimentos e pensamentos referentes à enurese noturna. As crianças mais novas tenderam a perceber seu problema em termos não psicológicos, preocupando-se com as conseqüências imediatas, sensações, cheiro, higiene e contingências que seguem o molhar-se. As crianças mais velhas apontaram com maior frequência para os efeitos sociais, emocionais e sobre os pais, ou seja, pareceram construir seu problema mais em termos psicológicos.

Van Tijen et al. (1998) desenvolveram um instrumento (*Critical Life Events Picture Test*) para investigar a percepção da enurese noturna em relação a dez outros eventos de vida críticos. Cartões ilustrados com dois eventos críticos de vida eram apresentados aos sujeitos, que deveriam indicar qual das duas situações era considerada mais grave. Para as crianças com enurese, o problema ocupou a terceira posição, em gradação de gravidade, logo após divórcio e brigas intensas entre os pais; para os adolescentes, a segunda posição, juntamente com brigas intensas entre os pais, depois de divórcio. Os autores não exploraram, mas parece interessante apontar que, em média, os adolescentes consideraram a enurese na mesma posição que brigas entre os pais, evento que ocupou sempre, também para as crianças e adolescentes do grupo-controle, a segunda posição.

Wolanczyk et al. (2002) investigaram as atitudes de crianças enuréticas em relação a sua doença por meio de uma escala desenvolvida para avaliar sistematicamente as atitudes de crianças quanto a condições físicas crônicas em geral (*Child Attitude Toward Illness Scale - CATIS*). Essa escala compõe-se de 13 perguntas às quais a criança tem de responder de acordo com uma escala Likert de cinco pontos ("Quão justo é que você tenha enurese?" "Quão bem ou mal você se sente em ter enurese?" "Com que frequência você sente que a enurese impede você fazer coisas que você gostaria de fazer?"). Escores indicativos de atitudes menos favoráveis foram encontrados nos grupos de enuréticos mais velhos, sugerindo que as atitudes referentes à enurese podem tornar-se mais negativas em função da idade.

Redsell et al. (2003b), com o objetivo de caracterizar a população de crianças em um serviço comunitário de enurese, aplicaram a escala de Impacto da Enurese desenvolvida por Butler (1994). Essa escala consiste de 17 afirmações, tais como "Minha mãe tem roupa demais para lavar", "Tenho que evitar que meus amigos entrem em meu quarto", "Meu pai ou minha mãe fica bravo(a) comigo", "Sinto-me diferente dos meus amigos". A essas afirmações são apresentadas respostas "não", "às vezes" e "sim", por meio das quais são calculados valores de graus de impacto. Os resultados indicaram uma correlação positiva fraca entre a idade e o escore obtido na escala.

Ng e Wong (2004) pesquisaram, por meio de um questionário estruturado, se as crianças apresentavam ou não as seguintes atitudes diante da enurese: evitar falar sobre a enurese com outras pessoas, negar a ocorrência de episódio enurético, evitar dormir fora de casa, usar fralda todas as noites, arrumar a própria cama. Não encontraram diferenças na incidência dessas atitudes em crianças com idades entre sete e dez anos e crianças com mais de dez anos.

O estudo de Morison (1998) distingue-se dos demais estudos por explorar a experiência da enurese desde a perspectiva de crianças e adolescentes por meio de uma abordagem qualitativa. A partir de entrevistas não-estruturadas, foram descritas sete atitudes diante da enurese: falta de preocupação, alegria, pragmatismo otimista, pragmatismo resignado, ambivalência, rejeição ativa e intolerância e falta de esperança resignada. Nesse estudo, não foi feita referência a diferenças de atitude em função da idade.

Foi encontrada apenas uma pesquisa brasileira que se aproxima da questão do impacto da enurese, mas a perspectiva utilizada foi a de familiares/cuidadores de crianças com enurese, e não a da criança (Soares, Moreira, Monteiro & Fonseca, 2005).

Os efeitos negativos da enurese em função da idade aparecem também em relação à presença de problemas de comportamento. Uma revisão recente da literatura sobre a presença de problemas de comportamento em crianças enuréticas indicou a existência de dois estudos sugerindo que quanto maior a idade em que o controle do esfíncter é adquirido mais clínicos tornam-se os escores de problemas de comportamento (Baeyens, Roeyers, Vande Walle & Hoebeke, 2005).

A atitude diante da enurese e a associação entre problemas de comportamento e enurese são aspectos que, além de se mostrarem relacionados ao aumento da idade, aparecem relacionados ao resultado do tratamento para enurese noturna. Algumas atitudes da criança em relação à enurese, tais como falta de preocupação com o problema e presença de problemas de comportamento, aparecem em alguns estudos como fatores preditores de resultados negativos no tratamento para enurese (Butler & Gasson, 2005).

Tendo em vista a ausência de pesquisas brasileiras sobre o assunto, o presente estudo teve como objetivo comparar crianças e adolescentes com enurese noturna primária quanto ao impacto da experiência da enurese e à presença de problemas de comportamento.

Método

Participantes

O estudo foi conduzido em um grupo de clientes ($n=102$) com enurese noturna primária inscritos no Projeto Enurese do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. Esse grupo consistiu de 76 crianças, na faixa etária entre cinco e dez anos e idade média de 7,95, e 26 adolescentes, na faixa etária entre 11 e 17 anos e média de 13 anos.

Instrumentos e procedimentos

Solicitou-se às mães que preenchessem a *Lista de Verificação Comportamental para Crianças e*

Adolescentes (Child Behavior Checklist - CBCL) (Achenbach, 1991). Esse instrumento busca avaliar a competência social e os problemas de comportamento em crianças e adolescentes a partir do preenchimento pelos pais. Os itens de problemas de comportamentos são agrupados em nove escalas: I. Isolamento, II. Queixas Somáticas, III. Ansiedade/Depressão, IV. Problemas Sociais, V. Problemas de Pensamento, VI. Problemas de Atenção, VII. Comportamento Delinqüente, VIII. Comportamento Agressivo e IX. Problemas Sexuais. As escalas I, II e III referem-se aos Distúrbios Internalizantes (DI) e as escalas VII e VIII, aos Distúrbios Externalizantes (DE). A soma dos escores das escalas individuais corresponde ao Total de Problemas de Comportamento (DT).

Os agrupamentos de Distúrbios Internalizantes e Distúrbios Externalizantes refletem associações empíricas entre grupos de escalas que tratam de tipos de problemas de comportamento contrastantes. Os nomes dados às escalas fazem referência ao conteúdo dos itens do CBCL.

Os pontos de corte nos escores determinam as categorias não clínica, limítrofe e clínica para as escalas. Para a soma das escalas de problemas de comportamento (DI, DE e DT), os escores menores do que 60 caem na categoria não clínica; os escores maiores ou iguais a 60 e menores ou iguais a 63, na categoria limítrofe; e os escores maiores que 63, na categoria clínica. Esse instrumento apresenta dados preliminares de validação (Bordin, Mari, & Caiero, 1995).

As crianças e adolescentes responderam ao roteiro de entrevista elaborado por Butler (Blackwell, 1989). Esse roteiro de entrevista consiste de uma ordem fixa de perguntas abertas. Após as duas primeiras perguntas, solicita-se que a criança faça dois desenhos: um sobre a experiência de acordar com a cama molhada e outro sobre a experiência de acordar com a cama seca. As perguntas agrupam-se em oito áreas: clarificação do problema, como a enurese afeta a vida da criança, descrição da enurese, implicações da enurese, pressão familiar, experiência da enurese, enurese como um segredo, como ficar seco.

Para as crianças, houve o auxílio de um entrevistador treinado, que fazia as perguntas oralmente e registrava as respostas. Os adolescentes e algumas

crianças mais velhas responderam sozinhos ao roteiro, com a ajuda do entrevistador apenas em casos de dúvida.

Butler et al. (1990) analisaram as respostas dessa entrevista em termos de presença ou ausência de determinadas categorias. Para o presente estudo, foi realizada uma tentativa de relacionar, de modo padronizado, as respostas da entrevista a graus de impacto da enurese. Com base em critérios fixos, três juízes independentes determinaram categorias de impacto, que poderiam variar de zero a quatro, associadas ao conjunto de respostas dadas na entrevista por cada criança ou adolescente. Tomou-se como medida do grau de impacto o valor acordado por, no mínimo, dois desses três juízes. Quando não houve essa concordância mínima de dois entre três juízes, um quarto juiz foi solicitado a avaliar, de modo que, nesses poucos casos, a medida do grau de impacto foi o valor acordado entre dois de quatro juízes.

Esse estudo é derivado de um trabalho maior, de autoria de Costa (2005), que foi submetido à aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa: *A enurese noturna na adolescência e a intervenção comportamental em grupo versus individual com uso de aparelho nacional de alarme*. Dissertação de mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.

Resultados

Impacto da enurese noturna

Não foi encontrada associação significativa entre faixa etária e grau de impacto da experiência da enurese noturna ($\chi^2=6,817, p=0,146$), apenas uma tendência de serem atribuídos graus de impacto maiores às respostas fornecidas pelos adolescentes. Para 50% das crianças e 73,07% dos adolescentes foram determinados os maiores graus de impacto (valores iguais a ou maiores que três).

Problemas de comportamento

Em termos de média de escores no CBCL, não foram encontradas diferenças significativas entre crianças e adolescentes. A Tabela 1 mostra, para cada um dos índices do CBCL, a porcentagem de escores considerados dentro da categoria clínica. Os resultados

indicam uma pequena tendência de as crianças apresentarem escores clínicos em todos os índices do CBCL. Enquanto a porcentagem de adolescentes que apresentaram escores clínicos nas escalas referentes a Distúrbios Externalizantes foi de 30,8%, a porcentagem de crianças foi de 40,8%. Essa diferença é um pouco maior quando se trata dos escores relativos a Distúrbios Totais: 38,5% dos adolescentes e 52,6% das crianças apresentaram escores dentro da faixa clínica.

Tabela 1. Porcentagens de escores de crianças e de adolescentes dentro da categoria clínica para cada um dos índices do CBCL.

	DI	DE	DT
Crianças (n=76)	30 (39,5%)	31 (40,8%)	40 (52,6%)
Adolescentes (n=26)	9 (34,6%)	8 (30,8%)	10 (38,5%)
<i>p</i> *	0,660	0,364	0,212

DI: Distúrbios internalizantes; DE: Distúrbios externalizantes; DT: Distúrbios totais; CBCL: Lista de verificação comportamental para crianças e adolescentes; *Valor-*p* do teste Qui-Quadrado.

Discussão

Os resultados apontaram pouca diferença no grau de impacto da enurese noturna entre crianças e adolescentes, havendo apenas uma pequena tendência de que adolescentes expressassem maior grau de impacto. Nos quatro estudos específicos encontrados que procuraram investigar o impacto da enurese noturna e tomaram a idade como uma variável (Butler et al., 1990; Ng & Wong, 2004; van Tijen et al., 1998; Wolanczyk et al., 2002), a forma com que o impacto foi avaliado não permite comparações diretas com o presente estudo. Os três primeiros estudos encontraram diferenças em função da idade. Os resultados do estudo de Ng e Wong (2004), indicando não haver diferença das reações à enurese com a idade, e os resultados de Redsell et al. (2003b), apontando apenas para uma pequena correlação positiva dos escores na escala em função da idade, aproximam-se dos dados encontrados nesse estudo.

A tentativa empreendida de transformar o discurso de crianças e adolescentes sobre o impacto da enurese noturna em termos quantitativos precisa ser validada empiricamente, o que faz parte dos planos de pesquisa futuros das autoras. Tal validação seria de grande utilidade, haja vista a carência de estudos com o fim de determinar uma medida objetiva da intensidade

do impacto envolvido na experiência da enurese e empiricamente validada. O único instrumento validado por diversos estudos foi o utilizado por Wolanczyk et al. (2002), que apresenta, entretanto, a desvantagem de não ter sido desenvolvido especificamente para avaliar o impacto da enurese.

Contrastando com outras evidências (Baeyens et al., 2005), os resultados não apontaram uma maior correlação da enurese noturna com problemas de comportamento em função da faixa etária.

Os resultados do presente estudo apresentam as limitações relativas ao tamanho da amostra. A porcentagem de adolescentes enuréticos na população em geral dificulta bastante a consecução desse tipo de estudo. Outra limitação importante da amostra é o fato de tratar-se de crianças e adolescentes que procuraram espontaneamente pelo atendimento oferecido pelo projeto. Moffat (1989), a partir de uma revisão de estudos que compararam crianças enuréticas que procuram tratamento com crianças enuréticas que não procuram, concluiu que crianças que procuram tratamento para enurese encontram-se sob mais estresse e apresentam mais problemas de comportamento do que crianças que não procuram. Esses dados são importantes para se pensar na maior frequência, ainda que não estatisticamente significativa, de escores clínicos no CBCL entre as crianças. É possível levantar a hipótese de que a procura mais precoce por tratamento seja também motivada por outras dificuldades de comportamento.

Assim, pode-se pensar que o tamanho da amostra e o fato de ser derivada de uma população em busca de tratamento para enurese podem ter tido influência sobre os resultados, camuflando possíveis diferenças entre as crianças e os adolescentes com enurese noturna primária. Essas diferenças, indicadas por outros estudos, sugerem que problemas apresentados pelos enuréticos são mais consequência do que causa da enurese.

Essa hipótese é reforçada por evidências de que não há diferenças no tempo para aquisição da continência entre enuréticos com problemas psiquiátricos e enuréticos sem problemas (Moilanen et al., 1998). O efeito do aumento da idade sobre a associação entre enurese e problemas de comportamento não parece, portanto, poder ser explicado pelo fato de que problemas de comportamento constituam-se obstáculos à remissão da enurese.

Outro tipo de evidência que reforça essa hipótese são os resultados de estudos que apontam melhoras nos problemas de comportamento após o tratamento para enurese. Hirasings, van Leerdam, Bolk-Bennink e Koot (2002) estudaram os efeitos do tratamento para enurese sobre os problemas de comportamento das crianças enuréticas. Das crianças que apresentavam escores de Distúrbios Totais no CBCL na faixa clínica e limítrofe, 58% passaram a apresentar escores na faixa normal após tratamento bem-sucedido.

Considerações Finais

Ainda que os resultados não tenham indicado maior grau de impacto e maior correlação da enurese noturna com problemas de comportamento em função do aumento da idade, considera-se, com base nos resultados de outros estudos, que isso se deva principalmente a limitações da amostra.

A hipótese de que outros problemas que o enurético possa apresentar sejam mais consequência do que causa da enurese sugere que a função do tratamento não é apenas solucionar os episódios enuréticos, mas também prevenir ocorrência de outras dificuldades. A possibilidade de que o tratamento da enurese noturna seja também preventivo constitui um motivo a mais para ser procurado pelos pais e difundido pelos serviços de saúde.

Referências

- Achenbach, T. M. (1991). *Integrative guide for the 1991 CBCL/ 4-18, YSR, and TRF Profiles*. Burlington: University of Vermont.
- Baeyens, D., Roeyers, H., Vande Walle, J., & Hoebeke, P. (2005). Behavioural problems and attention-deficit hyperactivity disorder in children with enuresis: a literature review. *European Journal of Pediatrics*, 164 (11), 665-672.
- Blackwell, C. (1989). *A guide to enuresis: a guide to a treatment of enuresis for professionals*. Bristol: Enuresis Resource and Information Center.
- 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 da adolescência: dados preliminares. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 17 (2), 55-66.
- Butler, R. J. (1994). *Nocturnal enuresis: The child's experience*. Oxford: Butterworth-Heinemann.

- Butler, R.J., & Gasson, S. (2005). *Enuresis alarm treatment. Scandinavian Journal of Urology and Nephrology*, 39 (5), 349-357.
- Butler, R. J., Redfern, E. J., & Forsythe, W. I. (1990). The child's construing of nocturnal enuresis: a method of inquiry and prediction of outcome. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 31 (3), 447-454.
- Costa, N. J. D. (2005). *A enurese noturna na adolescência e a intervenção comportamental em grupo x individual com uso de aparelho nacional de alarme*. Dissertação de mestrado não-publicada, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.
- Hirasing, R. A., van Leerdam, F. J. M., Bolk-Bennink, L. F., & Koot, H. M. (2002). Effect of Dry Bed Training on behavioural problems in enuretic children. *Acta Paediatrica*, 91 (8), 960-964.
- Moffat, M. E. K. (1989). Nocturnal enuresis: psychologic implications of treatment and nontreatment. *The Journal of Pediatrics*, 114 (4 Pt 2), 697-704.
- Moilanen, I., Tirkkonen, T., Järvelin, M. R., Linna, S.L., Almqvist, F., Piha, J., Räsänen, E., & Tamminen, T. (1998). A follow-up of enuresis from childhood to adolescence. *British Journal of Urology*, 81 (Suppl. 3), 94-97.
- Morison, M. J. (1998). Parents' and young people's attitudes towards bedwetting and their influence on behaviour, including readiness to engage in and persist with treatment. *British Journal of Urology*, 81 (3), 56-66.
- Ng, C. F. N., & Wong, S. N. (2004). Primary nocturnal enuresis: Patient attitudes and parental perceptions. *Hong Kong Journal Paediatrics (New Series)*, 9 (1), 54-58
- Redsell, S. A., Collier, J., & Evans, J. (2003a). Children presenting at UK community enuresis clinics: comparison with hospital-based samples. *Scandinavian Journal of Urology and Nephrology*, 37, 239-245.
- Redsell, S. A., Collier, J., Garrud, P., Evans, J. H. C., & Cawood, C. (2003b). Multimedia versus written information for nocturnal enuresis education: a cluster randomized controlled trial. *Child: Care, Health and Development*, 29 (2), 121-129.
- Soares, A. H. R., Moreira, M. C. N., Monteiro, L. M. C., & Fonseca, E. M. G. O. (2005). A enurese em crianças e seus significados para suas famílias: Abordagem qualitativa sobre uma intervenção profissional em saúde. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 5 (3), 301-311.
- van Tijen, N. M., Messer, A. P., & Namdar, Z. (1998). Perceived stress of nocturnal enuresis in childhood. *British Journal of Urology*, 81 (suppl. 3), 98-99.
- Wolanczyk, T., Banasikowska, I., Zlotkowski, P., Wisniewski, A., & Paruszkiewicz, G. (2002). Attitudes of enuretic children towards their illness. *Acta Paediatrica*, 91 (7), 844-848.

Recebido em: 30/9/2005

Versão final reapresentada em: 26/7/2006

Aprovado em: 5/9/2006

Efeitos de variáveis psicológicas na reatividade cardiovascular em momentos de *stress* emocional

Psychological effects on the cardiovascular reactivity of stressful moments

Marilda Emmanuel Novaes **LIPP**¹

Adriana **FRARE**¹

Flavia Urbino dos **SANTOS**¹

Resumo

A influência de características psicológicas no aumento da pressão arterial tem sido objeto de muitas indagações. Este trabalho analisou como, em momentos de *stress*, a reatividade cardiovascular é afetada por fatores psicológicos. Oitenta hipertensos responderam ao Inventário de Sintomas de *Stress* de Lipp, à Escala de Alexitimia de Toronto e ao Questionário de Assertividade, e passaram por uma sessão experimental envolvendo interações sociais estressantes. A pressão arterial e a frequência cardíaca foram aferidas continuamente pelo monitor de pressão arterial *Finapres*. A pessoa era instruída em um momento a controlar suas emoções e em outro a expressá-las. Verificou-se uma correlação significativa entre nível de alexitimia e de inassertividade e reatividade da pressão arterial. Quando solicitados a expressarem emoções, a pressão arterial diastólica de alexitímicos e inassertivos sofreu aumentos significativos. A pressão arterial sistólica de pessoas assertivas e não alexitímicas sofreu aumentos significativos quando instruídas a inibirem as emoções.

Unitreiros: alexitimia; expressar emoções; reatividade cardiovascular; *stress*.

Abstract

The effects of psychological traits on blood pressure increases have received much attention. This work aimed to verify if during periods of interpersonal stress the cardiovascular reactivity of hypertensives varies in accordance with psychological traits. Eighty mild-hypertensive adult subjects answered the Lipp Stress Symptom Inventory, the Toronto Alexithymia Scale and an Assertiveness Questionnaire, and participated in a conflictive role-play experimental session. Blood pressure and heart rate were recorded continuously via the Finapres methodology. Two types of instructions were given. At one time the subject was instructed to withhold emotions and at another time, the instruction given was to express emotions freely during the session. A significant correlation was found between alexithymia/inassertiveness and both diastolic and systolic blood pressures. When alexithymic/inassertive subjects were asked to express their feelings, the diastolic blood pressure increased significantly. Furthermore, when assertive and non-alexithymic participants were required to suppress their emotions the systolic blood pressure suffered significant increases.

Uniters: alexithymia; expressed emotion; cardiovascular reactivity; *stress*.

▼▼▼▼

¹ Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Centro de Ciências da Vida, Laboratório de Estudos Psicofisiológicos do Stress. Av. John Boyd Dunlop, s/n., Ambulatório de Especialidades, Jd. Ipaussurama, 13060-904, Campinas, SP, Brasil. Correspondência para/Correspondence to: M.E.N. LIPP. E-mail: <mlipp@estresse.com.br>.

Agradecimento: Este trabalho contou com o financiamento do CNPq, Processo 550588/2002-7. As autoras agradecem ao Dr. Armando Miguel, cardiologista, pelo resultado cardiológico necessário ao estudo.

A reatividade cardiovascular, ou seja, mudanças de pressão arterial ou frequência cardíaca que ocorrem em resposta a uma situação ou evento específico, tem sido considerada uma função significativa na neurogenética das doenças coronarianas (Lovallo & Gerin, 2003), da aterosclerose (Schwartz et al., 2003) e das neoplasias (Loures, Sant'Anna, Baldotto, Sousa & Nóbrega, 2002). Algumas publicações (Light, Sherwood & Turner, 1992; Treiber et al., 2003) têm discutido a hipótese da reatividade excessiva estar envolvida na patofisiologia da hipertensão arterial essencial, embora autores como Light et al. (1992) sugerem que a alta reatividade cardiovascular somente tem valor prognóstico para o desenvolvimento posterior da hipertensão arterial se além de uma história familiar de hipertensão, o *stress* estiver presente em altos níveis no decorrer da vida. Observando os cuidados necessários para evitar conclusões atributivas prematuras, estudos da reatividade cardiovascular têm sido realizados em laboratórios sob condição de controle experimental para averiguar o mecanismo de ação de aumentos pressóricos desencadeados pelo *stress* principalmente como resposta a estressores psicossociais (Fritz, Nagurney & Helgeson, 2003; Kamarck & Lovallo, 2003). Estudos brasileiros sobre reatividade cardiovascular mostram que o hipertenso exibe aumentos de pressão significativos quando submetido a sessões experimentais de *stress* emocional (Lipp, 2005; Lipp, Justo & Melo Gomes, 2006).

Poderia se questionar se as mudanças em pressão verificadas em estudos laboratoriais são realmente o produto de uma reação ao *stress* ou variações normais de pressão arterial. Um estudo desenvolvido na Inglaterra com 1.259 homens mostrou que as variações em pressão verificadas em hipertensos durante sessões experimentais de *stress* psicológico não são devidas às oscilações regulares de pressão (Sheffield, Smith, Carrol, Shipley & Marmot, 1997). O estudo utilizou medidas estatísticas com procedimentos compensatórios que permitiram concluir que embora oscilações normais existam, elas não podem justificar toda a reatividade cardiovascular verificada em inúmeros estudos.

O *stress* emocional seria, então, o principal elemento desencadeador da reatividade observada. Muitos autores têm dedicado seus esforços em busca de variáveis psicológicas que possam estar relacionadas à produção de *stress* e têm pesquisado o papel das

emoções na saúde, na vulnerabilidade ao *stress* e na reatividade cardiovascular.

Spielberger e Moscoso (1996) estudaram a associação entre *stress* e emoção e sua relação com os construtos psicológicos de ansiedade e raiva. Uma outra linha de pesquisa (Sandin, Chorot, Santed & Jimenez, 1996) estabeleceu a relação entre sintomas físicos com alexitimia e outras variáveis psicológicas durante períodos de *stress* e verificaram a existência de uma relação entre alexitimia, estado de ansiedade, depressão, raiva e *stress* da vida diária, enquanto em outro trabalho os mesmos autores (Sandin, Santed, Chorot & Valiente, 1996) estudaram a relação entre alexitimia, reatividade ao *stress* e doenças somáticas.

Alexitimia, definida por Sifneos (1972) como uma dificuldade da pessoa de identificar e de expressar vários tipos de emoções, têm sido identificada clinicamente em muitos pacientes hipertensos. Inassertividade e tendência à agressividade também são características que têm sido identificadas nessa população. Lipp e Rocha (1994) e Lipp (2005) verificaram que a inassertividade, definida por Wolpe (1973) como a inabilidade não só de defender os direitos pessoais e expressar opinião, mas também em termos da dificuldade de expressar afetos, é uma característica muito forte em muitos hipertensos. Lipp (1990) verificou que quando confrontados com situações nas quais a assertividade seria, em geral, esperada do interlocutor, as pessoas hipertensas responderam com grandes aumentos na pressão arterial em picos de reatividade cardiovascular.

Aumentos da pressão sistólica foram encontrados inversamente correlacionados com a expressão de alegria e felicidade (James, Yee, Harshfield, Blank & Pickering, 1986). Foi também demonstrado que dependendo da emoção eliciada pode haver aumentos da pressão arterial sistólica, da diastólica, ou de ambas (Holt-Lunstad, Uchino, Smith, Olsen-Cerny & Nealey-Moore, 2003; Spielberger, Crane, Kearns, Pellegrin & Rickman, 1991), porém não se encontraram estudos que averiguassem a magnitude da reatividade cardiovascular, em situações de *stress*, em função de características psicológicas da pessoa, não estando ainda claro até que ponto as características personológicas contribuem para a magnitude da reatividade cardiovascular em momentos de *stress* interpessoal. Este trabalho objetivou verificar se a reatividade cardiovascular de

hipertensos leves é influenciada, em momentos de *stress* emocional, pelo fato de a pessoa ser alexitímica ou inassertiva.

Método

Participantes

Oitenta adultos (28 homens e 52 mulheres) com idade média de 42,1 anos e desvio-padrão de 1,3 anos, que atenderam a anúncios de um estudo que estava sendo realizado pelo Laboratório de Estudos Psicofisiológicos do Stress da Pontifícia Universidade Católica de Campinas sobre possíveis efeitos do *stress* na pressão arterial de hipertensos. Os participantes foram selecionados dentre mais de 200 que se inscreveram para o estudo. Todos os participantes haviam sido diagnosticados por cardiologistas como sendo hipertensos do Estágio 1 (pressão arterial sistólica entre 140 e 159mmHg e pressão diastólica entre 90 e 99mmHg). Nenhum estava tomando medicação hipotensora na época da avaliação.

Material

Para coleta de dados psicológicos foram utilizados: termo de consentimento, Questionário de Assertividade, Escala para Diagnóstico de Alexitimia, Inventário de Sintomas do *Stress* para Adultos (ISSL). Utilizaram-se também fitas contendo quatro cenas que em pesquisas anteriores (Lipp, 1997) foram utilizadas para criarem *stress* social nos participantes. As fitas utilizadas incluíram duas cenas sobre situações negativas/conflitivas e duas de conteúdo positivo.

O Questionário de Assertividade utilizado foi elaborado com base nos princípios de Rathus e contém 17 itens aos quais a pessoa responde sim ou não. Sete respostas inassertivas é o estabelecido para determinar se o respondente é inassertivo. Esse questionário já foi utilizado em várias pesquisas (Lipp, 1997). O ISSL (Lipp, 2000) contém três quadros que correspondem às fases do *stress*. O ISSL possibilita determinar se a pessoa tem *stress*, em que fase se encontra e se existe prevalência de sintomas somáticos ou cognitivos. A Escala de Alexitimia de Toronto foi traduzida e validada por Yoshida (2003).

A pressão arterial e frequência cardíaca eram aferidas continuamente através do uso do Monitor de Pressão Arterial *Finapress*, marca Ohmeda, modelo 2300, Denver, Colorado, que mede a pressão arterial e a frequência cardíaca continuamente. O *Finapress* é um equipamento que afere a pressão arterial e a frequência cardíaca, de modo não invasivo, através de uma pequena *cuff* equipada com um fotopletismógrafo, que é colocada ao redor do dedo médio da mão não dominante do participante. O manguito é conectado a uma caixa pequena contendo uma válvula pneumática, ligada a uma fonte de compressão de ar, um transdutor eletropneumático, e componentes eletrônicos para o pletismógrafo. O ponto de compressão do volume sanguíneo é ajustado periodicamente para permitir que a pressão reflita continuamente a pressão intra-arterial. Ao ser conectado ao computador, fornece a listagem das medidas registradas, fornecendo as médias de dez em dez segundos.

Procedimentos

Alguns dias antes da sessão experimental, as pessoas que se inscreveram para participarem do estudo e que haviam sido diagnosticadas como portadoras de hipertensão arterial do Estágio I receberam explicações detalhadas sobre o procedimento do estudo e assinaram um Termo de Consentimento previamente aprovado pela Comissão de Ética. A seguir, responderam aos testes psicológicos e após a avaliação foi marcada a sessão experimental.

A tarefa experimental utilizada foi participar de duas dramatizações (*role play*). Cada dramatização era constituída de uma interação social, no laboratório, onde as cenas nas quais as pessoas deviam participar eram apresentadas em fitas de áudio.

O participante era solicitado a interagir com uma experimentadora como se estivesse vivenciando a situação apresentada. Dois tipos de instruções foram dadas; em um momento a pessoa era instruída a controlar suas emoções e a agir o mais polidamente possível, não revelando o que sentia (condição "inibir") e em outro momento a instrução era fornecida para que expressassem os sentimentos sem inibições (condição "expressar"). Cada pessoa participou das duas condições, variando somente a ordem de apresentação da instrução.

As instruções foram fornecidas de modo contrabalançado, de maneira que 40 dos participantes receberam primeiro a instrução "inibir" e na segunda sessão receberam a instrução "expressar" e os outros 40 receberam as instruções na ordem inversa. O cuidado tomado em balancear as instruções visou evitar o viés da pessoa sempre ouvir uma instrução ou outra em primeiro lugar. A pressão arterial e a frequência cardíaca foram aferidas continuamente.

Os resultados foram analisados em função de cada momento da sessão experimental, que constituiu de uma linha de base inicial e outra final, duas cenas positivas e duas cenas negativas ou conflitivas, cada uma precedida de um período no qual a pessoa ouvia a descrição da cena a ser respondida, em um total de 10 momentos.

A reatividade cardiovascular foi calculada subtraindo-se a média da pressão arterial sistólica (PAS), diastólica (PAD), pressão arterial média (PAM) e frequência cardíaca (FC) obtidas na primeira linha de base das aferidas em todos os outros momentos de *stress* experimental. Desse modo, obteve-se um índice de reatividade das variáveis cardiovasculares estudadas para cada momento do experimento. Inicialmente, a análise dos dados foi realizada a fim de verificar se a ordem das instruções (inibir ou expressar emoções) teve um efeito significativo na reatividade cardiovascular dos participantes. A seguir foi averiguado como a condição de expressar ou não emoções interagiu com as características psicológicas para determinar o nível de reatividade cardiovascular em momentos de *stress*. Todas as análises estabeleceram o valor de $p \leq 0,05$.

Resultados

Não houve diferença significativa quanto a ouvir primeiro ou depois as instruções para inibir ou para expressar emoções, isto é, a ordem da apresentação não afetou significativamente a pressão arterial média ou a frequência cardíaca durante o estudo, de modo que essa variável não foi considerada nas demais análises. Análise de variância, levando em consideração todas as variáveis psicológicas e as medidas de reatividade, mostrou que a reatividade da pressão arterial diastólica foi significativamente mais alta em participantes alexitímicos ($F_{(1,73)} = 5,59; p=0,021$) na condição de

expressar emoções e que a PAS foi significativamente maior na condição de inibir emoções de acordo com o nível menos elevado de alexitimia do respondente ($F_{(1,73)} = 4,34; p= 0,041$), isto é, os alexitímicos exibiam menor reatividade quando solicitados a não expressarem emoções. Com relação à FC, os dados indicaram que a reatividade foi significativamente menor em pessoas em níveis avançados de *stress* quando elas foram solicitadas a inibirem suas emoções ($F_{(1,73)} = 4,94; p= 0,029$).

A influência das características psicológicas fica mais clara quando se calculam os coeficientes de correlação de Pearson entre a reatividade cardiovascular em cada um dos momentos do estudo e os escores das variáveis psicológicas (fase de *stress*, escores de assertividade e alexitimia), respectivamente, para as situações de "expressar" e "inibir emoções". Verificou-se que a reatividade da PAD exibiu uma correlação positiva significativa com níveis de alexitimia ($r=0,278; p=0,013$) e negativa com os de assertividade ($r=-0,228; p=0,044$) durante o período em que os participantes ouviam a descrição da cena positiva, ou seja, enquanto se preparavam para responderem a uma interação considerada desejável do ponto de vista social, como agradecer um favor ou fazer um elogio. A PAD também se relacionou de forma negativa com o nível de *stress* do respondente enquanto este se preparava para responder à cena negativa ($r=-0,254; p=0,024$), como discordar da pesquisadora ou defender um direito que havia sido negado, na condição de expressar emoções. Os dados indicam que a expectativa de ter que agir de um modo ou de outro influencia de modo significativo a pressão arterial do momento, dependendo do nível de *stress* e de assertividade e alexitimia da pessoa.

No que se refere à reatividade da PAS, verificou-se coeficientes de correlação positivos com os níveis de alexitimia nos seguintes momentos: ouvir as descrições das cenas positiva ($r=0,282; p=0,012$) e negativa ($r=0,283; p=0,011$), responder durante a cena positiva ($r=0,367; p<0,001$) e negativa ($r=0,228; p=0,043$). As correlações entre a reatividade da PAS com níveis de assertividade apresentaram valor negativo, de modo que quanto mais inassertiva a pessoa era, maior era a reatividade da PAS durante os seguintes momentos; ouvir as descrições das cenas positiva ($r=-0,226; p=0,045$) e negativa ($r=-0,263; p=0,019$) nas quais teria que se

engajar e também durante o período que estava interagindo com a pesquisadora na cena positiva ($r=-0,288$; $p=0,010$) e negativa ($r=-0,265$; $p=0,018$). A PAM se correlacionou significativamente apenas durante o período em que o respondente ouvia a descrição da cena positiva, no que se refere à alexitimia ($r=0,288$; $p=0,010$) e à assertividade ($r=-0,256$; $p=0,023$).

Quanto à reatividade da PAS, verificou-se correlação significativa positiva com assertividade e negativa com alexitimia na condição de inibir emoções, isto é, quando a pessoa assertiva era solicitada a inibir suas emoções e a agir de modo como se não estivesse percebendo o aspecto conflitivo da interação social na qual estava engajada, sua PAS aumentava significativamente. Se a pessoa não era alexitímica, a PAS também subia.

No que se refere à reatividade da frequência cardíaca, somente foram encontradas correlações negativas durante o período de escuta com o nível de *stress* do respondente ($r=-0,333$; $p=0,003$ para cenas positivas e $r=-0,230$; $p=0,042$ para as negativas).

Discussão

Os dados obtidos dão apoio à noção de que emoções distintas geram reatividades diferentes. A PAD e a PAS não variaram sempre de modo paralelo; em certos momentos uma aumentava enquanto a outra não sofria mudanças, dependendo da condição experimental em vigor e das características psicológicas do participante. Tipicamente, aumentos significativos da PAD ocorriam na condição em que a pessoa era solicitada a expressar emoções de modo livre, enquanto que a reatividade da PAS era maior na situação em que se solicitava ao participante que não expressasse seus sentimentos durante períodos de *stress* interpessoal nos quais seus direitos haviam sido violados, ou quando ele tinha que expressar uma opinião que divergia da pesquisadora.

A PAD variou especialmente na condição em que as pessoas eram solicitadas a ouvirem a descrição de cenas positivas e responderem a elas expressando livremente o que sentiam. Quando solicitadas a não demonstrarem emoção em tais momentos, a PAD não mostrou aumentos significativos independentemente dos traços psicológicos.

Os resultados apóiam o proposto por James et al. (1986), Spielberger et al. (1991) e Holt-Lunstad et al. (2003) quanto ao fato de que emoções diferentes geram maior reatividade na PAD ou na PAS, pois revelam a influência dos fatores psicológicos no nível de *stress* eliciado que se manifestou na forma de efeitos diferenciais na reatividade cardiovascular de hipertensos leves. Tanto a alexitimia como a assertividade tiveram influência significativa em alguns aspectos estudados. Por exemplo, pacientes alexitímicos tiveram maior reatividade da PAD quando levados a expressarem emoções, enquanto esse efeito não se manifestou na PAS. Por outro lado, a inibição dos sentimentos, regulados por instruções específicas quanto a não serem expressos, resultou em aumentos pressóricos significativos na PAS e não na PAD. Níveis de alexitimia se correlacionaram com aumentos significativos da PAD durante o período em que os respondentes se preparavam mentalmente para interagirem em contextos considerados positivos, como agradecer a alguém um favor.

No que tange à variável assertividade, é interessante notar que foi verificada uma associação oposta ao percebido referente à alexitimia, o que era previsto, uma vez que os dois conceitos apresentam dimensões opostas. Isto é, o alexitímico tem dificuldades em lidar com as emoções e o assertivo é o que consegue identificar e expressar o que sente.

Nesse aspecto foi identificado que aumentos significativos na PAD se correlacionaram negativamente com os níveis de assertividade, de modo que quanto menos assertivo era o respondente maior era a reatividade da PAD durante o período em que a pessoa estava ouvindo a descrição das cenas positivas nas quais ela teria que expressar afeto ou agradecimento. Esse dado revela que aspectos da inassertividade, já bastante estudados no público no geral (Ryan, Anas & Friedman, 2006), têm um impacto que vai além do âmbito psicológico e se expande até aspectos do funcionamento cardiovascular.

Encontrou-se uma correlação negativa entre a reatividade da PAD e níveis elevados de *stress* quando os respondentes, independentemente de suas características psicológicas, ouviam a descrição das cenas negativas nas quais teriam que defender um direito ou reagirem a uma atitude ofensiva dos outros na condição de expressar.

Os dados indicam que a expectativa de ter que agir de um modo ou de outro influencia de maneira significativa a pressão arterial diastólica do momento, dependendo do nível de *stress*, assertividade e alexitimia da pessoa envolvida.

A PAS variou de modo significativo em situações nas quais as emoções deveriam ser reguladas devido às instruções recebidas. Essa supressão de sentimentos teve efeito na PAS dependendo dos traços psicológicos existentes, como a alexitimia e a assertividade. Quando pessoas alexitímicas e assertivas foram solicitadas para inibirem suas emoções enquanto interagem com a pesquisadora em situações de grande *stress*, sua PAS mostrou aumentos consideráveis em todos os momentos experimentais, ou seja, quando ouviam a descrição das cenas tanto positivas como negativas e quando respondiam em ambas as situações. Esse dado pode ser compreendido considerando-se que a pessoa assertiva teria, por natureza, a tendência a expressar os sentimentos livremente, enquanto a pessoa alexitímica provavelmente não o faria tão facilmente.

A FC, por outro lado, não foi afetada pelas características psicológicas e sim pelo nível de *stress* dos participantes na situação de inibição dos sentimentos; quanto maior o nível de *stress*, menor era a FC. Esse dado talvez possa ser explicado pelo fato de que no início do processo de *stress*, o organismo produz uma grande quantidade de adrenalina a fim de possibilitar a reação de "luta ou fuga". Com o aumento do nível de *stress*, há um aumento na produção do cortisol e decréscimo na de adrenalina. Além disto, em uma situação experimental em que a pessoa era solicitada a não reagir e a não mostrar emoções, não havia necessidade do preparo para a reação de "luta ou fuga", o que poderia justificar a pequena reatividade de FC.

Conclusão

Os dados indicaram que variáveis psicológicas como inassertividade, alexitimia e *stress* emocional são fatores importantes na determinação da magnitude da reatividade cardiovascular que ocorre em contatos sociais estressantes de pessoas hipertensas leves. As pessoas inassertivas e/ou alexitímicas mostram uma reatividade de PAD maior quando são solicitadas a expressarem seus sentimentos; por outro lado, pessoas

com essas características tendem a ter uma maior reatividade de PAS quando levadas a regularem suas emoções inibindo a sua demonstração. Considerando a importância que o controle da reatividade cardiovascular tem para a saúde das pessoas hipertensas, medidas psicológicas capazes de reduzirem a inassertividade e a alexitimia devem ser incluídas em programas de tratamento do hipertenso do mesmo modo que, como sugerem as V Diretrizes de Hipertensão Arterial (2006), o treino psicológico de controle do *stress* deve ser oferecido aos hipertensos a fim de que eles possam adquirir estratégias de enfrentamento do *stress* excessivo e possam minimizar seus efeitos negativos.

Referências

- Fritz, H. L., Nagurny, A. J., & Helgeson, V. S. (2003). Social interactions and cardiovascular reactivity during problem disclosure among friends. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 29 (6), 713-25.
- Holt-Lunstad, J., Uchino, B. N., Smith, T. W., Olsen-Cerny, C., & Nealey-Moore, J. B. (2003). Social relationships and ambulatory blood pressure structural and qualitative predictors of cardiovascular function during everyday social interactions. *Health Psychology*, 22 (4), 388-397.
- James, G., Yee L., Harshfield, G., Blank, S., & Pickering, T. (1986). The influence of happiness, anger, and anxiety on blood pressure of borderline hypertensives. *Psychosomatic Medicine*, 48, 502-508.
- Kamarck, T. W., Lovallo, W. R. (2003). Cardiovascular reactivity to psychological challenge: conceptual and measurement considerations. *Psychosomatic Medical*, 65 (1), 9-21.
- Light, K. C., Sherwood, A., & Turner, J. R. (1992). High cardiovascular reactivity to stress: a predictor of later hypertension development. In J. R. Turner, A. Sherwood & K. C. Light (Eds.), *Individual differences in cardiovascular response in stress* (pp.281-293). New York: Plenum.
- Lipp, M. E. N., & Rocha, J. C. (1994). *Stress, hipertensão e qualidade de vida*. Campinas: Papyrus.
- Lipp, M. E. N. (1990). Stress e hipertensão arterial essencial. In M. F. Oliveira & S. Cury (Orgs.), *Rumos da psicologia hospitalar em cardiologia*. Campinas: Papyrus.
- Lipp, M. E. N. (1997). Pesquisas sobre hipertensão. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 68 (1), 56-60.
- Lipp, M. E. N. (2000). *Inventário de sintomas de stress para adultos*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Lipp, M. E. N. (2005). Blood pressure reactivity to social stress in an experimental situation. *Revista de Ciências Médicas*, 14 (4), 313-394.
- Lipp, M. E. N., Justo, A. P., & Melo Gomes, T. (2006). Cardiovascular reactivity in hypertensives: differential effect of expressing and inhibiting emotions during

- moments of interpersonal stress. *The Spanish Journal of Psychology*, 9 (2), 154-161.
- Loures, D. L., Sant'Anna, I., Baldotto, C. S. R., Sousa, E. B., & Nóbrega, A. C. L. (2002). Estresse mental e sistema cardiovascular. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 78 (5), 525-530.
- Lovallo, W. R., & Gerin, W. (2003). Psychophysiological reactivity: mechanisms and pathways to cardiovascular disease. *Psychosomatic Medicine*, 65 (1), 36-45.
- Ryan, E. B., Anas, A. P., & Friedman, D. B. (2006). evaluations of older adult assertiveness in problematic clinical encounters. *Journal of Language and Social Psychology*, 25 (2), 129-145.
- Sandin, B., Chorot, P., Santed, M., & Jimenez, P. (1996). Dimensiones de alexitimia y estados emocionales de ansiedad, depresion e ira. *Psiquis: Revista de Psiquiatria, Psicologia y Psicomatica*, 17 (1), 49-57.
- Sandin, B., Santed, M., Chorot, P., & Valiente, R. (1996). Alexitimia, afecto positivo y negativo, y reactividad al estrese: relaciones con sintomatologia somatica y enfermedad. *Analisis y Modificacion de Conducta*, 22 (84), 435-460.
- Schwartz, A. R., Gerin, W., Davidson, K. W., Pickerin, T. G., Brosschot, J. F., Thayer, J. F., Christenfeld, N., & Liden, W. (2003). Toward a causal model of cardiovascular responses to stress and the development of cardiovascular disease. *Psychosomatic Medicine*, 65 (1) 22-35.
- Sheffield, D., Smith, G., Carrol, D., Shipley, M., & Marmot, M. (1997). The effects of blood pressure resting level and lability on cardiovascular reactions to laboratory stress. *International Journal of Psychophysiology*, 27 (2), 79-86.
- Sifneos, P. E. (1972). *Short term psychotherapy and emotional crisis*. Cambridge: Harvard University Press.
- Spielberger, C., & Moscoso, M. (1996). Reacciones emocionales del estrese: ansiedad y colera. *Avances in Psicologia Clinica Latino-Americana*, 14, 59-81.
- Spielberger, C., Crane, R. S., Kearns, W. D., Pellegrin, K. L., & Rickman, R. L. (1991) Anger and anxiety in essential hypertension. In C. Spielberger & I. G. Sarason. *Stress and emotion*. New York: Hemisphere Publishing Cor.
- Treiber, F. A., Kamarck, T., Scheneiderman, N., Sheffield, D., Kappuku, G., & Taylor, T. (2003). Cardiovascular reactivity and development of preclinical and clinical disease states. *Psychosomatic Medicine*, 65 (1), 46-62.
- Yoshida, E. M. P. (2003). Toronto Alexithymia Scale- TAS: precisão e validade da versão em português. *Psicologia: Teoria e Prática*, 2 (1), 59-74.
- Wolpe, J. (1973). *The practice o behavior therapy*. New York: Pergamon Press.
- V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. (2006). São Paulo: Sociedade Brasileira de Cardiologia.

Recebido em: 22/1/2007

Aprovado em: 13/2/2007

Alfabetização e consciência metalingüística: um estudo com adultos não alfabetizados

Literacy and metalinguistic development: a study with illiterate adults

Márcia Maria Elia Peruzzi da **MOTA**¹
Nelimar Ribeiro de **CASTRO**¹

Resumo

Este estudo - com vinte e cinco adultos (5 não alfabetizados, 7 com nível de leitura intermediário e 13 com nível de leitura mais avançado) - foi delineado para investigar o papel da alfabetização no desenvolvimento da consciência metalingüística. Os adultos realizaram várias tarefas de consciência sintática e fonológica. Os resultados das análises de variância não paramétricas realizadas mostraram que os adultos não alfabetizados tiveram performances inferiores, em geral, a dos alfabetizados. No entanto pouca diferença foi encontrada entre os grupos de leitores. Os resultados sugerem que a alfabetização tem um efeito no desenvolvimento metalingüístico.

Unitermos: alfabetização; consciência sintática; desenvolvimento metalingüístico.

Abstract

This study was designed to investigate the role of literacy in metalinguistic development. Twenty-five adults (5 illiterate, 7 in an intermediate level of literacy and 13 in a advanced level) participated in this study. The adults were tested in several syntactic and phonological awareness tasks. Results of non-parametric Analysis of Variance showed that illiterate adults had overall worse performance than the literate ones. There was little difference between the literate groups. The results suggest that literacy have an effect in metalinguistic awareness development.

Uniterms: literacy; syntactic awareness; metalinguistic development.

Um dos maiores problemas metodológicos encontrados no estudo do desenvolvimento cognitivo em sociedades industriais é o de separar o desenvolvimento cognitivo decorrente da maturação daquele proporcionado pelos efeitos da escolarização (Cole, 2005; Scribner & Cole, 1981).

Esse problema pode ser mais bem explicitado se pensarmos na teoria piagetiana, uma das mais

influentes teorias sobre o desenvolvimento cognitivo no século XX. Segundo Piaget, o desenvolvimento se dá através de estágios marcados por mudanças qualitativas na estrutura cognitiva das crianças. Uma dessas mudanças de estágio ocorre entre cinco e sete anos de idade, justamente quando a maioria das crianças nas sociedades industriais está começando o seu processo de alfabetização formal. É possível que as mudanças



¹ Universidade Federal de Juiz de Fora, Instituto de Ciências Humanas, Departamento de Psicologia. Campus Universitário Martelos, Cidade Universitária, 36036-330, Juiz de Fora, MG, Brasil. Correspondência para/Correspondence to: M.M.E.P. MOTA. E-mail: <mmotapsi@terra.com.br>.

observadas por Piaget, no desenvolvimento cognitivo das crianças dessa faixa etária, sejam provocadas pelo processo de escolarização e não pela maturação cognitiva.

As mudanças observadas nas crianças em idade de escolarização formal não são observadas apenas nos estudos de Piaget. Teorias do Desenvolvimento que enfatizam a influência do contexto no modo que os indivíduos organizam seu pensamento há muito vêm se preocupando com a influência que a escolarização tem sobre o modo de pensar dos indivíduos (Correa-Chaves & Rogoff, 2005; Rogoff, 1990).

Uma das hipóteses levantadas é a de que o processo de alfabetização, iniciado nos primeiros anos de escolarização formal, provoca a mudança no pensamento, e que não são as mudanças qualitativas nas estruturas cognitivas como propõe Piaget, que fazem com que as crianças de idades diferentes realizem tarefas cognitivas de modo diferente. Como a linguagem escrita é independente do contexto em que ela ocorre, é necessário que o escritor explicita sua mensagem para ser entendido. Esse processo levaria ao desenvolvimento do pensamento abstrato (Greenfield, 1972).

Scribner e Cole (1973) argumentam que nem sempre os dados empíricos corroboram a idéia de que o desenvolvimento cognitivo é afetado pelo processo de escolarização do indivíduo. No entanto, ao comparar sujeitos não escolarizados com sujeitos escolarizados, os autores identificaram duas situações em que houve diferenças no modo de realizar as tarefas cognitivas entre esses dois grupos. O primeiro diz respeito à generalização do pensamento. Nas tarefas de classificação de objetos, os sujeitos não escolarizados resolviam cada tarefa como se a estivesse resolvendo pela primeira vez. Já os sujeitos escolarizados conseguiam resolver as tarefas de forma cada vez mais rápida, pois utilizavam o conhecimento adquirido para resolver as tarefas subsequentes. A segunda maneira em que os sujeitos diferiram diz respeito à explicitação do pensamento. Os sujeitos escolarizados tendem a explicitar suas estratégias de pensamento, ao passo que os sujeitos não escolarizados dão respostas vagas como "meu senso me disse" (Scribner & Cole 1973).

Em um estudo posterior, Scribner (1977) apresentou dados a respeito do pensamento silogístico de adultos escolarizados e não escolarizados. Esse estudo

se baseou no trabalho de Luria, desenvolvido na década de 30, sobre silogismos verbais cujo objetivo era investigar a capacidade de inferência e dedução dos sujeitos em situações que eles não tinham experiência empírica (Rogoff, 1990).

No estudo de Scribner (1977), os adultos não escolarizados se recusavam a resolver as tarefas, pois não tinham conhecimento empírico sobre a situação observada. Assim, quando era dada a esses adultos uma tarefa como: "Todos que tem casas pagam imposto predial. Boima não paga o imposto predial. Boima tem uma casa?" os adultos não escolarizados argumentavam que precisam conhecer Boima para responder a essa pergunta.

Scribner (1977) atribuiu os resultados encontrados a influências culturais e não a mudanças qualitativas na maneira de pensar dos sujeitos não escolarizados e escolarizados. Para Scribner as tarefas cognitivas são tarefas realizadas na escola. Dessa forma, os sujeitos escolarizados são treinados a resolvê-las.

Esse ponto é defendido também por Rogoff (1990), que simplificou as tarefas de raciocínio silogístico, apresentando aos sujeitos respostas para cada tarefa, pedindo-lhes que decidissem se essas respostas apresentadas eram corretas ou falsas. A *performance* dos sujeitos não escolarizados melhorou muito depois da simplificação da tarefa. Rogoff (1990) concluiu que as diferenças encontradas entre sujeitos escolarizados e não escolarizados é função de diferenças culturais, causadas pelo processo de escolarização. É importante ressaltar, no entanto, que mesmo com a simplificação da tarefa os sujeitos escolarizados se saíram melhor do que os não escolarizados nas tarefas apresentadas por Rogoff (1990).

Scribner e Cole (1981) investigaram mais profundamente a relação entre escolarização, alfabetização e desenvolvimento cognitivo. A questão de interesse desses pesquisadores era saber se é a escolarização ou a alfabetização que influenciava as mudanças na maneira em que os indivíduos resolvem as tarefas cognitivas. Para responder a essa pergunta, Scribner e Cole (1981) realizaram sua pesquisa entre o povo *Vai*. Esse povo africano desenvolveu um sistema de escrita que muitas vezes é ensinado fora da escola. Dessa forma é possível separar o efeito da escolarização do da alfabetização. Ao comparar sujeitos letrados fora da escola

com aqueles alfabetizados pela escola e os sujeitos analfabetos, podemos separar o efeito da escolarização do efeito da alfabetização no desenvolvimento cognitivo dos indivíduos.

Os resultados do estudo de Scribner e Cole (1981) não apresentaram evidências empíricas que corroborassem a hipótese de que a escolarização afeta o desenvolvimento cognitivo. Somente na tarefa de classificação houve diferenças entre os sujeitos escolarizados e não escolarizados. No caso da influência da alfabetização na mudança de pensamento, somente na tarefa de raciocínio metalingüístico, nesse caso medido por uma tarefa de julgamento gramatical, é que foram encontradas diferenças entre os sujeitos. Os sujeitos alfabetizados tiveram uma *performance* melhor nessa tarefa do que os não alfabetizados.

Muitos outros estudos apontaram uma relação entre a alfabetização e o desenvolvimento do raciocínio metalingüístico. Esse debate ocupou boa parte do interesse dos pesquisadores na área de alfabetização na década de 80. A questão principal era saber se o desenvolvimento metalingüístico era causa ou consequência da alfabetização.

Consciência metalingüística é a habilidade de refletir sobre a linguagem como objeto do pensamento. Embora haja muita discussão sobre o que é pensamento consciente e inconsciente em Psicologia Cognitiva (Gombert, 1992), há um consenso entre pesquisadores de que o raciocínio metalingüístico está associado a um tipo de pensamento explícito sobre a linguagem. Envolve uma reflexão sobre a linguagem e controle cognitivo sobre a realização das tarefas.

Smith e Tager-Flusberg (1982) apontam para duas correntes teóricas que descrevem o desenvolvimento metalingüístico. De um lado, temos a corrente autonomista influenciada pela teoria piagetiana, que considera que o desenvolvimento metalingüístico é parte do desenvolvimento metacognitivo, e que teria origem a partir da entrada no período das operações concretas. Por outro lado, teríamos os interacionistas, que consideram que o desenvolvimento metalingüístico ocorre ao longo de um contínuo e interage com o desenvolvimento da linguagem.

Entender a relação entre alfabetização e raciocínio metalingüístico é fundamental. Se a habilidade de refletir sobre a linguagem é causa da alfabetização,

intervenções que visem o desenvolvimento dessa habilidade podem vir a prevenir e remediar problemas.

Os primeiros estudos que investigaram a relação entre consciência metalingüística e alfabetização focaram o desenvolvimento da consciência fonológica. A consciência fonológica é a habilidade de se refletir sobre os sons que compõem a fala. Essa habilidade é considerada importante para alfabetização porque ajudaria a criança a entender as correspondências entre letra e som necessárias para aquisição do princípio alfabético.

Os resultados dos estudos em consciência fonológica apresentaram dados que sugeriram, num primeiro momento, que a alfabetização ajuda o desenvolvimento do pensamento metalingüístico. Por exemplo, Liberman, Shankweiler, Fisher e Carter (1974) compararam crianças não alfabetizadas com crianças alfabetizadas quanto à *performance* em várias tarefas de consciência fonológica. As tarefas envolviam processamento de sílabas e fonemas. As crianças alfabetizadas tinham *performances* superiores às das crianças não alfabetizadas em todas as tarefas, o que sugere que a experiência com a alfabetização ajude a realização de tarefas metalingüísticas. Um dado interessante no estudo de Liberman et al. (1974), no entanto, é que as crianças não alfabetizadas tinham uma *performance* melhor nas tarefas de sílabas do que na de fonemas. Esses dados sugerem a possibilidade de que haja diferentes níveis de consciência fonológica, e que eles interagem com o processo de escolarização e requerem diferentes graus de reflexão sobre a linguagem.

Investigando essa questão, Morais, Content, Bertelson, Cary e Alegria (1986) compararam uma amostra de adultos portugueses analfabetos com uma amostra de adultos alfabetizados de mesma classe social em várias tarefas de habilidade metalingüística. Os resultados de Morais et al. (1986) foram semelhantes aos de Liberman et al. (1974). Os adultos alfabetizados tiveram *performance* superior nas tarefas metalingüísticas quando comparados aos não alfabetizados; no entanto a comparação da *performance* dos não alfabetizados com as tarefas de rima e fonema mostraram que essa *performance* foi superior nas tarefas de rima do que nas de fonemas. Segundo os autores a tarefa de rima é uma tarefa que envolve pouca reflexão metalingüística, estando mais associada à percepção da fala do

que ao raciocínio metalingüístico. Os autores concluíram que o desenvolvimento metalingüístico é consequência da alfabetização.

Como já dissemos anteriormente, consciência metalingüística envolve reflexão sobre a linguagem e um grau de controle e monitoramento dessas habilidades. Gombert (1992) sugere que há uma progressão no grau de consciência metalingüística ao longo do desenvolvimento. Podemos ampliar a definição de consciência fonológica, incluindo unidades de som maiores do que o fonema, como rima e aliteração. A diferença estaria no grau de reflexão metalingüística necessário para realização dessas tarefas. Nesse modelo o desenvolvimento metalingüístico seria colocado em um contínuo partindo de um raciocínio implícito sobre a linguagem, que se desenvolveria até chegar num raciocínio explícito.

Partindo desse pressuposto, Bradley e Bryant (1983) demonstraram que crianças em idade pré-escolar são capazes de raciocínio metalingüístico e também demonstraram uma relação causal com a alfabetização. As crianças que tiveram melhores escores nos testes de consciência fonológica, antes da alfabetização começar, também tiveram melhores escores de leitura, mesmo quando controladas variáveis como inteligência, memória e nível de escolaridade da mãe.

Os resultados de Bradley e Bryant foram reproduzidos em vários estudos e em diferentes ortografias, inclusive no português (Capovilla & Capovilla, 1997; Cardoso-Martins, 1996; Mota & Guaraldo, 2002), e reforçam a necessidade de se pensar em modelos de consciência metalingüística que propõem esse desenvolvimento como ocorrendo num *continuum*, partindo-se de um nível mais implícito de consciência fonológica para um mais explícito.

Se admitirmos que há uma progressão entre níveis de consciência metalingüística, de níveis mais implícitos para níveis mais explícitos, precisamos pensar nos aspectos que podem causar essa mudança. Uma possibilidade é a de que a alfabetização é a causa dessa mudança. Aqui alfabetização é compreendida dentro de uma perspectiva mais ampla, como o processo de desenvolvimento da língua escrita que ocorre ao longo dos primeiros anos de escolarização.

Até que ponto a alfabetização é o fator que causa mudanças nos níveis de consciência do pensamento é

uma questão para se responder empiricamente (Gombert, 1992). Em trabalhos recentes, Gombert (2003) e Demont e Gombert (2004) argumentam que embora algum nível de desenvolvimento metalingüístico (conhecimento implícito) seja necessário para que se aprenda a ler e a escrever, é a experiência formal da alfabetização promovida pela escola que vai permitir o desenvolvimento verdadeiramente metalingüístico (conhecimento explícito), mas ainda faltam evidências empíricas que corroborem essa hipótese.

Um outro ponto importante diz respeito à generalização do conhecimento. Se há mudanças no processamento cognitivo em decorrência do processo de alfabetização, esperaríamos que essas mudanças ocorressem em diferentes áreas do raciocínio metalingüístico.

A consciência fonológica não é o único aspecto da consciência metalingüística que está associado à alfabetização. Refletir sobre a sintaxe da língua, a consciência sintática, também é um aspecto da consciência metalingüística que facilita a aquisição da leitura (Rego, 1995; Rego & Bryant, 1993; Tunmer, 1990).

Ao contrário do que acontece na consciência fonológica, poucos estudos têm investigado o desenvolvimento da consciência sintática e sua relação com a alfabetização. É possível que a consciência sintática e a consciência fonológica afetem a alfabetização de maneiras diferentes. A consciência fonológica contribuiria para o entendimento da correspondência entre letra e som, isto é, para a aquisição do princípio alfabético e a consciência sintática para leitura contextual (Rego & Bryant, 1993).

Em um estudo longitudinal envolvendo crianças pré-leitoras inglesas, Rego (1991) testou essa hipótese. A autora demonstrou uma relação causal entre as tarefas de consciência sintática e a leitura contextual. Já a consciência fonológica não contribuiu para leitura no contexto, apenas para tarefas de leitura de palavras simples. Entre as medidas utilizadas por Rego estava a de completar sentenças. Nessa tarefa uma palavra é omitida, e a criança tem que utilizar seu conhecimento gramatical para completá-la. Como essa é uma tarefa de consciência sintática esperava-se que ela estivesse associada à leitura contextual, e não à leitura de palavras isoladas. No entanto os escores nessa tarefa também contribuíram para a leitura de pseudopalavras e palavras

isoladas. Esses resultados apontam para uma maior contribuição da consciência sintática para a alfabetização do que a inicialmente sugerida pelos autores.

Plaza e Cohen (2003) investigaram a contribuição da consciência fonológica, consciência sintática e velocidade de nomeação para a alfabetização de crianças em processo de alfabetização. Os resultados desse estudo mostram que as medidas de consciência sintática contribuíram para as medidas de leitura e escrita, mesmo depois de controlarem o efeito das outras duas medidas.

Guimarães (2003) investigou a relação entre consciência sintática e consciência fonológica e o desenvolvimento da leitura e escrita em crianças com dificuldades de aprendizagem cursando a terceira e a quarta série do ensino fundamental. A autora não achou diferença entre a *performance* de crianças com dificuldades de alfabetização e os controles de mesma habilidade de escrita nas mais jovens em idade. No entanto as crianças de terceira e quarta série sem dificuldades de leitura tiveram *performance* superior à das crianças com dificuldade e à das mais jovens. Esse resultado sugere que embora não haja um déficit específico da leitura das crianças com dificuldades de aprendizagem no que diz respeito à consciência sintática, a escolarização tem um papel no desenvolvimento dessa habilidade.

Uma outra maneira pela qual a consciência sintática pode interagir com a alfabetização diz respeito à escrita de palavras com ortografias complexas (Rego & Buarque, 1987). Para decidir a grafia de palavras com ortografia ambígua, como é o caso de palavras como 'beleza' e 'princesa', a criança pode lançar mão de seu conhecimento gramatical (Mota, 1996; Mota et al., 2002).

Entender como a consciência sintática se desenvolve e como ela interage com a alfabetização se torna fundamental para que possamos pensar em estudos de intervenção e práticas pedagógicas que facilitem a aquisição da leitura e da escrita.

Mota (1996) fez uma revisão dos estudos que investigaram o desenvolvimento da consciência sintática. Os resultados sugerem uma gradação no nível de consciência sintática decorrente do grau de controle cognitivo necessário para realizar as tarefas metalingüísticas. Os resultados obtidos por Mota foram

semelhantes aos relatados por uma revisão mais recente da literatura feita por Corrêa (2004).

Mota (1996) mostra que o julgamento de sentenças parece ser o teste mais fácil na bateria de testes sobre consciência sintática. Nesse teste a criança tem que dizer se uma tarefa é gramaticalmente correta ou não. Repare que a demanda cognitiva dessa tarefa é reduzida, pois a criança não precisa manipulá-la, apenas decidir se a sentença é correta ou não. Hakes (1980) chama atenção para o fato de que muitas crianças que acertam essa tarefa quando chamadas a justificar sua resposta oferecem justificativas que demonstram um julgamento semântico e não sintático.

Um outro aspecto metodológico importante no que diz respeito à tarefa de julgamento de sentenças é o de que o julgamento de sentenças corretas é mais fácil do que o de sentenças incorretas. Na verdade, há uma tendência a aceitar todas as sentenças na frase quando os sujeitos não são capazes de fazer julgamentos metalingüísticos (Gombert, 1992). Portanto é possível que haja diferença no grau de reflexão metalingüística envolvida na realização da tarefa de julgamento.

Dois outros testes - o de identificação do erro e o de correção - parecem requerer um controle cognitivo maior para sua realização do que a tarefa de julgamento. Nesses testes as crianças têm que identificar o erro (no primeiro caso), e depois no segundo identificar o erro e buscar a resposta correta para consertar a sentença. Embora esses dois testes requeiram graus de controle cognitivo maiores do que o de julgar sentenças, Gombert (1992) argumenta que eles ainda são muito influenciados pela semântica e pelo conhecimento tácito da língua, portanto podem exigir um grau menor de consciência sintática.

Mota, MacLean e Gombert (1995), adaptando as tarefas de julgamento, correção e a de Gombert para o português, obtiveram resultados empíricos que reforçam a idéia de uma progressão na consciência sintática. Os autores deram tarefas de julgamento, identificação e correção a adultos e crianças de primeira série à quarta série do ensino fundamental. Os resultados mostram que para todas as séries a tarefa de julgamento foi mais fácil do que as tarefas de correção e que a *performance* em todas as tarefas melhorava com a escolarização. No entanto, no estudo de Mota et al. (1995), não havia sujeitos não alfabetizados. Não é possível a partir desse

estudo separar o efeito da maturação cognitiva do efeito da escolarização no desenvolvimento das habilidades metalingüísticas.

Este estudo foi delineado para investigar o papel da alfabetização no desenvolvimento da consciência metalingüística. Estamos interessados em saber se a habilidade de refletir sobre os aspectos sintáticos da língua é decorrente do processo de alfabetização ou se ele se inicia antes do processo de alfabetização, sendo decorrente da maturação cognitiva. Comparando a *performance* de adultos não alfabetizados com adultos em processo de alfabetização podemos observar como o desenvolvimento metalingüístico interage com o processo de alfabetização.

Método

Utilizando uma técnica de amostragem por conveniência, foram selecionados 28 sujeitos para participar deste estudo, dos quais 25 chegaram ao final. Os sujeitos foram divididos em três grupos de acordo com o nível de escolarização: não alfabetizados, pouco escolarizados e escolarizados. Os sujeitos escolarizados foram contatados através de escolas da rede pública que oferecem alfabetização a adultos. Devido ao baixo índice de analfabetismo na região urbana de Juiz de Fora, os sujeitos analfabetos foram encontrados na comunidade através da indicação dos participantes do estudo (método bola de neve).

Os participantes do primeiro grupo, composto por cinco sujeitos analfabetos, com média de idade de 64 anos (desvio-padrão (dp) = 13,85), não conseguiram ler ou escrever nenhuma palavra do teste de leitura e escrita. Os participantes do segundo grupo, composto por sete sujeitos pouco escolarizados com idade média de 51 anos (dp= 11,27), obtiveram um desempenho de até 50% na leitura e na escrita das 24 palavras apresentadas.

O terceiro grupo era composto de 13 sujeitos alfabetizados com idade média de 48 anos (dp= 12,39). Nesse grupo os sujeitos se apresentaram sem dificuldades nas tarefas de leitura e escrita e desempenho acima de 50% nas atividades de leitura e escrita propostas.

Um sujeito do grupo de analfabetos não completou a tarefa de consciência morfológica, e um sujeito do grupo pouco escolarizado não completou o teste de julgamento de sentenças corretas e incorretas.

Procedimentos

Os participantes foram testados individualmente em três sessões. Na primeira sessão foram realizados as tarefas metalingüísticas de consciência fonológica, um teste de memória seqüencial auditiva, um ditado e um teste de leitura. Na segunda sessão foram realizadas tarefas de consciência sintática incluindo o teste de morfologia produtiva. Na terceira sessão foi feita a avaliação cognitiva através da aplicação do teste de Matrizes Progressivas de Raven, que acabou não sendo usado, pois muitos sujeitos estavam acima de 65 anos. O teste Raven não tem escores padronizados para essa faixa etária. Foram aplicadas as provas operatórias de Piaget. Como muitos dos sujeitos tinham mais de 65 anos, e há um declínio na execução das provas operatórias com a idade, utilizamos apenas a conservação de unidades discretas (última habilidade a declinar) como parâmetro. Comparações feitas entre os escores brutos de memória, utilizando o teste Kruskal-Wallis, mostraram que os grupos não diferiram significativamente em relação a esse escore ($\chi^2= 4,05, p>0,1$).

Os grupos foram divididos de acordo com os testes de leitura e escrita e eram equivalentes quanto à conservação de unidades discretas e escores de memória.

Instrumentos

Tarefas de consciência sintática

A) Morfologia produtiva (baseado no teste de Berko, 1958): nesse teste os participantes tiveram que completar sentenças flexionando pseudopalavras. Por exemplo: "Este é um *Zugue*. Aqui estão dois?" (Anexo 1).

B) Julgamento, correção e generalização do erro: nessa tarefa os participantes tiveram que: julgar a gramaticalidade das sentenças corretas; julgar a gramaticalidade das sentenças incorretas; corrigir o erro (Anexo 2).

Tarefas de consciência fonológica (foi utilizado testes de Cardoso-Martins, 1997)

A) Detecção de rima e fonema: nesses testes foram apresentadas aos participantes: uma palavra

estímulo e três palavras-teste. Entre as palavras-teste, uma rimava com a palavra estímulo ou com ela partilhava um fonema, e as outras duas não apresentam correspondência de nenhum som com essas palavras. As palavras foram representadas por desenhos para não sobrecarregar a memória de trabalho dos participantes.

B) Leitura e ditado: o teste de leitura foi composto de palavras freqüentes e não freqüentes da língua portuguesa. As palavras foram retiradas das listas de palavras freqüentes e não freqüentes de Pinheiro e Keys (1987, apud Cardoso-Martins, 1997).

C) Avaliação cognitiva: As provas operatórias de Piaget, o teste de Matrizes Progressivas de Raven e um subconjunto do ITPA (*Illinois Test of Psycholinguistic Abilities*) que avalia memória de trabalho foram aplicados.

Resultados

Consciência sintática e morfológica

Devido ao número reduzido de sujeitos, optamos por realizar análises não paramétricas nos dados.

Para investigar o efeito da escolarização no desenvolvimento da consciência sintática, uma Análise de Variância não paramétrica Kruskal-Wallis, para grupos independentes, foi realizada em cada tarefa de consciência sintática. A variável dependente foi o número de acertos nos testes de consciência sintática (julgamento de sentenças corretas, julgamento de sentenças incorretas, correção). O fator grupo tinha três níveis: não alfabetizados, pouco escolarizados e escolarizados.

Os resultados mostram que para o julgamento de sentenças corretas não houve diferenças significativas entre os grupos ($\chi^2=3,8, p>0,1$), indicando que os três grupos tiveram *performances* equivalentes nesse teste.

A análise feita nos dados no teste de julgamento de sentenças incorretas mostrou um resultado significativo para grupos ($\chi^2=8,15, p<0,02$). A média dos *ranks* mostra que a diferença entre o grupo 1 (não alfabetizados, média do *rank* 4,7) e os dois grupos de alfabetizados foi maior do que a dos grupos alfabetizados entre si (escolarizados, média do *rank* 14,85, e pouco escolarizados, média do *rank* 13,92).

Resultados semelhantes foram encontrados para a tarefa de correção de sentenças, mostrando um resultado significativo para grupos ($\chi^2=8,56, p<0,02$). A média dos *ranks* mostra que a diferença entre o grupo 1 (não alfabetizados, média 4,5) e os dois grupos de alfabetizados; foi também maior do que a dos grupos alfabetizados entre si (pouco escolarizados, média 14,62 e escolarizados, média 14,58), e para tarefa de morfologia produtiva ($\chi^2=7,16, p<0,03$; média dos *ranks* para não alfabetizados 4,0, para pouco escolarizados, 13,50 e escolarizados, 13,7).

Consciência fonológica

Para investigar se os grupos diferiam entre si nas tarefas de consciência fonológica, comparações entre pares de variáveis foram feitas para cada grupo através do teste não paramétrico Mann-Whitney. As variáveis dependentes foram o número de acertos nos testes de consciência fonológica (aliteração, rima, sílaba final e inicial). O fator grupo tinha três níveis: não alfabetizados, pouco escolarizados e escolarizados. Como apenas três análises foram realizadas para cada teste metalingüístico, não foram utilizados critérios de ajuste do nível de significância (critério de Bonferroni).

Os resultados das análises Mann-Whitney mostram resultados semelhantes aos obtidos para consciência sintática para as comparações feitas nos dados sobre sílaba final e inicial. Para sílaba final, a comparação entre o grupo de não alfabetizados e o grupo de pouco escolarizados foi significativa ($U=5,0, p=0,048$; média dos *ranks* 4,0 e 8,6, respectivamente para essa análise). A comparação entre escolarizados (média do *rank* 11,0) e não alfabetizados (média do *rank* 5,6) chegou perto do nível aceitável para ser considerada estatisticamente significativa ($U=13,0, p=0,052$). Os grupos alfabetizados não diferiram entre eles ($U=42,0, p=0,8$, para essa análise média dos *ranks* foi 10,77 para escolarizados e 10,0 para não escolarizados).

No caso da sílaba inicial o grupo de sujeitos não alfabetizados teve *performance* inferior ao dos escolarizados em geral ($U=4,0, p=0,003$, para escolarizados *ranks* 3,8 e 11,0 para não alfabetizados e escolarizados, e $U=0,0001, p=0,003$ para pouco escolarizados, *ranks* 3,0 e 9,0 para não alfabetizados e pouco escolarizados, respectivamente).

Na análise feita nos testes de rima os sujeitos não alfabetizados tiveram *performance* inferior à dos escolarizados ($U=9,0$, $p=0,019$, *ranks* 4,8 para não alfabetizados e 11,3 para escolarizados). Nenhuma outra comparação foi significativa ($U=26,0$, $p=0,13$ para comparação entre pouco escolarizados, média do *rank* 7,7, e escolarizados, 12,0, e $U=0,12$, $p=0,36$ para comparações entre não alfabetizados e os pouco escolarizados, a média do *rank* foi 5,4 e 7,29, respectivamente).

No caso da aliteração a *performance* dos sujeitos escolarizados foi maior do que a dos pouco escolarizados ($U=17,0$, $p=0,02$, médias dos *ranks* 12,7 para escolarizados e 6,43 para pouco escolarizados) e dos não alfabetizados ($U=0,16$, $p=0,02$ médias dos *ranks* 11,9 para escolarizados e 3,2 para não alfabetizados). Nenhuma outra comparação foi significativa ($U=13,5$, $p=0,5$ e média dos *ranks* 5,7 para não alfabetizados e 7,07 para pouco escolarizados).

Discussão

Neste estudo investigamos a relação entre alfabetização e desenvolvimento metalingüístico. De um modo geral os resultados confirmam a hipótese de que o desenvolvimento metalingüístico seja afetado pela alfabetização, mas não obtivemos evidência para hipótese de uma progressão contínua do desenvolvimento metalingüístico com o desenvolvimento da alfabetização.

Os resultados indicam que os sujeitos não escolarizados têm mais dificuldades em realizar as tarefas do que os sujeitos alfabetizados. Nas tarefas de julgamento de sentenças incorretas e de correção e na de morfologia produtiva o grupo de não alfabetizados diferiu em *performance* dos sujeitos alfabetizados.

Não houve diferença significativa entre os grupos no caso de julgamento de sentenças corretas. A revisão de literatura na área de consciência sintática mostra que as tarefas de julgamento de sentenças corretas são mais fáceis do que a de sentenças incorretas. Há duas possíveis explicações para esses achados; a primeira diz respeito a um viés metodológico com esse tipo de tarefa. A aceitação de todas as frases como corretas levaria a um escore máximo na tarefa de julga-

mento de sentenças corretas e mínimo para o de sentenças incorretas. Se esse fosse o caso esperaríamos que a maioria dos sujeitos neste estudo tivesse escore zero no teste de julgamento de sentenças incorretas. Apenas 24% dos participantes erraram todos os julgamentos de sentenças incorretas, o que sugere que não houve uma aceitação maciça das sentenças incorretas. Embora mais difíceis, algum tipo de julgamento estava sendo feito nessas frases pela maioria dos sujeitos.

A outra explicação para a maior dificuldade em *performance* nas tarefas de julgamento de sentenças incorretas diz respeito aos processos cognitivos envolvidos no processamento de sentenças corretas. As sentenças corretas se aproximariam mais dos processos automáticos envolvidos na produção da linguagem oral. Assim sendo, o processamento dessas frases é mais fácil do que no caso das sentenças incorretas que exigiriam um processamento mais explícito. Essa explicação se ajusta melhor aos dados encontrados.

Como descrito acima, não achamos evidências para mostrar uma progressão contínua no desenvolvimento da consciência sintática dos sujeitos que participaram deste estudo. O grupo que chamamos pouco escolarizado não diferiu em *performance* do grupo que chamamos de escolarizado.

No Brasil não temos testes padronizados de leitura para a população adulta. Utilizamos uma divisão arbitrária dos sujeitos não escolarizados. É possível que essa divisão não tenha retratado de forma adequada o nível de desenvolvimento da leitura e escrita desses sujeitos. Em estudos futuros é importante que se verifique também o número de anos de escolarização desses sujeitos. Apesar de essa ser uma medida indireta do nível de desenvolvimento da escrita, é uma variável que deve ser controlada tendo em vista a ausência de instrumentos.

De um modo geral os resultados das análises nas tarefas de consciência fonológica são semelhantes ao da consciência sintática. O grupo de sujeitos escolarizados teve *performance* superior ao dos não alfabetizados nas três tarefas de consciência fonológica e quase atingiu significância estatística na tarefa de sílaba final. O grupo de sujeitos pouco escolarizados teve

performance superior ao dos não alfabetizados nas tarefas de sílaba final, inicial e aliteração. Esses resultados indicam que os sujeitos não alfabetizados apresentam um nível de reflexão metalingüística inferior ao dos alfabetizados como proposto pela nossa hipótese.

Também nesse caso pouca evidência para a idéia de um *continuum* no desenvolvimento foi encontrada, sendo exceção a dos sujeitos pouco escolarizados que tiveram uma *performance* inferior ao dos mais escolarizados no teste de aliteração, e os sujeitos pouco escolarizados que não distinguiram sua *performance* estatisticamente dos não alfabetizados e alfabetizados no teste de rima.

É possível que a razão para esses resultados seja a mesma já apresentada anteriormente. A divisão que foi feita entre sujeitos pouco escolarizados e sujeitos escolarizados foi arbitrária, e baseada na *performance* em um teste não padronizado de leitura e escrita.

Este estudo chama atenção também para a importância da criação de instrumentos de avaliação de sujeitos adultos e idosos brasileiros. A falta de testes padronizados de leitura e escrita para essa população dificulta as pesquisas que buscam um maior entendimento dos processos cognitivos nessa faixa da população.

Referências

- Berko, J. (1958). The child learning of English morphology. *Word, 14*, 150-177.
- Bradley, L., & Bryant, P. (1983). Categorizing sounds and learning to read: a causal connection. *Nature, 301*, 419-521.
- Capovilla, A., & Capovilla, F. (1997). O desenvolvimento da consciência fonológica durante a alfabetização. *Temas sobre o Desenvolvimento, 35* (6), 15-21.
- Cardoso-Martins (1996). *Consciência fonológica e alfabetização*. Petrópolis: Vozes.
- Cardoso-Martins (1997). *A sensibilidade e rima e ao fonema e a aquisição da leitura em crianças normais e indivíduos com a síndrome de Down: um estudo correlacional*. Tese não-publicada, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.
- Cole, M. (2005). Cultural-historical activity theory in the family of socio-cultural approaches. *International Society for the Study of Behavioral Development Newsletter, 1* (47), 1-4.
- Correa, J. (2004). A avaliação da consciência sintática na criança: uma análise metodológica. *Psicologia: Teoria e Pesquisa, 20* (1), 69-75.
- Correa-Cháves, M., & Rogoff, B. (2005). Cultural research has transform our ideas of cognitive development. *International Society for the Study of Behavioral Development Newsletter, 1* (47), 7-10.
- Demont, E., & Gombert, J. E. (2004). L'apprentissage de la lecture: évolution des procédures et apprentissage implicite. *Enfance, 56* (3), 245-257.
- Gombert, J. E. (1992). *Metalinguistic development*. Hertfordshire: Harvester Wheatsheaf.
- Gombert, J. E. (2003). Atividades metalingüísticas e aquisição da leitura. In Maluf (Org.), *Metalinguagem e aquisição da escrita*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Greenfield, P. (1972). Oral and written language: the cognitive consequences for cognitive development in Africa, the United States, and England. *Language and Speech, 15*, 169-178.
- Guimarães, S. R. (2003). Dificuldades no desenvolvimento da lecto-escrita: o papel das habilidades metalingüísticas. *Psicologia: Teoria e Pesquisa, 19* (1), 33-45.
- Hakes D. (1980). *The development of metalinguistic abilities in children*. Berlin: Springer-Verlag.
- Lieberman, I., Shankweiler, D., Fischer, F. W., & Carter, B. V. (1974). Explicit syllable segmentation in the young child. *Journal of Experimental Child Psychology, 18*, 201-212.
- Morais, J., Content, A., Bertelson, P. Cary, L., & Alegria, J. (1986). Literacy training and speech segmentation. *Cognition, 7*, 323-331.
- Mota, M., & Guaraldo, C. (2002). Consciência fonológica e alfabetização: teoria, investigação e implicações pedagógicas. *Encontros psicopedagógicos: anais do IV seminário do instituto de psicologia* (pp.39-46). Rio de Janeiro: UERJ.
- Mota, M. (1996). *Children's role of grammatical rules in spelling*. Unpublished doctoral, Oxford University.
- Mota, M., MacLean, M., & Gombert, J. (1995 September). The effects of schooling in syntactic awareness development. Proceedings of the *British Psychological Society Developmental Section, UK*. Glasgow.
- Mota, M., Andrade, C., Henrique, D., Macedo, S., Atalaia, K., Stephan, F., & Ferreira, D. (2002). Consciência sintática e desenvolvimento ortográfico. *Encontros psicopedagógicos: anais do IV seminário do Instituto de Psicologia*. Rio de Janeiro: UERJ.
- Plaza, M., & Cohen, H. (2003). The interaction between phonological processing, syntactic awareness, and naming speed in the reading and spelling performance of first-grade children. *Brain and Cognition, 53* (2), 287-292.
- Rego, L. (1991). *The role of early linguistic awareness in children's reading and spelling*. Unpublished doctoral, Oxford University.
- Rego, L., & Bryant, P. (1993). The connections between phonological, syntactic and semantic skills and children's reading and spelling. *European Journal of Psychology, 8* (3), 235-246.

- Rego, L. (1995). Diferenças individuais na aprendizagem inicial da leitura: papel desempenhado por fatores metalingüísticos. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 11 (1), 51-60.
- Rego, L., & Buarque, L. (1997). Consciência sintática, consciência fonológica e aquisição de regras ortográficas. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 10 (2), 199-217.
- Rogoff, B. (1990). *Apprenticeship in thinking: cognitive development in social context*. Oxford: Oxford University Press.
- Scribner, S. (1977). Modes of thinking and ways of speaking: culture and logic reconsidered. In Johnson-Lard and Wason (Eds.), *Thinking*. New York: Cambridge University Press.
- Scribner, S., & Cole, M. (1973). Cognitive consequences of formal and informal education. *Science*, 182, 553-559.
- Scribner, S., & Cole, M. (1981). *The psychology of literacy*. Massachusetts: Harvard University Press.
- Smith, C., & Tager-Flusberg, H. (1982). Metalinguistic awareness and language development. *Journal of Experimental Child Psychology*, 34, 449-468.
- Tunmer, W. (1990). The role of language prediction skills in beginning reading. *New Zealand Journal of Educational Studies*, 25 (2), 95-112.
- Recebido em: 30/6/2006
Versão final reapresentada em: 19/10/2006
Aprovado em: 16/11/2006

ANEXO 1

TESTE DE MORFOLOGIA PRODUTIVA

1. Os Zugues BAZEM o carro todo dia. Amanhã eles BAZERÃO os carros. Ontem eles (...)?
2. A Zuguesa comprou dois CLEPES no supermercado.
2. Os Zugues adoram CHACAR. Ontem eles CHACARAM. Amanhã eles (...)?
3. O rei dos Zugues se chama Lion. Lion gosta de GALIR, ele GALIU ontem. Se ele (...) amanhã poderíamos assistir.
4. Quando os Zugues estão zangados eles CLEVAM. O rei Lion também CLEVA. Ontem o rei Lion estava muito zangado, ele (...) muito.
5. O bicho de estimação preferido dos Zugues é o POTU. A fêmea do POTU é chamada POTUA. O rei Lion tem três (...)?
6. O barulho que o POTU faz é chamado de POGI. Os Zugues adoram quando os POTUS POGEM. Eles tiveram uma idéia. E criaram um brinquedo que imita o (...) dos POTUS.
7. Um brinquedo que faz o barulho do POGIDO dos POTUS é chamado de (...)?
8. Os Zugues acharam as casas no Brasil PRITAS. Eles viram uma montanha PRITA. E também acharam aquele carro (...)?
9. Os Zugues COVIRAM no feriado. No próximo feriado eles COVIRÃO também. Quando eles estão descansando eles gostam de (...)?
10. Os Zugues gostam de DINER cedo. Todos os dias eles DINEM cedo. Depois que eles (...) falaremos com eles.
11. O Zugue falou: "Que bolsas TEPAs! Olha que sapato TEPO! Ali tem mais uma bolsa (...)?"

ANEXO 2

JULGAMENTO DE SENTENÇAS CORRETAS E INCORRETAS E CORREÇÃO

Julgamento de sentenças

1. Ontem, Joel e Paulo jogarão futebol.
2. Nós temos três cachorro no sítio.
3. Amanhã, iremos ao parque.
4. Comprei duas bola na loja.
5. Na semana passada vovó visitou sua netinha.
6. Ganhei dois ovos de páscoa.
7. Na noite passada, guardamos o carro na garagem.
8. No próximo domingo fui ao cinema.
9. osso é da cachorro.
10. A pata está no lago.
11. Viajaremos amanhã.
12. Ontem compraremos maçãs

Homicídio seguido de suicídio na cidade de Porto Alegre¹

Homicide followed by suicide in Porto Alegre city, Brazil

Samantha Dubugras **SÁ**²

Blanca Susana Guevara **WERLANG**²

Resumo

O objetivo deste trabalho foi caracterizar o perfil dos indivíduos que cometeram homicídio, seguido de suicídio em Porto Alegre num período de oito anos. As informações sobre esse evento foram localizadas em matérias jornalísticas, inquéritos policiais e entrevistas com informantes. Nos 14 casos localizados, o evento parece ser um fenômeno de gênero, já que os homens são os assassinos/suicidas, e mulheres e crianças, as vítimas. O método mais utilizado para o homicídio e o suicídio foi a arma de fogo. A casa da vítima foi o local em que o homicídio e o suicídio foram efetuados, na maior parte das vezes, no período da manhã. Em cinco casos, os precipitadores do evento foram ciúme, ameaça ou término da relação amorosa. O agressor era um sujeito que tinha problemas com seu grupo de apoio primário, com indicativos de impulsividade, agressividade, depressão, dependência de álcool e antecedentes criminais, principalmente, por violência contra a família.

Unitermos: homicídio; suicídio; homicídio seguido de suicídio.

Abstract

This paper intended to characterize the profile of individuals who have committed homicide followed by suicide in Porto Alegre, during an 8-year period. The information about the events were gotten by newspaper articles and police inquiries researches, and through informants' interviews. In the 14 cases located, the event seems to be a gender-related phenomenon, as men were the killers, while women and children were the victims. The most used method for both the homicide and suicide was gunshot. The victim's home was the place where most homicides and suicides were committed, usually during the morning. In five cases, the event triggers were jealousy, threats or end of a relationship. The aggressor had problems in his primary support group, signs of impulsiveness, aggressiveness, alcohol abuse and criminal records, especially due to violence against his own family.

Uniterms: homicide; suicide; homicide following suicide.

O homicídio seguido de suicídio é um tipo impactante de crime que envolve uma situação na qual uma pessoa tira a vida de outra(s) e, em um período de no máximo 24 horas, se suicida. Na literatura internacional isto também é denominado de “morte diádica”,

“suicídio estendido” ou ainda “suicídio ampliado”. Alguns estudos têm sido realizados sobre essa temática, principalmente nos Estados Unidos e Europa. No Brasil, até onde nos foi dado pesquisar, nenhum trabalho foi publicado a esse respeito.

▼▼▼▼▼

¹ Artigo elaborado a partir da dissertação de S.D. SÁ, intitulada “Homicídio seguido de suicídio na cidade de Porto Alegre”. Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, 2005.

² Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Faculdade de Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Av. Ipiranga, n. 6681, Prédio 11, 9º andar, 90619-900, Porto Alegre, RS, Brasil. Correspondência para/Correspondence to: B.S.G. WERLANG. E-mail: <bwerlang@pucrs.br>. Apoio financeiro: CNPq (Bolsa de Mestrado).

O comportamento suicida pode ser definido como todo ato pelo qual um indivíduo causa lesão a si mesmo, qualquer que seja o grau de intenção letal e de consciência do verdadeiro motivo desse ato. Para Litman (1987, 1988) a intenção é a chave psicológica para compreender o suicídio e existem estágios no desenvolvimento da intenção, que se inicia, na maior parte das vezes, com a idéia de morte, que se desloca para o desenvolvimento de um plano ou projeto, que passa a ser implementado por ensaios realísticos ou imaginários, culminando em uma ação autodestrutiva exitosa.

Essa ação letal fatal, segundo Shneidman (1999, 2001), deve ser considerada como um ato intencional individual, em que uma pessoa se sente atormentada por uma dor psicológica insuportável que lhe sugere a autodestruição como a melhor solução. De fato, com o ato suicida, o sujeito demonstra ter um propósito, um objetivo em mente, consistente em por fim a uma situação de vida que lhe causa sofrimento.

Menninger (1970) considera que, pelo menos três desejos poderiam contribuir para o ato suicida: o desejo de morrer, o desejo de matar e o desejo de ser morto. O autor destaca que o desejo de matar pode estar dirigido não só para um objeto interno, traduzido no extermínio da própria vida, como também para um objeto externo, já que a experiência clínica reiteradamente confirma que o suicídio freqüentemente se destina a destruir a vida dos sobreviventes (entes queridos).

Esse desejo de matar parte da idéia de que todo suicídio "é antes de tudo um homicídio" (p.36), lembrando Menninger que, na língua alemã, o significado literal da palavra é "homicídio de si próprio". Mas, se há "no suicídio um eu que se submete ao homicídio e parece desejoso de fazê-lo" (p.36), deve haver uma explicação para isso. Para o autor, o desejo de matar seria resultante da destrutividade primária: sob certas condições, os impulsos destrutivos, investidos em um ou mais objetos, se desprendem deles, permitindo que o impulso homicida, libertado, se aplique "sobre a pessoa de sua origem, como objeto substituto, realizando, assim, um homicídio deslocado" (p.57).

O homicídio, a sua vez, é como refere Albergaria (1988), um crime cometido por agressividade e por reação primitiva, isto é, como expressão de um estado

crônico de tensão ou excitação, ou como vingança, ódio acumulado. Esse autor considera a agressão no comportamento homicida a partir do agente agressor, para depois examinar o agente agredido e, finalmente, obter uma visão, a partir de um observador, ou de um terceiro.

Assim é possível encontrar três representações diferentes para um mesmo evento. Uma, do ponto de vista do agressor, quando se deve considerar a intencionalidade dolosa do ato, ou seja, a tentativa intencional de transmitir estímulos nocivos a outrem. Outra, a partir da vítima, considerado o seu sentimento de estar sendo agredida e, finalmente, a visão do observador, cujos sentimentos críticos são perceptíveis acerca da possibilidade de ter havido nocividade no ato e, também, a intencionalidade (subjativa) do agressor, que tem suas características próprias.

No homicídio seguido de suicídio a ação de matar e a intenção de morrer se concretizam pela conjunção de vários elementos, consubstanciando-se em uma categoria, certamente carregada de desejos e tendências predominantemente agressivos, acompanhados das circunstâncias que envolvem ou contextualizam o próprio evento.

Vários estudos internacionais (Adinkrah, 2003; Cooper & Eaves, 1996; Felthous & Hempel, 1995; Felthous et al., 2001; Morton, Runyan, Moracco & Butts, 1998; Soares, 2002) relatam que o homicídio seguido de suicídio ocorre, principalmente, entre pessoas relacionadas intimamente, dentro de suas próprias casas, precipitado por discórdias familiares. As vítimas costumam ser mulheres, com idade inferior à do agressor, e o método mais utilizado para o homicídio e para o suicídio é a arma de fogo. A maioria dos homicidas é marido, ex-marido, namorado ou ex-namorado da vítima.

Estudos que compararam pessoas que cometiam homicídio com outras que somente se suicidavam (Cooper & Eaves, 1996; Fishbain, Rao & Aldrich, 1985) concluíram que o perpetrador de homicídio seguido de suicídio possui características mais assemelhadas àqueles que cometem somente suicídio do que dos que matam sem atentar contra a própria vida. O homicida-suicida tem sido descrito como sendo do sexo masculino, deprimido, sem trabalho fixo e com problemas de relacionamento conjugal.

Assim, Berman (1996) lembra que no homicídio seguido de suicídio é necessário haver motivação para o evento, além da presença de hostilidade, assim como um nível de dominação e dependência entre agressor e vítima. Esse autor considera ser possível distinguir três tipos de homicídio seguido de suicídio: 1) homicídios nos quais o suicídio não estava planejado, ocorrendo por sentimento de remorso; 2) pactos suicidas, nos quais agressor e vítima realizam uma combinação de homicídio seguido da morte do agressor, e 3) homicídio seguido de suicídio como unidade, em que tanto o homicídio quanto o suicídio são planejados e executados pelo agressor.

Tomando como referência dados epidemiológicos dos comportamentos violentos, a incidência de homicídio seguido de suicídio pode ser considerada baixa. Em razão disto o homicídio seguido de suicídio não tem recebido muita atenção dos pesquisadores, que se preocupam mais com um ou outro evento separadamente, negligenciando o exame das duas ocorrências. Todavia o impacto desse evento na família e na comunidade é substancial. Costuma envolver duas ou mais vítimas, resultando, muitas vezes, na morte de mais de um membro da mesma família, provocando traumas psicológicos e promovendo o aumento de transtornos intrafamiliares (Lecomte & Fornes, 1998; Morton et al., 1998; Stack, 1997).

No Brasil, não há estatísticas sobre homicídio seguido de suicídio, e em termos de inquéritos policiais não existe um código específico para locar esse evento, ficando os dados perdidos entre as ocorrências de homicídios e suicídios, o que dificulta a caracterização do fenômeno em questão. Em função disso, justifica-se este estudo que tem como objetivo geral caracterizar o perfil sociodemográfico e clínico (características de personalidade) dos indivíduos que cometeram homicídio seguido de suicídio na cidade de Porto Alegre no período de julho de 1996 a julho de 2004.

Método

Trata-se de um estudo retrospectivo quantitativo em que a amostra foi constituída por 14 casos de homicídio seguido de suicídio. As informações sobre os casos foram, primeiramente, identificadas em matérias jornalísticas, nos bancos de dados dos dois

periódicos de maior circulação de Porto Alegre, jornais Zero Hora e Correio do Povo, compreendendo o período de julho de 1996 a julho de 2004. As matérias forneciam informações gerais sucintas sobre o fato.

Obtida a autorização necessária para o acesso às informações constantes nos inquéritos policiais, foi possível iniciar sua localização, permitindo identificar aspectos sociodemográficos bem como as principais características do homicídio seguido de suicídio. Pôde-se também identificar os informantes (familiares, amigos e/ou conhecidos) vinculados aos casos, possibilitando, dessa forma, realizar contato com eles.

Com o intuito de enriquecer os dados oficiais encontrados nos inquéritos policiais e esclarecer alguns pontos, tais como características da vítima e do agressor, o relacionamento existente entre ambos e, ainda, as circunstâncias em que ocorreu o homicídio seguido de suicídio, procurou-se realizar, sempre que possível, uma Entrevista Semi-Estruturada para Autópsia Psicológica (ESAP) (Werlang & Botega, 2003a, 2003b) com informantes (amigo, parente e/ou conhecido) próximos do agressor ou da vítima.

A Entrevista Semi-Estruturada para Autópsia Psicológica é uma estratégia de avaliação que possibilita compreender os aspectos psicológicos de uma morte em particular. É uma entrevista semi-estruturada constituída por 69 questões distribuídas em quatro módulos. O primeiro, precipitadores e/ou estressores, avalia eventos imediatos que acionaram a vítima para o suicídio. O segundo módulo, motivação, refere-se às razões psicológicas, ambientais e familiares que podem determinar o comportamento suicida ao longo da vida. O terceiro, letalidade, investiga se a ação foi letal e autoinfligida e por último o quarto módulo, intencionalidade, avalia a consciência e a voluntariedade no planejamento e objetivação do ato.

O primeiro contato com os informantes foi realizado por correio, mediante correspondência (que informava sobre o estudo), seguida por uma chamada telefônica para marcar a entrevista. Para os casos em que o informante não possuía telefone, solicitou-se que ele procurasse entrar em contato com a pesquisadora. Esses contatos tiveram como objetivo explicitar o estudo e obter o consentimento da participação dos informantes. No caso de aceitação, foram combinados dia, hora e local para o encontro.

Antes da realização da entrevista, lia-se o Consentimento Livre e Esclarecido, eram fornecidas novas informações sobre o estudo e pedia-se autorização para gravar em áudio a entrevista. No total foram realizadas cinco entrevistas, todas com um membro da família, na residência. A duração variou de 45 minutos a uma hora e 30 minutos. A gravação foi transcrita e integrada ao restante dos documentos (matéria de jornal e inquérito policial), sendo posteriormente analisada. Para análise dos dados foi utilizado procedimento estatístico de análise descritivo e quantitativo.

Resultados

Os 14 casos de homicídio seguido de suicídio localizados nos jornais de Porto Alegre foram rastreados nas 25 delegacias de polícia da cidade, tendo sido encontrados os respectivos inquéritos em 11.

Neste estudo, em todos os casos, o agressor era homem e atendia a condição para ser incluído na pesquisa, por ter cometido suicídio em até vinte e quatro horas após a prática do homicídio. Diante das características demográficas (Tabela 1), pode-se observar - com base nas matérias de jornais e nos inquéritos policiais - que os 14 casos localizados resultaram em 16 vítimas (14 adultos e 2 crianças), uma vez que em dois episódios houve mais de uma vítima. Quanto à raça, 50,0% dos agressores e 68,7% das vítimas são de cor branca. A idade dos agressores variou de 23 a 59 anos, com média de 37 anos e 6 meses; entre as vítimas, a idade variou de 9 a 52 anos, com média de 32 anos e 3 meses. Vítimas e agressores em uma percentagem de 57,1% e 75,0%, respectivamente, eram oficialmente solteiros. No momento em que o homicídio seguido de suicídio ocorreu as partes envolvidas encontravam-se separadas ou em processo de rompimento da relação amorosa, sendo as vítimas 25,0% ex-parceiras, 18,7% parceiras, 12,5% ex-namoradas, 12,5% ex-esposas, 6,25% namoradas, e 6,25% esposas. Em relação à escolaridade, ambos (agressor, 64,2% e vítima, 56,2%) tendem a ter o 1º grau incompleto. Com respeito à situação ocupacional, 35,7% dos homicídio seguido de suicídio estavam desempregados enquanto 56,2% das vítimas exerciam alguma atividade laboral (trabalho não especializado).

Tabela 1. Distribuição de frequências e porcentagens das características demográficas dos casos de homicídio seguido de suicídio na cidade de Porto Alegre, no período de 1996 a 2004 (n=14).

Característica	n	%
<i>Sexo do agressor</i>		
Masculino	14	100,00
Feminino	0	0,00
<i>Sexo da vítima</i>		
Masculino	3	18,70
Feminino	13	81,20
<i>Idade do agressor</i>		
Mínima	23	
Máxima	59	
<i>Idade da vítima</i>		
Mínima	9	
Máxima	52	
<i>Raça do agressor</i>		
Branca	7	50,00
Preta	3	21,40
Parda	4	28,50
<i>Raça da vítima</i>		
Branca	11	68,70
Preta	1	6,20
Parda	4	25,00
<i>Estado civil do agressor</i>		
Solteiro	8	57,10
Casado	4	28,50
Separado	2	14,20
<i>Estado civil da vítima</i>		
Solteiro	12	75,00
Casado	3	18,70
Separado	1	6,20
<i>Relação vítima/agressor</i>		
Ex-parceira	4	25,00
Parceira	3	18,70
Ex-namorada	2	12,50
Ex-esposa	2	12,50
Namorada	1	6,25
Esposa	1	6,25
Filho	1	6,25
Enteado	1	6,25
Cunhada	1	6,25
<i>Escolaridade do agressor</i>		
1º Grau incompleto	9	64,20
1º Grau completo	3	21,40
2º Grau incompleto	0	0,00
2º Grau completo	0	0,00
3º Grau incompleto	1	7,10
3º Grau completo	1	7,10
<i>Escolaridade da vítima</i>		
1º Grau incompleto	9	56,20
1º Grau completo	3	18,70
2º Grau incompleto	1	6,20
2º Grau completo	1	6,20
3º Grau incompleto	0	0,00
3º Grau completo	2	12,50
<i>Situação ocupacional do agressor</i>		
Trabalho especializado	2	14,20
Desemprego	5	35,70
Trabalho não especializado	7	50,00
<i>Situação ocupacional da vítima</i>		
Trabalho especializado	2	12,50
Desemprego	5	31,20
Trabalho não especializado	9	56,20

Fonte: Matérias de jornais e inquéritos policiais.

Tabela 2. Distribuição de frequências e porcentagens das características das ocorrências de homicídio seguido de suicídio na cidade de Porto Alegre, no período de 1996 a 2004 (n=14).

Característica	n	%
<i>Período do dia</i>		
Manhã	7	50,0
Tarde	4	28,5
Noite	3	21,4
<i>Dia da semana</i>		
Segunda-feira	1	7,1
Terça-feira	1	7,1
Quarta-feira	1	7,1
Quinta-feira	2	14,3
Sexta-feira	4	28,5
Sábado	3	21,4
Domingo	2	14,3
<i>Estação do ano</i>		
Primavera	3	21,4
Verão	2	14,3
Outono	4	28,5
Inverno	5	35,7
<i>Local do homicídio</i>		
Trabalho da vítima	2	12,5
Casa da vítima	12	75,0
Via pública	2	12,5
<i>Local do suicídio</i>		
Trabalho da vítima	2	14,2
Casa da vítima	7	50,0
Via pública	5	35,7
<i>Método para o homicídio</i>		
Arma de fogo*	14	87,5
Arma branca**	2	12,5
<i>Método para o suicídio</i>		
Arma de fogo*	12	85,7
Arma branca**	1	7,1
Enforcamento	1	7,1

*Método utilizado em 4 dos casos em que foi aplicada ESAP; **Método utilizado em 1 dos casos em que foi aplicada ESAP.

Fonte: Matérias de Jornais e Inquéritos Policiais.

Quanto às características das ocorrências de homicídio seguido de suicídio (Tabela 2), metade verificou-se no período da manhã, ocorrendo predominantemente no inverno (35,7%). A casa da vítima foi o local onde tanto o homicídio quanto o suicídio foram efetuados na maior parte das vezes (75,0% dos homicídios e 50,0% dos suicídios). O método amplamente utilizado tanto para o homicídio como para o suicídio foi a arma de fogo (87,5% dos homicídios e 85,7% dos suicídios). Somente em um caso o homicídio foi efetuado com método diferente do suicídio: foi utilizada arma de fogo para matar e o suicídio deu-se por enforcamento. Houve ainda um caso em que o meio utilizado tanto para o homicídio como para o suicídio foi uma arma branca (faca de açougueiro).

Depois de serem analisados todos os dados dos inquéritos policiais dos 14 casos de homicídio seguido de suicídio, foram encaminhadas cartas para 25 informantes (familiares e/ou conhecidos do agressor e/ou da vítima, que tinham prestado depoimento) seguidas por uma chamada telefônica, quando possível. Das cartas enviadas, 8% foram devolvidas pelo correio por não existir o número ou a rua indicada no endereço que constava no inquérito policial ou porque a pessoa não residia mais no endereço; 32% não possuíam telefone e não fizeram contato com a pesquisadora como solicitado na correspondência encaminhada; em 20% dos casos o número de telefone constante no inquérito policial estava errado e não foi possível, por outra forma, fazer contato com essas pessoas; 20%, após o contato telefônico, recusaram participar da pesquisa e, por fim, cinco (20%) procurados aceitaram participar da pesquisa. Com esses informantes foi realizada a ESAP.

Tabela 3. Sumário de características sociodemográficas e fatores precipitadores para o evento em 5 casos de homicídio seguido de suicídio.

Casos	Situação ocupacional	Religião	Precipitadores do evento
1	Desempregado	Ateu	Vítima havia terminado o relacionamento há pouco, e o homicídio seguido de suicídio não se conformava
2	Policial civil ativo	Ateu	Vítima e agressor em processo de separação e disputa pela guarda do filho
3	Desempregado	Ateu	Vítima ameaçava se separar
4	Gari	Ateu	Vítima havia terminado o relacionamento há pouco, e o homicídio seguido de suicídio não se conformava
5	Vigia	Ateu	Homicídio seguido de suicídio desconfiava que sua esposa o traía com um vizinho

Fonte: Dados extraídos das entrevistas com os informantes.

Foram entrevistadas, portanto, cinco pessoas relacionadas a cinco (35,7%) casos de homicídio seguido de suicídio, ou seja, um informante (mãe, irmã, irmão ou filho) de cada um desses casos. As entrevistas foram individuais, na maioria das vezes, na casa do informante, por sua própria escolha.

Analisando os dados obtidos com a ESAP, foram identificados mais alguns dados sociodemográficos e definidos, com mais clareza, os fatores precipitadores para o evento (Tabela 3), que foram, principalmente, ciúme, ameaça ou término da relação.

Sobre os aspectos referentes às razões psicológicas que podem determinar o comportamento suicida ao longo da vida (motivação) e à consciência e voluntariedade no planejamento, preparação e objeti-

vação (intencionalidade) do homicídio seguido de suicídio, pode-se observar (Tabela 4) que em todos esses cinco casos, o agressor tinha problemas com seu grupo de apoio primário, predominando neles aspectos de personalidade como impulsividade, agressividade, sintomas de depressão, abuso ou dependência do álcool, e, ainda, história de violência doméstica e antecedentes criminais por agressão a terceiros e, principalmente, por violência contra a família.

Discussão e Considerações Finais

Nos casos de homicídio seguido de suicídio perante a lei, não há o que ser feito, pois o criminoso encontra-se morto juntamente com sua(s) vítima(s). Mas,

Tabela 4. Sumário dos itens mais significativos do módulo Motivação e Intencionalidade da ESAP nos casos de homicídio seguido de suicídio (n=5).

Casos	Problemas com ou no grupo de apoio primário	Características clínicas ao longo da vida e atuais	Abuso e/ou dependência álcool/drogas	História de violência verbal e física	Antecedentes criminais	Intencionalidade – planejamento
1	Pai autoritário, controlador, preso por roubo; Brigas sistemáticas com o pai	Introversão Explosivo Mentia Depressão Alucinações Delírios	Maconha Álcool	Ameaças de matar a ex-namorada Batia na ex-namorada	Não	Falava em tom de brincadeira que queria morrer Visitou parentes que não via há muito Roubou a arma do tio
2	Alguns desentendimentos familiares	Rigidez Agressividade Ciúmes Explosivo	Álcool	Ameaças de matar a ex-concubina	Sim Preso por agressão física	Andava sempre armado Dizia em tom de brincadeira que iria se matar Fez seguro de vida
3	Não se relacionava com 3 dos 4 filhos. Tentou abusar sexualmente da filha mais velha Pai e mãe alcoolistas Pai sempre desempregado Irmão preso por roubo	Agressividade Impulsividade Labilidade de humor	Álcool	Batia na ex-concubina Batia em sua concubina, ameaçava matá-la e se matar	Sim Violência doméstica	Ameaçava matar sua ex-companheira e se matar Andava sempre armado
4	Não mantinha contato com nenhum familiar Irmã internada em hospital psiquiátrico Filha com deficiência mental	Agressividade Impulsividade Ciúmes Internação em hospital psiquiátrico	Álcool	Batia na concubina e na filha Ameaçava matar sua concubina e sua filha	Sim Violência doméstica	Ameaçava matar sua ex-companheira Dias antes afiou a faca de açougueiro Fez seguro de vida beneficiando a filha
5	Não se relacionava com a sua família Não se relacionava com a família da esposa	Agressividade Impulsividade Ciúmes Internação em hospital psiquiátrico	Álcool	Batia na esposa	Sim Violência doméstica	Dias antes abriu uma poupança para a filha, instruindo-a que, caso viesse a acontecer algo com os pais, a menina procurasse uma tia

em termos de prevenção e de ajuda aos envolvidos indiretamente (familiares, conhecidos da vítima e do agressor), estudos como este podem servir de auxílio para que, em futuro próximo, se chegue a estratégias que visem a evitar esse tipo de evento bem como a amenizar o sofrimento das pessoas.

É interessante observar que as características dos 14 casos pesquisados, em muitos aspectos, são similares aos de estudos internacionais (Adinkrah, 2003; Buteau, Lesage & Kiely, 1993; Felthous et al., 2001; Morton et al., 1998; Palermo, 1994; Silverman & Kennedy, 1993). Assim verificou-se que a ocorrência de homicídio seguido de suicídio em Porto Alegre é relativamente pequena se comparada ao suicídio e ao homicídio separadamente. Os eventos se deram, principalmente, entre pessoas que se conheciam, familiares ou íntimos, já que as mulheres (87,5%), em sua grande maioria, foram vítimas dos seus cônjuges, e as crianças (12,5%), vítimas de seus pais ou dos parceiros das suas mães. Os agressores são homens mais velhos que suas vítimas. Os homicídios ocorreram sempre durante a separação ou no período máximo de um ano após o rompimento da relação, podendo-se concluir que o período de ruptura e separação inicial é o mais perigoso do ponto de vista da mulher, pois o ciúme e o temor de perder a companhia transformam-se constantemente no estopim de crime do tipo passional.

O homicídio seguido de suicídio, ao menos em Porto Alegre, parece ser de fato um crime passional, podendo ser entendido, segundo a manifestação de Palermo (1994), como um "suicídio ampliado", em que o ciúme exacerbado, com traços paranóides de um agressor frágil e dependente, ambivalente e agressivo, tem a auto-afirmação e a dureza típicas de sujeitos machistas, sendo apenas uma "fachada" sob a qual se esconde uma pessoa débil, incapaz de enfrentar uma rejeição inesperada ou uma mudança radical de vida, o que a leva a cometer suicídio, após eliminar a extensão de si mesmo.

Chama a atenção o fato de o homicídio seguido de suicídio ocorrer quase que exclusivamente entre familiares, pois apesar de se saber que ao lado das pulsões amorosas sempre estão as agressivas, acredita-se que a família deva ser um ambiente acolhedor, em que haja tolerância, apego, empatia e compreensão. Parece que predominam nas famílias nas quais ocorrem

esses dramas a desconfiança, a hostilidade e a agressividade, que acabam contribuindo para a ruptura e a destruição da estrutura familiar.

De modo geral, pode-se pensar que o sistema social atual não leva em conta a alta potencialidade lesiva do conflito doméstico, onde a violência ocorre em âmbito privado, aumentando gradativamente e sendo, normalmente, reiterativa e implicando constante e crescente risco de vida para a vítima.

Levando-se em conta as variáveis raça, escolaridade, situação ocupacional e religião, constata-se que a maioria dos agressores nos 14 casos estudados se caracterizou pela presença de indivíduos brancos, com escassa educação formal e com situação ocupacional tida como precária em termos de produtividade econômica. Pode-se observar ainda que os cinco sujeitos dos casos em que foram realizadas entrevistas não possuíam uma crença religiosa, denunciando a ausência de vínculos com uma instituição social-religiosa. Cabe lembrar que essas variáveis são apontadas na literatura especializada como fatores preditores associados ao risco de suicídio.

Interessante lembrar que estudiosos do suicídio (Litman, 1987; Shneidman, 1999; Werlang, & Botega, 2003b) relatam que sujeitos do sexo masculino cometem suicídio com uma frequência maior do que as mulheres; sendo entre indivíduos brancos a taxa maior do que entre não brancos. Constatam, ainda, o alarmante aumento dos índices de suicídio de pessoas jovens (entre 15 e 44 anos). Nos casos deste estudo, a média de idade do homicídio seguido de suicídio foi de 37,6 anos (mínima 23, máxima 59); essa faixa etária corresponde a um período também considerado produtivo para a economia de uma nação.

O método mais freqüentemente utilizado nos casos ocorridos em Porto Alegre tanto para os homicídios como para os suicídios foi a arma de fogo (87,5%). Nesse sentido, sabe-se que essa opção se manifesta preferentemente nos casos de homicídio, diferente do que ocorre no suicídio, em que sua escolha varia, de acordo com país, região, época, poder aquisitivo, profissão, raça e até mesmo estado mental do indivíduo. O uso de armas de fogo pode ser explicável para o homicídio seguido de suicídio por ser o método de morte mais letal e efetivo, além da facilidade que as pessoas têm para obter tais armas, muitas vezes com o

objetivo de se proteger diante da crescente onda de violência, mas que acaba por propiciar dramas familiares de grande impacto.

As ocorrências de homicídio seguido de suicídio se deram, com maior frequência, no período da manhã, predominantemente em sexta-feira ou sábado e no inverno; grande parte das vítimas morreu em sua própria casa (75%), sendo também o local escolhido, na metade dos casos, para o suicídio do agressor. Nos dados divulgados pela Divisão de Planejamento e Coordenação da Polícia Civil de Porto Alegre (2003), as ocorrências de homicídio são descritas como sendo, na sua maioria, à noite, no domingo, em via pública, e praticados com arma de fogo. Já nos estudos sobre suicídio, não há um consenso a respeito da maior incidência do dia da semana, horário e local de ocorrência do fato, mas como lembra Werlang (2003b), habitualmente o lugar escolhido é familiar ao indivíduo e isolado, possivelmente para o fim de não vir a ser socorrido. Presume-se ainda que o dia da semana e o horário escolhido também no homicídio seguido de suicídio devam ter relação com intenções de privacidade.

Como não foi possível realizar entrevistas com informantes relacionados aos 14 casos, não se pôde obter dados completos de todos os casos.

Elementos sobre o agressor - relacionados a problemas com o grupo de apoio primário, características clínicas ao longo da sua vida, abuso de álcool e/ou drogas, história de violência física e verbal, antecedentes criminais e intencionalidade/planejamento para o evento - só puderam ser efetivamente analisados nos cinco casos em que foram feitas entrevistas com informantes, utilizando-se a ESAP.

Em tais casos, foi possível verificar que os agressores são indivíduos que ao longo da vida tiveram problemas com a sua família de origem, possuíam dificuldades de relacionamento, apresentando como características de personalidade impulsividade, agressividade e sintomas de depressão, abusando ou dependendo de álcool, com antecedentes criminais por agressões físicas e verbais dentro de seu próprio lar, motivados por ciúme de suas companheiras.

Uma história de relacionamentos familiares turbulentos é uma ameaça para a auto-estima dos envolvidos, o que contribui para o desenvolvimento de um comportamento violento, levando, muitas vezes, a

incidentes como o homicídio seguido de suicídio (Stack, 1997), o que está de acordo com a história de agressões físicas e verbais que resultaram em antecedentes criminais por violência doméstica, nos sujeitos analisados neste estudo.

Quanto à agressividade e à falta de controle de impulsos, sabe-se que um dos fatores causadores de manifestações agressivas é a rejeição, a insegurança e a carência afetiva, pois a privação de afeto pode levar, muito frequentemente, a atitudes reivindicativas, imaturas e pouco adaptativas, como forma de atrair a atenção, de livrar-se ou vingar-se da situação angustiosa, como foi verificado na história desses cinco sujeitos em que os fatores precipitadores do homicídio seguido de suicídio foram, principalmente, o ciúme em excesso e o término da relação por parte de suas companheiras.

Pode-se observar, também, através das entrevistas dos cinco casos, que em todos eles o agressor fazia uso abusivo do álcool. Lecomte e Fornes (1998), ao examinarem a influência do uso de álcool nos homicídios seguidos de suicídios ocorridos na França, constataram que a maioria dos agressores, de 12% a 50%, possuía vestígios de álcool no exame de sangue realizado por ocasião da necropsia. Sujeitos dependentes de álcool estão não só propensos ao suicídio como também a abusarem de outras drogas, a exibirem comportamentos impulsivos, agressivos e criminosos, como se observou nesses casos de homicídio seguido de suicídio. O efeito desinibitório do álcool também se associa ao menor controle dos impulsos.

Não se sabe precisamente por que esses homens cometeram suicídio logo após o homicídio perpetrado. O que, entretanto, se pode observar nos casos de homicídio seguido de suicídio ocorridos em Porto Alegre é que os agressores/suicidas parecem ter características mais semelhantes aos suicidas do que aos que cometem homicídio unicamente, como apontado também nos achados de Fishbain et al. (1985), West (1966) e Cooper e Eaves (1996).

O que pareceu então permear todos os casos de homicídio seguido de suicídio na cidade de Porto Alegre no período de julho de 1996 a julho de 2004 foi que tanto os homicídios quanto os suicídios foram planejados (intencionalidade assinalada por Litman, 1897, 1988 e a unidade descrita por Berman, 1996) e executados pelo homicídio seguido de suicídio sem a

participação de qualquer outra pessoa. Pode-se pensar, ainda, que o evento homicídio seguido de suicídio possui um caráter íntimo e relacional e que o sentimento de propriedade perdida ou em vias de se perder parece pesar tanto na decisão de matar quanto na de morrer.

Conclui-se que a violência é uma constante na vida de um universo cada vez maior de pessoas, atingindo a todos, de uma forma ou de outra. Para uns, a idéia de salvação está em preservar-se, gradeando portas e janelas. Para outros, porém, não há escapatória porque a ameaça da violência está por detrás dessas grades, dentro dos próprios lares, como, de resto, se pode ver materializado nos casos aqui estudados.

Referências

- Adinkrah, M. (2003). Homicide-suicides in Fiji: offense patterns, situational factors and sociocultural contexts. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 33 (1), 65-73.
- Albergaria, J. (1988). *Criminologia: teoria e prática*. Rio de Janeiro: AIDE.
- Berman, A. L. (1996). Dyadic death: a typology. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 26, 342-350.
- Buteau, J. B., Lesage, A. D., & Kiely, M. C. (1993). Homicide followed by suicide: a quebec case series, 1988-1990. *Canadian Journal of Psychiatry*, 38 (8), 552-556.
- Cooper, M., & Eaves, D. (1996). Suicide following homicide in the family. *Violence and Victims*, 11 (2), 99-112.
- Divisão de Planejamento e Coordenação da Polícia de Porto Alegre-Serviço de Estatística (2003). *Estatística de registros de homicídios em Porto Alegre e Região Metropolitana: período de 2000 a 2002*. Porto Alegre: Diplanco.
- Felthous, A. R., & Hempel, A. G. (1995). Combined homicides-suicides: a review. *Journal of Forensic Sciences*, JFSCA, 40 (5), 846-857.
- Felthous, A. R., Hempel, A. G., Heredia, A., Freeman, E., Goodness, K., Holzer, C., Bennett, T., & Korndorffer, W. E. (2001). Combined homicide-suicide in galveston county. *Journal of Forensic Science*, 46 (3), 586-592.
- Fishbain, D. A., Rao, V. J., & Aldrich, T. E. (1985). Female homicide-suicide perpetrators: A controlled study. *Journal of Forensic Sciences*, 30 (4), 1148-1156.
- Lecomte, D., & Fornes, P. (1998). Homicide followed by suicide: Paris and its suburbs, 1991-1996. *Journal of Forensic Sciences*, 43 (4), 760-764.
- Litman, R. E. (1987). Mental disorders and suicidal intention. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 17 (2), 85-92.
- Litman, R. E. (1988). Psychological autopsies, mental illness and intention in suicide. In J. L. Nolan (Ed.), *The suicide case: investigation and trial of insurance claims* (pp.69-82). Chicago: Tort and Insurance Practice Section American Bar Association.
- Menninger, K. (1970). *Eros e Tanatos: o homem contra si próprio*. São Paulo: Ibrasa.
- Morton, E., Runyan, C. W., Moracco, K., & Butts, J. (1998). Partner homicide-suicide involving female homicide victims: a population-based study in North Carolina, 1988-1992. *Violence and Victims*, 13 (2), 91-106.
- Palermo, G. B. (1994). Murder-suicide: an extended suicide. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 38 (3), 205-216.
- Shneidman, E. S. (1999). Perturbation and lethality: a psychological approach to assessment and intervention. In D. G. Jacobs. *The Harvard Medical School guide to suicide assessment and intervention* (pp.83-97). San Francisco: Jossey-Bass.
- Shneidman, E. S. (2001). This I Believe In *Comprehending Suicide: Landmarks in 20th Century Suicidology* (pp.199-203). Washington, DC: American Psychological Association.
- Silverman, R., & Kennedy, L. (1993). *Deadly deeds: murder in Canadá*. Scarborough: Nelson Canada.
- Soares, G. A. D. (2002). Matar e, depois, morrer. *Opinião Pública*, 8 (2), 275-303.
- Stack, S. (1997). Homicide followed by suicide: an analysis of Chicago data. *Criminology*, 35, 435-453.
- Werlang, B. S. G., & Botega, N. J. (2003a). A semistructured interview for psychological autopsy: na inter-rater reliability study. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 33 (3), 326-330.
- Werlang, B. S. G., & Botega, N. J. (2003b). A semi-structured interview for psychological autopsy in suicide cases. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 25 (4), 212-219.
- West, D. J. (1966). *Murder followed by suicide*. Cambridge: Harvard University Press.

Recebido em: 29/4/2005
Versão final reapresentada em: 19/10/2006
Aprovado em: 16/11/2006

Leitura fenomenológica mundana do adoecer em pacientes do Serviço de Fisioterapia do Núcleo de Atenção Médica Integrada, Universidade de Fortaleza¹

The physiotherapy service of Núcleo de Atenção Médica Integrada, Universidade de Fortaleza, Brazil patients' illness phenomenological approach

Virginia **MOREIRA**²
Fernanda Nícia Nunes **NOGUEIRA**²
Márcio Arthoni Souto da **ROCHA**²

Resumo

Este artigo busca revelar os significados da experiência de adoecer numa perspectiva mundana, isto é, a partir da noção de que a vida humana, e conseqüentemente a doença, encontra-se implicada no mundo sensível, na história e na cultura. Através de um trabalho de campo, realizado no Serviço de Fisioterapia do Núcleo de Atenção Médica Integrada da Universidade de Fortaleza, no qual se combinou a utilização dos métodos etnográfico e fenomenológico, buscou-se a superação da compreensão unicamente biológica do adoecer humano, enfocando o mundo da experiência vivida como campo privilegiado de revelações de sentido do estar doente. Os resultados mostram que o adoecer é uma vivência de despotencialização e exclusão social, mas que pode ser também uma oportunidade de revisão da vida, bem como de obter ganhos secundários.

Unitermos: adoecer; experiência vivida; fenomenologia mundana.

Abstract

This article aims to disclose the meanings of the getting ill experience in a worldly perspective that is, based on the notion of human life and consequently, pathology, implied in the sensible world, in the history and in the culture. Through a fieldwork carried out in the Serviço de Fisioterapia do Núcleo de Atenção Médica Integrada da Universidade de Fortaleza, which combined the ethnographical and phenomenological methods, beyond the biological understanding about human illness, focusing the world of the experiences as a privileged field for meanings of been ill. The results show that getting ill is an experience of despotencialization and social exclusion, but it can be also an opportunity for life review, as well as secondary gains.

Uniterms: getting ill; lived experience; worldly phenomenology.

▼▼▼▼▼

¹ Artigo elaborado a partir das atividades desenvolvidas na disciplina Psicopatologia Fenomenológica e Cultura, ministrada pela Profa. Dra. Virginia Moreira no ano de 2004 no Programa de Mestrado de Psicologia da Universidade de Fortaleza, UNIFOR.

² Universidade de Fortaleza, Programa de Mestrado de Psicologia. Av. Washington Soares, 1321, 60811-341, Fortaleza, CE, Brasil. Correspondência para/Correspondence to: V. MOREIRA. E-mail: <virginiamoreira@unifor.br>.

Gostaríamos de agradecer a direção do NAMI e, mais especificamente, os profissionais do Serviço de Fisioterapia pela abertura e colaboração neste estudo.

Chegamos ao Núcleo de Atenção Médica Integrada (NAMI) da Universidade de Fortaleza (Unifor). Prédio imponente, moderno, uma estrutura que chama a atenção dentro da realidade de uma cidade como Fortaleza. Internamente, é muito diferente dos hospitais públicos no nosso país. Acesso controlado. Tudo limpo, arejado. Ficamos perdidos. Há ainda pouca comunicação visual no prédio recém-inaugurado. Para onde devemos nos direcionar? O ambiente parece frio. O granito do piso parece ressaltar a necessidade de calor humano, verde, vida. Vozes, rumores, burburinhos. Mulheres, crianças que buscam informações. Alguns usuários mais experientes passam rapidamente o cartão de acesso e se dirigem aos elevadores amplos e velozes. Pessoas apressam o passo, outras parecem estar como nós, à procura.

Rumo ao primeiro andar descobrimos a fisioterapia. Outra recepção. Pessoas sozinhas, pessoas acompanhadas. Uns chegando, uns se achando, uns à espera, outros que se despedem. Aparecem pessoas de jaleco branco que cumprimentam alguns presentes e adentram juntos no espaço interno do setor. Parece que, finalmente, chegou a vez de alguns. Na espera, um contínuo movimento de idas e vindas. Bancos de madeiras dispostos perpendicularmente possibilitam conversas animadas entre aqueles que se põem de frente para os outros. Enquanto uns falam, outros fazem crochê e muitos só observam. Cadeiras de rodas são empurradas, muletas em uso, expressões de dores, expressões de cansaço, expressões de cuidado, expressões de alívio. Falas ansiosas: "moça, trouxe o papel do médico; vou ser atendido?" Pessoas debilitadas fisicamente procuram esse serviço. Aguarde, por favor.

Permissão concedida, entramos em um grande salão onde se encontram várias salas com muitos equipamentos, macas e materiais diversos. Muitos profissionais, muitos pacientes. O ambiente parece leve, agradável, com muitas conversas durante a aplicação dos procedimentos. Risos. Em meio ao sofrimento físico, parece haver espaço para a descontração. "Ai, dói, tudo!" "É bicicleta, mas não é brincadeira." "Como vai sua filha? E o final de semana?" "Não vá faltar de novo!".

A comunicação flui. Escutam-se queixas, recomendações, orientações, prescrições. Percebe-se proximidade física, corpos ou partes do corpo que são tocadas, pressionadas, massageadas. Movimentos

contínuos, substâncias e aparelhos que intermedeiam intimidade, cumplicidade, parceria. Onze horas! O lugar que estava repleto vai se esvaziando e ficando silencioso. Pacientes e profissionais deixam o local para que amanhã tudo recomece.

Este estudo teve como objetivo revelar os significados da experiência de adoecer numa perspectiva mundana, isto é, a partir da noção de que a vida humana, e conseqüentemente a doença, encontra-se implicada no mundo sensível, na história e na cultura (Moreira, 2002). Através de um trabalho de campo, realizado no Serviço de Fisioterapia do NAMI - Unifor, onde se combinou a utilização dos métodos etnográfico e fenomenológico, buscamos contribuir para a superação da compreensão unicamente biológica do adoecer humano, enfocando o mundo da experiência vivida como campo privilegiado de revelações de sentido do estar doente.

O NAMI - UNIFOR

O Núcleo de Atenção Médica Integrada, integra o campus universitário da Universidade de Fortaleza e foi criado em 1978 com o objetivo de prestar assistência na área de saúde aos moradores da comunidade do Dendê, próxima ao campus. Atualmente ocupa um prédio recém-inaugurado de estrutura arquitetônica moderna, localizado numa área de 14 mil metros quadrados, com espaço previsto para ampliação. Possui subsolo, térreo e três andares; em cada pavimento funcionam serviços de saúde diferenciados, com salas preparadas para atendimentos, ensino, discussão de casos clínicos e gestão dos serviços.

O Núcleo de Atenção Médica Integrada presta prioritariamente assistência à saúde às comunidades carentes vizinhas, constituindo-se um espaço destinado ao ensino e à aprendizagem de alunos do Centro de Ciências da Saúde e de outros centros da Unifor, bem como ao desenvolvimento de trabalhos de pesquisa, intercâmbio científico e extensão. Na sua missão institucional, portanto, o NAMI tem a dupla finalidade de elevar a qualidade da formação profissional, oferecendo aos estudantes universitários um campo rico de experiências práticas ao mesmo tempo em que cumpre sua responsabilidade social ao contribuir com o acesso e a melhoria da saúde e qualidade de vida de populações mais carentes.

Atualmente, o Núcleo de Atenção Médica Integrada é mantido pela Fundação Edson Queiroz e mantém convênio com o Sistema Único de Saúde (SUS), sendo uma unidade de referência não apenas no âmbito da Regional VI, mas também de toda a rede de saúde de Fortaleza e do Estado do Ceará. Desenvolve ações de saúde em nível de atenção primária, promovendo, diagnosticando, tratando e reabilitando de forma integrada e interdisciplinar. Nas novas instalações funcionam serviços como ambulatório médico e de enfermagem, fonoaudiologia, fisioterapia, terapia ocupacional, psicologia, laboratórios de análises clínicas e academia de ginástica. Está em implantação o serviço de nutrição, com a criação de uma cozinha experimental. O curso de odontologia, mesmo pertencendo ao Centro de Ciências da Saúde, ainda não integra essas novas instalações do NAMI.

A clientela do NAMI é constituída pelos moradores da Comunidade do Dendê e de outros bairros menos favorecidos da cidade de Fortaleza, além da comunidade acadêmica, isto é, professores, alunos e funcionários da Universidade de Fortaleza.

A nova gestão do NAMI se propõe a desenvolver um modelo de gestão mais sistêmico e que enfatize o processo de interdisciplinaridade e promova a integração entre os cursos de saúde e áreas correlatas da Unifor. Esse modelo, ainda em construção, pretende se apoiar em uma estrutura organizacional horizontalizada, de funcionamento matricial, ágil, focada em uma ação integrada e no trabalho de equipe de todos os serviços da área de saúde.

O Serviço de Fisioterapia

O Serviço de Fisioterapia, que é o campo de pesquisa deste trabalho, tem por objetivo prevenir e tratar as lesões cinéticas funcionais decorrentes de traumas e de doenças através de mecanismos terapêuticos próprios.

O serviço conta com uma estrutura de pessoal composta de 76 alunos do curso de fisioterapia, professores de disciplinas aplicadas e supervisores do estágio ambulatorial, sete profissionais contratados, dois bolsistas e quatro funcionários de apoio administrativo, além da responsável técnica pela coordenação do serviço. Suas áreas de atuação são: fisioterapia preventiva,

fisioterapia motora, fisioterapia respiratória, neurológica, reumatológica e pediátrica. As fisioterapias cardiovascular e ginecológica estão previstas para serem futuramente implantadas.

As instalações físicas mostram-se adequadas, dispondo-se de um ginásio com aparelhos, materiais, cabines e salas para atendimento dos pacientes nos procedimentos de cinesioterapia, eletroterapia, crioterapia, mecanoterapia, massoterapia. No andar de baixo, anexo a uma academia de ginástica, localiza-se a piscina onde são realizadas as sessões de hidroterapia.

As instalações físicas, apesar de adequadas em tamanho, possuem uma divisão interna que parece acarretar pouca funcionalidade entre os procedimentos. A aparelhagem disponível também é insuficiente, o que ocasiona situações de sobrecarga em muitos deles. Alguns aparelhos também são antigos e questionáveis quanto à confiabilidade.

Na fisioterapia, atende-se em média cem pacientes por dia, não se dispondo ainda de estatísticas formais que detalhem esses atendimentos. O serviço conta com uma demanda reprimida em virtude de a estrutura oferecida não dar conta do volume da procura. Se houver vagas, isto é, profissionais disponíveis, o paciente é atendido. Em caso negativo, ele é encaminhado para outros locais de atendimento, como a ABCR e outros serviços públicos em Fortaleza. No início do semestre começa o atendimento da clientela; a partir de maio, a agenda dos profissionais que atendem no NAMI já começa a ficar preenchida.

Vale ressaltar que o Serviço de Fisioterapia atende tanto a pacientes traumaortopédicos (pacientes agudos), que se movimentam mais rapidamente pelo serviço, como pacientes de reabilitação neurológica (pacientes crônicos) que permanecem mais tempo no serviço, até para evitar regressões no quadro. Para esses pacientes, são realizados trabalhos de grupos nas manhãs de sábado com o propósito educativo, interativo e terapêutico. Eles também podem tirar férias em junho e julho, retornando em agosto.

É norma do serviço que só sejam atendidos pacientes com guias de encaminhamentos de outros profissionais médicos, não necessariamente do próprio NAMI. Quando os pacientes chegam ao serviço com seus encaminhamentos e exames, o caso é registrado

pela recepção, que verifica a agenda dos profissionais e marca a avaliação fisioterapêutica. Só após essa avaliação, procede-se ao agendamento do tratamento necessário. Normalmente, quem faz a avaliação fisioterapêutica já se responsabiliza pelo tratamento necessário.

Cada paciente possui uma ficha de atendimento que contém informações sobre o diagnóstico, tipo de tratamento e controle de frequência ao serviço. Quem falta três vezes consecutivas, sem justificativa, é cortado do atendimento. Entretanto essa norma é flexível tendo em vista as condições socioeconômicas dos pacientes.

Os profissionais vêm à recepção buscar seus pacientes, o que denota uma boa acolhida e favorece a construção de uma boa relação terapêutica. Cada paciente possui, no mínimo, um profissional e um aluno responsáveis pelo seu tratamento. É ressaltado o nível de capacitação dos profissionais da equipe técnica, o compromisso com a profissão e com a melhoria da saúde, além de um preparo para lidar com a clientela mais carente.

Fundamentação teórica

Segundo Sloan (2002), desde a década de 1960 a relação entre cultura e pensamento, ou, mais recentemente, cognição, tem mudado as concepções de cultura como externa ou interagindo com o pensamento, em direção às concepções que enfatizam a inseparabilidade radical de cultura e cognição. Essa inseparabilidade tem sido conceituada de diferentes maneiras: vendo a cultura como inerente à mente, cultura como um conjunto de práticas emergindo da interação entre pensamento e ação ou cultura como produto dos esforços da pessoa para interpretar ativamente a realidade. Para esse autor, os processos culturais são partes e parcelas na construção da individualidade e da autonomia na medida em que os indivíduos trabalham criativamente com combinações de símbolos ou discursos que estão facilmente disponíveis para eles nas interações e comunicações sociais do dia-a-dia.

Brandão (2002) afirma que a cultura é um conceito fundamental para compreender o homem e a sociedade da qual ele faz parte, sendo a cultura e a linguagem humana os meios de criação e recriação do

mundo. Estando a cultura fora e dentro de nós, a partir do fato que nos tornamos humanos por intermédio de outros seres humanos, transformamos o meio social e os contatos inter-humanos ou intersubjetivos estabelecidos nesse meio social, o qual é constantemente reformulado por nossos atos históricos, conscientes, grupais, comunitários, sociais e universais. Assim, a assimilação da cultura e a possibilidade de sua decifração passa a ser uma condição *sine qua non* para nos tornarmos humanos e partilharmos com outros os múltiplos sentidos que a cultura possa vir a ter em nossa existência compartilhada.

Compreendemos, no entanto, que a cultura é um constante pensar e fazer humano, no qual a ação sistemática do homem sobre o meio natural, imprimindo-lhe uma transformação, uma recriação, nos torna seres em contínuo processo de conquista dos diversos mundos e dimensões que criamos para compreendermos o sentido da vida e da humanidade que existe em nós. Para entender melhor essa assertiva, apresentamos o comentário de Brandão (2002, p.28) resalta que a vida e a consciência da vida são o que ela própria ou um Deus nos ofertou A cultura é o que devolvemos a Deus ou à vida como a nossa parte no mistério de uma criação de quem somos bem mais os persistentes inventores do que aqueles que vieram assistir ao que fizeram antes de havermos chegado. Os outros seres vivos do mundo são o que são. Nós somos aquilo que nos fizemos e fazemos ser. Somos o que criamos para efemeramente nos perpetuarmos e transformarmos a cada instante. Tudo aquilo que criamos a partir do que nos é dado, quando tomamos as coisas da natureza e as recriamos como os objetos e os utensílios da vida social, representa uma das múltiplas dimensões daquilo que, em uma outra, chamamos de: cultura (Brandão, 2002, p.22).

A cultura nos possibilita dar sentido, nome e significado às coisas do mundo à nossa volta e a nossas ações e de outros que compartilham os mesmos sentidos e significados, permitindo um pensar consciente e reflexivo sobre as múltiplas possibilidades de olhar o mundo em transformação cultural. Trata-se de um olhar interno, particularizado, e ao mesmo tempo um olhar externo, coletivizado, onde ao se transformar o interno transforma-se o externo e vice-versa em mútuas reformulações do eu e do social, vislumbrando, em última instância, o significado de ser homem no mundo.

Brandão (2002, p.23) continua a esclarecer esse assunto quando afirma que ao emergirmos com a nossa consciência reflexiva - e nossas inteligências múltiplas - do signo e do ato ao símbolo e ao significado, logo ao gesto, descobrimos que o importante não é tanto o que transformamos materialmente da natureza. O que importa é a nossa capacidade e também a nossa fatalidade de atribuímos significados múltiplos e transformá-los ao que fazemos, ao que criamos, aos modos sociais e pelos quais fazemos e criamos, e finalmente, a nós mesmos significado”.

O viver em sociedade só é possível pela intermediação da cultura, que nos dá a possibilidade de decodificar os símbolos e signos, que nos permite pertencer a uma sociedade, confirmar uma identidade individual, social e principalmente a partilhar, conviver, trocar e interagir no meio cultural e humano. Assim como diz ainda Brandão: “viver uma cultura é estabelecer em mim e com os meus outros a possibilidade do presente. A cultura configura o mapa da própria possibilidade da vida social” (2002, p. 24).

A cultura é um legado humano para os humanos, porém não é um dado de posse de um sujeito ou de um grupo de sujeitos ou de um povo; é uma herança universal, onde a existência de sua diversidade mostra a multiplicidade de formas que ela pode assumir, estando longe de se fazer a serviço das fôrmas e sim da libertação das consciências. Assim sendo, a cultura é da humanidade e para a humanidade, e sempre pode levantar a possibilidade de olhar o mundo com outras “lentes culturais” e de fazer “um outro mundo possível”. Em outras palavras, a cultura é uma das dimensões constitutivas da mundaneidade humana, que é concomitantemente objetiva e subjetiva, bem como a situação e a endogeneidade quando se refere ao fenômeno patológico (Moreira, 2002).

Portanto um olhar cultural pretende vislumbrar as diversas facetas da cultura social, econômica e intersubjetiva possíveis de serem estudadas, onde os sujeitos colaboradores estão inseridos. É possível, então, descrever densamente os fenômenos observados e apreender as múltiplas possibilidades de uma leitura cultural desses fenômenos. Uma leitura cultural da experiência de adoecer no Serviço de Fisioterapia do NAMI/UNIFOR pretende utilizar-se dessa lente para compreender o fenômeno de adoecer naquele contexto específico.

A visão de doença

Para Canguilhem (2000) o fato patológico só pode ser representado como tal - isto é, como alteração do estado normal - em relação à totalidade orgânica; e, em se tratando do homem, em relação à totalidade individual consciente, em que a doença torna-se uma espécie de mal. Ser doente é, realmente, para o homem, viver uma vida diferente, mesmo no sentido biológico da palavra. O mesmo autor compreende, a partir de uma análise semântica do termo normal, que há uma ambigüidade no uso desse termo. Ele tanto pode ser usado para se referir a um fato - emprego descritivo - como pode ser usado para remeter a um valor - emprego avaliativo. Ou seja, para ele, normal é aquilo que é como deve ser - valor - ou normal é aquilo que é como na média - fato.

Essa duplicidade de usos é uma fonte usual de mal-entendidos na medida em que os usos se confundem numa mesma circunstância de emprego do termo normal sem que aqueles que o empregam se dêem conta disso. Canguilhem (2000) entende que a doença passa a ser uma experiência de inovação positiva do ser vivo e não apenas um fato diminutivo ou multiplicativo. O conteúdo do estado patológico não pode ser deduzido - exceto pela diferença de formato - do conteúdo da saúde: a doença não é uma variação da dimensão da saúde; ela é uma nova dimensão da vida.

Para uma pessoa que está doente o adoecer sempre lhe é uma experiência muito singular, ainda que ela possa compartilhar com freqüência essa experiência com outras pessoas que passam por uma situação semelhante. A postura mais comum é focalizar a doença sobre o doente e prescrever-lhe a partir de um determinado diagnóstico uma terapêutica específica. Poucas vezes são consideradas as condições socioculturais singulares em que essa pessoa vive a fim de compreender como ela adoeceu e como ela se sente estando doente. Essa visão reforça a perspectiva biologicista, na qual o caráter endógeno da doença prevalece em detrimento das outras dimensões constitutivas do ser humano. Os vários quadros psicossomáticos, por exemplo, são tratados prioritariamente com remédios porque se parte do pressuposto que na medida em que a droga atua no nível biológico a

Método

doença está curada, o que confirmaria seu caráter unicamente biológico (Moreira, 2002). Contudo mesmo o endógeno, tal como compreendido na perspectiva fenomenológica de Tellenbach (1999), não é apenas de ordem física ou biológica, mas também de ordem psíquica, incluindo a história e a cultura.

Adoecer não é algo fácil, ainda mais quando é preciso utilizar-se de um serviço de saúde pública no Brasil. As longas filas, o enorme tempo entre marcar uma consulta e ser atendido por um profissional, a dificuldade de acesso a medicamentos, tudo isso contribui para uma produção da doença como algo que gera inúmeros outros sofrimentos além daqueles específicos que a doença determina. Por outro lado, o serviço prestado no NAMI tem oferecido uma qualidade muito superior ao que é comum na região, segundo depoimentos dos pacientes, tal como veremos adiante. No entanto esse serviço ainda é restrito a uma população reduzida da cidade, que pode dispor dele. Sem dúvida, a comunidade atendida pelos serviços oferecidos no NAMI ganha muito com sua existência, mas ele ainda é um contraponto mínimo diante de todo o serviço de saúde oferecido a populações de baixa renda na cidade de Fortaleza.

Os profissionais do NAMI demonstram uma consciência muito clara da importância de seu papel para as pessoas das comunidades atendidas. Nitidamente, trata-se de um trabalho de assistência em saúde com uma clara responsabilidade social apresentada aos estudantes estagiários como parte identificatória de seu papel profissional. Cria-se assim uma cultura de compromisso com a saúde de pessoas que não têm nenhum acesso ao sistema privado de atendimento e que não podem dispor de uma maior qualidade, senão quando estão sendo atendidas no NAMI.

Outro aspecto importante característico desse serviço é sua natureza multidisciplinar, que tem como base uma visão também múltipla do processo de adoecer. Com isso, a compreensão de saúde se amplia e os doentes podem ganhar mais com isso, visto que os profissionais têm uma visão mais ampla do processo em que o paciente se encontra e sabe da importância de uma intervenção ampla, capaz de dar conta de tantas dimensões do adoecer que os pacientes trazem consigo.

Neste estudo foi combinado o método etnográfico com o método fenomenológico, que privilegia a redução ou retorno às coisas mesmas, destacando-se a vivência singular do fenômeno. Esse método, apoiado no aprofundamento feito por Merleau Ponty, ressalta a importância de uma compreensão fenomenológica mundana, na qual a cultura é uma de suas dimensões (Moreira, 2002); encontramos aí uma possível aproximação com a prática de pesquisa etnográfica que se utiliza de uma lente cultural. A metodologia utilizada contempla, então, os métodos etnográfico e fenomenológico, pois se acredita que a combinação de ambos os métodos facilitará a compreensão da experiência vivida em sua mútua constituição com o contexto sociocultural.

De acordo com André (1999), a etnografia é a tentativa de descrição da cultura. Para ela “a etnografia é um esquema de pesquisa desenvolvido pelos antropólogos para estudar a cultura e a sociedade. Etimologicamente, a palavra etnografia (*etno* = povo, *grafia* = retrato) significa retrato de um povo. Para os antropólogos, o termo tem dois sentidos: (1) um conjunto de técnicas que eles usam para coletar dados sobre valores, hábitos, crenças, práticas e comportamentos de um grupo social; e (2) um relato escrito resultante do emprego dessas técnicas” (p.27). Geertz (1978) utiliza o termo “descrição densa”, que ele tomou emprestado do filósofo Gilbert Ryle, para designar o que pretende a etnografia, entendendo a cultura como um sistema de símbolos construídos, um contexto, algo dentro do qual os símbolos podem ser inteligivelmente - ou densamente - descritos. Creswell (1998) corrobora esse ponto de vista ao afirmar que uma etnografia é uma descrição e uma interpretação de um grupo ou sistema cultural.

A pesquisa etnográfica segue alguns passos metodológicos que a caracterizam. Tal como afirma André (1999) os requisitos seriam, por exemplo, uma longa permanência do pesquisador em campo, o contato com outras culturas e o uso de amplas categorias sociais na análise de dados. No caso deste estudo, foram utilizadas a observação e a observação participativa, técnicas integrantes do método etnográfico.

O método fenomenológico busca a compreensão da experiência vivida, sendo o objetivo maior de

toda pesquisa fenomenológica a busca do significado da experiência. O foco da pesquisa é direcionado para a compreensão do significado dos fenômenos, não se estabelecendo qualquer tipo de definição rígida e *a priori* acerca do tema. Busca-se alcançar o significado de um fenômeno para um sujeito que é encarado como protagonista de sua própria vivência. Na realidade, trata-se de um resgate da dimensão do vivido humano, do mundo subjetivo e privado em sua interseção com o objetivo e o coletivo, tal como entendido com uma lente merleau-pontyana.

A metodologia fenomenológica de pesquisa sofre variações segundo o pensamento filosófico que a sustenta (Moreira, 2004). No caso de um método fenomenológico mundano, conforme afirma Merleau-Ponty (1945/1996) na sua *Fenomenologia da Percepção*, trata-se de descrever, e não de explicar nem de analisar. Segundo ele, tudo o que se sabe do mundo, mesmo devido à ciência, se sabe a partir de uma visão singular ou de uma experiência do mundo sem a qual os símbolos da ciência nada significariam. E conclui dizendo que todo o universo da ciência é construído sobre o *mundo vivido*; se quisermos pensar na própria ciência com rigor, apreciar exatamente seu sentido e seu alcance, convém despertarmos primeiramente essa experiência do mundo da qual ela é a expressão segunda.

Foi, portanto, buscando a descrição do mundo vivido de pessoas que estavam vivendo ou tratando a experiência de adoecer que esta pesquisa se desenvolveu. Foram entrevistados oito sujeitos colaboradores, sendo três funcionários e cinco pacientes adultos, que se dispuseram a participar. Os sujeitos-colaboradores foram selecionados durante a imersão no campo - Serviço de Fisioterapia do NAMI, em Fortaleza - no período de dois meses com cerca de duas visitas semanais ao local durante o ano de 2004. Era explicado que a pesquisa era uma atividade de uma disciplina do curso de mestrado em Psicologia da UNIFOR, e que, para aprender sobre a experiência de adoecer, pensávamos que o próprio doente, bem como o profissional de saúde, que lida cotidianamente com a doença, eram as pessoas mais indicadas para conversarmos.

Foram realizadas entrevistas fenomenológicas que tinham como objetivo buscar compreender o

significado da experiência vivida do adoecer. Através dessas entrevistas semi-estruturadas os participantes eram solicitados a falar de sua experiência de adoecer ou de conviver com a doença a partir da pergunta: Como é para você a experiência de adoecer? Como em uma conversa, as perguntas seguintes eram formuladas a partir da própria fala do sujeito-colaborador, sempre buscando facilitar a descrição da experiência vivida de adoecer. Além das entrevistas fenomenológicas, para melhor apreender e retratar a realidade cultural do NAMI e o fenômeno pesquisado - a experiência de adoecer - foram coletados dados no campo através de observação direta e observação participante, com conversas informais individuais e coletivas com pacientes e profissionais durante os dois meses de visita ao NAMI.

Discussão

A partir do trabalho de campo, tivemos a oportunidade de nos aproximar da realidade do NAMI, especificamente de seu Serviço de Fisioterapia, observando e captando o ambiente, sua movimentação, as interações entre as pessoas que freqüentam o lugar, usuários, profissionais, estudantes, funcionários e gestores, relacionando-se com os mais variados propósitos e vivendo subjetivamente e intersubjetivamente a experiência de adoecer.

A imersão nesse contexto possibilitou sua caracterização, passando o foco da investigação a ser direcionado para a compreensão da experiência de adoecer. Interessava-nos descobrir o que acontece quando as pessoas percebem que há algo errado com elas; o que isso significa; o que sentem, o que pensam, como agem nesse momento em suas vidas; que impactos vivenciam; que sentidos encontram nessa experiência; quais crenças, expectativas, medos e fantasias são ativados; como encaram o fato de buscar ajuda; que trajetórias percorrem até serem atendidos; como percebem o atendimento que recebem; buscando respostas para essas questões buscou-se obter significados sobre a realidade do NAMI no Serviço de Fisioterapia e apreender os elementos culturais presentes na vivência de ser atendido ali.

Foram definidas três categorias para análise a partir dos temas emergentes das entrevistas e das

observações realizadas no campo: 1) quem adoece e procura o NAMI; 2) o que se vive na experiência de adoecer; 3) significados da experiência de adoecer. A seguir discutimos cada um desses temas, ilustrados por alguns fragmentos dos depoimentos dos sujeitos-colaboradores.

Quem adoece e procura o NAMI

Constata-se que os usuários do NAMI e do Serviço de Fisioterapia são, na sua maioria, moradores da Comunidade do Dendê, que, pela localização, pela gratuidade dos serviços, pelo acesso facilitado à saúde e pela qualidade do atendimento recebido dirigem-se à instituição e utilizam os seus diversos serviços.

Escolhi vir para cá porque é mais próximo de casa e porque já fui atendido em outros lugares, mas aqui o ambiente é de primeiro mundo.

Moro na favela da Água Fria. Freqüento o NAMI há muito tempo. Aqui descobri uns miomas no útero e pude fazer minha cirurgia.

Moro aqui pertinho, na favela do Dendê. Não teria condições de pagar transporte para ir em outro posto.

Entre os usuários também se encontram alunos e funcionários da universidade que por facilidade de acesso e pela qualidade dos serviços optam pela sua utilização.

Sou funcionário da Universidade e é a segunda vez que necessito dos serviços no NAMI. Tenho direito a um outro plano de Saúde privado, mas prefiro aqui, pois o atendimento é superior.

Faço curso de Engenharia Mecânica; nem sabia que como estudante teria direito. Vim para cá porque minha mãe tinha uma conhecida que trabalha aqui. Aqui ganho tempo e o acesso é mais rápido já que venho depois da aula.

Essa última fala nos leva a indagar até que ponto os serviços do NAMI estão sendo divulgados adequadamente dentro da comunidade acadêmica, sobretudo para os alunos e funcionários que não pertencem ao Centro de Ciências da Saúde.

Percebemos que as instalações físicas modernas e imponentes do NAMI não contribuem para acentuar contrastes socioculturais junto à clientela oriunda de classes socioeconômicas desfavorecidas. Ao contrário, as pessoas parecem sentir-se muito bem nesse espaço.

Trabalho como Mestre de Obras e sei que o material utilizado na construção é de primeira qualidade. A tinta da pintura de fora é caríssima, o piso é de granito, estes espaços são para circulação de ar e não sentimos calor, mesmo sem ar condicionado nesta recepção. Parece que estamos dentro de uma academia e não em um hospital.

Me sinto muito bem aqui. É tudo muito limpo e organizado. Utilizo outros serviços médicos daqui como consultas na ginecologia. Também tenho pressão alta e pego os remédios na farmácia.

Evidenciam-se o compromisso e o importante papel social que o NAMI desempenha para essa comunidade. As pessoas sentem-se gratas e privilegiadas por disporem de um centro de saúde tal qual o NAMI.

Este lugar é uma benção para o bairro.

Sou solteira, desempregada. Não tenho ninguém por mim. Se não fosse as consultas e estes remédios já teria morrido. Não tenho condições de pagar transporte para ir em outro lugar.

A Comunidade do Dendê tem muito que agradecer ao NAMI. Aqui temos um atendimento especial. São professores, estagiários que ficam bem próximos aos pacientes.

Em um país e em uma cidade onde a questão da saúde é tão precária, realmente é algo diferenciado poder usufruir serviços com qualidade e acesso facilitado. A clientela do NAMI traz, aliados às dificuldades de saúde, problemas que remetem à sua condição material de vida, tais como falta de trabalho, moradia, más condições de alimentação, exposição à violência, entre outros.

O que seria de nós sem este Posto de Saúde? Estava nós atolado na lama da favela. Porque pobre é pra sofrer. Nem ambulância chega aonde eu moro. Se alguém precisar, morre lá mesmo.

Dentre os diversos motivos e queixas que levam as pessoas a demandarem o atendimento fisioterapêutico, ressaltam-se as dores ou distúrbios cinéticos gerados por alterações genéticas ou resultantes de acidentes, traumas ou doenças adquiridas.

Vim agora trazer minha mãe que tem um problema no braço e há muitos dias que não dorme, só chora. Hoje é a segunda vez que ela vem e já está melhor.

Vim para o NAMI porque sinto fortes dores na coluna. Tenho tanta dor que não posso andar.

Em janeiro sofri um acidente praticando meu esporte preferido, o dirt (prática de bicicleta em barrancos de barro, lama), quebrei a rótula do joelho, tive que me submeter à cirurgia para colocar pinos. Ainda não consigo dobrar o joelho e o médico me encaminhou para a Fisioterapia.

As falas dos entrevistados evidenciam suas dores físicas; entretanto, mais que isso, percebe-se que ali estão pessoas que se sentem adoecidas, que sofrem e devem ser compreendidas como um todo, como um ser de experiência e fonte de emoções, pensamentos e comportamentos. Trata-se de perceber a doença muito além de uma afecção. O contato com os pacientes do NAMI revela o quanto a experiência de adoecer está constituída pelo mundo, pela cultura de uma classe social de baixa renda, de um bairro específico da cidade de Fortaleza, pela realidade social do país onde as pessoas estão acostumadas à precariedade do sistema de saúde e pelos elementos subjetivos ou endógenos que se encontram em cada singularidade, em sua interseção com o mundo.

O que se vive na experiência de adoecer

Estudar a experiência de adoecer é avaliar um complexo mundo de significados; é considerar do paciente o relato dos seus sentimentos, cognições e comportamentos; é ir além da descrição dos sintomas físicos. Ao centrar a atenção na experiência da doença e tentar perceber de que forma ela foi vivenciada subjetivamente, capta-se a expressão do vivido através dos relatos obtidos, emergindo eixos centrais de discussão que nos levam a compreender a doença como experiência subjetiva, implicada em um contexto maior. Vejamos algumas falas que dizem dessa vivência, e que constituem um recorte das inúmeras possibilidades que a experiência de adoecer traz à tona através das pessoas que vivenciam o impacto do adoecimento.

É uma dor que vai e volta. É uma dor cansada. Sentar incomoda, deitar incomoda, ficar em pé incomoda. Atrapalha a vida.

Lembro que senti uma raiva grande da minha filha e para não lhe dar uma panelada na cabeça, precisei me controlar. Nesta hora, senti um tremor forte nos lábios e nas mãos. Duas semanas depois, senti todo meu corpo se paralisar, uma forte dor nas costas não deixava eu me mexer. Mas continuei minha vida, só agora, dois anos depois o médico mandou fazer exames e disse que eu

tinha tido uma A.V.C. Nem acreditei... Até hoje quando tenho raiva as dores nas costas aparecem.

É triste estar doente, é deprimente para quem é acostumado a trabalhar.

Tenho medo, sinto-me ameaçado: e se eu não melhorar?

Entre em desespero. Nunca tinha entrado em um hospital antes. Fiquei internado três dias, tive alta e depois voltei para outro hospital para fazer a cirurgia". Foram quinze dias sem se mover. Ia ao banheiro com a ajuda da minha mãe.

O que se diz da experiência de adoecer denota a singularidade do humano, seus modos de adoecer e todo o sofrimento subjetivado que está implicado nesse processo, no qual existem exigências sociais e de subsistência. Adoecer pode significar ter que parar de trabalhar e todas as conseqüências possíveis dessa situação. Nesse sentido, adoecer pode ser uma situação desestabilizadora do equilíbrio psíquico e emocional, despertando na pessoa vivências de ansiedade, fantasias de impotência diante de uma situação de vulnerabilidade. A experiência de adoecimento representa, acima de tudo, uma experiência de ameaça e desamparo. Ameaça à integridade corporal, social, emocional, à auto-estima. Ameaça, em suma, à própria identidade como cidadão. A pessoa mostra-se geralmente confusa e aturdida com o impacto da doença e com as conseqüências refletidas na sua vida pessoal, familiar e social. A pessoa quer sair disso, quer voltar a ser o que era e como era, assusta-lhe ser e/ou estar diferente.

Estou com uma grande inflamação no joelho e me sinto limitado em minhas atividades físicas. Não posso correr, não posso jogar futebol, nem fazer meus exercícios.

Depois do acidente tive que ficar muito tempo em casa, sem poder sair. Este acidente atrapalhou todos os meus planos. Não pude tirar minha carteira de motorista, tive também que adiar o estágio. Faltei muita aula e não podia fazer as coisas que mais gostava.

Para me movimentar ficava sentada em uma cadeira que era levada para os cantos. Muitas vezes não consigo trabalhar e tenho que faltar ao serviço.

Constata-se que o adoecer gera impactos na vida prática, promove mudanças nas rotinas, levando a uma ruptura da realidade cotidiana da pessoa. Planos são adiados, atividades são interrompidas e o exercício dos papéis sociais torna-se comprometido, exigindo da pessoa enferma um esforço adaptativo para o qual mobiliza uma substancial parcela de suas energias.

Ressalta-se que uma das perdas mais temidas na experiência de adoecer parece ser a perda do emprego ou do trabalho. Em um contexto social nordestino brasileiro, onde predomina o alto índice de desemprego e subemprego, o adoecer constitui uma ameaça à sobrevivência e à própria identidade psicológica que se alicerça nas relações de trabalho. O trabalhador passa a não poder adoecer, nem sequer a faltar ao trabalho, pelo medo de vir a ficar desempregado.

O médico quis me dar um atestado para me liberar do trabalho por alguns dias. Não quis deixar de trabalhar. Trabalho há 22 anos e sempre evitei faltar. Continuei trabalhando normalmente, mesmo sentindo dor. Mas isso não foi porque a firma obrigou, não. Eu que quis.

Será que vou ter que me afastar do trabalho? Preciso estar presente. Além da doença, ainda tenho sempre esta preocupação. Este medo não vem da empresa, está dentro de mim. Sei que vivemos muita concorrência, quero estar presente para garantir meu emprego. Existem muitos lá fora para ocupar meu lugar.

Paradoxalmente, a relação que se estabelece com o trabalho e as condições que lhe são inerentes e oferecidas ao trabalhador podem ser fonte de doenças profissionais e outras formas de sofrimento físico e mental. O ambiente de trabalho gera doenças (Codo & Sampaio, 1995) e ao mesmo tempo não acolhe aquele que adoecede:

Tenho doença de costureira. Trabalho numa confecção e sofro de dor nas costas e na coluna. O patrão não entende minhas faltas porque não consigo ir trabalhar. Ele até tem o mesmo problema de coluna, mas como ele é rico, ele pode.

Outro aspecto a ser refletido é a busca da assistência e a necessidade de suporte profissional. O pedido de ajuda profissional parece vir como forma de partilhar a confusão, aliviar medos, livrar-se do desconhecido e receber esperanças de melhoria na condição de saúde.

Que alívio! Estou a duas semanas e já me sinto bem melhor. A cada dia que passa a dor está melhorando.

Já fui ao Hospital Geral, mas fiquei decepcionada com o atendimento médico. O doutor me perguntou se eu queria operar. Eu lhe perguntei se operando eu iria ficar boa. Ele disse que não podia garantir. Mas fiquei decepcionada. Que médico é este que estudou e não sabe dizer o que é melhor? Se uma cliente me pergunta coisas da sua roupa, eu sei responder porque é a minha profissão. Não voltei mais lá.

Nesse momento, a relação entre o fisioterapeuta e o paciente adquire uma importância vital, caracterizando-se por ser de muita intimidade, proximidade e contatos físicos. Os profissionais realizam seus atendimentos em um ambiente onde se possibilita a conexão com cada singularidade, parecendo sensíveis à dimensão psicológica e sociocultural da clientela, o que favorece a acolhida do desamparo do paciente e o desequilíbrio que a experiência de adoecer gera. Cabe, portanto, ao fisioterapeuta uma importante parcela de responsabilidade no manejo terapêutico do paciente, cabendo-lhe definir os limites e potenciais de sua atuação a partir de uma compreensão múltipla das várias dimensões do processo de adoecer.

Só tenho elogios à forma como sou atendida. Tanto os profissionais, como os estudantes são atenciosos, conversam com a gente.

No NAMI o atendimento é especial. Não nos sentimos sozinhos. Na clínica particular é um profissional para um salão cheio de pacientes.

Emerge uma discussão sobre a confiança que deve permear toda relação terapêutica e as expectativas de cura depositadas nos profissionais de saúde. Até que ponto são trabalhados os sentimentos de onipotência dos profissionais? O que se faz com a clara necessidade de dialogar e empreender esforços comuns com outras especialidades na tentativa de favorecer o paciente?

Significados do adoecer

A partir do que se vive na experiência de adoecer, os sujeitos encontram sentidos para a compreensão do que é singular e universal nessa experiência. Esses significados articulam a experiência da doença e seu contexto de produção representando o que ocorre na interface entre o mundo e o indivíduo.

Na perspectiva da antropologia médica, a doença é entendida como uma realidade culturalmente constituída. Fazem-se importantes, portanto, as investigações sobre como os significados do adoecer interagem com o social, o psicológico e o biológico para produzir distintas formas de doenças e trajetórias de doenças, já que a doença e o sofrimento humano não podem ser compreendidos a partir de uma única perspectiva (Good, 1994; Kleinman, 1995).

Neste estudo, encontramos os seguintes significados para a experiência de adoecer:

a) A experiência de adoecer como vivência de despotencialização e exclusão social

Tive que pedir minhas contas. Estou de aviso. O patrão não aceitou meus atestados e descontou os dias. Lá em casa tá todo mundo desempregado.

Esta doença mudou muita coisa na minha vida. Perdi o emprego. Sou doméstica e meus patrões me demitiram porque eu não tinha mais condição de trabalhar como doméstica. Nem um móvel eu podia empurrar. Além de ser empregada doméstica eu ainda fazia salgados para fora. Hoje não consigo mais. Não sei o que vou fazer da vida. Meu trabalho era tudo que eu tinha. Precisa ter muita fé em Deus para a gente ir levando.

Tenho um filho que conseguiu um emprego. Na minha casa são seis adultos e um bebê. Tudo está nas costas dele. Me dá um desespero...

A experiência de adoecer pode trazer perdas significativas e representar uma vivência de despotencialização. Emergem falas que se referem à falta de um trabalho como propósito de vida, condição de subsistência, de construção da subjetividade e realização humana. Não ter emprego é estar excluído socialmente. É não estar inserido em um modelo econômico capitalista no qual o valor de cada pessoa se dá por sua capacidade produtiva. Sem trabalho não há auto-estima, dignidade, cidadania.

A despotencialização, segundo Moreira e Sloan (2002), significa um estado psicológico caracterizado pela incapacidade de viver significativamente e pela falta de esperança, de perspectivas. O indivíduo doente se sente sem poder, sem vontade de viver; vive uma experiência de opressão, sem capacidade de desenvolver projetos de vida.

b) A experiência de adoecer como possibilidade de revisão da vida

Vivi a experiência de me sentir totalmente dependente. Tive medo de não poder voltar a fazer as coisas que sempre fiz. Acho que amadureci e passei a dar valor a algumas coisas que antes nem ligava.

Acho que não vou voltar para o Dirt. Meu pai não vai deixar. Ele já não gostava antes do acidente, agora então... Mas posso encontrar outro esporte.

Só quem passa por isso é quem sabe. Minha vida agora tem que mudar. Trabalhar como antes, nem pensar...

A vivência do adoecer pode ser tão impactante e marcar significativamente o indivíduo doente a ponto de provocar mudanças na sua vida, sobretudo nas suas relações consigo mesmo, com os outros e com o mundo. Passar por um momento de fragilidade pode possibilitar uma experiência interior de reflexão, que aumenta a capacidade de tolerar, conter e elaborar os próprios limites e empreender uma revisão do estilo de vida.

c) A experiência de adoecer como benefício secundário

Estou melhorando com este tratamento. Mas gosto muito de vir para cá. É meu programa.

Quando venho para cá, relaxo, fico tranqüila. Não perco por nada meu horário.

Há seis anos sinto esta dor. Melhora, piora, melhora e a gente vai levando...

Queria me aposentar já que trabalhar não vou mais conseguir. Mas me disseram que por já ter sido dada baixa na carteira não tenho mais direito...

Essas falas evidenciam que o adoecimento pode dar origem também ao que se denomina benefício secundário, representado por vantagens que o indivíduo obtém a partir da doença. A expressão mais freqüente são as vantagens pecuniárias - pleiteadas junto à instituições de assistência social ou de seguridade social. Entretanto outros ganhos psicológicos podem mobilizar a permanência e a acomodação à situação de adoecimento.

Segundo relato dos profissionais, a reabilitação cria dependência. O cliente tem dificuldade de se desligar e esse fato exige a execução de um trabalho de preparação para o desligamento, reconhecido como um momento difícil para muitos pacientes, os quais, na sua maioria, são pessoas portadoras de inúmeras carências materiais, sociais e afetivas.

Como se trata de uma clientela muito carente, o momento de ser cuidado, de sair de casa e vir ao NAMI, passa a ser um evento social, algo diferenciado na vida dessas pessoas.

Essa análise demonstra que a exploração das perspectivas e experiências subjetivas dos pacientes possibilitam uma riqueza de dados relevantes para a biologia, psicologia e sociologia da doença, fornecendo importantes indícios para o clínico e para o pesquisador. Essa postura introduz a perspectiva do paciente e de seu contexto sócio-histórico, transcendendo o modelo biomédico tradicional.

Considerações Finais

Estudar a experiência do adoecer é avaliar um complexo mundo de significados e considerar no relato do doente seus sentimentos, cognições e comportamentos além da descrição dos sintomas físicos. Para além do aspecto biológico, o adoecer humano é um fenômeno sociocultural e deve ser compreendido em seus múltiplos contornos: biológico, psicológico, ideológico, histórico e sociocultural.

O sistema público de saúde no país, apesar de todos os avanços que os princípios do Sistema Único de Saúde preconizam, não disponibiliza ainda para a população serviços de saúde de forma acessível e universalizada. Nesse sentido, o NAMI vem ocupar um espaço fundamental para contribuir com a promoção da saúde e com a melhoria da qualidade de vida de populações mais carentes na cidade de Fortaleza. No Serviço de Fisioterapia do NAMI pode-se observar a humanização do atendimento e interação profissional-paciente com o claro intuito de potencializá-lo como protagonista de seu existir. Há um reconhecimento e uma valorização do humano, muito próprio nesse setor, algo nem sempre presente em outros núcleos de atenção médica. Talvez facilitados pelo tipo de atuação que desenvolvem, com o toque físico sendo privilegiado, a relação estabelecida fica em evidência e se torna uma aliada na condução dos processos de restabelecimento da saúde naquele ambiente. As pessoas que recorrem ao Serviço de Fisioterapia do NAMI sabem que vão encontrar profissionais qualificados não só para prestar um atendimento técnico diferencial, mas principalmente pessoas capazes de se sensibilizar com o estado em que se encontram e de ajudá-las a passar por toda essa situação. Fato interessante é a resistência de alguns pacientes que recebem

alta, mas insistem em não querer deixar o atendimento no setor.

Sobre os resultados do estudo realizado, faz-se necessário evidenciar que a unidade social investigada, o Serviço de Fisioterapia, representa apenas um dos vários setores que integram o NAMI. Dessa forma, a realidade pesquisada não deve ser universalizada para toda a realidade do sistema NAMI, tendo em vista às especificidades do referido setor. Correr-se-ia o risco de se enviar ou tornar tendenciosas conclusões embasadas na generalização da análise realizada. Sendo esta uma pesquisa qualitativa, não se pretende que seus resultados sejam generalizados. Sugerimos, portanto, que outros estudos qualitativos sejam realizados sobre a experiência vivida do adoecer.

Apesar de suas limitações, acreditamos que este estudo pode contribuir para melhorar a qualidade do atendimento no serviço público de saúde, a partir de uma visão mais completa do adoecer, que transcende o modelo biomédico. Assinala a importância de uma visão mais humanizada no atendimento ao paciente, com foco na pessoa mundana que ele é. A boa qualidade da relação entre o profissional de saúde e o paciente existe no Serviço de Fisioterapia do NAMI/UNIFOR diferencia esse serviço do encontrado em geral no serviço público de saúde. Os resultados desta pesquisa foram também divulgados junto ao próprio NAMI, no sentido de contribuir para a continuidade e a qualidade do trabalho ali desenvolvido.

Do ponto de vista metodológico, o trabalho de campo no NAMI nos levou à descoberta da possibilidade de integração valiosa da perspectiva etnográfica com a fenomenológica. Constata-se o quanto é valioso e necessário uma imersão em um determinado contexto, observando e captando o cotidiano, hábitos, costumes e práticas, seus eventos e padrões de interação para lançar algum olhar sobre qualquer fenômeno.

Como achados relevantes deste estudo descobrimos que a experiência de adoecer denota a singularidade do humano em sua mútua constituição com o contexto sociopolítico, histórico e econômico onde se insere, nesse caso, um bairro de periferia no Nordeste do Brasil, uma realidade cultural carente e de desemprego. Neste mundo, adoecer pode vir a significar um sofrimento que transcende o sintoma, implicando um

sofrimento adicional pelo medo de ficar desempregado, excluído socialmente. Como significados elaborados, a experiência de adoecer foi identificada como uma vivência de despotencialização e exclusão social, como uma possibilidade de benefício secundário a despeito das várias perdas envolvidas e, ainda, como uma oportunidade de mudanças e revisão da vida. Entendemos que esses resultados encontram-se na interseção da singularidade de cada sujeito-colaborador com a universalidade da realidade cultural em que ele vive. É assim que este estudo supera o modelo biomédico tradicional, criando um novo caminho para a compreensão do adoecimento humano: o mundo da experiência vivida - o *lebenswelt*.

Referências

- André, M. (1999). *Etnografia da prática escolar*. Campinas: Papirus.
- Brandão, C. (2002). *A educação como cultura*. Campinas: Mercado das Letras.
- Canguilhem, G (2000). *O normal e o patológico*. Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- Codo, W., & SAMPAIO, J. C. (1995). *Sufrimento psíquico nas organizações: saúde mental e trabalho*. Petrópolis: Vozes.
- Creswell, J. (1998). *Five qualitative traditions of Inquiry in: qualitative inquiry and research desing: choosing among five traditions*. Thousand Oaks: Sage
- Geertz, C. (1978). *A interpretação das culturas*. Rio de Janeiro: LTC
- Good, B. (1994). *Medicine, rationality and experience: an anthropological perspective*. London: Cambridge University Press.
- Kleinman, A. (1995). *Writing at the margin: discourse between anthropology and medicine*. California: University of California Press.
- Merleau-Ponty, M. (1996) *Fenomenologia da percepção*. São Paulo: Martins Fontes. (Originalmente publicado em 1945).
- Moreira, V., & Sloan, T. (2002). *Personalidade, ideologia e psicopatologia Crítica*. São Paulo: Escuta.
- Moreira, V. (2002). Psicopatologia crítica. Parte II. In: *Personalidade, ideologia e psicopatologia crítica*. São Paulo: Escuta.
- Moreira, V. (2004). O método Fenomenológico de Merleau-Ponty como ferramenta crítica na pesquisa em psicopatologia. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 17 (3), 447-456.
- Sloan, T. (2002). Psicopatologia crítica. Parte I. In *Personalidade, ideologia e psicopatologia crítica*. São Paulo: Escuta.
- Tellenbach, H. (1999). A endogeneidade como origem da melancolia. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 2 (4), 164-175.

Recebido em: 13/10/2005
Versão final reapresentada em: 29/8/2006
Aprovado em: 10/10/2006

Pesquisando ao ensinar: prática no laboratório didático analisa o comportamento verbal sob contingências de reforçamento positivo e negativo¹

Researching while teaching: laboratory activity analyzes verbal behavior under contingencies of positive and negative reinforcement

Gerson Yukio **TOMANARI**²
Anamélia Araújo de **CARVALHO**³
Zorilda Santos **GÓES**³
Sidnei Barbosa de **LIRA**³
Anderson Cesar Veloso **VIANA**³

Resumo

No contexto de ensino da análise experimental do comportamento, 53 graduandos foram expostos à tarefa informatizada de construir frases. Iniciou-se o experimento com linha de base, na ausência de contingência experimental. A seguir, os participantes, em dois diferentes grupos, podiam ganhar (vs. manter) ou manter (vs. perder) pontos, segundo contingências programadas de reforçamento positivo ou negativo, respectivamente, aplicadas ao uso de um pronome previamente selecionado, "nós" ou "ele(a)". Os resultados revelaram que, durante a linha de base, todos os seis pronomes foram utilizados em freqüências próximas ao acaso. Na condição experimental, houve um aumento acentuado no uso do pronome selecionado para reforçamento. Esse aumento foi gradual e sistemático para os sujeitos de ambos os grupos e, interessantemente, em freqüência média mais elevada sob reforçamento negativo do que positivo. Tais dados sugerem diferentes efeitos dessas duas contingências sobre o comportamento humano, avaliados em situações eticamente aceitáveis e no contexto didático que visa à formação de atitudes científicas.

Unitermos: universitário; comportamento verbal; contingências de reforço; prática de ensino.

Abstract

Fifty-three undergraduate students were exposed to the computer task of making sentences. The experiment started with baseline, in which no reinforcement was applied. During the experimental condition, subjects in different groups had the use of a specific pronoun previously selected by the experimenter under the contingencies of positive and negative reinforcement. The results described a systematic pattern among subjects towards the frequency distribution of pronouns used during the baseline. During the reinforcement condition, there was the

▼▼▼▼▼

¹ O desenvolvimento do programa Verbal 1.51 e suas atualizações posteriores foram financiados pelas Pró-Reitorias de Graduação e Pós-Graduação da Universidade de São Paulo por meio do Sistema Integrado de Apoio ao Ensino (Programa SIAE, Editais 1998 e 2001).

² Universidade de São Paulo, Instituto de Psicologia, Departamento de Psicologia Experimental. Av. Prof. Mello Moraes, n.1721, 05508-030, Butantã, São Paulo, SP, Brasil. Correspondência para/Correspondence to: G. Y. TOMANARI. E-mail: <tomanari@usp.br>.

³ Faculdade Ruy Barbosa, Curso de Psicologia. Salvador, BA, Brasil.

increase in the frequency of the pronouns under reinforcement. In the present study, the negative reinforcement contingency (vs. the positive one) resulted in greater increase in the use of the selected pronoun. These data suggest different effects of the positive and negative reinforcement contingencies on the human behavior, evaluated not only in ethical conditions, but also in the learning context that aims to establish scientific attitudes.

Uniterms: *undergraduate; verbal behavior; contingencies of reinforcement; teaching activity.*

O comportamento verbal, como definido por Skinner (1957), é uma classe de comportamentos que obedece aos mesmos princípios de qualquer outro operante, porém que se particulariza pela necessidade de que seja mediado por um organismo de uma mesma comunidade verbal - esteja ou não esse organismo presente no momento de ocorrência da resposta verbal (Passos, 2004).

Estudos teóricos sobre o comportamento verbal, por diversas razões, inclusive metodológicas, não têm sido acompanhados por investigações empíricas, tampouco experimentais, à altura da importância dessa área de investigação. Embora em pequena quantidade, entretanto, existem estudos na área que demonstram a relação funcional entre o comportamento verbal e suas conseqüências (Greenspoon, 1955; Krasner, 1958; Taffell, 1955; Wilson & Verplank, 1956).

Greenspoon (1955), por exemplo, investigou a possibilidade de alterar a freqüência de uso de palavras no plural, dado o reforçamento dessas pelo experimentador. No caso, Greenspoon solicitava ao participante que dissesse uma palavra. Somente quando a palavra dita encontrava-se no plural, o experimentador imediatamente emitia uma vocalização que considerava de aprovação, reforçadora ("hã-hã"). Ao longo de tal procedimento, os resultados revelaram um aumento relativo na freqüência de uso de palavras no plural, demonstrando, portanto, a efetividade do reforçador empregado e, sobretudo, naquele contexto, a suscetibilidade do comportamento verbal às suas conseqüências, como qualquer outro operante não verbal.

Na mesma linha de investigação, Taffell (1955) propôs uma situação experimental que trazia, como um dos objetivos, investigar os efeitos de conseqüenciar diferencialmente - por meio de respostas verbais e não verbais - oralizações de pacientes de um hospital psiquiátrico. O experimentador apresentava cartões contendo um único verbo, abaixo do qual havia uma lista com seis pronomes ("I, We, You, He, She, They") apresentados em ordem aleatória e variável em cada cartão.

A tarefa do participante era construir uma frase para cada um dos verbos apresentados, utilizando qualquer um dos pronomes listados. Oitenta verbos formavam uma sessão; os vinte primeiros constituíam a linha de base em que não se aplicava qualquer conseqüência diferencial. A partir do vigésimo primeiro verbo, o experimentador passava a conseqüenciar todas as frases em que os participantes utilizavam os pronomes "I" ou "We". Ao final e imediatamente após a elaboração de uma frase em que houvesse sido empregado "I" ou "We", o experimentador dizia *good* ("bom") (grupo 1), ou acionava um piscar de luz (grupo 2), ou não liberava conseqüência alguma (grupo 3).

Os resultados do estudo de Taffell (1955) mostraram que, somente para os participantes do grupo 1, houve aumento na freqüência de uso dos pronomes "I" e "We" na fase de reforçamento, comparada à linha de base. Resultados semelhantes não se observaram para os sujeitos dos grupos 2 e 3, fortalecendo as evidências acerca da efetividade das conseqüências verbais aplicadas ao pronome usado pelos sujeitos na elaboração de suas frases.

Recentemente, no contexto de uma atividade didática realizada no laboratório de Análise Experimental do Comportamento, Matos, Cirino, Passos, Damiani e Frochtengarten (1995) propuseram um método de trabalho para a demonstração do controle do comportamento verbal como um operante. O método foi baseado em Taffell (1955), e encontra-se proposto detalhadamente como uma prática de laboratório em Matos e Tomanari (2002).

No trabalho de Matos et al. (1995), os estudantes formaram trios; um deles atuava como sujeito experimental e dois como experimentadores. Cento e vinte verbos no infinitivo, criteriosamente selecionados pelos programadores do experimento, foram impressos em cartões e apresentados um a um ao sujeito. Em um cartão à parte, sempre à vista do sujeito, encontrava-se

uma lista contendo, em seqüência aleatória, os seis pronomes do caso reto: "Eu", "Tu", "Ele(a)", "Nós", "Vós", "Eles(as)". A tarefa do sujeito consistia em construir frases, iniciadas por um dos pronomes mostrados, utilizando o verbo apresentado. Os vinte primeiros verbos formavam a fase de linha de base e não estavam sujeitos a qualquer reforçamento diferencial programado. Na fase de reforçamento, que tinha início a partir do 21º verbo, a utilização de um pronome previamente selecionado pelo experimentador era acompanhada, ao final da frase, por uma verbalização de um dos experimentadores ("hã-hã", "certo", "isso mesmo", "correto", entre outras). Diferentes grupos foram formados, cada qual com um único pronome selecionado para reforçamento.

Ao outro experimentador, cabia a tarefa de registrar os eventos experimentais. O trabalho de Matos et al. (1995), além de servir como uma prática de laboratório, gerou dados originais. Os autores verificaram padrões regulares na distribuição de uso dos pronomes da língua portuguesa, mesmo na ausência de reforçamento (linha de base). Em ordem crescente de utilização, foram empregados os pronomes "tu" e "vós", "nós" e "eles(as)", "ele(a)" e, finalmente, "eu". Na fase de reforçamento, tomando-se a média do grupo, verificou-se que o pronome cujo uso era reforçado alterava a hierarquia previamente estabelecida, em particular aumentando claramente a freqüência do pronome reforçado. O trabalho de Matos et al. (1995), além de contribuir metodologicamente para o estudo do comportamento verbal, no contexto de um exercício no laboratório didático, fortaleceu e ampliou as demonstrações dos efeitos de conseqüenciar diferencialmente respostas verbais.

A despeito de suas contribuições metodológicas, o estudo de Matos et al. (1995) apresenta limitações que se encontram refletidas na alta variabilidade encontrada no desempenho dos sujeitos. Pode-se verificar os efeitos do reforçamento nos dados médios dos participantes; contudo, individualmente, esses efeitos são muitas vezes ausentes ou contrários à tendência média. Muito provavelmente, tais diferenças individuais decorrem, em grande parte, das diferenças na execução do procedimento por parte dos diferentes estudantes que se colocam na função de experimentador, da topografia das suas verbalizações, de possíveis imprecisões de registro, enfim, de fatores concernentes a controle experimental.

O objetivo do presente trabalho foi dar continuidade ao estudo experimental do comportamento verbal, na linha dos trabalhos desenvolvidos por Taffel (1955) e Matos et al. (1995), investigando os efeitos de conseqüências diferenciais aplicadas ao uso de pronomes na construção de frases, ainda dentro do contexto de uma atividade didática no laboratório de graduação em Psicologia. Procurando avançar na identificação e compreensão do controle exercido pelas conseqüências sobre o comportamento verbal, o presente estudo investigou os efeitos de submeter o uso de pronomes a diferentes contingências de reforçamento, positivo e negativo (v. Catania, 1998; Keller & Schoenfeld, 1950; Skinner, 1938, para definição e análise dessas contingências).

Para produzir condições de reduzir a variabilidade encontrada em Matos et al. (1995), mantendo e otimizando a realização desse experimento como uma prática de laboratório, o presente trabalho empregou recursos informatizados de procedimento: o aplicativo de computador Verbal 1.51, desenvolvido por Tomanari, Matos, Pavão e Benassi (1999) [posteriormente atualizado nas versões 1.6 (2001), 1.62 (2002) e, atualmente, 2.51 (2005)].

Método

Participantes

Foram sujeitos deste estudo 53 estudantes universitários calouros do curso de Psicologia da Faculdade Ruy Barbosa (Salvador, BA), para os quais esse experimento constituiu parte de suas atividades didáticas no Laboratório de Análise Experimental do Comportamento. Os participantes compuseram dois grandes grupos em função da aplicação de dois diferentes pares de contingências (v. descrição detalhada a seguir). Para cada um dos grupos, os sujeitos foram subgrupados em função do pronome selecionado para reforçamento ("Nós" ou "Ele(a)", cf. descrito no procedimento adiante). O número de sujeitos em cada um dos quatro grupos encontra-se disposto no Tabela 1.

Equipamentos e materiais

As contingências experimentais foram controladas e as respostas dos participantes registradas pelo

Tabela 1. Grupos experimentais com indicação do pronome selecionado para reforçamento diferencial e conseqüências programadas.

Grupo	Pronome selecionado	Denominação	Sujeitos (n)	Conseqüências programadas	
				Pronome selecionado	Outros pronomes
Reforçamento Positivo	"Ele(a)"	ele(a)-Pos.	14	+10	—
	"Nós"	nós-Pos.	13	+10	—
Reforçamento Negativo	"Ele(a)"	ele(a)-Neg.	12	0	-10
	"Nós"	nós-Neg.	14	0	-10

aplicativo de computador Verbal 1.6, versão de 2001 (Tomanari et al., 2003), devidamente instalado em microcomputadores tipo IBM-PC equipados com monitores coloridos de 14 polegadas e *mouse*. O programa de computador Verbal 1.6 foi configurado para executar as contingências programadas segundo o procedimento abaixo.

Procedimentos

Por meio do aplicativo de computador Verbal 1.6, o procedimento submeteu os participantes à tarefa de construção de frases. Para isso, 72 verbos, na forma infinitiva, foram apresentados na parte centro-superior do monitor de vídeo, seqüencialmente. Tratavam-se de verbos regulares, concretos e abstratos, da primeira e da segunda conjugação. Esses verbos, escolhidos entre os usados na vida cotidiana, foram originalmente propostos por Matos et al. (1995), e encontram-se listados em Matos e Tomanari (2002, p. 236).

A apresentação dos verbos era acompanhada, simultaneamente, por três *menus drop-down* alinhados horizontalmente no centro do monitor. Para construir uma frase, o participante devia selecionar, consecutivamente, uma dentre seis opções disponíveis em três *menus* (Figura 1):

1) *Pronome*: O participante escolhia, no primeiro *menu*, um dentre os seis pronomes do caso reto - "Eu", "Tu", "Ele(a)", "Nós", "Vós", "Eles(as)" - para iniciar a frase.

2) *Verbo*: O segundo *menu* apresentava o verbo corrente conjugado em seis diferentes tempos verbais - presente, pretérito perfeito, pretérito imperfeito, pretérito mais que perfeito, futuro do presente e futuro do pretérito -, cada qual devidamente conjugado de acordo com o pronome selecionado pelo participante no *menu* anterior.

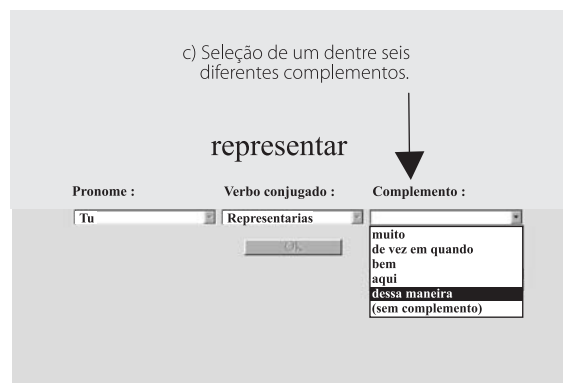
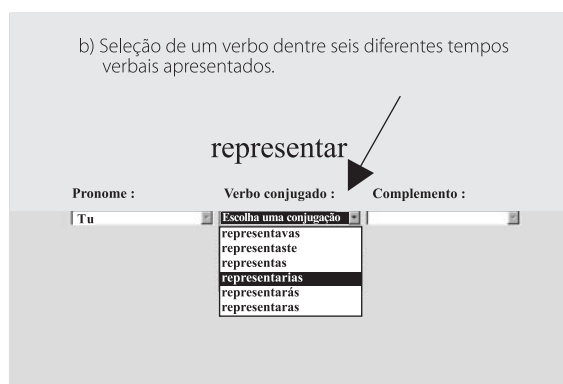
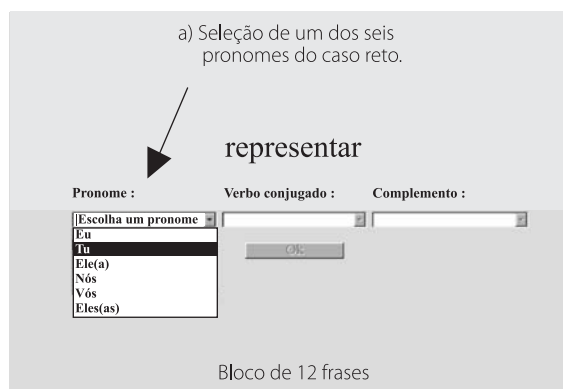


Figura 1. Representação das telas do computador tal como visualizadas pelos participantes na seqüência de construção de uma frase.

3) *Complemento*: Para finalizar a frase, o participante dispunha, no terceiro *menu*, de cinco opções de complementos verbais, entre diferentes advérbios e locuções adverbiais, além da opção sempre disponível de não utilizar um complemento (opção “sem complemento”), no caso de verbos intransitivos, por exemplo.

Os menus eram ativados por um único clicar do *mouse* sobre cada um deles e, havendo a seleção de um dos seus itens, esse *menu* era desativado e o seguinte imediatamente ativado. Assim, uma vez feita uma seleção, não era possível alterá-la posteriormente. Após a seleção final no *menu* de complementos, a conclusão da frase era confirmada acionando-se com o *mouse* o botão contendo a palavra “OK”, situado na parte inferior da tela. Imediatamente após o encerramento da frase, seguiram-se diferentes conseqüências em função do pronome selecionado pelo participante e da contingência de reforçamento em vigor (ver detalhamento adiante).

Entre o encerramento de uma frase e o início da seguinte havia sempre um intervalo de um segundo e meio durante o qual a tela permanecia completamente branca e inativa (intervalo entre tentativas). A cada frase, uma nova seqüência dos elementos que compunham os menus era sorteada, garantindo-se a equiprobabilidade de repetições de um mesmo pronome ou tempo verbal em uma mesma posição na lista.

Para todos os participantes, a sessão experimental consistiu da apresentação de doze verbos iniciais na ausência de reforçamento (linha de base), seguida pela apresentação de 60 verbos em que se aplicaram conseqüências diferenciais.

Durante a fase de linha de base, independentemente do pronome selecionado pelo participante, o computador não liberava, ao final da frase construída pelo participante, qualquer conseqüência diferencial.

Durante a condição experimental, dois diferentes pares de contingências foram aplicados, em dois diferentes grupos de sujeitos, à utilização do pronome “Nós”, alternativamente à utilização de qualquer um dos outros cinco pronomes.

Em um dos pares de contingências, o início da 13ª tentativa era acompanhado pelo aparecimento, na

tela do computador, do contador de pontos marcando zero. A partir de então, e até o final do experimento, o uso do pronome “Nós” era seguido pelo acréscimo de dez pontos no contador; nesse caso, aparecia “+10” na tela, antes do início do intervalo entre tentativas. Alternativamente, o uso de qualquer um dos demais cinco pronomes não alterava a quantidade de pontos; nesse caso, dava-se início imediato ao intervalo entre tentativas. Programaram-se, assim, contingências de reforçamento positivo do uso do pronome “Nós”.

No outro par de contingências, o início da 13ª tentativa era acompanhado pelo contador marcando 600 pontos. A partir de então, e até o final do experimento, o uso do pronome “Nós” não alterava a quantidade de pontos presentes no contador; nesse caso, aparecia “0” ponto na tela imediatamente antes do início do intervalo entre tentativas. O uso de qualquer um dos demais cinco pronomes era seguido pela subtração de dez pontos; nesse caso, aparecia “-10” na tela do computador antes do início do intervalo entre tentativas. Programaram-se, assim, contingências de reforçamento negativo do uso do pronome “Nós”.

Para fins de controle experimental, ambas as contingências descritas acima foram aplicadas ao pronome “Ele(a)” no lugar do pronome “Nós” em dois diferentes subgrupos de sujeitos.

A Tabela 1 resume as contingências utilizadas com a seleção do pronome para reforçamento diferencial, “Nós” e “Ele(a)”, e apresenta o número de sujeitos expostos a cada condição experimental.

A execução do presente estudo deu-se coletivamente, em duas sessões consecutivas, uma com 26 e outra com 27 alunos, cada um deles sentado à frente de um dos computadores da sala de informática da Faculdade Ruy Barbosa. As contingências foram configuradas pelos experimentadores antes do acesso dos participantes à sala de coleta, respeitando-se uma distribuição eqüitativa dos quatro diferentes grupos experimentais nas duas sessões de coleta. A sessão teve início com a instrução do experimentador para que os participantes acionassem o *mouse*, o que fazia aparecer a seguinte mensagem na tela do computador, que era lida em voz alta pelo experimentador (Tabela 2).

Tabela 2. Instruções do experimentador.

O propósito deste experimento é verificar como as pessoas constroem frases. Ele não envolve avaliação de inteligência ou de personalidade. Nesta tela do computador, vai aparecer uma série de verbos no infinitivo (isto é, sem serem conjugados, por exemplo, voar, acelerar e assim por diante). Os verbos serão apresentados um a um. Para cada um deles, você deverá construir uma frase e clicar o botão OK ao final da mesma.

Para construir cada uma das frases, você deverá começar escolhendo primeiramente um pronome, depois o verbo conjugado e, finalmente, um complemento.

Em sua tarefa, pontos aparecerão, a partir de um certo momento, na parte superior do monitor de vídeo.

Quanto mais pontos você tiver, melhor.

Você entendeu? Está pronto para começar?

Se, após lidas as instruções, algum participante solicitasse esclarecimentos, o experimentador limitava-se a ler as instruções novamente, sem fazer qualquer outro comentário. Após o participante ter construído as 72 frases, a sessão era finalizada. O computador emitia a seguinte mensagem, agradecendo ao participante: "Você chegou ao final da sessão. Muito obrigado pela sua participação. O experimentador está à sua disposição para lhe fornecer esclarecimentos e tirar qualquer dúvida sobre este estudo. Por favor, mantenha-se em silêncio, aguardando até que todos os seus colegas encerrem o trabalho".

Por esse experimento fazer parte integrante das atividades de laboratório da disciplina Psicologia Experimental, os docentes responsáveis discutiram com os alunos, posteriormente, os objetivos e o método do experimento. Os dados foram impressos e distribuídos para serem tratados, analisados e discutidos em sala de aula.

Resultados

É um dos pontos centrais do presente estudo avaliar os efeitos de dois pares diferentes de contingências que produziriam, ambas, um aumento na frequência de utilização de um único e determinado pronome - no caso, "Nós" ou "Ele(a)". Os sujeitos podiam ganhar pontos ao utilizar o pronome selecionado pelo experimentador, ou mantê-los inalterados, ao utilizar qualquer outro pronome (contingência programada de reforçamento positivo). Na outra condição, os sujeitos podiam manter os seus pontos inalterados, ao utilizar o pronome selecionado pelo experimentador, ou perder pontos, ao utilizar qualquer outro pronome (contingência programada de reforçamento negativo).

A Figura 2 busca comparar, inicialmente, ambos os pares programados de contingências (reforçamento positivo, colunas cinzas; reforçamento negativo, colunas pretas) a partir de suas respectivas linhas de base (colunas hachuradas claras e escuras, respectivamente, à esquerda da linha horizontal), independentemente do pronome selecionado pelo experimentador para reforçamento.

Os dados mostrados na Figura 2 revelam que, na linha de base, os sujeitos, em média, utilizaram os pronomes que seriam posteriormente reforçados, "Nós" e "Ele(a)" em torno de duas vezes. Ou seja, em 2/12 (ou 1/6) das oportunidades, o que corresponde exatamente a uma distribuição equiprovável de qualquer pronome entre os seis disponíveis.

Na seqüência das frases construídas sob condições de reforçamento, o uso do pronome selecionado aumentou gradual e sistematicamente. Até o bloco 2 (o

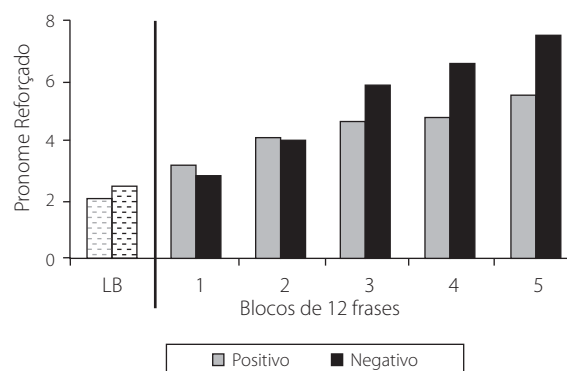


Figura 2. Frequência média de utilização do pronome selecionado para reforçamento sob as contingências de reforçamento positivo e negativo, a partir de suas respectivas linhas de base, no decorrer de cinco blocos consecutivos de 12 frases cada um.

que corresponde a 24 frases), os efeitos dos reforçamentos positivo e negativo sobre a frequência do pronome selecionado são praticamente indistintos. A partir do bloco 3 até o bloco 5, entretanto, as contingências de reforçamento negativo foram acompanhadas de frequências claramente maiores no uso do pronome reforçado.

A Figura 3 detalha os dados anteriores e distingue as frequências de utilização dos pronomes "Nós" (quadrados) e "Ele(a)" (círculos) nas 12 primeiras frases construídas em linha de base (pontos à esquerda da linha horizontal), bem como nos cinco blocos consecutivos de 12 frases, às quais se aplicaram conseqüências diferenciais. Na figura, os símbolos cinza e preto referem-se, respectivamente, às contingências de reforçamento positivo e negativo. Conforme se pode verificar, na linha de base (bloco LB), o uso dos pronomes "Ele(a)" e "Nós" ocorreu em frequências bastante próximas entre si para todos os grupos de sujeitos. No decorrer da fase de reforçamento (blocos 1 e 5), verifica-se um aumento da frequência de uso de ambos os pronomes. Até o bloco 2, ambos são utilizados em frequências próximas. A partir do bloco 3, entretanto, tanto o pronome "Nós" quanto o pronome "Ele(a)" passaram a ser utilizados em frequências mais elevadas sob as contingências de reforçamento negativo. Interessante-mente, entretanto, em cada uma dessas contingências, o uso do pronome "Nós" foi sempre mais utilizado do que o pronome "Ele(a)".

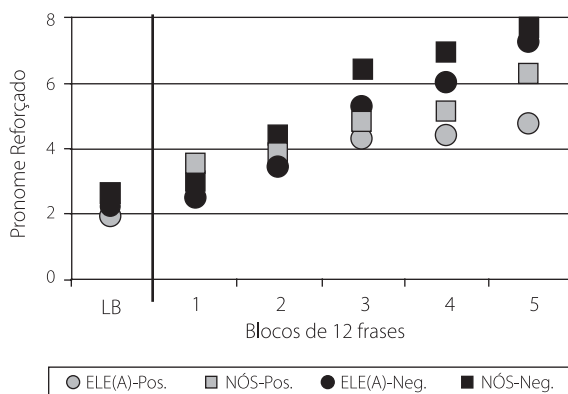


Figura 3. Frequência média de utilização dos pronomes "Nós" e "Ele(a)" sob as contingências de reforçamento positivo e negativo, a partir da linha de base, no decorrer de cinco blocos consecutivos de 12 frases cada um.

A Figura 4, ao analisar a utilização do pronome reforçado à luz dos outros cinco pronomes, tanto na linha de base (linhas tracejadas) quanto sob reforçamento (linhas contínuas), mostra a distribuição de frequência de uso de cada um dos seis pronomes - "Eu", "Tu", "Ele(a)", "Nós", "Vós", "Eles(as)" - para cada contingência de reforçamento (positivo e negativo), e para cada pronome selecionado: "Nós" e "Ele(a)".

Os dados apresentados em todos os gráficos da Figura 4 revelam que a distribuição do uso dos pronomes na linha de base, ou seja, na ausência de reforçamento diferencial, é bastante sistemática entre os quatro grupos de sujeitos. Em termos de frequência, o pronome "Eu" foi sempre mais utilizado do que os demais, seguido por "Nós", "Ele(a)" e "Eles(as)" e, finalmente, por "Tu" e "Vós". Tomando-se as doze últimas frases elaboradas na fase de reforçamento, observou-se o aumento significativo na frequência de uso do pronome selecionado, "Nós" ou "Ele(a)", condizentemente com os dados mostrados na Figura 3 (bloco 5). Além desse fato, entretanto, pode-se verificar que a distribuição de uso dos pronomes, ao final da fase de reforçamento, tende a se manter conforme descrito para a linha de base. Ou seja, para os sujeitos cujo pronome selecionado para reforçamento era "Nós", a distribuição de frequência seguia, aproximadamente, esta ordem decrescente de uso: "Nós", "Eu", "Ele(a)" e "Eles(as)", "Tu" e "Vós". Para os sujeitos cujo pronome selecionado para reforçamento era "Ele(a)", a distribuição de frequência foi aproximadamente a seguinte: "Ele(a)", "Eu", "Nós" ou "Eles(as)", "Tu" e "Vós".

Discussão

Este trabalho buscou investigar os efeitos da aplicação de conseqüências diferenciais ao uso de pronomes na construção de frases. Especificamente, dois pares de conseqüências diferenciais foram utilizados, de modo que ambos levariam ao aumento no uso de um determinado pronome previamente selecionado pelo experimentador, no caso, "Nós" ou "Ele(a)", em diferentes grupos de sujeitos. Em um par de conseqüências, aplicado a um dos grupos, o uso do pronome selecionado para reforçamento era seguido pelo ganho de pontos, enquanto o uso de qualquer outro os mantinha constantes. No outro par de contingências,

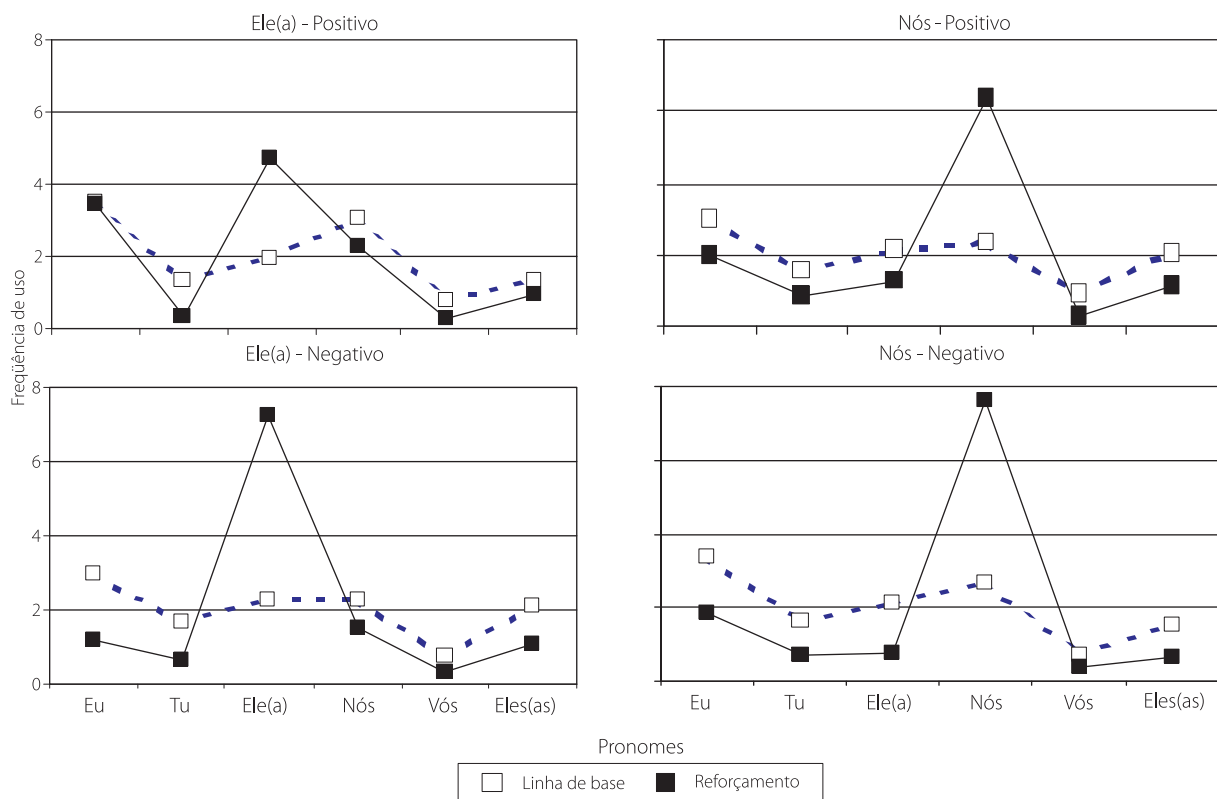


Figura 4. Distribuição da frequência média de uso de cada um dos seis pronomes nas 12 frases construídas em linha de base e nas 12 últimas frases construídas ao final da fase de reforçamento, sob reforçamento positivo e negativo, para cada pronome selecionado, nós e ele(a).

aplicado a um outro grupo de sujeitos, o uso do pronome selecionado para reforçamento mantinha os pontos constantes enquanto o uso de qualquer outro era seguido pela perda dos mesmos.

Neste trabalho, perguntamos: como poderiam ser comparados os diferentes pares de contingências, que envolveriam diferentes processos comportamentais, reforçamento positivo e negativo, no que diz respeito aos efeitos que produziram sobre o comportamento humano, em uma de suas formas particulares, ou seja, sobre o comportamento verbal?

Nesse tocante, os dados médios dos grupos de sujeitos submetidos a ambos os pares de contingências revelaram que a frequência de uso do pronome selecionado para reforçamento foi, inicialmente, semelhante entre si. Entretanto, à medida que a exposição às contingências prosseguia, destacava-se o aumento no uso do pronome reforçado por parte dos sujeitos submetidos à condição programada de reforçamento negativo comparados aos sujeitos submetidos à condição

programada de reforçamento positivo. Em termos da frequência de resposta, portanto, o processo de reforçamento negativo foi acompanhado de um fortalecimento mais acentuado na escolha do pronome selecionado do que o processo de reforçamento positivo.

Interessantemente, as diferenças observadas em ambos os grupos relacionaram-se de alguma forma ao pronome selecionado para reforçamento. O pronome "Nós" foi mais empregado do que "Ele(a)", tanto sob reforçamento negativo quanto sob reforçamento positivo. Possivelmente, esse dado esteja atrelado à demonstração de hierarquia no uso dos pronomes (Matos et al., 1995). Conforme se verificou em linha de base, o uso dos pronomes seguia padrões aparentemente sistemáticos (Figura 4). Por exemplo, reproduzindo-se os achados de Matos et al. (1995), o pronome "Eu" era quase sempre e isoladamente o mais utilizado, enquanto "Tu" e "Vós" tendiam a ser os menos empregados.

Muito provavelmente, fatores culturais pré-experimentais exerceram papéis importantes nessa utilização basal e, até mesmo por essa razão, os pronomes selecionados para reforçamento nesse experimento - "Nós" e "Ele(a)" - foram determinados em função do fato de terem apresentado, em estudos anteriores, freqüências intermediárias de uso. No entanto, o curioso é notar que "Nós" e "Ele(a)", ao longo do processo de reforçamento, passaram a se diferenciar sistematicamente entre si, relevando diferentes efeitos do reforçamento positivo e negativo sobre cada um deles (Figura 3).

Segundo Critchfield e Magoon (2001), são relativamente escassos na literatura especializada resultados consistentes e sistemáticos oriundos de pesquisas envolvendo participantes humanos submetidos a contingências comparáveis de reforçamento positivo e negativo.

Interessados nos efeitos de "perdas" e "ganhos" de pontos, esses autores levantam o que chamam de "hipótese do impacto diferencial", que se refere ao fato de que determinadas perdas podem exercer maior impacto sobre o comportamento do que ganhos de igual valor. Para esses autores, a melhor alternativa para se elucidar a questão são os experimentos que utilizam humanos como sujeitos, pois a maioria dos experimentos com animais emprega conseqüências reforçadoras (por exemplo, comida) e aversivas (por exemplo, choques) de naturezas diferentes e, por esse motivo, podem não ser comparáveis em uma mesma escala de medida ou podem requerer procedimentos especiais para isso. Nesse sentido, consideramos que o presente estudo, por meio do comportamento humano de construir frases e utilizando-se pontos como reforçadores, configurou um procedimento adequado metodologicamente e aceitável eticamente para estudar contingências de reforçamento positivo e negativo.

Os presentes dados indicam que o processo de reforçamento negativo, comparativamente ao positivo, foi acompanhado de um fortalecimento mais preponderante do pronome selecionado. Entretanto, há uma característica do procedimento que pode se correlacionar com esses resultados. Apesar de a manutenção de pontos ter sido uma alternativa presente tanto na contingência de reforçamento positivo quanto na

contingência de reforçamento negativo, havia uma diferença entre essas duas contingências. Na primeira, a manutenção de pontos dava-se pela apresentação do intervalo entre tentativas, durante a qual a tela do computador permanecia completamente branca ("—", na Tabela 1). Na segunda, diferentemente, era apresentado o número "zero" na tela do computador, imediatamente antes do intervalo entre tentativas ("0", na Tabela 1). Durante o processo de reforçamento positivo, a ausência de uma conseqüência explícita associada ao uso de um pronome diferente daquele selecionado para reforçamento pode ter desempenhado um papel relevante para os dados obtidos. Durante a linha de base, não se apresentou qualquer conseqüência diferencial, de modo que a finalização das frases era seguida pela tela em branco do computador.

Dessa forma, a condição de reforçamento positivo compartilhava semelhanças com a linha de base que a condição de reforçamento negativo não compartilhava. Por exemplo, a partir da 13ª frase (início da fase de reforçamento), um sujeito que estivesse na condição de reforçamento positivo, e não utilizasse o pronome empregado para reforçamento, não teria qualquer sinalização de que as condições experimentais haviam se alterado. Algo semelhante não ocorria para os sujeitos sob reforçamento negativo que, ao deixar a linha de base, notavam imediatamente "0" ou "-10" ao finalizar as suas frases. Essa diferença, entretanto, não parece suficiente para explicar os diferentes desempenhos médios dos sujeitos sob reforçamento positivo e negativo, que passaram a se diferenciar a partir do terceiro bloco de frases construídas e, portanto, mantiveram-se semelhantes justamente nos primeiros blocos, quando se esperariam os efeitos mais acentuados da apresentação ou não do "0".

Em estudos futuros, portanto, há de se considerar a equalização dessa variável de modo a aprimorar o controle experimental e, assim, acrescentar novos achados à presente proposta metodológica para o estudo do comportamento humano sob contingências de reforçamento. Seria interessante, por exemplo, analisar os processos de reforçamento positivo e negativo sob novos pares de contingências. Dentre eles, poderiam ser comparadas condições de reforçamento

em que sempre se ganham ou sempre se perdem pontos, porém em diferentes magnitudes. Nessa linha, por exemplo, o uso do pronome selecionado seria seguido pelo ganho de dez pontos, enquanto o uso de qualquer outro pronome seria seguido pelo ganho de um ponto. Ou, alternativamente, o uso do pronome selecionado seria seguido pela perda de um ponto, enquanto o uso de qualquer outro pronome seria seguido pela perda de dez pontos.

Este estudo foi realizado no contexto de uma atividade didática no laboratório de Análise Experimental do Comportamento. Por essa razão, procurou-se fazer com que os alunos fossem sujeitos experimentais e utilizassem os seus próprios dados para tratamento, análise e discussão dos resultados e, com isso, passassem pelas etapas concretas de se fazer uma pesquisa. Dessa forma, a coleta de dados precisou se adequar à situação de ensino e, por isso, foi necessário concluí-la em apenas uma única sessão que fosse longa o suficiente para permitir a demonstração dos efeitos do reforçamento e curta o bastante para manter o engajamento dos sujeitos na tarefa.

No planejamento desse experimento, levadas essas questões em consideração, optou-se pelo delineamento de grupo, no qual diferentes sujeitos foram submetidos a diferentes condições experimentais. Assim, os dados do presente estudo servem aos propósitos didáticos e propiciam uma primeira abordagem dos efeitos de contingências de reforçamento positivo e negativo sobre o comportamento humano. Para continuidade dessa linha de investigação, um próximo passo seria analisar os processos de reforçamento positivo e negativo como efeito de contingências que são alteradas sistematicamente e aplicadas a um mesmo sujeito ao longo de uma história experimental de aprendizagem.

Referências

- Critchfield, T. S., & Magoon, M. A. (2001). On the differential impact of positive and negative reinforcement. *Experimental Analysis of Human Behavior Bulletin*, 19 (1), 16-18.
- Greenspoon, J. (1955). The reinforcing effect of two spoken sounds on the frequency of two responses. *American Journal of Psychology*, 68 (3), 409-416.
- Keller, F. S., & Schoenfeld, W. N. (1950). *Principles of psychology*. New York: Appleton-Century-Crofts.
- Krasner, L. (1958). Studies of the conditioning of verbal behavior. *Psychological Bulletin*, 55 (3), 148-170.
- Matos, M. A., Cirino, S., Passos, M. L., Damiani, K., & Frochtengarten, F. (1995). O comportamento verbal como operante: uma experiência didática. *Resumos da XXV Reunião Anual de Psicologia* (p.461). Ribeirão Preto.
- Matos, M. A., & Tomanari, G. Y. (2002). *A Análise do Comportamento no laboratório didático*. São Paulo: Manole.
- Passos, M. L. R. F. (2004). *Bloomfield e Skinner: a língua e comportamento verbal*. Rio de Janeiro: Nau Editora.
- Skinner, B. F. (1938). *The behavior of organisms*. New York: Appleton Century-Crofts.
- Skinner, B. F. (1957). *Verbal Behavior*. New York: Appleton-Century-Crofts.
- Taffell, C. (1955). Anxiety and the conditioning of verbal behavior. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 51 (3), 496-501.
- Tomanari, G. Y., Matos, M. A., Pavão, I., & Benassi, M. T. (1999). *Programa Verbal v. 1.51*. Laboratório de Análise Experimental do Comportamento - IPUSP (versão 1.6, de 2001; versão 1.62, de 2002; versão 2.51, de 2005).
- Wilson, W. C., & Verplanck, W. S. (1956). Some observations on the reinforcement of verbal operants. *American Journal of Psychology*, 69 (3), 448-451.

Recebido em: 2/5/2006

Aprovado em: 27/7/2006

A importância da legitimação social na (re)construção da identidade de um alcoolista

The importance of social legitimization on the (re)construction of an alcoholic's identity

Geraldo Mendes de CAMPOS^{1,2}

Ricardo Franklin FERREIRA³

Resumo

Este artigo busca compreender as dificuldades que um alcoolista encontra, mesmo estando abstêmio, para reconstruir sua identidade a partir de suas interações sociais. Para isso, foram utilizados conceitos de representações sociais e de identidade, da Psicologia Social. O sujeito deste estudo encontrava-se em tratamento ambulatorial em uma unidade de atendimento e pesquisa de uma universidade pública da cidade de São Paulo e vivenciava vários processos de recaída. Sua história de vida foi analisada a partir de entrevista, visando identificar processos sociais que influenciaram a formação de sua identidade. Os resultados apontam a importância do grupo social na indução do retorno ao comportamento aditivo, mesmo que de forma involuntária, dificultando sua emancipação pessoal e induzindo-o à reprodução de seu padrão aditivo. Uma melhor compreensão dessa dinâmica identitária poderá minimizar um problema crônico na recuperação dos dependentes químicos: a recaída.

Unitermos: alcoolismo; família; identidade social; legitimação social; psicologia social.

Abstract

This paper intends to understand the difficulties faced by an alcoholic, even in abstinence, to reconstruct his identity from his social relationships. For such purpose, concepts of social representations and identity, both borrowed from Social Psychology, have been used. The collaborator of this study was a patient undergoing treatment from the attendance and research unity of a public university in São Paulo, who had been experienced various relapsing processes. His life history has been analyzed based on interviews, in order to identify social processes that play a role on the construction of his identity. The results point out the importance of the social group in inducting the addiction behavior back, even if it is involuntary, creating difficulties for the personal emancipation. A better apprehension about this identity dynamics might help to diminish this drug dependents' chronic problem of the rehabilitation process: relapsing.

Uniterms: alcoholism; family; social identity; social legitimization; social psychology.

▼▼▼▼▼

¹ Universidade São Marcos, Curso de Psicologia. São Paulo, SP, Brasil.

² Universidade Federal de São Paulo, Unidade de Pesquisa em Álcool e Drogas. São Paulo, SP, Brasil.

³ Universidade São Marcos, Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Rua Clóvis Bueno de Azevedo, 176, Ipiranga, 04266-040, São Paulo, SP, Brasil. Correspondência para/Correspondence to: R.F. FERREIRA. E-mails: <ricardo_franklin@uol.com.br> ou <ricardo@smarcos.br>.

Agradecimentos: À Coordenadoria de Pesquisa da Universidade São Marcos, pelo incentivo à realização da pesquisa que originou este artigo; aos Drs. Ronaldo Laranjeira e Neliana Buzi Figlie, coordenador geral e coordenadora do ambulatório de álcool da UNIAD/UNIFESP, por nos abrirem as portas da Instituição e pelas orientações e ensinamentos ligados à Dependência Química.

O alcoolismo tem se mostrado, na atualidade, um dos fatores que agravam vários problemas sociais, econômicos e de saúde (Edwards, Marshall & Cook, 1999).

Um estudo epidemiológico de Carlini, Galduróz, Noto e Nappo (2002) estimou em 11,2% da população, cerca de cinco milhões de pessoas, os dependentes de álcool, em 2001, no Brasil. O sexo masculino apresentava uma porcentagem maior quanto à dependência de álcool, para todas as faixas etárias estudadas.

No Estado de São Paulo, outro estudo realizado pelo Centro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas (CEBRID) (Galduróz, Noto, Nappo & Carlini, 2000), em 24 de suas maiores cidades, identificou que cerca de 6,6% da população era dependente de álcool. O preocupante é que, dois anos depois, houve um aumento da incidência do alcoolismo na mesma população pesquisada, conforme artigo de Galduróz e Caetano (2004), constatando-se um aumento significativo para 9,4% de dependentes. Esse mesmo estudo aponta um fato inquietante: no Brasil, 5,2% dos adolescentes (de 12 a 17 anos) já são dependentes e há uma tendência de aumento dessa porcentagem.

Para Pechansky, Szobot e Scivoletto (2004), o álcool já é a substância mais consumida pelos jovens, havendo uma diminuição gradual da idade em que o adolescente inicia seu uso, o que, por sua vez, está associado ao baixo desempenho escolar, ao aumento de comportamentos de risco e prejuízo em seu desenvolvimento cognitivo e emocional. Para se ter a dimensão do problema, um estudo realizado com alunos do ensino fundamental e médio da rede pública, em dez capitais brasileiras, aponta para um consumo de álcool por 65 a 80,8% dessa população; e entre as crianças de 10 a 12 anos, 51,2% já fizeram uso dessa substância (Galduróz, Noto & Carlini, 1997). Já Micheli e Formigoni (2001), comparando três grupos de jovens (sem dependência, dependência leve ou moderada e dependência grave), em São Paulo (SP), encontraram idades médias de início de consumo de álcool aos 13, 12 e 9 anos, respectivamente, com casos em que esse início deu-se aos cinco anos de idade.

Se, por um lado, a criança brasileira está começando a beber mais cedo, por outro lado esse consumo vem se prolongando até mais tarde, na terceira idade. Constatou-se que 15,1% dos idosos que procuraram atendimento no Ambulatório de Geriatria do Hospital

das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo tinham prevalência de alcoolismo (Hirata, Almeida, Funari & Klein, 1997).

A Medicina, principalmente a Psiquiatria, já conta com conhecimentos acerca das alterações causadas pelo consumo de álcool e outras substâncias psicotrópicas no sistema nervoso central, bem como a farmacoterapia necessária para reequilibrá-lo, como mostram os estudos de Almeida, Dractu e Laranjeira (1996); Ramos e Bertolete (1997); Laranjeira, Nicastri, Jeronimo e Marques (2000); Focchi, Leite, Laranjeira e Andrade (2001); Laranjeira e Pinsky (2001); Baltieri (2004), dentre outros.

A Psicologia, por sua vez, vem desenvolvendo ações terapêuticas eficazes no combate à dependência química, atuando no comportamento, na cognição ou na compreensão da personalidade do drogadito, como mostram os trabalhos de Marlatt e Gordon (1993); Silveira Filho (1995); Edwards e Dare (1997); Edwards et al. (1999); Marlatt (1999); Beck e Wright (2001); Miller e Rollnick (2001); dentre outros.

Outros estudos buscam compreender as variáveis associadas à reversão do alcoolismo que permeiam as atividades de grupos de ajuda-mútua, como os "Alcoólicos Anônimos" (Campos, 2004; Rodrigues & Almeida, 2002).

Já é consenso entre os profissionais que trabalham na área, a necessidade de ações multidisciplinares para a diminuição do problema das drogas em nosso meio. Como aponta o trabalho de Dalla-Déa, Santos, Itakura e Olic (2004), o psicólogo tem uma função fundamental tanto na prática clínica quanto na prevenção. É comum, hoje, observarmos serviços especializados em que atuam, lado a lado, psiquiatras, clínicos gerais, psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, enfermeiros e outros especialistas.

Vários estudos ressaltam a dificuldade de se conseguir a prevenção dos comportamentos aditivos e, principalmente, sua recuperação, em função de muitos alcoolistas terem seus comportamentos aditivos reinstalados após se submeterem a tratamentos (Rigotto & Gomes, 2002; Vaillant, 1999). Essa dificuldade é que determinou este trabalho. Sentimos a necessidade de compreender algumas variáveis associadas à recaída desses pacientes.

Com ênfase na perspectiva das representações sociais e amparado no conceito de "identidade como

metamorfose" (Ciampa, 1977, 1990, 1994), este artigo visa compreender as dificuldades que um alcoolista encontra, mesmo estando abstêmio, na "reconstrução" de sua identidade a partir das interações sociais, além de contribuir, também, para a discussão da dependência química a partir de uma perspectiva psicossocial.

Neste trabalho, "representação social" é considerada como a categoria definida por Jodelet (2001, p.22) como "uma forma de conhecimento, socialmente elaborada e partilhada com um objetivo prático, e que contribui para a construção de uma realidade comum a um conjunto social. Igualmente designada como saber de senso comum ou ainda saber ingênuo".

As representações sociais organizam as condutas e participam na construção das identidades pessoais. Para Moscovici (2003), elas estabelecem padrões para objetos e pessoas, transformando-os em determinados tipos que passam a ser partilhados pelas pessoas na construção de suas "realidades".

Autores como Berger e Luckmann (1985) e Ciampa (1977, 1990, 1994) nos permitem compreender como o indivíduo, em seu modo peculiar de ser e com suas representações constituintes de seu mundo simbólico acerca da realidade, vai se configurando numa relação dialética que se dá entre ele e a sociedade em que se insere, por meio de um processo em que tanto sua subjetividade quanto a sociedade vão se construindo mutuamente.

As representações de mundo e de si mesmo, além de permitirem que o indivíduo desenvolva uma organização pessoal, possibilitam que ele organize sua relação com o mundo físico e social. Tais representações são coletivamente compartilhadas e se articulam com as referências do grupo social maior em que o indivíduo vive. Dentre as referências que constrói acerca do real, está incluída aquela pela qual "ele pode reconhecer-se como um determinado indivíduo - sua *identidade*" (Ferreira, 2000). Assim, poderíamos considerar que, como pondera Duveen (1998, p.98), a identidade se configura por meio da "entrada do indivíduo no mundo das representações".

Para Ciampa (1990), a identidade pessoal é construída a partir de padrões oferecidos pela estrutura social. Uma vez vinculado a um determinado contexto social, o desenvolvimento da identidade dá-se em uma

articulação entre igualdades e diferenças. Tal processo favorece no indivíduo o desenvolvimento de uma conscientização de si por meio de comparações que faz nas relações sociais que mantém.

É interessante a formulação de Ciampa (1990, p.243) acerca da categoria identidade - não é considerada simplesmente como uma representação da pessoa, semelhante a um centro estático e, sim, concebida como um processo de metamorfose constante que "representa a pessoa e a engendra". Esse último aspecto é de grande importância para entendermos as questões apontadas sobre a formação da identidade do alcoolista. A identidade não se reduz somente a uma representação do indivíduo que o distingue de outros e, simultaneamente, indica uma semelhança sua em relação a determinado grupo de referência. É mais do que isso, e o que é crucial, a identidade é uma referência em torno da qual a pessoa se constrói, e a maneira de se construir é que permite que ela se localize em seu mundo com certa segurança. Assim, podemos dizer que o alcoolista se constrói, além de várias outras referências, em torno de seu próprio alcoolismo.

Para Berger e Luckmann (1985), a identidade pode ser entendida como uma intersecção entre a identificação atribuída pelos outros e a auto-identificação apropriada pelo próprio indivíduo, visto que se mantém em curso uma simultaneidade entre a exteriorização do ser na sociedade, a objetivação de uma realidade social e a interiorização dessa realidade pelo indivíduo.

Uma vez em constante processo de construção, qualquer característica da identidade necessita antes estar objetivada e socialmente compartilhada, para depois passar a fazer parte da realidade subjetiva do indivíduo (Ciampa, 1990). Isso significa dizer que um indivíduo não conseguirá mudar a visão de si, se, ao mesmo tempo, os membros de seu grupo social também não o fizerem, legitimando essa nova visão.

A conservação ou transformação da identidade está na dependência das relações sociais objetivas das quais o indivíduo participa. Esse processo se dá principalmente nas conversações, que assumem o papel de principal mediador na mútua construção tanto das subjetividades pessoais quanto da realidade social. Assim, as representações construídas pelo indivíduo acerca de si mesmo serão interiorizadas como integrantes de sua identidade se ultrapassarem os meca-

nismos das relações sociais objetivas (Berger e Luckmann, 1985).

Nesse ponto, é importante ressaltar como entendemos o processo de interiorização proposto por esses autores, o que foi discutido em maior profundidade no artigo de Mattos, Castanho e Ferreira (2003). A interiorização, aqui, não é entendida como um processo que se dá por meio de uma coerção social, como uma imposição do outro, determinando que conteúdos veiculados socialmente sejam necessariamente interiorizados pelo indivíduo. Para Oliveira (1993, p.38), a internalização de representações fornecidas pela cultura não é “um processo de absorção passiva, mas de transformação, de síntese”. Assim, as representações interiorizadas pelo indivíduo possuem um significado compartilhado socialmente por pessoas pertencentes a uma mesma cultura; porém, ao se tornarem um processo intrapsíquico, essas representações sofrem uma síntese que se articula com o “sentido” pessoal que o indivíduo atribui àqueles conteúdos socialmente veiculados. Dessa forma, o processo de interiorização é “permeado por uma ressignificação individual que metamorfoseia o conteúdo compartilhado, adquirindo um sentido intrapsíquico singular” (Mattos et al., 2003, p.126).

Assim, a reconstrução de uma identidade já estabelecida - no nosso caso de uma identidade de alcoolista, para uma identidade estabelecida de abstinência - necessita um compartilhamento e legitimação social dessa nova atribuição; ou seja, a concepção que o indivíduo possui de quem realmente acredita ser somente poderá mudar se, de alguma forma, for confirmada pelos outros. As pessoas significativas para o indivíduo, conforme Berger e Luckmann (1985), é que darão condições de plausibilidade para essa nova identidade.

Podemos, então, dizer que o alcoolista - assim como qualquer pessoa - se constrói e se organiza em seu mundo por meio da relação que estabelece com as pessoas significativas do grupo social do qual faz parte. De um lado, ele constrói sua maneira de existir como alcoolista a partir de representações pertencentes à estrutura social na qual se insere (e não podemos nos esquecer que se trata de uma sociedade em que o álcool, considerado uma droga lícita, é valorizado por meio da

mídia e dos costumes) e, de outro, age sobre a mesma sociedade de forma contínua e dinâmica a partir de sua identidade de alcoólico, numa relação de mútua construção.

Nesse aspecto, a visão pejorativa de si mesmo, construída e internalizada em relações sociais estigmatizadoras, pode levar o alcoolista a manter sua condição de dependente químico, determinando, em muitos casos, a não adesão ao tratamento e sucessivas recaídas.

Assim, um alcoolista poderá ser encarado, dependendo de seu meio social, como um doente ou como um indivíduo com desvio de caráter, concepções muito comuns em nossa sociedade. Seja de qual maneira for, o estigma estará presente. Nesse contexto, por um lado, será visto pelos outros a partir desse atributo pejorativo socialmente compartilhado e, por outro lado, o indivíduo alimentará esse atributo à medida que reproduz os comportamentos a ele associados. Dessa forma, dificilmente terá como reconstruir essa identidade atribuída e por ele reproduzida.

A utilização do termo estigma nos remete à obra de Goffman (1963). Nessa visão, o indivíduo passa a ser apreendido principalmente a partir da personagem de alcoolista. Como entendemos, baseados em Ciampa (1990), que a identidade concretamente se expressa por meio de uma articulação de vários personagens, é importante especificar que os outros personagens que o indivíduo poderia expressar acabam ficando solapados por uma apreensão superdirecionada ao personagem de alcoolista. Assim, pode haver então uma identificação muito intensa do indivíduo com as tipificações que lhes são socialmente atribuídas e as quais ele reproduz. Ele se vê como “não sendo nada senão esse tipo” (Berger & Luckmann, 1985, p.125). Em suma, ele será visto pelos outros a partir do atributo pejorativo, além de os outros atributos pelos quais poderia ser reconhecido serem minimizados pela supremacia da apreensão dele como um “tipo alcoolista”. Além disso, o próprio indivíduo tenderá a reproduzir o “tipo alcoolista” por ele interiorizado, alimentando o estigma que lhe é atribuído pelos outros significativos, num processo constante de retroalimentação. Trata-se, portanto, de um verdadeiro processo de co-dependência em torno do alcoolismo, entre o indivíduo drogadito e as pessoas mais próximas, como parentes e amigos.

Assim, o indivíduo, involuntariamente, tende a interiorizar, dando um significado próprio, aquilo que lhe é atribuído e se submete a um processo de reposição, uma reatualização de uma identidade pressuposta socialmente. Isso criará dificuldades imensas para possíveis transformações, permanecendo preso a uma 'mesmice imposta' (Ciampa, 1990), reproduzindo sua identidade de alcoolista. Ao buscar reverter sua condição, não bastará, em abstinência, reconhecer sua 'nova' identidade, que, se não for socialmente aceita e reconhecida pelo seu meio, parecerá fictícia e falsa até para ele mesmo. Essa identidade reconstruída necessitará da legitimação social para que seja por ele considerada verdadeira e interiorizada.

Os processos descritos até aqui nos sugerem que a mudança de uma posição de alcoolista para uma situação de abstinência seja um processo semelhante à conversão religiosa, em que há transformações drásticas de identidade. É um processo que requer uma nova ressocialização do indivíduo e muito difícil de se dar. Berger e Luckmann (1985) denominam esse tipo de mudança de alternância. Trata-se de um processo semelhante à socialização primária, que ocorre na primeira infância, por meio da qual a criança aprende a ser um membro do grupo social ao qual pertence. Nesse processo, a criança interioriza a realidade social, com suas regras e significados, passa a compreender o mundo em que vive e esse mundo passa a ser o seu próprio mundo.

Para Berger e Luckmann (1985), no processo de alternância, deve ser reproduzida em grau considerável a "identificação fortemente afetiva com o pessoal socializante" (p. 208). Assim, nesse processo, o indivíduo tem que enfrentar o problema de dismantelar a precedente estrutura de seu mundo simbólico, por meio do qual dava sentido a si e a seu mundo. Para os autores, a condição mais importante para que isso ocorra é a possibilidade do indivíduo dispor de uma base social que lhe sirva de 'laboratório' para sua transformação. Essa base social, de pessoas significativas com as quais deve estabelecer forte identificação afetiva, é que lhe poderá oferecer uma estrutura de plausibilidade para uma transformação efetiva.

Acreditamos que um dos principais fatores que levam um alcoolista à recaída pós-tratamento seja a dificuldade de re-construção de sua identidade, pois

encontra-se desamparado, em um lugar social que lhe é imputado nas relações sociais, em que lhe são atribuídos apenas padrões que o consideram doente, incapaz, improdutivo, não confiável, sem caráter, e tantos outros adjetivos pejorativos. E as recaídas intermitentes acabam "confirmando" esses padrões a ele atribuídos. Tais circunstâncias podem impedir o processo de alternância. A história de José poderá nos dar elementos para compreendermos esses processos e algumas condições que dificultaram sua recuperação.

Método

Esse trabalho utilizou como técnica de pesquisa a história de vida, que pode ser entendida, de um modo geral, como o levantamento da narrativa de uma experiência biográfica, informada pelo próprio autor, e que visa compreender suas relações sociais, sua visão de mundo e como interpreta sua situação de vida (Becker, 1999). Consideramos que, nas pesquisas sobre identidade, a história de vida é uma técnica adequada, pois permite identificar a relação dialética entre o indivíduo e seu grupo social (Laville & Dionne, 1999; Queiroz, 1991).

Foi feito um estudo de caso com um profissional liberal com curso superior, aqui chamado de José, paciente alcoolista com mais de 15 internações, que se encontrava em tratamento ambulatorial para dependência alcoólica em uma unidade de atendimento e pesquisa de uma universidade pública da cidade de São Paulo.

Um dos autores deste trabalho, estagiário em um programa de prevenção ao consumo de álcool e outras drogas em escolas do ensino fundamental, após contatos pessoais com o grupo de pacientes da unidade de atendimento onde trabalha, escolheu José para participar como depoente do estudo, pela facilidade com que expressava suas idéias e pelo grande número de recaídas que já havia vivenciado. A descrição de sua história foi levantada por uma entrevista semi-estruturada e flexível quanto à ordem dos temas abordados, realizada na casa do participante. Teve a duração aproximada de duas horas e foi gravada em áudio. Os temas abordados faziam parte de um roteiro prévio, cujo teor o participante desconhecia. Para a análise dos conteúdos da entrevista, foi feita sua transcrição textual.

Destaca-se que todas as etapas do trabalho seguiram irrestritamente as diretrizes éticas para pesquisas com seres humanos, conforme a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e ratificada na resolução 016/2000 do Conselho Federal de Psicologia. Tanto o participante quanto o coordenador da unidade ambulatorial à qual José estava associado assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Para a análise dos resultados, mais do que um levantamento exaustivo de agentes favorecedores do alcoolismo e suas conseqüências, procuramos compreender como um indivíduo, inserido em um contexto social específico, informado e ciente de seus problemas passados, presentes e futuros, ainda assim retorne a um comportamento aditivo. Para isso, um caminho que julgamos importante foi o de compreender como um indivíduo se constrói. No nosso caso específico, como um alcoolista, em seu contexto social, constrói sua maneira de ser. Buscamos essa compreensão a partir de uma articulação dos conteúdos transcritos da entrevista principalmente com a categoria identidade e com as concepções de Berger e Luckmann (1985), sobre a construção social da realidade.

Considerações sobre a história de José

O colaborador da pesquisa que originou este artigo (Campos, 2003) foi denominado apenas por José: ora um "José" único em sua individualidade, ora um "Zé" semelhante a tantos outros. Uma história que ao mesmo tempo em que é única torna-se comum. Singular, sem deixar de ser plural.

Desde a infância de José, a permissão para o consumo de álcool era evidente. Havia um padrão familiar legitimado de consumo de álcool em toda sua socialização primária - fato que ele refere com muita ênfase - e rapidamente interiorizado por ele:

Família de gente [origem estrangeira], aqueles enormes aperitivos, almoços... E todo mundo come, bebe... E entrei meio que no costume... participando disso e então já tomava cerveja, já 'tava' participando do aperitivo e tal.

Ao ter como modelo os comportamentos de seus pais e de outros familiares nos rituais do aperitivo de domingo, José passou a considerar o consumo de álcool como uma forma de identificar-se com seu mundo familiar. Berger e Luckmann (1985) afirmam que

durante o processo de socialização primária a criança interioriza os papéis e as atitudes das pessoas significativas e os tornam seus. No mesmo processo, assume o mundo deles, não como somente uma das possibilidades de mundo; interioriza "como sendo o mundo, o único mundo existente e concebível" (p.180). Assim, para José, uma maneira de ter um sentido de pertencimento era participar dos aperitivos da família.

É importante ressaltar as relações intersubjetivas entre os atores sociais nas situações concretas em que essas relações se dão e o papel ativo do indivíduo na interiorização de aspectos da realidade social. Apesar de limitado, o mundo das pessoas significativas de José provavelmente apresentava uma multiplicidade de modelos e costumes. Ele poderia ter escolhido a comida ou outras características para se sentir incluído. No caso de José, o modelo de identificação escolhido por ele, ao desenvolver um sentido de pertencimento familiar, foi o de "participar dos aperitivos", dentre outros hábitos de sua família. Como ele mesmo diz: "entrei meio que no costume". É possível que essa escolha tenha se dado como uma estratégia para se relacionar socialmente, pois, como ele diz: "eu era um cara extremamente tímido. Eu descobri no álcool uma libertação".

Por volta de seus 14 ou 15 anos, José passou a beber não só na família como também com seus amigos. Isso se deu numa idade em que muitos jovens passam a consumir álcool, como apontam Micheli e Formigoni (2001). Nessa fase, os adolescentes formam sua nova estrutura psicológica modificando e atualizando as várias identificações originárias dos modelos parentais presentes em suas vidas (Moraes & Figlie, 2004). Como seu modelo pregresso já incluía o consumo de álcool, modificar seu hábito de beber em família para beber com os amigos foi um desdobramento fácil.

A relação de José com o álcool se agravou quando concluiu o ensino médio e passou a freqüentar um curso preparatório para o vestibular, por dois fatores que ele considera fundamentais: primeiro, por não ter sido aprovado no vestibular na primeira tentativa, o que, além de provocar grande decepção, contradizia tudo o que os outros - e conseqüentemente ele próprio - esperavam dele; depois, por se deparar com toda a liberdade (conforme suas palavras) propiciada pelo "cursinho" que freqüentou.

Quanto ao primeiro fator, José tinha como certo ser “*intelectualmente superior*” e que passar no vestibular seria fácil. Como pondera Ciampa (1990, p.131), nós “interiorizamos aquilo que os outros nos atribuem de tal forma que se torna algo nosso”. José absorveu atributos de sucesso ressaltados pela família e amigos, o que favoreceu uma exigência muito grande em relação a si mesmo:

... era uma coisa que eu já tinha me acostumado, porque as pessoas, quando se referiam a mim, falavam assim:... porque o José, o José é um cara inteligente... Então, parece que eu vinha ouvindo aquilo... eu falei assim: 'é a minha sina, e eu quero isso'... Eu prestei vestibular prá... eu 'tava' superestimando minha capacidade.... Eu 'tava' achando que eu era o melhor aluno.

Uma vez posta em dúvida uma identidade construída com aspectos atribuídos socialmente, o indivíduo passa a questionar seu auto-reconhecimento como se ele próprio estivesse enganado sobre si mesmo (Ciampa, 1990). No caso de José, o personagem do ‘Zé-intelectualmente-superior’, com o qual se identificara durante toda a adolescência, passou a ser questionado. Ao mesmo tempo, o segundo fator - as vivências propiciadas pelo “cursinho” - agravou sua relação com o álcool. Habitado às situações que lhe eram corriqueiras e seguras, passou por um novo processo de socialização em que se deparou com situações inusitadas que, apesar de lhe proporcionarem uma sensação de autonomia, ao mesmo tempo lhe causavam estranhamento. Ele se considerava tímido e viu-se exigido a se relacionar com muitas pessoas, situações com as quais sentia muita dificuldade de lidar, buscando no álcool uma estratégia para enfrentá-las:

Quando eu entrei no 'cursinho', descobri um universo totalmente diferente, descobri que a vida existe. Toda aquela liberdade de entrar ou não entrar na sala, de conhecer um monte de gente e tudo... eu adorei aquilo; só que eu não 'tava' preparado prá aquilo; eu não sabia ter aquele convívio social, aquela coisa que era comum a todo mundo. Esaiá à noite direto e tal... então eu descobri no álcool ... bastava beber uma ou duas eu já ... me encaixava na situação.

O “Zé-seguro” foi perturbado pela necessidade de se “encaixar” em um lugar que não era o seu: antes um ambiente escolar que lhe era familiar, agora um lugar que não conhecia, mas extremamente atraente. Para enfrentá-lo, o “Zé-tímido” renasceu como o “Zé-al-

coolizado”, que precisava apenas beber uma ou duas doses para se sentir instalado nesse novo universo. Conforme seu relato, ao término das aulas preparatórias para o vestibular, iniciava um consumo de cervejas que se estendia durante toda a tarde, em companhia dos colegas de aulas.

Após um ano de cursinho e a aprovação no vestibular, José passou a frequentar a universidade. Novas exigências, novas dificuldades. Passou a beber muitas doses diariamente e em vários momentos do dia: logo pela manhã já ingeria duas ou três doses de “*pinga com limão*”; no intervalo das aulas, mais uma ou duas doses e ao final do período tomava cerveja junto a uma “*bebida quente*”. À noite - e todas as noites - a preferência recaía sobre os destilados (uísque, vodka, conhaque, etc.).

Como a identidade é a articulação de vários personagens (Ciampa, 1990), nessa fase de sua vida, conviviam os personagens ‘Zé-alcoolizado’, e ainda vestígios do ‘Zé-intelectualmente-superior’, que se constituíam um em relação ao outro, formando o ‘Zé-universitário-confiante’. A partir desse ponto, a confiança dá lugar ao desespero e à frustração. Como ponderam Berger e Luckmann (1985), “são necessários graves choques no curso da vida para desintegrar a maciça realidade interiorizada na primeira infância” (p. 190). Desta feita - e pela primeira vez em seu relato - José abandona uma identidade pressuposta socialmente que vinha sendo constantemente repostada, para finalmente possibilitar-se ser aquilo que se certificara ser: um ‘Zé-alcoolista-dependente-químico’ que precisava de ajuda.

A dependência química, uma vez constatada, necessita ser assumida, para que se possa combatê-la. Como nos conta José:

Eu demorei pelo menos uns... oito anos por aí, prá olhar prá mim e um dia, sentar na minha cama, começar a pensar no termo alcoólatra, alcoólatra, alcoólatra... e quebrar aquela resistência. E comecei a chorar e falei: não! Eu sou, não adianta, não tem como fugir.

Esconder o problema, embora seja a busca de solução mais corriqueira, não traz nenhum benefício e, embora constrangedor, o assunto precisa ser abordado. Porém, a demora da família e dos amigos de José em aceitarem sua condição de alcoolista foi um dos fatores que possivelmente retardaram sua motivação para enfrentar o problema.

Meus amigos... desde que eles descobriram que eu era dependente químico... tiveram dificuldade em aceitar isso, que eu era alcoolista. É... todo mundo demora, a gente demora um pouquinho, a família demora um pouco mais, os amigos também. Então, numa determinada época eu cheguei prá eles e contei: não, eu sou alcoólatra e eles falaram assim: não, você deve estar exagerando!

Por nos construirmos no contexto social, a demora em aceitar a dependência química, por parte do grupo social, aponta para uma negação do problema que, conseqüentemente, poderá ocorrer também com o próprio dependente. Uma vez que a estrutura de plausibilidade não reconhece - ou minimiza - a condição de alcoolista apontada por José, então nada precisa ser feito, pois o problema não existe.

Outros fatores que dificultaram a mudança do comportamento aditivo de José foram sua constante presença em festas e o padrão de conduta social das pessoas de seu grupo profissional.

Todo mundo dessa área bebe bastante... todas as festas são regadas a álcool. Depois de anos e anos convivendo com a bebida, teu comportamento tá baseado em algumas doses de álcool. Quando você pára, você se sente meio estranho nos lugares, você não tem aquela facilidade de contato pessoal, de socialização, de se libertar numa festa. No meu caso não é só uma coisa que eu quero, mas é uma exigência da minha profissão. Porque se eu ficar quietinho no meu canto, eu não vou conseguir trabalhar e nem nada disso.

Nesse grupo, José se via compelido a repor o personagem "Zé-alcoolizado" para não ser tomado por uma sensação de estranhamento; como define Ciampa (1990), uma "mesmice imposta" a que foi levado, a repetir-se como uma réplica de si mesmo. Durante muito tempo José reproduziu esse personagem, em função da dificuldade - mesmo que momentânea - de aceitação do personagem "Zé-alcoolista-dependente-químico".

Algum tempo depois, as constantes intoxicações, internações e recaídas vivenciadas por José fizeram com que sua situação de dependente químico não fosse mais negada. Estava preparado o terreno para que buscasse a abstinência alcoólica: já aceitara sua situação de alcoolista e a família e os amigos já tinham a real dimensão de seu problema com o álcool.

O que faltava então para que José modificasse seu comportamento aditivo e definitivamente superasse

o "Zé-drogadito"? Esse personagem, que desta feita já se encontrava cristalizado, só poderia ser modificado por meio das relações sociais. Qualquer transformação na identidade necessita de legitimação pelos grupos sociais dos quais o sujeito participa. Embora José já apresentasse sinais de tentativa de mudança de comportamento, o personagem "Zé-em-recuperação" ainda não estava completamente interiorizado e legitimado pelas pessoas próximas.

José mantinha e reproduzia sua identidade, mesmo com sua intenção de modificá-la, devido ao poder que o personagem "Zé-drogadito" exercia sobre ele, pois a realidade de drogadito já estava interiorizada e persistente, tanto em si, quanto em seu grupo social. O valor afirmado por sua família e amigos, nessa fase, continuava sendo seu comportamento aditivo e não sua luta para modificá-lo:

Minha família, sempre quando eu volto de uma recaída, as primeiras semanas, os primeiros meses... é uma preocupação no sentido de que eu não recaia, de que eu não tenha contato com álcool, que eu tome a medicação corretamente e tal... De ficar alerta 'pro' meu comportamento Então, vira e mexe, eu 'tô' em abstinência total, mas um dia que eu 'tô' cansado, 'tô' mal humorado, não 'tô' com muita vontade de falar... basta eu mudar meu tom de voz, me mostrar cansado, chateado que já: 'Tá tudo bem com você?' - 'Tá tudo bem com você?'; quer dizer: você voltou a beber?

Como já apontado, o relato de José explicita como o problema de alcoolismo de um membro da família pode provocar co-dependência nas pessoas mais próximas. Essa incessante suspeita por parte dos outros significativos, embora compreensível, alimentava a dependência alcoólica e escancarava a falta de confiança na recuperação de José. Isto nos parece claro, pois todos de seu grupo familiar e de seu grupo de amigos participavam dessa co-dependência. A família e amigos criavam uma situação em que José se sentia tolhido, em função do constante estado de alerta e suspeitas quanto ao seu comportamento em relação à bebida. Isso criava, na sua visão, condições favoráveis, mesmo que involuntárias, para o retorno ao álcool, enquanto um gesto que o fazia sentir-se mais autônomo em relação à expectativa desses outros. Nas suas palavras, uma "manifestação de independência, de liberdade". A atitude dos familiares e amigos, que pretendia ser de proteção, era interpretada por José como interferência negativa em sua vida, mesmo sendo outra a intenção deles.

Assim, a família e o próprio José criavam uma situação em que ele se sentia limitado em sua liberdade. Esse sentimento o levava a beber, como um ato de auto-afirmação. A família, por medo, procurava exercer algum controle para que a recaída não ocorresse. Por sua vez, isso fazia José se sentir mais limitado, o que acabava por favorecer a recaída. Criava-se, assim, um círculo vicioso e a manutenção da co-dependência. Porém, José tendia a responsabilizar a família, como mostra seu relato:

O voltar a beber, às vezes, pode se dar por uma reação contrária. Não que alguém sugira, que alguém incentive, mas o voltar a beber é uma manifestação de independência, de liberdade. 'Tá' todo mundo à minha volta não querendo que eu beba, 'tá' todo mundo tomando conta de mim. Mas a vida é minha, eu faço o que quero e eu vou beber. Nas minhas recaídas eu já tomei essa atitude, entendeu? Como que eu querendo dizer: 'olha, família, vocês me querem muito bem; amigos, vocês gostam muito de mim, mas eu faço o que eu quero com a minha vida e então eu vou voltar a beber.' Então, de uma certa forma, eles até participaram indiretamente dessa decisão.

A realidade tende a se conservar, na maior parte das vezes, por meio de aspectos implícitos da conversação (Berger & Luckmann, 1985). Esses conteúdos apreendidos por José nas conversas com as pessoas de sua convivência alimentavam o personagem "Zé-drogadito", não favorecendo que ele se modificasse para sua atual situação concreta, a de que estava em recuperação. Como essa nova realidade não era legitimada por seu meio social - e para conservar a confiança de que era na verdade a pessoa que pensava ser - José passou a considerar necessário afastar-se dessa estrutura de relações.

Essa ruptura se faz necessária quando a auto-identificação do indivíduo não é confirmada pelos outros significativos, como forma de romper com a estrutura de plausibilidade que ameaça sua realidade subjetiva (Berger & Luckmann, 1985). Para José, o meio em que convivía não lhe possibilitava confirmar sua identidade de alcoolista em recuperação, pois os outros significativos já haviam cristalizado, apenas, a realidade de sua drogadição. A maneira que ele encontrou para não mais permitir que uma mesmice danosa continuasse a lhe ser imposta foi distanciar-se das pessoas de seu meio.

Isso ocasionou, inclusive, a meu ver benéfico prá mim hoje, uma mudança de comportamento em relação à minha família. Eu estabeleci a distância que eu tenho que ter da minha família... Até que num determinado momento, depois de muita terapia e tudo, eu descobri que existe uma distância entre eu e meus pais, entre eu e meus amigos... E eu estabeleci, eu comuniquei a eles essa distância. Não vou permitir que invadam mais a minha privacidade ou da maneira que eles quiserem e com a frequência que eles quiserem. Chegar o momento e falar assim: 'é... eu quero ajuda das pessoas, eu me sinto bem com a ajuda das pessoas, mas eu tenho que tomar a minha vida nas minhas mãos... tomar conta da tua vida ... estabelecer a distância, direitinho'.

Atualmente, José não mais se conforma com a identidade que lhe é atribuída pelo seu grupo sociofamiliar e sente que uma forma de evitá-la é tomar sob sua responsabilidade a autonomia de que carece, relacionando-se com outros significativos que lhe dêem a estrutura de plausibilidade necessária para que o personagem "Zé-em-recuperação" possa ser legitimado:

Eu já fiz alguns trabalhos, já sei que são trabalhos bons. Já tive, inclusive um retorno disso... em termos de crítica, em termos do gosto das pessoas. Eu dou aula, sou professor ... eu acho que eu sou um professor bem conceituado... meus alunos têm muita confiança em mim, têm muita credibilidade no que eu falo, no que eu faço... a diretoria tem confiança. Então eu não preciso mais me provar daquela maneira. E não posso imaginar que a única maneira de ter sucesso é sendo o máximo dos máximos.

Parece que novos contextos sociais facilitaram para que surgisse o novo personagem "Zé-bem-sucedido", que vê seu trabalho sendo finalmente reconhecido: os colegas e os profissionais da unidade onde faz o tratamento para alcoolismo; a psicoterapia; a diretoria da instituição onde leciona e seu grupo de alunos - sendo que esses últimos não conheceram o "Zé-alcoolista".

José contenta-se com isso, sem necessariamente precisar ser "o melhor entre os melhores". Uma nova estrutura de plausibilidade surgiu, fazendo com que, finalmente, pudessem ser interiorizados atributos de respeito, confiança, credibilidade e competência.

Considerações Finais

Na busca de compreensão da dinâmica identitária desse alcoolista, a partir de suas interações

sociais, evidenciaram-se as dificuldades que um dependente químico pode encontrar para modificar uma identidade pressuposta, principalmente por aspectos que lhe são socialmente atribuídos, ou pelo modo que esse os significa.

Dessa forma, esta investigação constatou, além da responsabilidade do próprio indivíduo, a importância do grupo social no retorno do comportamento aditivo, mesmo que de forma involuntária, dificultando o alcance de uma alteração desejada pelo alcoolista na direção de sua autonomia, induzindo-o à reprodução de sua mesmice.

José buscou, como uma saída para seus problemas decorrentes do alcoolismo, a ruptura com um contexto social particular, para que pudesse se identificar como alguém que buscava a abstinência alcoólica e não apenas como um dependente químico com constantes recaídas, como era socialmente esperado. Entretanto, apenas essa ruptura seria suficiente para que José se mantivesse abstinente? Acreditamos que não.

A necessidade de uma estrutura de plausibilidade para confirmar sua identidade reconstruída permanecia. Em nosso entendimento, a busca por outros significativos que pudessem legitimar sua "nova" identidade foi fundamental. A substituição dessa estrutura tornou-se imprescindível nesse processo. Dessa forma, José pôde ver outros de seus atributos serem realçados, que não apenas aqueles atrelados a sua condição de alcoolista.

Percebemos, então, a importância da legitimação social na recuperação do dependente químico: enquanto, inicialmente, um grupo social não conseguiu confirmar uma identidade "re-construída" - ou José não conseguiu reconhecer nesse grupo tal confirmação - em um segundo momento, outro grupo de convívio pôde legitimá-la, de tal forma que José também a reconhecesse como verdadeira, e não fictícia.

O caminho de José foi esse, poderia ter sido outro. Entretanto, sua trajetória nos aponta que, se um grupo social pode ser importante na indução do comportamento aditivo, então ele também poderia contribuir para a indução à sobriedade, o que sugere que não somente José precisava de ajuda, mas também sua família. Isso ressalta a importância de tratamentos voltados para a recuperação do alcoolista incluírem

também as pessoas que com ele são co-dependentes, principalmente os familiares.

Acreditamos que essa história não seja específica desse José, mas se trata de uma história comum a muitos outros "Zés". Assim, a compreensão da dinâmica identitária desse Zé certamente poderá servir a outras áreas do conhecimento voltadas para a dependência química, de tal forma que venham a favorecer a aquisição, pelos co-dependentes envolvidos, de habilidades necessárias para o enfrentamento de um problema crônico na recuperação do alcoolismo: a recaída.

Referências

- Almeida, O. P., Dractu, L., & Laranjeira, R. (1996). *Manual de psiquiatria*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Baltieri, D. A. (2004). *Tratamento farmacológico do alcoolismo*. São Paulo: Lemos.
- Beck, A., & Wright, F. D. (2001). *Cognitive therapy of substance abuse*. New York: Guilford Press.
- Becker, H. S. (1999). *Métodos de pesquisas em ciências sociais*. São Paulo: Hucitec.
- Berger, P., & Luckmann, T. (1985). *A construção social da realidade*. Petrópolis: Vozes.
- Campos, E. A. (2004). As representações sobre o alcoolismo em uma associação de ex-bebedores: os 'Alcoólicos Anônimos'. *Cadernos de Saúde Pública*, 20 (5), 1379-1387.
- Campos, G. M. (2003). *Você tem sede de quê? Um olhar psicossocial na identidade de um alcoolista*. Pesquisa de Iniciação Científica não-publicada, Universidade São Marcos, São Paulo.
- Carlini, E. A., Galduróz, J. C. F., Noto, A. R., & Nappo, S. A. (2002). *I Levantamento domiciliar sobre uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudo envolvendo as 107 maiores cidades do país - 2001*. São Paulo: Secretaria Nacional Antidrogas.
- Ciampa, A. C. (1977). *A identidade social e suas relações com a ideologia*. São Paulo. Dissertação de mestrado não-publicada, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.
- Ciampa, A. C. (1990). *A estória do Severino e a história da Severina*. São Paulo: Brasiliense, 1990.
- Ciampa, A. C. (1994). Identidade. In S. T. M. Lane & W. Codo (Orgs.), *Psicologia Social: o homem em movimento* (pp.58-75). São Paulo: Brasiliense.
- Dalla-Déa, H. R. F., Santos, É. N., Itakura, E., & Olic, T. B. (2004). A inserção do psicólogo no trabalho de prevenção ao abuso de álcool e outras drogas. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 24 (1), 108-115.
- Duvee, G. (1998). A construção da alteridade. In A. Arruda (Org.), *Representando a alteridade*. Petrópolis: Vozes.
- Edwards, G., & Dare, C. (1997). *Psicoterapia e tratamento das adições*. Porto Alegre: Artes Médicas.

- Edwards, G., Marshall, E. J., & Cook, C. C. H. (1999). *O tratamento do alcoolismo: um guia para profissionais da saúde*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul.
- Ferreira, R. F. (2000). *Afrodescendente: identidade em construção*. São Paulo: EDUC.
- Focchi, G. R. A., Leite, M. C., Laranjeira, R., & Andrade, A. G. (2001). *Dependência química: novos modelos de tratamento*. São Paulo: Lemos.
- Galduróz, J. C. F., & Caetano, R. (2004). Epidemiologia do uso de álcool no Brasil. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 26 (Supl. 1), 3-6.
- Galduróz, J. C., Noto, A. R., & Carlini, E. A. (1997). *IV levantamento sobre o uso de drogas entre estudantes de 1º e 2º Grau em 10 capitais brasileiras*. São Paulo: CEBRID.
- Galduróz, J. C., Noto, A. R., Nappo, S. A., & Carlini, E. A. (2000). *I Levantamento domiciliar nacional sobre uso de drogas psicotrópicas: Parte A - Estudo envolvendo as 24 maiores cidades do Estado de São Paulo - 1999*. São Paulo: Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas, Escola Paulista de Medicina.
- Goffman, E. (1963). *Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Hirata, E. S., Almeida, O. P., Funari, R. R., & Klein, E. L. (1997). Alcoholism in a geriatric outpatient clinic of São Paulo-Brazil. *Int Psychogeriatr*, 9 (1), 95-103.
- Jodelet, D. (2001). *As representações sociais*. Rio de Janeiro: Ed. UERJ.
- Laranjeira, R., Nicastrí, S., Jeronimo, C., & Marques, A. C. (2000). Consenso sobre a Síndrome de Abstinência do Álcool e o seu tratamento. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22 (2), 62-71.
- Laranjeira, R., & Pinsky, I. (2001). *O alcoolismo*. São Paulo: Contexto.
- Laville, C., & Dionne, J. (1999). *A construção do saber: manual de metodologia da pesquisa em Ciências Humanas*. Porto Alegre: Artmed.
- Marlatt, G. A. (1999). *Redução de danos: estratégias práticas para lidar com comportamentos de alto risco*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul.
- Marlatt, G. A., & Gordon, J. R. (Orgs.). (1993). *Prevenção de recaída: estratégias de manutenção no tratamento de comportamentos adictivos*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul.
- Mattos, R. M., Castanho, M. I. S., & Ferreira, R. F. (2003). Contribuição de Vygostsky ao conceito de identidade: uma leitura da autobiografia de Esmeralda. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 3 (1), 119-137.
- Micheli, D., & Formigoni, M. L. O. S. (2001). As razões para o primeiro uso de drogas e as circunstâncias familiares prevêem os padrões de uso futuro? *Jornal Brasileiro de Dependências Químicas*, 2 (1), 20-30.
- Miller W. R., & Rollnick, S. (2001). *Entrevista motivacional: preparando as pessoas para a mudança de comportamentos adictivos*. Porto Alegre: Artmed.
- Moraes, E., & Figlie, N. B. (2004). Abuso de álcool, tabaco e outras drogas na adolescência. In N. B. Figlie, S. Bordin & R. Laranjeira (Orgs.), *Aconselhamento em dependência química* (pp.321-338). São Paulo: Roca.
- Moscovici, S. (2003). *Representações sociais. Investigações em psicologia social*. Petrópolis: Vozes.
- Oliveira, M. K. (1993). *Vygotsky: aprendizado e desenvolvimento, um processo histórico*. São Paulo: Scipione.
- Pechansky, F., Szobot, C. M., & Scivoletto, S. (2004). Uso de álcool entre adolescentes: conceitos, características epidemiológicas e fatores etiopatogênicos. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 26 (Supl. 1), 14-17.
- Queiroz, M. I. P. (1991). *Variações sobre a técnica de gravador no registro da informação viva*. São Paulo: T.A. Queiroz.
- Ramos, S. P., & Bertotele, J. M. (1997). *O Alcoolismo hoje*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Rigotto, S. D., & Gomes, W. B. (2002). Contextos de abstinência e de recaída na recuperação da dependência química. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 18 (1), 95-106.
- Rodrigues, J. T., & Almeida, L. P. (2002) Liberdade e compulsão: uma análise da programação dos doze passos dos Alcoólicos Anônimos. *Psicologia em Estudo*, 7 (1), 113-120.
- Silveira Filho, D. X. (1995). *Drogas: uma compreensão psicodinâmica das farmacodependências*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Vaillant, G. (1999). *A história natural do alcoolismo revisitada*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Recebido em: 26/10/2005

Versão final reapresentada em: 31/3/2006

Aprovado em: 22/5/2006

Estressores e estratégias de *coping* em uma amostra de psicólogos clínicos

Clinical psychologists' stress sources and coping strategies

Cristiane Élis **SANZOVO**¹

Myrna Elisa Chagas **COELHO**²

Resumo

Submetido a contingências estressoras, o psicólogo clínico pode ter a qualidade do seu trabalho comprometida, acarretando conseqüências para clientes em tratamento. Este estudo teve como objetivos: avaliar níveis de *stress*, levantar estressores presentes no contexto de trabalho e estratégias de *coping* utilizadas. Participaram desta pesquisa 15 psicólogos. Aplicou-se o Inventário de Sintomas de Stress de Lipp e realizaram-se entrevistas semi-estruturadas. Os resultados indicaram que 12 participantes não apresentaram *stress*. Todos mencionaram estratégias de *coping*. O estressor mais assinalado foi "preocupação com clientes específicos"; as estratégias mais marcadas foram "tirar férias" e "praticar exercícios físicos". Concluiu-se que o uso de estratégias de *coping* pode relacionar-se ao fato de que muitos estressores foram percebidos no exercício da profissão, mas não têm desencadeado o processo de *stress* nesse grupo. Discutiu-se se o conhecimento e as habilidades adquiridas pelos psicólogos clínicos também poderiam colaborar para seu sucesso no enfrentamento dos estressores presentes em seu trabalho.

Unitermos: *coping*; *stress* ocupacional; estressores; psicólogos.

Abstract

Under stress contingencies, clinical psychologists might have their work quality compromised, what can bring consequences to clients in treatment as well. This paper objectified: to assess stress levels, to point out stress sources in the practical context, and list coping used. Fifteen psychologists participated of this research. The Lipp Stress Symptom Inventory was applied and semi-structured interviews took place. The results indicated that 12 participants didn't present stress. They all mentioned coping. The most quoted stress agent was the "concern with specific clients"; the most cited coping was to take vacation and to practice physical exercises. The research revealed that coping might be related to the fact that many stress agents were noticed during their practice, but these agents haven't unleashed the stress process in this group. It was discussed if the knowledge and the abilities acquired by the clinical psychologists could also contribute to their success facing stress agents.

Uniterms: *coping*; occupational stress; stress agents; psychologists.

Pode-se encontrar várias definições de *stress* na literatura, uma vez que existem diferentes teorias e modelos; embora entre eles não exista consenso, todos trouxeram importantes contribuições para o estudo desse tema.

Existe um modelo considerado clássico no que se refere ao *stress*: o modelo biológico de Selye (1956), que entende o *stress* como uma condição interna do organismo. Assim, diante de um evento ambiental que exija adaptação, o indivíduo emite uma resposta não



¹ Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, Laboratório de Psicologia e Saúde. Av. Brigadeiro Faria Lima, 5416, Vila São Pedro, 15090-000, São José do Rio Preto, SP, Brasil. Correspondência para/Correspondence to: C.E. SANZOVO. E-mail: <cris_sanzovo@yahoo.com.br>.

² Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências Biológicas, Curso de Psicologia. Londrina, PR, Brasil.

específica, uma vez que qualquer evento nessas condições pode ser responsável pela sua emissão. As respostas de adaptação, segundo esse autor, se dão a partir de fases, cujo processo se denomina Síndrome de Adaptação Geral (SAG). Lipp (2003) apresenta tais fases em um modelo denominado de quadrifásico, o qual é composto de quatro fases: alerta, resistência, exaustão e quase-exaustão.

Seeger (2001) traz uma definição de *stress* em termos de adaptação, ou seja, como ... uma resposta não específica do organismo a qualquer mudança ambiental. O organismo tenta adaptar-se, elaborar um comportamento na presença de uma situação, face à qual seus padrões habituais de referência encontram-se superados, de modo que o seu repertório pessoal de respostas comportamentais se revela insuficiente (p.214).

Para a Análise do Comportamento, o processo de *stress* pode ser entendido como uma mudança na relação do sujeito com o ambiente devido a alterações ambientais aversivas, o que implicará na necessidade de um novo repertório. Se o indivíduo, diante de uma alteração ambiental aversiva, não apresentar respostas comportamentais adaptativas, pode-se considerar que essa ausência de resposta se constituirá como um problema (Banaco, 2005).

Sendo assim, entende-se que o processo de *stress* será desencadeado e desenvolvido de maneira diferente para cada indivíduo, uma vez que a análise de cada evento como aversivo ou não dependerá de como cada pessoa aprendeu a percebê-lo. Isso quer dizer que o processo de *stress* está intimamente relacionado à história de vida do indivíduo, considerando que os pensamentos, sentimentos, regras e auto-regras são aprendidos no decorrer de sua vida.

Assim acredita-se que as pessoas aprendem a analisar certos eventos como ameaçadores ou não. Por exemplo, um indivíduo que viveu mais situações de controlabilidade aprenderá que é possível ter controle sobre alguns eventos do ambiente, enquanto um outro indivíduo que viveu mais freqüentemente situações de incontrolabilidade pode desenvolver uma regra de que não poderá exercer controle sobre nenhum evento em sua vida, mesmo que isso não seja verdadeiro. Se a pessoa que teve a história de controlabilidade se deparar com um evento inicialmente avaliado como incontrolável, a tendência será que, mesmo assim, tentará se

comportar de alguma forma que possibilite modificá-lo (Torres & Coelho, 2004).

Esse indivíduo, portanto, possui maior probabilidade de apresentar respostas comportamentais adaptativas diante de uma mudança ambiental do que o segundo indivíduo que não desenvolveu em seu repertório esse tipo de resposta. Considera-se que essa análise seja fundamental para a compreensão do desenvolvimento do processo de *stress* a partir de sua definição apresentada aqui em termos de adaptação.

Fontes de *stress* e estressores

Estando o *stress* relacionado a alterações ambientais aversivas perante as quais o indivíduo precisa apresentar respostas de adaptação, eventos que demandem algum tipo de adaptação por parte do indivíduo podem ser considerados estressores. Para Santos (1995), um único estressor não poderá levar o indivíduo ao *stress*, mas sim a combinação e o acúmulo de vários agentes. Zakir (2001) aponta que, quanto maior forem a intensidade, a freqüência e o tempo de duração dos estressores, maior a probabilidade de se desenvolverem reações de *stress*.

As fontes de *stress* podem ser classificadas em externas e internas. Fontes externas englobam eventos que não dependem diretamente do controle do indivíduo, isto é, mudanças inesperadas, problemas do cotidiano, acidentes ou doenças, por exemplo. Já as fontes internas estão diretamente relacionadas à pessoa e aos comportamentos privados, podendo constituir-se do padrão comportamental apresentado, nível de assertividade, vulnerabilidade, entre outros (Lipp, 1996; Lipp & Malagris, 1998).

Para Santos (1995), os estressores são absolutos, ou seja, o evento acontece; no entanto a maneira como o indivíduo reagirá a esse evento é relativa, isto é, cada pessoa pode reagir de maneira diferente a um mesmo evento estressor. Nesse sentido, deve-se entender que cada indivíduo possui um nível de tolerância à situação estressante diferente dos demais.

Para o analista do comportamento, as variáveis envolvidas no desenvolvimento e manutenção de transtornos desadaptativos se encontram no ambiente imediato e na história ambiental do indivíduo. Portanto,

os eventos estressores são analisados de acordo com essa história e com as contingências presentes na vida da pessoa. "A sensibilidade às contingências geradoras de *stress* diferencia-se de acordo com a condição genética do indivíduo e, principalmente, de sua história ambiental" (Coelho, 1998, p.11).

Assim estímulos positivamente reforçadores podem funcionar como agentes estressores tanto quanto os estímulos punitivos. Diferentes esquemas de reforçamento podem surtir efeitos estressores seja por retirada de reforçamento (extinção), por baixa densidade de gratificação (reforçamento social), entre outros (Zakir, 2001).

Coping

Segundo o modelo psicológico de Lazarus e Folkman (1984), o *coping* pode ser definido como um conjunto de esforços tanto cognitivos quanto comportamentais que os indivíduos empregam para lidar com as exigências específicas provenientes de uma situação de *stress*, exigências essas consideradas como sobrecarregadoras de seus recursos pessoais.

Esse processo pode ser entendido, então, como um conjunto de respostas comportamentais que o indivíduo, diante de uma situação de *stress*, emite para modificar o ambiente na tentativa de adaptar-se da melhor forma possível ao evento estressor, reduzindo ou minimizando seu caráter aversivo. Tais estratégias são aprendidas e mantidas ou não no decorrer da vida de cada indivíduo, dependendo dos esquemas de reforçamento a que cada um foi submetido durante sua história.

As estratégias de *coping* podem ser divididas em dois grupos distintos de acordo com sua função: *coping* focalizado na emoção e *coping* focalizado no problema (Folkman & Lazarus, 1980). O primeiro grupo engloba estratégias cujo objetivo seja lidar com a resposta emocional desencadeada pelo evento estressor. Exemplos desse tipo de estratégia seriam fazer uma caminhada, utilizar técnicas de relaxamento, entre outros. Já as estratégias focalizadas no problema são comportamentos que promovam mudanças diretamente na situação geradora de *stress* com o objetivo de modificar de alguma forma o evento que está exigindo adaptação do indivíduo.

Estratégias de enfrentamento de estressores externos poderiam ser, por exemplo, fazer uso de habilidades de solução de problemas e planejamento (Seidl, Troccoli & Zannon, 2001); desenvolvimento de repertório apropriado para obtenção de fontes de reforçamento social, como autocontrole e assertividade (Coelho, 1998); e ainda busca de suporte social, religiosidade e lazer (Seidl et al., 2001).

A importância de se desenvolver repertório de habilidades de enfrentamento é justificada por Torres e Coelho (2004), pois ... se a forma pessoal de reagir diante de acontecimentos vitais são pilares para desenvolver maior ou menor resposta ao *stress*, a implementação de um repertório de habilidade de enfrentamento ... levaria à minimização da aversidade e à eliminação de respostas de fuga/esquiva, resultando num aumento da percepção de controle pessoal e maiores possibilidades de enfrentamentos bem-sucedidos (p.342).

As autoras afirmam que uma das habilidades de enfrentamento mais importantes a ser aprendida é o "enxergar e lidar com as contingências", pois isso possibilitará um repertório mais adaptado e o desenvolvimento de maior tolerância aos eventos incontroláveis e imprevisíveis, características comuns dos eventos estressores. Assim esse comportamento será reforçado por suas conseqüências positivas, permitindo que as respostas aos eventos estressores sejam mais adaptativas.

Stress ocupacional

O *stress* ocupacional tem sido uma área bastante pesquisada por psicólogos uma vez que freqüentemente o *stress* tem se desenvolvido em função do trabalho exercido pelo indivíduo.

Seegers e van Elderen (1996, p.213) definem o *stress* ocupacional como "... o resultante da percepção entre a discordância entre as exigências da tarefa e os recursos pessoais para cumprir ditas exigências". A definição em termos de adaptação descrita anteriormente aplica-se igualmente no que se refere ao *stress* ocupacional. A singularidade está no fato de que as mudanças ambientais e a conseqüente necessidade de novo repertório acontecem no contexto de trabalho.

Diferentes autores têm apontado alguns estressores externos especificamente relacionados ao

contexto de trabalho. Lazarus e Lazarus (1994) indicaram a sobrecarga de trabalho e a incerteza em relação ao futuro, entre outros. Baccaro (1990) assinalou fatores como más relações interpessoais, baixa participação na execução das tarefas, progresso na carreira, entre outros.

Stella et al. (1999 citado por Baechtold, 2002) apontam os sintomas mais característicos do *stress* ocupacional, o que permite perceber o quanto essa condição é prejudicial ao indivíduo e à execução adequada do seu trabalho: diminuição da eficiência e produtividade, problemas de memória, insegurança na tomada de decisões, desatenção, diminuição da capacidade de observação, imprevisibilidade na velocidade de resposta - podendo levar ao aumento de erros - entre outros.

Abreu, Stoll, Ramos, Baumgardt e Kristensen (2002) destacam algumas das características do trabalho dos profissionais da saúde mental que poderiam ser responsáveis pela tendência de eles serem mais vulneráveis ao *stress* ocupacional, tais como: lidar por muito tempo com pessoas que possuem transtornos mentais; ser responsável pela vida desses pacientes; dificuldade no estabelecimento de limites na interação com os pacientes; atenção constante e não recíproca aos problemas dos pacientes.

Pode-se considerar que a profissão do psicólogo clínico esteja relacionada às características acima descritas uma vez que esse profissional trabalha diretamente com o sofrimento humano.

Covolán (1996) realizou uma pesquisa sobre o *stress* ocupacional em psicólogos clínicos e verificou que os agentes estressores mais citados foram os problemas econômico-financeiros e os sentimentos de impotência e fracasso. A preocupação com os clientes foi considerada a fonte mais estressante, incluindo tentativa de suicídio e falecimento de clientes que estavam em atendimento.

Outro estudo feito com psicólogos clínicos dos Estados Unidos e da Inglaterra demonstrou altos níveis de *stress* nessa população (Rabin, Feldman & Kaplan, 1999). Outras pesquisas levantaram possíveis fatores desencadeadores de *stress* em psicoterapeutas, como, por exemplo, manutenção da relação terapêutica, dúvidas profissionais, envolvimento excessivo no trabalho e esgotamento pessoal (Faber 1985), expectativas muito altas e falta de gratificação (Rabin et al., 1999).

Considerando que condições estressoras estejam presentes no contexto do psicólogo clínico, o trabalho terapêutico desenvolvido por ele poderá ser afetado, ou seja, é possível que o psicólogo, submetido a contingências estressoras, tenha a qualidade do seu trabalho comprometida e, em caso de apresentar um quadro de *stress*, possa acarretar conseqüências também para os clientes em tratamento.

A partir dessa problemática, este estudo teve por objetivo investigar possíveis fontes estressoras mais comumente encontradas no contexto de trabalho de um grupo de psicólogos clínicos, assim como investigar as estratégias de enfrentamento (*coping*) que têm sido utilizadas para lidar com as contingências estressoras.

Método

Participantes

Fizeram parte do estudo 15 psicólogos clínicos, na profissão há pelo menos cinco anos, sem especificação de abordagem, convidados aleatoriamente e provenientes da cidade de Londrina, PR.

Todos os participantes eram do sexo feminino e estavam na faixa etária entre 29 e 53 anos, enquanto o tempo de experiência na área variou de 5 a 20 anos, tendo a maioria (8 sujeitos) experiência de 11 a 15 anos de profissão.

Instrumentos

Foi utilizado o Inventário de Sintomas de Stress (ISSL), (Lipp, 2000), que avalia se o indivíduo possui sintomas de *stress*, se tais sintomas seriam físicos ou psicológicos e a fase em que ele se encontra, uma vez que se baseia no modelo quadrifásico do *stress* (fase de alerta, fase de resistência, fase de quase-exaustão e fase de exaustão). Trata-se de um inventário validado utilizado para o diagnóstico de *stress* em adultos e jovens acima dos 15 anos de idade.

É constituído por três quadros referentes às quatro fases do *stress*, de maneira que o quadro um avalia a fase de alerta, o quadro dois avalia ambas as fases de resistência e quase-exaustão, e o quadro três a fase de exaustão.

Os sintomas listados são aqueles considerados típicos de cada fase, sendo 37 de natureza física e 19 de psicológica, podendo se repetir nos três quadros, mas diferindo em intensidade e gravidade. O primeiro quadro apresenta 12 sintomas físicos e três psicológicos, em que o indivíduo deve assinalar os mais freqüentes experienciados nas últimas 24 horas. No segundo quadro (10 sintomas físicos e 5 psicológicos), devem ser assinalados os sintomas mais freqüentes sentidos na última semana. Por fim, no quadro três (12 sintomas físicos e 11 psicológicos), devem ser assinalados os sintomas mais freqüentes vividos no último mês.

Foi realizada entrevista semi-estruturada com os participantes, a partir de duas questões principais elaboradas para o fim deste estudo: (1) quais os possíveis agentes estressores que os participantes conseguiam identificar em seu dia-a-dia de trabalho e (2) quais eram as estratégias utilizadas para lidar com tais agentes.

A partir das entrevistas realizadas com os 15 participantes, elaborou-se um questionário fechado, contendo as duas questões citadas na subseção anterior, cujas alternativas foram elaboradas com base nas respostas obtidas nas entrevistas, ou seja, todos os agentes estressores e estratégias de *coping* levantados nas entrevistas foram listados no questionário fechado. Para isso, as entrevistas foram tabuladas a partir de uma redução fenomenológica das respostas que foram divididas nessas duas categorias: fontes estressoras e estratégias de *coping*.

Assim, a primeira questão pedia que fossem assinalados, dentre os itens relacionados, aqueles que o participante considerasse possíveis fontes de *stress* no seu trabalho como psicólogo clínico. Foram listados 27 itens, como, por exemplo: excesso de horas de trabalho, falta de intervalos durante o expediente, problemas de relacionamento entre sócios ou colegas de trabalho, problemas de horários com os pacientes ou clientes, entre outros.

A segunda questão solicitava que fossem assinaladas as estratégias utilizadas para lidar com os eventos estressores, a partir de uma lista com 35 alternativas que foram ordenadas de acordo com a classificação das estratégias de *coping* feita por Lipp (1984):

- *Categoria A*: aspectos fisiológicos (exercícios físicos, alimentação saudável, técnicas de relaxamento, entre outros);

- *Categoria B*: sistema de apoio (suporte social da família e de amigos, psicoterapia, religião);

- *Categoria C*: trabalho voluntário, recreação e hobbies;

- *Categoria D*: habilidades interpessoais e de controle (treinamentos e experiências de crescimento pessoal).

Uma quinta categoria, E, foi criada especialmente para abranger as estratégias específicas relacionadas à profissão de psicólogo clínico e que não poderiam ser agrupadas na classificação descrita por Lipp (1984). Como exemplos dessa categoria têm-se: concentrar-se apenas na sessão durante o atendimento; fazer supervisão dos casos, quando necessário; entre outros.

Procedimentos

O procedimento foi realizado em quatro etapas. Na primeira delas, foi feito o contato com os psicólogos clínicos escolhidos para explicar os objetivos da pesquisa e obter consentimento para participação, mediante o termo de consentimento. Tendo os psicólogos concordado com a participação, foram marcados horários específicos para aplicação do inventário e realização das entrevistas, ambos feitos no mesmo dia. A aplicação dos instrumentos foi realizada nos respectivos consultórios dos psicólogos convidados, na cidade de Londrina, PR.

A segunda etapa constou da correção dos inventários e transcrição das entrevistas. Para a correção, foram seguidos as instruções e os critérios indicados pelos autores no manual do inventário (Lipp, 2000).

A análise das entrevistas transcritas indicou uma quantidade de dados bastante numerosa e muito diversificada, de modo que se optou pela elaboração e aplicação de um questionário fechado com base nas repostas obtidas nas entrevistas. Assim, a partir do questionário, todos os participantes poderiam escolher entre todos os eventos estressores e todas as estratégias de *coping* levantadas nas entrevistas para assinalar aqueles considerados presentes em seu contexto de trabalho, assim como as estratégias utilizadas. Desse modo, os dados poderiam ficar mais completos.

Teve início, então, a terceira etapa do procedimento, a qual constou da aplicação dos questionários fechados a todos os participantes. A partir de mais essa fonte de dados, foi possível categorizar as respostas de acordo com o referencial teórico apresentado neste trabalho, ou seja, fontes estressoras internas ou externas e as categorias desenvolvidas por Lipp (1984) para as estratégias de *coping*, citadas na subseção anterior. A quarta etapa envolveu a análise dos resultados, através da qual foram realizados os cruzamentos possíveis entre as questões levantadas e os dados obtidos através dos instrumentos utilizados.

Resultados e Discussão

Os resultados obtidos indicaram um alto número de agentes estressores no exercício da profissão percebidos pelo grupo de psicólogos clínicos. A apresentação desses resultados foi dividida de acordo com uma das classificações dos agentes estressores apresentada no referencial teórico: estressores internos e externos.

Onze sujeitos apontaram como agente estressor interno a preocupação com clientes específicos como, por exemplo, nos casos em que há risco de suicídio, clientes/pacientes controladores e/ou manipuladores, casos considerados pelos sujeitos como muito complicados e que exigem grande habilidade por parte do terapeuta (Tabela 1).

Em segundo lugar, apontado por oito sujeitos, ficou o impacto emocional sofrido pelo psicólogo clínico em casos muito graves, como, por exemplo,

quando o paciente/cliente possui uma doença terminal ou foi vítima de abuso sexual, entre outros.

Ressalta-se que as fontes de *stress* não estão ordenadas no sentido de mais estressora para menos estressora. Esses dados indicam apenas que um determinado agente foi considerado estressor por um maior número de entrevistados, enquanto outros agentes foram considerados estressores por um menor número.

Sendo a análise de cada evento como aversivo ou não dependente da história de aprendizagem de cada indivíduo, assim como sua reação frente a tal evento, deve-se considerar que, além de possuírem histórias de vida diferentes, as pessoas estão expostas a fontes estressoras diferentes, de maneira que alguns entrevistados podem considerar um agente como estressor, enquanto outros não consideram. Isso pode ser claramente observado no relato que um dos participantes fez durante a entrevista semi-estruturada, apresentado a seguir:

Não vejo nenhum agente estressor específico. Acho que é responsabilidade sua com seu cliente ... que não necessariamente precise ser um agente estressor... eu não vejo grandes dificuldades. De repente, outros profissionais poderiam estar tendo (Sujeito 14).

Os relatos apresentados a seguir exemplificam os dois agentes estressores internos mais apontados pelos participantes:

... acho que com relação aos atendimentos, alguns casos que são mais complicados, ... que exige muito de você ... têm uns clientes que são bem tranquilos e têm outros que já são mais questionadores, que questionam as coisas que você orienta, as coisas que você discute (Sujeito 7).

Tabela 1. Agentes estressores internos mencionados pelos participantes.

Agentes mencionados como estressores no trabalho do psicólogo clínico	Assinalado por (sujeitos)
Preocupação com clientes específicos	11
Impacto emocional para o terapeuta em casos muito graves	8
Problemas de relacionamento entre sócios/colegas de trabalho	7
Preocupação com a organização/administração da clínica	5
Preocupação excessiva com os clientes	3
Mudanças de humor do terapeuta durante um dia de trabalho	2
Preocupação em ser reconhecido como bom profissional	2
Fazer intervenções afetivas nos casos de risco de vida	2

... casos muito graves, por exemplo, a pessoa que está com uma doença terminal, descobriu que é portador do vírus HIV. Esse impacto que a pessoa está em uma situação muito difícil e que você não tem como resolver isso, você só pode dar apoio emocional. ... o impacto emocional para o terapeuta é grande, porque são coisas que não estão nas suas mãos resolver (Sujeito 10).

Pode-se perceber que ambas as fontes estão relacionadas a questões emocionais, as quais também são aprendidas no decorrer da história de vida. A percepção dos sentimentos, as idéias, os valores, as regras e auto-regras são todos resultados de um processo de aprendizagem a partir do ambiente e da comunidade verbal em que se está inserido (Torres & Coelho, 2004). Da mesma forma, a maneira como cada indivíduo irá reagir ao impacto emocional que um caso de doença terminal pode provocar dependerá da história de aprendizagem e do repertório comportamental adquirido pelo terapeuta.

Os agentes estressores externos foram apontados na entrevista semi-estruturada em maior número e estão listados na Tabela 2.

Um dos agentes estressores externos mais assinalados pelos participantes foi a instabilidade

financeira (8 sujeitos), isto é, a falta de um ganho fixo. Esse agente pode ser analisado de forma diferente, pois se trata de um evento que não depende do indivíduo, isto é, a instabilidade financeira característica do trabalho em clínica não está sob o controle direto do profissional, o que caracteriza os chamados estressores externos.

As fontes estressoras mais apontadas pelos entrevistados estão de acordo com outras pesquisas realizadas sobre o tema, as quais indicaram como agentes estressores a sobrecarga de trabalho (Covolan, 1996; Faber, 1985; Lazarus & Lazarus, 1994), a preocupação excessiva com clientes (Covolan, 1996), a falta de gratificação (Rabin et al., 1999) e os problemas econômico-financeiros (Covolan, 1996).

Os resultados obtidos a partir do ISSL indicaram que dentre os 15 psicólogos entrevistados, apenas três apresentaram *stress*, embora tenham sido levantados diversos agentes estressores considerados importantes e intervenientes no exercício da profissão.

Segundo Zakir (2001), as dimensões da reação de *stress* não são, necessariamente, proporcionais às dimensões dos agentes estressores. Havendo muitas fontes estressoras em um ambiente, a probabilidade do

Tabela 2. Agentes estressores externos mencionados pelos participantes.

Agentes mencionados como estressores no trabalho do psicólogo clínico	Assinalado por (sujeitos)
Excesso de horas de trabalho	8
Instabilidade financeira	8
Falta de intervalos durante o expediente	7
Atraso no pagamento	7
Dificuldade de familiares colaborarem com o tratamento do cliente/paciente quando necessário	7
Pacientes/clientes que faltam sem avisar previamente	6
Resistência natural ao tratamento	5
Clientes/pacientes e familiares que exigem tempo fora da sessão	5
Mercado competitivo	5
Perceber que não está em condições de trabalhar e não poder tirar férias	5
Problemas de horário com os pacientes/clientes	4
Atraso de pacientes/clientes	4
Dificuldade de acesso a médicos para trabalho em conjunto	4
Pacientes/clientes que invadem a vida pessoal do terapeuta	3
Barulho da rua	3
Atividade que demandam muito tempo	2
Pacientes/clientes que confundem o trabalho do psicólogo com outros profissionais	2
Falta de outros colegas no mesmo ambiente de trabalho	1

aparecimento de reações de *stress* aumenta, principalmente se a intensidade e a frequência dessas fontes forem altas. No entanto, devido à singularidade da história de vida e aprendizagem de cada um, é impossível prever se, trabalhando em um ambiente onde existam muitos agentes estressores, o profissional irá apresentar ou não reações de *stress*. Essa questão pode ser observada no relato de um entrevistado.

... eu tenho mais dificuldade em estar administrando algumas situações de stress do que, de repente, a minha sócia. Pela história de cada um... Eu tive que ir aprendendo a melhorar minha qualidade de vida e a lidar de uma forma que a situação não precise ser tão desgastante (Sujeito 14).

Os resultados indicaram ainda que os entrevistados afirmaram a necessidade de algum tipo de estratégia de *coping*, citando vários exemplos utilizados em seu dia-a-dia no trabalho. Foram muitas as estratégias levantadas, de maneira que serão apresentadas divididas nas categorias A, B, C, D e E já citadas anteriormente.

Dentro da categoria A (aspectos fisiológicos), a estratégia mais assinalada pelos participantes foi a prática de algum tipo de exercício físico (12 sujeitos),

como, por exemplo, academia, caminhada, alongamento, entre outros. Em segundo lugar, apareceu a alimentação saudável (11 sujeitos), seguida do hábito de dormir bem (10 sujeitos). Em quarto lugar ficou o respeito pelo relógio biológico do corpo (8 sujeitos) e, por último, os exercícios de relaxamento (5 sujeitos).

Na categoria B (sistema de apoio), a estratégia mais assinalada foi conversar com pessoas de confiança (11 sujeitos). Em segundo lugar, ficou fazer orações e ir à igreja (9 sujeitos) e, em terceiro, fazer terapia ou análise (7 sujeitos).

Em relação à categoria C (trabalho voluntário, recreação e *hobbies*), a estratégia mais marcada pelos participantes foi ter vida social (11 sujeitos), ou seja, desenvolver atividades como conversar com amigos, namorar, sair para dançar, viajar, entre outras. Em segundo lugar, ficaram duas estratégias assinaladas por nove sujeitos cada uma: fazer trabalhos manuais como, por exemplo, artesanato, bordado, pintura; e passar tempo com a família. Em terceiro lugar, ficaram novamente duas estratégias, marcadas por oito participantes cada uma: ter um *hobby*, como, por exemplo, dança, fotografia etc.; e ter o hábito de leitura.

Tabela 3. Estratégias de *coping* da categoria E (Estratégias próprias da profissão de psicólogo clínico).

Estratégias utilizadas para lidar com os agentes estressores	Assinalado por (sujeitos)
Tirar férias, descansar	14
Gostar do próprio trabalho	12
Ter alto nível de tolerância para atendimento clínico	11
Concentrar-se apenas na sessão durante o atendimento	11
"Desligar-se" da clínica após chegar em casa	11
Administração adequada do próprio tempo	11
Estabelecer contratos claros sobre o funcionamento da terapia	9
Diminuir horas de trabalho	8
Fazer encaminhamento de casos para outro profissional, quando necessário	8
Fazer supervisão dos casos, quando necessário	8
Desmarcar atendimento quando não estiver em condições de atender	8
Ter cuidado ao escolher o grupo de trabalho	7
Conversar com colegas da área sobre casos difíceis	7
Parar para meditar, refletir	6
Procurar outras atividades dentro da área	6
Adequar o ambiente físico para diminuir o barulho da rua	5
Fornecer apenas o telefone da clínica e/ou celular para clientes/pacientes	4
Não atender ao telefone em determinados horários	3

Entre as estratégias da categoria D (habilidades interpessoais e de controle), a mais assinalada foi ter senso de humor (10 sujeitos), seguida de estudar e pesquisar (9 sujeitos) e ser uma pessoa otimista (9 sujeitos).

A categoria E, ou seja, as estratégias próprias da profissão de psicólogo clínico, está representada na Tabela 3 e conforme observa-se, a fonte estressora mais assinalada foi tirar férias/descansar (14 sujeitos), seguida de gostar do próprio trabalho (12 sujeitos), ou seja, obter reforçadores a partir do contexto de trabalho.

A partir dos resultados obtidos em relação à incidência de *stress* nesse grupo e esse grande número de estratégias de *coping* citadas pelos entrevistados como parte de seu repertório comportamental, tanto na vida pessoal quanto no trabalho, levantou-se a hipótese da relação entre o uso de estratégias de *coping* e o não aparecimento de reações de *stress*.

Sendo as estratégias de *coping* "... uma resposta comportamental ao *stress* com a finalidade de reduzir suas qualidades aversivas" e sua utilização dependente do "repertório individual e de experiências tipicamente reforçadas" (Coelho, 1998, p.12), pode-se considerar que a população pesquisada está tendo sucesso em usá-las.

Essa hipótese está de acordo com outras pesquisas da área, que também tiveram como objetivo investigar estratégias de *coping* utilizadas no ambiente de trabalho. Ribeiro (1999), em seu estudo com psicólogos de serviços básicos e ambulatoriais de saúde pública, conclui que seus sujeitos, utilizando estratégias de *coping* de confronto no trabalho, apresentaram tendência à melhor qualidade de saúde e bem-estar. Guido (2003), em sua pesquisa com enfermeiros de centro cirúrgico e recuperação anestésica, concluiu que essa é uma população estressada, mas que possui algumas estratégias que proporcionam ajuda no cumprimento de suas funções.

As várias estratégias específicas da profissão de psicólogo clínico indicadas também corroboram apontamentos da literatura. Alguns exemplos podem ser citados, como as estratégias de "administrar adequadamente o próprio tempo", "estabelecer contratos claros sobre o funcionamento da terapia", "diminuir horas de trabalho", entre outras que consistem no uso de habilidades de resolução de problemas e planejamento, conforme indica Seidl et al. (2001).

Zakir (2001) afirma que a característica de alguns estímulos de desencadear reações de *stress* está relacionada com outras propriedades dos estímulos como, por exemplo, a motivacional. "Quanto menos positivamente reforçadoras forem as atividades ocupacionais, mais peso terá a sobrecarga de trabalho, inclusive em relação ao *stress*" (Zakir, 2001, p.15).

A relação da sobrecarga de trabalho, citada pelos entrevistados como um agente estressor, com o aparecimento do *stress* implica considerar a propriedade altamente reforçadora das tarefas envolvidas no trabalho, assim como a existência de outros reforçadores arbitrários como prestígio, reconhecimento pessoal, entre outros (Lipp, 1996).

Em relação a isso, os participantes apontaram como estratégia para lidar com os agentes estressores "gostar do próprio trabalho", ou seja, exercer atividades profissionais que sejam reforçadoras por si só. Lipp (1996) afirma que o prazer também constitui um fator que pode estar relacionado ao *stress* no trabalho. Portanto essa é mais uma variável a ser considerada nas diferenças individuais nas reações de *stress* diante de um agente estressor como o excesso de trabalho, pois esse pode desencadear uma reação de *stress* em alguns profissionais e não apresentar nenhum efeito negativo para outros.

Algumas falas dos entrevistados podem ilustrar essa questão:

Amo demais o meu trabalho e isso faz com que eu me sinta muito bem (Sujeito 15).

... fiz uma diferenciação nas minhas atividades... peguei o horário que era de atendimento de cliente para uma outra atividade, o grupo de supervisão que eu montei na clínica, que é... mais fácil para eu fazer e mais prazerosa. Se comparar um caso muito difícil e essa atividade, eu canso menos com isso (Sujeito 10).

Em relação aos três participantes que apresentaram *stress*, todos na fase de resistência, é importante afirmar que não se tem conhecimento de quais outras contingências podem estar envolvidas nesse quadro. Também não é possível afirmar se o quadro indicado pelo ISSL está relacionado a eventos estressores presentes no trabalho ou na vida pessoal. Essa questão não foi abrangida nos objetivos deste estudo, mas pode vir a ser uma fonte de investigação para futuras pesquisas.

Os entrevistados que apresentam *stress* citaram alguns efeitos sentidos diante de situações estressantes no trabalho que corroboram os exemplos levantados pela literatura (Stella et al., 1999 citado por Baechtold, 2002). Esses relatos estão apresentados a seguir:

Eu começo a não lembrar de algumas coisas. Por exemplo, eu saio daqui para ir até a secretária e não lembro o que estou fazendo. O paciente me fala as coisas e eu não lembro o que ele acabou de falar (Sujeito 13).

... acho que esse stress interfere no seu próprio raciocínio e desempenho. ... aumenta a insônia, ... E aí a baixa da imunidade ... que é resposta ao stress mesmo (Sujeito 14).

Um entrevistado que não apresentou *stress* na época da pesquisa relatou um exemplo interessante dos efeitos de uma situação estressora em um outro período de sua vida:

Por exemplo, um caso que eu atendi há um ano e meio atrás, ... um caso que a pessoa corria algum risco de suicídio, estava sob a minha responsabilidade. Aí foi um período em que eu não dormia direito, meu cabelo começou a cair. Eu tinha vários sintomas que eu achava que fosse de stress ... aquilo estava me deixando bastante preocupada o tempo inteiro e era uma coisa que eu não tinha descanso. Era como se eu tivesse em estado de suspense o tempo inteiro (Sujeito 11).

A análise dos resultados também permite levantar uma outra hipótese referente ao desenvolvimento ou não de *stress* nessa população, que seria a relação da própria profissão de psicólogo clínico para lidar com o controle do *stress*. Sabe-se que esse tema faz parte do trabalho desses profissionais, uma vez que o *stress* vem se tornando condição cada vez mais freqüente entre a população. Segundo a Organização Mundial de Saúde e o Banco Mundial, estima-se que 15% das pessoas no mundo todo sofram de distúrbios relacionados ao *stress* (Lipp, 2004).

A hipótese levantada, portanto, está relacionada à importância da informação e conhecimento acerca da aplicação do controle do *stress*. Se tal aplicação está incluída no trabalho terapêutico, entende-se que esses profissionais tenham desenvolvido, durante sua formação acadêmica e no decorrer dos anos de profissão, certas habilidades necessárias para lidar com a situação também em suas próprias vidas, especialmente nesse grupo de entrevistados que já possui alguns anos de experiência na área.

Os resultados obtidos parecem demonstrar que o conhecimento acerca do controle do *stress* existe. Tem-se como exemplo um procedimento de treino de controle de *stress* descrito por Lipp e Malagris (1998) que envolve a análise funcional das contingências estressoras e intervenção direta baseada nos chamados quatro pilares do controle do *stress*: relaxamento, alimentação, exercício físico e modificações na área cognitiva – esse último entendido pela Análise do Comportamento como modificação e elaboração de novas regras mais adaptativas. As estratégias de *coping* apontadas pelos participantes incluíram os quatro pilares do controle do *stress*, como pode ser observado nos relatos a seguir:

... eu tenho sim a minha administração da minha qualidade de vida... sou uma pessoa assim muito voltada para uma alimentação saudável, eu me exercito diariamente (Sujeito 6).

Ter sua própria análise, estudo, atividades extras, ter qualidade de vida fora, lazer, namorar, passear, fazer atividade física (Sujeito 5).

Segundo Torres e Coelho (2004), uma importante habilidade no manejo do *stress* é estar sempre sensível às contingências de maneira que seja possível perceber as mudanças significativas no ambiente que poderiam vir a demandar algum tipo de adaptação. Dessa forma, o indivíduo poderá adquirir um repertório comportamental mais adaptado e desenvolver maior tolerância aos eventos incontroláveis e imprevisíveis, como normalmente são os eventos estressores.

O trabalho do psicólogo clínico exige que ele seja capaz de identificar contingências presentes na vida dos clientes, ou seja, é necessário para a própria eficiência de seu trabalho que ele desenvolva a habilidade de estar sensível às contingências e ter repertório comportamental para lidar com elas.

Além de conhecimento teórico, esse profissional precisa ter desenvolvidas em seu repertório habilidades sociais (assertividade, empatia etc.), de resolução de problemas, de enfrentamento, de autocontrole, entre outras. Por essa razão levanta-se a hipótese de que essa seja uma população privilegiada em termos de conhecimento, informação e habilidades necessárias ao controle do *stress*, e que isso fica demonstrado, nesse grupo, pelos baixos níveis de *stress* encontrados.

É importante que se apontem também as limitações deste estudo especialmente por envolver

uma população pequena, o que dificulta a generalização das hipóteses encontradas. Outras questões poderiam ter sido abordadas, como, por exemplo, quais agentes seriam mais estressores, ou quais estratégias de *coping* seriam mais efetivas. No entanto considera-se que os dados obtidos sejam relevantes para o desenvolvimento de mais pesquisas com essa população específica para que outras discussões mais abrangentes possam ser realizadas.

Considerações Finais

A importância do uso de estratégias de *coping* demonstrada pelos participantes pode estar relacionada ao fato de que tantos agentes estressores sejam percebidos no dia-a-dia da profissão, mas que não sejam analisados como ameaçadores e não desencadeiem o processo de *stress* nesse grupo. Da mesma forma, o conhecimento e as habilidades adquiridas pelos psicólogos clínicos também podem colaborar para que apresentem mais sucesso no enfrentamento dos agentes estressores presentes em sua vida profissional.

Nesse sentido, observam-se ainda benefícios para o exercício da profissão clínica, pois o cliente também é favorecido. É fundamental que o psicólogo seja capaz de desenvolver técnicas de autocuidado satisfatórias para que também seja capaz de fazer intervenções apropriadas, não somente por estar em melhores condições físicas e emocionais, como também por ter em seu repertório comportamentos que pretende ajudar o cliente a desenvolver.

Segundo Lipp e Malagris (1998), não é possível eliminar o *stress* da vida das pessoas, mas existem muitos meios para evitar que ele se torne excessivo e, conseqüentemente, acarrete tantos outros problemas para os indivíduos. Por essa razão, ressalta-se a importância do conhecimento acerca desde processo, de suas fases e de suas manifestações para que seja possível controlar seus efeitos negativos.

A capacidade do ser humano em se adaptar a situações adversas, seja através de comportamentos aprendidos por regras ou diretamente pela exposição às contingências, possibilita meios para evitar e/ou enfrentar situações estressoras. Essa capacidade somada aos benefícios proporcionados pela informação permite

considerar importantes avanços em direção à melhora da qualidade de vida das pessoas.

Sendo assim, defende-se a importância de pesquisas relacionadas ao *stress* de maneira a identificar cada vez mais situações que possam gerar conseqüências negativas para o ser humano, e todas as implicações referentes à questão, não apenas no trabalho, mas em todas as áreas de sua vida.

Referências

- Abreu, K. L., Stoll, I., Ramos, L. S., Baumgardt, R. A., & Kristensen, C. H. (2002). *Stress Ocupacional e Síndrome de Burnout no exercício profissional da Psicologia. Psicologia: Ciência e Profissão*, 22 (2), 22-29.
- Baccaro, A. (1990). *Vencendo o stress: como detectá-lo e superá-lo* (2a. ed.). Petrópolis: Vozes.
- Baechtold, A. P. (2002). *Qualidade de vida, fontes internas e sintomas de stress em uma amostra de costureiras*. Dissertação de mestrado não-publicada, Pontifícia Universidade Católica de Campinas.
- Banaco, R. (2005, Agosto). *Stress e terapia comportamental*. Trabalho apresentado no XIV Encontro Brasileiro de Psicoterapia e Medicina Comportamental. Campinas, SP.
- Celho, M. E. C. (1998). *Stress, eventos vitais e coping sob enfoque analítico-comportamental*. Monografia não-publicada, Universidade Estadual de Londrina.
- Covolán, M. A. (1996). *Stress ocupacional do psicólogo clínico: seus sintomas, suas fontes e as estratégias utilizadas para controlá-lo*. In M. E. N. Lipp (Ed.), *Pesquisas sobre stress no Brasil: saúde, ocupações e grupos de risco* (pp.225-240). Campinas: Papyrus.
- Faber, B. (1985). Clinical psychologists' perceptions of psychotherapeutic work. *Clinical Psychologist* 38 (1), 10-13.
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior*, 21 (3), 219-239
- Guido, L. A. (2003). *Stress e coping entre enfermeiros de centro cirúrgico e recuperação anestésica*. Tese de doutorado não-publicada, Universidade Estadual de São Paulo.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.
- Lazarus, R. S., & Lazarus, B. N. (1994). *Passion and reason: making sense of our emotions*. New York: Oxford University Press.
- Lipp, M. E. N. (1984). Stress e suas implicações. *Estudos de Psicologia* 1 (1), 3-19.
- Lipp, M. E. N. (1996). Stress: conceitos básicos. In M. E. N. Lipp (Ed.), *Pesquisas sobre o stress no Brasil: saúde, ocupações e grupos de risco* (pp.17-29). Campinas: Papyrus.
- Lipp, M. E. N. (2000). *Manual do inventário de sintomas de stress para adultos*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

- Lipp, M. E. N. (2003). O modelo quadrifásico do stress. In M. E. N. Lipp (Ed.), *Mecanismos neuropsicofisiológicos do stress: teoria e aplicações clínicas* (pp.17-22). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Lipp, M. E. N. (2004). Prefácio. In M. E. N. Lipp (Ed.), *O stress no Brasil: pesquisas avançadas* (pp.11-13). Campinas: Papirus.
- Lipp, M. E. N., & Malagris, L. N. (1998). Manejo do stress. In B. Rangé (Ed.), *Psicoterapia comportamental e cognitiva: pesquisa, prática, aplicações e problemas* (pp.279-291) Campinas: Editorial Psy.
- Rabin, S., Feldman, D., & Kaplan, Z. (1999). Stress and intervention strategies in mental health professionals. *British Journal of Medical Psychology*, 72 (2), 159-169.
- Ribeiro, D. P. S. A. (1999). *Estratégias de "Coping" em psicólogos de serviços básicos e ambulatoriais de saúde pública*. Dissertação de mestrado não-publicada, Universidade Estadual de São Paulo.
- Santos, O. A. (1995). *Ninguém morre de trabalhar: o mito do stress* (3a. ed.) São Paulo: Textonovo.
- Seegers, G., & van Elderen, T. (1996). Examining a model of stress reactions of bank directors. *European Journal of Psychological Assessment* 12 (3), 212-223.
- Seger, L. (2001). O stress e seus efeitos no profissional, na equipe e no paciente odontológico. In M. L. Marinho & V. E. Caballo (Eds.), *Psicologia clínica e da saúde* (pp.213-223). Londrina: Ed. UEL.
- Seidl, E. M. F., Troccoli, B. T., & Zannon, C. M. L. C. (2001). Análise fatorial de uma medida de estratégias de enfrentamento. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 17 (3), 225-234.
- Selye, H. (1956). *The stress of life*. Nova York: McGraw-Hill.
- Torres, N., & Coelho, M. E. C. (2004). O stress, o transtorno do pânico e a psicoterapia: a pessoa e sua vida. In M. Z. Brandão et al. (Eds.), *Sobre comportamento e cognição. Contingências e metacontingências: contextos sócio-verbais e o comportamento do terapeuta* (Vol. 13, pp.339-344). Santo André: ESETec.
- Zakir, N. S. (2001). *Enfrentamento e percepção de controlabilidade pessoal e situacional nas reações de stress*. Tese de doutorado não-publicada, Pontifícia Universidade Católica de Campinas.

Recebido em: 11/4/2006
Versão final reapresentada em: 19/9/2006
Aprovado em: 24/10/2006

A análise de sonhos nas terapias cognitivas e comportamentais

Dream analysis in cognitive and behavior therapies

Luc **VANDENBERGHE**¹

Artur Vandré **PITANGA**¹

Resumo

A análise dos sonhos acompanha a psicoterapia desde o início, sendo, inclusive, a primeira mais antiga do que a segunda. A terapia cognitiva de Beck como também diferentes vertentes da terapia comportamental supõem que o sonho esclareça aspectos das vivências acordadas do paciente. Tanto a tradição cognitiva quanto a comportamental propõem estratégias para aproveitar essa suposta continuidade entre as vivências acordadas e o sonho. As práticas da análise de sonhos são altamente semelhantes nos dois estilos terapêuticos. A diferença fundamental reside nos pressupostos de causalidade: problemas do cotidiano e produção de sonhos são atribuídos a contingências pelos terapeutas comportamentais e a estruturas e processos mentais pelos terapeutas cognitivos.

Unitermos: análise funcional; análise do sonho; terapia cognitiva; terapia comportamental.

Abstract

Dream analysis has followed psychotherapy from its early beginnings. In fact it is older than psychotherapy. Both Beck's cognitive therapy and different streams within behavioral therapy suppose that dreams clarify aspects of the dreamer's daily life. Both the cognitive and the behavioral traditions propose strategies to use this hypothesized continuity between woken life and dream. The practices of dream analysis are highly similar in the two therapeutic styles. The fundamental difference resides in the causal theories: Daily life problems and dream production are attributed by behavioral authors to contingencies and by cognitive therapists to mental structures and processes.

Uniterms: functional analysis; dream analysis; cognitive therapy; behavior therapy.

A natureza dos sonhos é uma questão antiga. Uma pergunta que deve interessar ao psicoterapeuta é se o sonho é produto de processos psicológicos mundanos ou tem origens particulares que não estão ao alcance da ciência profana. A questão pode ser resumida nos termos continuidade *versus* descontinuidade entre a vivência do sonho e as vivências

acordadas. Continuidade significa que os fatores importantes para entender a vida do cotidiano estarão também em jogo no sonho. Descontinuidade significa, nesse caso, que se trata de dois mundos diferentes. Essa questão diz respeito, de um lado, à possibilidade de interpretações místicas do conteúdo do sonho e, de outro, à viabilidade de aproveitar essa análise para



¹ Universidade Católica de Goiás, Departamento de Psicologia. 5ª Avenida, Setor Universitário, Goiânia, GO, Brasil. Correspondência para/Correspondence to: L. VANDENBERGUE. E-mail: <luc.m.vandenbergh@gmail.com>.

entender algo sobre os processos psicológicos das vivências acordadas da pessoa que sonha.

Já na Antigüidade havia autores que consideravam os sonhos como fenômenos naturais presentes na continuidade das vivências acordadas, enquanto outros consideravam que os sonhos eram qualitativamente diferentes dos fenômenos das vivências acordadas. Aristóteles (de 384 a 322 a.C.) propôs que sonhar é uma atividade mental normal durante o sono e que os sonhos são produtos dos mesmos processos psicológicos como a imaginação, o pensamento e a lembrança. O estudo dessa atividade pressupõe, de acordo com ele, os mesmos princípios do estudo da percepção acordada e das alucinações. É interessante que por causa dessa continuidade entre o sonho e as atividades das vivências acordadas, o estudo dos sonhos deve dar acesso aos mesmos processos que também estão por trás dessas experiências. A análise dos sonhos pode assim revelar mecanismos que subjazem à vivência do indivíduo no seu cotidiano (Aristóteles, 2001).

Quinhentos anos depois da obra de Aristóteles, Aristemidoro (1990) argumenta a favor de uma visão contrária: os sonhos têm uma natureza diferente da percepção e da imaginação acordada. Segundo esse autor, eles revelam o futuro e o passado, sendo eles a expressão de um mundo sobrenatural.

Essas duas opiniões podem ser reconhecidas nas posições de autores que estavam no berço das psicoterapias. Freud (de 1856 a 1939) propôs que o sonho reflete conteúdos individuais da pessoa que sonha, geralmente tratando-se da satisfação de desejos ou expressões de pulsões reprimidas. Além disso, ele afirma que os sonhos são construídos a partir da experiência da vida do cotidiano. Sempre contêm referências ao dia passado e todas as falas significativas são provenientes de falas que a pessoa que sonha ouviu ou leu durante o dia (Freud, 1900/1996).

Diferentemente, seu contemporâneo mais jovem, Jung (de 1875 a 1961), distinguiu entre sonhos insignificantes que trabalham problemas do cotidiano e sonhos significativos que são um caminho de transmissão da sabedoria milenar da humanidade. Esses últimos trazem símbolos que, independentes das narrativas tecidas ao redor deles pela pessoa que sonha, têm uma vida própria por serem produtos espontâneos do inconsciente coletivo. Enquanto o inconsciente

pessoal é o resultado da vivência do indivíduo, os conteúdos do inconsciente coletivo não foram adquiridos durante a vida individual (Jung, 1943/1975).

A posição freudiana enfatiza o significado pessoal do sonho, o que acarreta a possibilidade de conhecer, através da análise do sonho, aspectos das dinâmicas psicológicas do paciente, abrindo caminho para esclarecer o que está por trás dos sintomas das vivências acordadas. Os sonhos pós-traumáticos, como também os sonhos que no decorrer de uma psicanálise trazem lembranças de traumas infantis, revelam tentativas inconscientes de dominar conteúdos ameaçadores (Freud, 1920/1974).

Porém o conteúdo manifesto da maioria dos sonhos disfarça, de acordo com o autor, uma camada latente que representa a realização de desejos de quem sonha. Desejos inconscientes que não passam pela censura interior do indivíduo são transformados, deixando o conteúdo manifesto difícil de reconhecer. Na sessão, o método de associação livre, instrumento típico da psicanálise, possibilita o acesso ao conteúdo latente. A análise dos sonhos pode assim oferecer uma via real para os conteúdos do inconsciente (Freud, 1920/1974).

Para Jung (1943/1974) um sonho significativo pode ser reconhecido pela presença de arquétipos. Essa presença indica que o mesmo pretende comunicar algo fundamental, algo que transcende as limitações do indivíduo. O autor descreve sonhos de repetição que tentam tornar consciente uma condição psíquica particularmente problemática e geralmente também trazem uma proposta de solução. Em sonhos compensatórios aspectos de arquétipos que não são bem desenvolvidos na vida do cotidiano da pessoa que sonha são expressos.

Quando a pessoa vivencia suas experiências cotidianas de forma excessivamente unilateral, seu sonho pode até criar, para compensar os déficits, um mundo completamente oposto. Além disso, há sonhos que predizem o futuro ou contêm uma advertência para um perigo futuro. Às vezes esses sonhos pretendem sinalizar para a pessoa que ela precisa mudar seu estilo de vida ou fazer uma determinada escolha para evitar uma catástrofe futura. Para interpretar os sonhos, não se depende, como é o caso no método freudiano, das associações altamente pessoais do paciente, mas

procuram-se referências nos mitos antigos, na arte e em outras fontes que podem elucidar os arquétipos.

Percebemos que enquanto a análise de sonhos encontrou um lugar de destaque nas psicoterapias da primeira geração, já havia compreensões divergentes acerca do significado do sonho e o que ele pode acrescentar ao trabalho clínico. Este artigo pretende descrever essa prática em duas tradições psicoterápicas mais recentes: as terapias cognitivas e comportamentais.

Análise de sonhos na terapia cognitiva

Logo no início da terapia cognitiva, foi observado que os temas dos sonhos de um paciente são pertinentes para entender seus padrões comportamentais observáveis quando acordado. Os temas dos sonhos são análogos aos conteúdos com os quais o paciente sofre quando acordado (Beck, 1967). Houve tentativas de relacionar padrões de sonhos a categorias diagnósticas. Por exemplo: seqüências dos sonhos com temas de perseguição e abuso injustificado seriam típicos de pacientes com traços paranóicos (Beck, 1971).

Pacientes depressivos relataram numa pesquisa eventos desagradáveis em que eram vítimas de experiências como rejeição ou abandono. Eles contaram sonhos nos quais eles fracassaram, nos quais não conseguiam fazer o que queriam e nos quais a imperfeição, a perda, a injustiça e o futuro negro eram os temas de destaque (Beck & Hurvich, 1959).

Porém a terapia cognitiva tem pouco interesse por essa possibilidade. Muito mais importante é o pressuposto de que relatos de sonhos contêm necessariamente informação valiosa sobre os processos cognitivos que participaram da sua gênese. Beck (1971) enfatiza que os sonhos de cada pessoa são idiossincráticos, típicos da maneira de funcionar de cada um e que seguem os mesmos processos pelos quais pensamentos automáticos e distorções cognitivas são produzidos durante o estado acordado. Por consequência, examinar os sonhos dos pacientes e considerar as interpretações que eles fazem é uma maneira econômica de descobrir esquemas disfuncionais.

O autor considera que os sonhos são fortemente relacionados com os temas das vivências acordadas e que podem trazer elementos importantes que permitem o estudo dos transtornos psicológicos. São

produtos do mundo interior da pessoa que sonha. Isso garante uma coerência entre o sonho e os processos cognitivos durante as vivências acordadas. É importante destacar que ele descreve os sonhos como expressões temáticas das cognições dos pacientes e não como conteúdos manifestos que devem ser interpretados e decodificados para alcançar o significado mais profundo.

Freeman e Bayll (1992) também enfatizam que os sonhos devem ser compreendidos em termos dos temas e do contexto de vida e não como termos simbólicos. O conteúdo temático dos sonhos deve ser relacionado diretamente às preocupações do cotidiano do paciente. A linguagem específica e as imagens de um sonho são importantes para sua compreensão, como também as respostas emocionais do paciente às mesmas. Felicidade, ansiedade, tristeza têm os mesmos efeitos para o paciente tanto no sonho quanto quando acordado. As durações particulares de outros aspectos formais de elementos do sonho são menos importantes já que uma imagem que apareça durante só um momento pode possuir um enorme impacto emocional que pode trazer muita informação importante quando questionada na terapia.

A pessoa que sonha não é um observador passivo. Ela participa ativamente na integração da explosão caótica do material visual com informação emocionalmente carregada proveniente dos temas de sua vida. Dessa forma, ela ativamente dramatiza as crenças sobre si mesma, sobre o mundo e sobre o futuro. Por isso, o material do sonho reflete os conteúdos dessa tríade cognitiva, e contém as distorções cognitivas nesses três domínios. O terapeuta cognitivo tipicamente procura identificar os padrões cognitivos próprios ao paciente que são ativados durante as vivências do cotidiano.

Porém esses padrões podem ser altamente velados pelas características da situação real, tornando difícil reconhecer o que é a contribuição própria do paciente. Durante o sono influências do mundo externo são cortadas e por consequência os esquemas do indivíduo podem determinar de uma maneira muito mais exclusiva o conteúdo temático dos sonhos. Os pensamentos do dia-a-dia são menos diretamente ligados aos esquemas do que os sonhos, porque os últimos não são influenciados diretamente pelas restrições do mundo material (Beck, 1971).

O sonho é um produto da pessoa que sonha, o material particular que ela introduz no seu sonho vem de suas experiências precedentes e das suas crenças atuais. Por isso, o material do sonho pode ser usado nas mesmas intervenções de reestruturação cognitiva como os pensamentos automáticos. Utilizando o registro dos pensamentos disfuncionais, o paciente pode aprender a analisar e discutir os temas disfuncionais expressos nos sonhos e modificar sua reação emocional em relação ao sonho.

Os sonhos também podem ser utilizados quando o paciente chegou a um bloqueio na terapia, quando ele não consegue mais trazer material para ser analisado e não consegue colaborar mais na análise dos conteúdos das vivências acordadas (Freeman & Bayll, 1992).

Um ponto importante é que o próprio paciente deve interpretar seus sonhos. De acordo com o princípio do trabalho colaborativo, que é essencial na terapia cognitiva, o terapeuta tem um papel de guia que acompanha e não de um perito que conhece os sentidos dos sonhos (Freeman & Bayll, 1992). Os processos cognitivos utilizados pelo paciente para lembrar e interpretar os detalhes do sonho necessariamente contêm as mesmas distorções que o paciente utiliza habitualmente para interpretar sua realidade exterior. Assim os sonhos oferecem poderosas metáforas para as crenças irracionais. E às vezes tais crenças não poderiam ter sido ativadas de maneira tão direta por um outro procedimento que pela análise dos sonhos (Beck, 1971).

Os relatos de sonhos normalmente são tratados somente como uma parte da agenda de uma sessão, porém eles têm várias vantagens na terapia cognitiva. Permite aos pacientes ter um papel criativo durante a exploração dos conteúdos e entender o seu sentido, e a partir daí conhecer e reconhecer certas crenças fundamentais e distorções cognitivas que influenciam seu cotidiano (Beck, 1971).

O paciente pode aprender a identificar uma lição no conteúdo do sonho, que o pode ajudar nos problemas do cotidiano. Alternativamente, ele pode encontrar certos momentos e imagens no sonho que lhe trazem inspiração para descrever possíveis experiências futuras. O terapeuta pode também solicitar que o paciente anote diariamente os sonhos que se lembra, e as imagens que deles provêm podem servir como material durante a sessão (Freeman & Bayll, 1992).

A idéia de Beck (1971), de que o sonho serve como atalho para descobrir os padrões cognitivos irracionais e irrealistas do paciente, foi levada por Barret (2002) para ser usada na medicina comportamental. Segundo esse último autor, a análise dos sonhos pode ajudar a identificar atitudes do paciente que são relevantes para identificar certos sintomas físicos. Ele discute que a análise dos sonhos pode ser valiosa como via de acesso aos conteúdos cognitivos em casos em que a comunicação direta é difícil. Isso pode ser o caso quando o paciente tem pouca compreensão das suas próprias atitudes, quando tem pouca disposição para se abrir ao terapeuta ou até quando a comunicação é dificultada por se tratar de um paciente que não pertence à mesma cultura que o terapeuta.

Análise de sonhos na terapia comportamental

Terapeutas comportamentais que escrevem sobre análise de sonhos muitas vezes mencionam que com essa prática não pretendem encontrar algum significado profundo. Não é a descoberta de uma resposta, mas o processo de análise que é importante para o progresso do tratamento (Callaghan, 1996; Conte, 2001; Delitti, 1999; Guilhardi, 1994). Realmente não se trata de descobrir verdades ocultas pré-existentes que esperam para ser desveladas. Uma leitura atenta desses autores deixa claro que os significados dados aos conteúdos dos sonhos são construídos durante a análise.

O uso que terapeutas comportamentais fazem dos relatos de sonhos para suas intervenções é variado. A análise de sonhos é usada na coleta de dados (diagnóstico), no processo terapêutico, e na avaliação dos efeitos da terapia (Delitti, 1993; Guilhardi, 1994).

Pesquisa empírica, citada por Domhoff (2003), mostrou que atos de fala em relatos de sonhos coletados em laboratórios de sono geralmente são construções originais (e não repetições de falas que ocorreram nas vivências acordadas do participante). Essas falas são reações ao contexto dinâmico dos acontecimentos no sonho. É exatamente essa natureza espontânea que torna importantes os atos do paciente no seu sonho. A qualidade espontânea e intuitiva (quer dizer, não governada por regras, mas modelada pelas contingências) do sonho o torna uma fonte particularmente rica em dicas

sobre as contingências importantes na vida do paciente (Vandenberghe, 2004).

A maneira como a pessoa reage ao contexto do sonho é o resultado da sua história de aprendizagem nas suas vivências acordadas. Isso é importante para o clínico porque comportamento modelado pelas contingências inevitavelmente traz informações sobre as contingências que o modelaram. Enquanto o comportamento acordado geralmente é restrito pelas contingências materiais do mundo real, o conteúdo do sonho, que não é limitado nesse sentido, mostra mais claramente o efeito das contingências passadas sobre a pessoa que sonha.

Como explicado em outro lugar (Vandenberghe, 2004), esse maior grau de liberdade na emissão de comportamentos torna a análise dos sonhos um instrumento particularmente valioso na detecção de dicas acerca das variáveis que controlam o comportamento da pessoa. Além disso, Callaghan (1996) aponta que a própria qualidade abstrata dos estímulos por si mesmo colabora para um jogo largo de comportamento verbal que ajuda o terapeuta a ter maior acesso à história de reforçamento do paciente. Isso pode proporcionar ao terapeuta oportunidades adicionais para refinar suas hipóteses sobre o comportamento do paciente e modificar adequadamente o planejamento do tratamento.

Uma outra vantagem para o uso diagnóstico é que em certos casos o paciente estará mais disposto a relatar seus sonhos do que suas vivências acordadas, porque o relato dos sonhos geralmente sofre menos censura social. Os conteúdos do sonho parecem abstratos e menos ameaçadores. Não são acontecimentos verdadeiros e a pessoa não pode se responsabilizar pela sua conduta no sonho. Por esses motivos, pacientes que têm dificuldade de admitir certos assuntos se mostram muitas vezes mais dispostos a explorar interpretações do sonho do que interpretações da sua realidade cotidiana (Delitti, 1999). A análise dos sonhos permite contornar não somente a omissão intencional de informações relevantes, mas também a esquiva não intencional de conteúdos relacionados à história passada e às contingências atuais que o paciente no seu relato da vida do cotidiano esquece ou simplesmente não identifica por serem relacionados com experiências aversivas. Assim dados importantes podem vir à luz num relato de sonhos (Conte, 2001).

Um segundo uso diz respeito ao próprio processo terapêutico. A análise do sonho pode ser um instrumento que permite ao terapeuta criar condições para que o paciente entre em contato com as contingências que são as mais relevantes em sua vida (Delitti, 1993). Exatamente essa busca do contato direto com as contingências é o cerne do trabalho terapêutico do ponto de vista behaviorista radical. Discutir os sonhos pode despertar respostas clinicamente relevantes no seio da relação terapêutica. O paciente pode ficar frustrado, com raiva, fugir da tarefa ou trazer outros padrões de comportamento problemáticos do seu cotidiano para dentro da relação terapêutica. A análise do sonho nesse caso evoca comportamentos clinicamente relevantes que podem ser analisados e trabalhados ao vivo durante a sessão. O próprio diálogo sobre o sonho é um trabalho terapêutico. Nesse processo o paciente pode, por exemplo, aprender compartilhar as suas emoções e discriminar seus próprios comportamentos encobertos (Callaghan, 1996; Delitti, 1999).

De acordo com Domhoff (2003), pesquisas empíricas documentaram que os sonhos relatados por clientes focalizam assuntos em destaque na relação terapêutica e não são, de forma alguma, uma amostra representativa dos seus sonhos. Esse dado mostra mais uma vez que os sonhos que o cliente traz para o consultório não podem ser mais do que uma fonte adicional de informação quando se trata do diagnóstico. Do outro lado, o mesmo dado fornece suporte para o uso da análise dos sonhos como técnica terapêutica no contexto do relacionamento terapeuta-cliente, como é feito particularmente na psicoterapia analítico-funcional. Quando um cliente fala de suas emoções relacionadas a algum sonho o terapeuta tem acesso imediato a um dado sobre as respostas do cliente fora da sessão e pode relacioná-lo ao que acontece no seio do relacionamento terapêutico. Uma grande variedade de comportamentos clinicamente relevantes pode ocorrer quando os clientes informam sobre seus sonhos que evocam respostas emocionais. O cliente pode tentar se esquivar do assunto, não querer responder emocionalmente, chorar na sessão, etc. A maneira como o terapeuta responderá a esses comportamentos do cliente depende do seu entendimento do caso e da pertinência desses comportamentos durante as sessões (Callaghan, 1996).

Funções mais específicas do sonho no relacionamento terapêutico são apontadas por Delitti (1999). O relato do sonho pode ser um recurso metafórico ou

uma manobra de esquiva do cliente. O cliente pode contar um sonho para evitar um assunto mais aversivo na sessão ou, ao contrário, o relato de sonho pode ser exatamente a maneira com que um cliente consegue falar sobre um assunto aversivo. O relato pode ser uma expressão de um sentimento em relação ao terapeuta ou uma forma de provocar ou de testar o terapeuta sem se arriscar demais. Todos esses comportamentos podem ser clinicamente relevantes e podem possibilitar trabalho terapêutico. De maneira semelhante, Conte (2001) aponta que o terapeuta deve procurar entender funcionalmente o que o cliente relata. É necessário analisar se o relato é um mando ou um tato. O relato do sonho pode ser um comportamento verbal que descreve de maneira distorcida ou metafórica um dado importante para o desenvolvimento do tratamento ou pode ser uma maneira de exigir algo do terapeuta.

Enquanto psicoterapeutas analítico-funcionais privilegiam a oportunidade de evocar comportamentos clinicamente relevantes a fim de trabalhar ao vivo com os próprios problemas e dificuldades do cliente, Guilhardi (1994) vê na análise dos sonhos uma oportunidade de modelar intencionalmente, e em colaboração aberta com o cliente, as capacidades de auto-análise desse último. Nessa análise o cliente pode aprender a relacionar seus sentimentos, suas ações e seus sonhos com o contexto de sua vida.

Guilhardi (1994) destaca que a consciência que o cliente tem de si pode ser testada através da capacidade do cliente de fazer sentido dos seus sonhos. De um ponto de vista comportamental, ser capaz de detectar os determinantes ambientais dos seus sonhos não é outra coisa do que ser capaz de relatar as contingências do seu comportamento. Enquanto a terapia progride, deve haver uma evolução em que o conteúdo dos sonhos se torna cada vez menos misterioso para o cliente. Enquanto ele compreende melhor a relação dos seus comportamentos encobertos e suas ações com as contingências da vida dele, ele poderá melhor enfrentar os seus problemas. Assim a capacidade de interpretar os próprios sonhos pode ser uma medida do grau de consciência que o cliente tem.

Discussão

Os pressupostos da terapia cognitiva acerca do assunto tratado são claros (Beck, 1967, 1971; Freeman &

Bayll, 1992). Já que o relato de sonhos contém informações sobre os processos cognitivos que os geraram e esses são os mesmos que dão origem aos problemas do cotidiano do cliente, analisar esses relatos ajuda a descobrir os esquemas disfuncionais e distorções cognitivas que interessam ao tratamento. A forma de trabalhar também é muito direta. Com a ajuda do terapeuta, o próprio paciente interpreta seus sonhos, relacionando o conteúdo temático dos sonhos às preocupações do cotidiano do paciente.

Terapeutas comportamentais (Callaghan, 1996; Delitti, 1993; 1999; Guilhardi, 1994) usam a análise de sonhos na coleta dos dados como uma maneira de acessar e investigar os efeitos das contingências em vigor e da história de aprendizagem passada. Não se pretende encontrar nenhum significado profundo além disso.

Durante a intervenção terapêutica, a análise do sonho é um instrumento que permite ao terapeuta criar condições para que o cliente entre em contato intenso com contingências relevantes e vivencie as emoções com elas relacionadas. Essa é também uma tática para a evocação de comportamentos clinicamente relevantes, que ajuda o cliente na exploração de seus sentimentos e na discriminação de seus comportamentos encobertos. Finalmente, em todo esse processo, a análise dos sonhos é um instrumento que é útil para modelar a capacidade de auto-análise do cliente e para a avaliação dos efeitos da terapia.

O relacionamento colaborativo entre terapeuta e cliente na terapia cognitiva (Beck, 1971; Freeman & Bayll, 1992) e na terapia comportamental (Callaghan, 1996; Guilhardi, 1994) parece muito similar. Nas duas tradições os terapeutas ajudam o cliente na forma de interpretar os sonhos, mas não acreditam ter respostas a oferecer. Percebemos que tanto a abordagem cognitiva quanto a comportamental pressupõem uma continuidade qualitativa entre as vivências acordadas e o sonho. Os sonhos possibilitam o entendimento dos padrões comportamentais do cliente quando acordado. Se o sonho fosse produto de processos diferentes dos que governam as vivências acordadas, sua análise contribuiria muito pouco.

Portanto observamos que as duas abordagens divergem quanto ao tipo de processo psicológico que

determina nosso comportamento. Na terapia cognitiva, a temática do sonho dá acesso a esquemas cognitivos e mostra distorções que podem ser trabalhadas na sessão. Terapeutas comportamentais procuram dicas sobre as contingências atuais e históricas das quais o cliente pode não ter a mínima noção. Também usam a interpretação do sonho para avaliar e promover a consciência que o cliente pode ter do seu comportamento e das condições que o determinam. Por isso, há também dois vieses diferentes na seleção do material a ser analisado.

Terapeutas cognitivos levam o cliente a focar a temática do sonho, enquanto terapeutas comportamentais questionam o que a personagem da pessoa que sonha faz frente às diferentes situações com as quais o sonho a confronta. Esses dois vieses podem gerar interpretações diferentes do mesmo relato de um sonho.

Notamos que em ambas as orientações, os sonhos podem ser utilizados quando o paciente chega a um bloqueio na terapia, quando ele não consegue mais trazer material para ser analisado e não consegue colaborar mais na análise dos conteúdos das vivências acordadas (Barret, 2002; Delitti, 1999). Tal ajuda pode ser necessária quando efeitos da censura social dificultam o cliente se abrir totalmente, quando há dificuldades de comunicação ou dificuldades culturais que interferem no trabalho.

Pesquisadores que são críticos em relação ao uso de sonhos na clínica argumentam que terapeutas que afirmam manter uma posição neutra e almejam descobrir o significado verdadeiro do sonho acabam modelando as associações dos seus clientes por processos complexos de sugestão e persuasão involuntários e despercebidos (Domhoff, 2003). Mas percebemos que nem a terapia cognitiva nem a comportamental parecem cair nessa armadilha. É interessante ver que nenhuma dessas duas abordagens considera o conteúdo manifesto do sonho uma fonte de símbolos que podem ser decifrados, mas sim material para ser analisado pelo próprio cliente como atalho para a melhor compreensão dos problemas do cotidiano.

A análise dos sonhos nas terapias cognitiva e comportamental pode assim ser caracterizada por duas idéias básicas: o princípio da continuidade entre o sonho e as vivências acordadas, e o princípio que a análise dos

sonhos não pode desvelar nenhuma verdade oculta ou mensagem que estava tentando se revelar à consciência.

O primeiro desses princípios mantém que sonhos e seus relatos são produtos dos mesmos processos que dominam as vivências acordadas. O segundo é resultado da noção de que a análise dos sonhos é um trabalho colaborativo em que terapeuta e cliente juntos constroem uma interpretação do sonho, relacionando-o com o cotidiano do cliente. Os resultados dessa interpretação por consequência não são significados que já estavam latentes no conteúdo do sonho, mas construções novas que emergiram do diálogo terapêutico.

Assim a prática da análise dos sonhos nessas duas abordagens é herdeira de uma tradição de pensamento a respeito da continuidade entre sonho e vivências acordadas, que descende pelo menos dos tempos de Aristóteles. Traz também uma visão diferente das psicoterapias tradicionais no que diz respeito à compreensão do processo interpretativo e ao papel das interpretações obtidas no tratamento.

Referências

- Aristóteles (2001). *Parva naturalia*. Oxford: Clarendon. (Obra original do século III a. C.).
- Aristemidoro, D. (1990). *The interpretation of dreams: Oneirocritica*. Park Ridge: Noyes. (Originalmente publicado cerca de 150 a. D.).
- Barret D. (2002). The royal road becomes shrewd shortcuts: the use of dreams in focused treatment. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 1 (1), 55-63.
- Beck, A. T., & Hurvich, M. (1959). Psychological correlates of depression: Frequency of "masochistic" dream content in a private practice sample. *Psychosomatic Medicine*, 21 (1), 50-55.
- Beck A. T. (1967). *Depression: clinical experimental, and theoretical aspects*. New York: Harper and Row.
- Beck A. T. (1971). Cognitive patterns in dreams and daydreams. In F. H. Masserman (Org.), *Dream dynamics: science and Psychoanalysis* (Vol.19, pp.2-7). New York: Grune and Stratton.
- Callaghan, G. M. (1996). The clinical utility of client dream report from a radical behavior perspective. *The Behavior Therapist*, 19 (1), 49-52.
- Conte, F. (2001). A psicoterapia analítico funcional e um sonho de criança. In H. J. Guilhaardi, M. Madi, P. Queiroz & M. Scoz (Orgs.), *Sobre comportamento e cognição* (Vol. 6, pp.204-210). Santo André: ESETec Editores Associados.
- Delitti, M. (1993). O uso de encobertos na terapia comportamental. *Temas em Psicologia*, 1 (2), 41-46.

- Delitti, M. (1999). Relato dos sonhos: como utiliza-los na prática da terapia comportamental. In R. C. Wielenska (Org.), *Sobre comportamento e cognição* (Vol. 6, pp.195-210). Santo André: ESETec Editores Associados.
- Domhoff, G. W. (2003). *The scientific investigation of dreams: neural networks, cognitive development, and content analysis*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Freud, S. (1996). A Interpretação dos sonhos. In *Edição standard das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 5, pp.39-363). Rio de Janeiro: Imago. (Publicado originalmente em 1900).
- Freud, S. (1996). Além do Princípio do Prazer. In *Edição standard das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 18, pp.17-75). Rio do Janeiro: Imago. (Publicado originalmente em 1920).
- Freeman, A., & Bayll, S. (1992). The use of dreams and the dream metaphor in cognitive behaviour therapy. *Psychotherapy in Private Practice*, 10 (2), 173-192.
- Guilhardi, H. J. (1994). Um modelo comportamental de análise dos sonhos. In B. Rangé (Org.), *Psicoterapia comportamental e cognitiva* (pp.257-256). Campinas: Editora Psy.
- Jung, C. G. (1975). *Homem à descoberta da sua alma. Livro III: os sonhos*. Porto: Tavares Martins. (Originalmente publicado em 1943).
- Vandenberghe, L. (2004). Interpretar sonhos na terapia comportamental. In C. E. Costa, J. C. Luzia & H. H. N. Sant'Anna (Orgs.), *Primeiros passos em análise do comportamento e cognição* (pp.105-110). Santo André: ESETec Editores Associados.

Recebido em: 27/7/2006

Versão final reapresentada em: 16/10/2006

Aprovado em: 24/11/2006

Uma integração teórica entre psicossomática, stress e doenças crônicas de pele¹

Psychosomatic, stress and chronic skin problems theoretical integration

Juliana Dors Tigre da SILVA²

Marisa Campio MÜLLER²

Resumo

Observa-se, na área da saúde em geral, a existência de muitas doenças crônicas que exigem tratamentos contínuos que sobrecarregam o Sistema Único de Saúde com consultas recorrentes e custos elevados de medicamentos. Emerge a necessidade da busca por um entendimento complementar do melhor manejo do desequilíbrio físico e mental crônico. Aponta-se neste artigo a contribuição da abordagem da medicina psicossomática, que possui um entendimento abrangente do fenômeno do processo saúde e doença, considerando o ser humano integral, nas dimensões biopsicossocial, e buscando complemento para sua prática na atividade interdisciplinar. Este artigo pretende reunir informações dessa abordagem, da teoria do stress e das pesquisas realizadas na área de dermatologia, que consideram os aspectos psicossociais que influenciam na doença de pele. O intuito é integrar essas informações para que se possa pensar em diferentes possibilidades de tratamentos que contribuam para uma melhor qualidade de vida dos portadores de doenças crônicas de pele, em especial a psoríase.

Unitermos: medicina psicossomática; psoríase; qualidade de vida; stress.

Abstract

Nowadays it is observed in the health area, the existence of many chronic illnesses that demand continuous treatments, that overload health public system with recurrent consultations and high medicine costs. In this context, the necessity of complementary and deeper understanding about the physical and mental chronic unbalance best handling emerges. It is important to point out, the psychosomatic medicine approach has considerably contributed to this advance. This approach includes a huge understanding about health and illness phenomenons, considering the human being in its completeness biopsychosocial dimensions, and also it looks up health professionals' interdisciplinary activity. This paper aim is to gather some psychosomatic approach information towards stress theory and the researches carried in the dermatology field that consider the psychosocial aspects influence in the skin illness process. Furthermore it is important to integrate this information, so that different treatment possibilities can be thought and discussed in order to contribute for chronic skin illnesses patients' life quality.

Uniterms: psychosomatic medicine; psoriasis; life quality; stress.

▼▼▼▼▼

¹ Artigo elaborado a partir da dissertação de J.D.T. SILVA, intitulada: "Estratégias de coping, níveis de stress e qualidade de vida em pacientes portadores de psoríase". Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, 2005. Pesquisa financiada pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior.

² Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Faculdade de Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Av. Ipiranga, n. 6681, 90619-900, Porto Alegre, RS, Brasil. Correspondência para/Correspondence to: J.D.T. SILVA. E-mail: <julianadts@terra.com.br>.

Observa-se na área da saúde em geral a existência de inúmeras doenças crônicas que exigem tratamentos contínuos que, conseqüentemente, sobrecarregam o Sistema Público de Saúde (SUS) com consultas recorrentes e custos elevados de medicamentos para controle. Esse esforço para sanar o desequilíbrio físico, muitas vezes, apenas atenua o sofrimento do paciente, que enfrenta inúmeras dificuldades e insatisfações na convivência com uma doença crônica.

Nesse contexto surge a necessidade de buscar um entendimento complementar e mais profundo do melhor manejo do desequilíbrio físico e mental crônico. A possibilidade da compreensão mais ampla do ser que adoecer pode surgir de um esgotamento dos tratamentos tradicionais ou de uma consciência mais abrangente dos profissionais de saúde. Assim, a pessoa pode passar a ser vista não só como um corpo físico, mas também constituída de outras dimensões, como a psíquica, social, econômica e cultural, as quais estão interconectadas e podem igualmente afetar o equilíbrio do estado de saúde e doença.

Aponta-se aqui, como contribuição para essa compreensão, a abordagem da medicina psicossomática. Essa abordagem atualmente possui um entendimento abrangente do fenômeno do processo saúde e doença, considerando o ser humano na sua integralidade, nas suas dimensões biopsicossociais. Além disso, busca complemento para sua prática na atividade interdisciplinar dos profissionais da saúde.

Este artigo pretende reunir algumas informações sobre a abordagem psicossomática, a teoria do *stress* e as pesquisas realizadas na área de dermatologia que consideram os aspectos psicossociais influentes na doença de pele. O intuito é integrar esses conhecimentos a fim de pensar em diferentes possibilidades de tratamentos que contribuam para uma melhor qualidade de vida dos portadores de doenças crônicas de pele.

A abordagem psicossomática

O conceito atual de 'psicossomática', de acordo com Lipowiski (1984), tem a intenção de abarcar uma visão de integralidade do homem, ou seja, sua totalidade, um complexo mente-corpo em interação com um contexto social. Aborda a inseparabilidade e a interde-

pendência dos aspectos psicológicos e biológicos da humanidade.

O termo 'psicossomática' foi utilizado pela primeira vez por um psiquiatra alemão chamado Heinroth, em 1808, quando realizou seus estudos sobre insônia; mais tarde, em 1823, ele introduziu o termo 'somato-psíquico' para abordar a influência dos fatores orgânicos que afetam os emocionais. Já o termo 'medicina psicossomática' foi apresentado por Felix Deutsch, em 1922 e desenvolvido de forma mais consistente por Helen Dunbar, em seu livro "Mudanças emocionais e biológicas: uma pesquisa da literatura sobre inter-relações psicossomáticas: 1919-1933". Essa última autora já apontava em seus trabalhos que o termo 'psicossomática' não seria adequado por não conseguir compreender a unidade mente e corpo, porém tal expressão acabou sendo consagrada cientificamente por falta de outra melhor e, conseqüentemente, caiu em domínio público (Ramos, 1994).

Mello Filho (2002) também comentou que o termo 'medicina psicossomática' não abrange a totalidade dos fenômenos que influenciam a saúde do homem, como os sociais e culturais, e sugeriu, baseado nas idéias de Perestrelo (1974), que o termo mais completo poderia ser medicina 'psicossociossomática'; porém, como o termo original já está definitivamente implantado, ele permanece mesmo sendo incompleto.

O mesmo autor comentou que, atualmente, a visão psicossomática já conquistou um espaço importante entre as práticas médicas, tendo como prova disso a atual definição de saúde da Organização Mundial da Saúde (OMS): "*saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental, social e não apenas a ausência de doença*". Apesar de ser alvo de críticas, esse conceito consegue ser mais próximo de uma visão de homem integral, pois considera as influências biopsicossociais.

Corroborando com esse pensamento, e indo além dele, destaca-se a Teoria da Complexidade de Morin (2002), que afirmou que o homem está em relação com seu ecossistema, sofre suas influências e o influencia. Assim é necessário respeitar a singularidade do homem no seu ecossistema complexo, levando em conta simultaneamente seus processos biológicos, psicológicos, sociológicos e culturais (Morin 2002; Pena-Vega & Nascimento, 1999).

Vasconcellos (1998) ressaltou ainda que os segmentos mais avançados desse movimento da abordagem psicossomática exigem que o bem-estar não seja apenas biopsicossocial, como aponta a OMS, mas sim que abranja também as dimensões espiritual e ecológica. Para que esses conceitos sejam acolhidos, o autor considerou importante a necessidade de uma flexibilidade paradigmática, que exige arcabouços metodológicos ainda não existentes. No entanto enfatizou a influência dessas cinco dimensões (bio, psico, social, espiritual e ecológica) no equilíbrio homeostático do organismo, salientando que lentamente o conceito biopsicossocial está se transformando em um conceito biopsicossocioespiritual-ecológico. Assim a saúde e a doença sofrem constantemente a influência dessas dimensões, não tendo uma única etiologia e possuindo uma dinâmica diversa.

A medicina psicossomática é apontada como vanguarda do pensar e do fazer na área da saúde. No entanto é importante relembrar que essa abordagem possui 2.500 anos de construção, tendo seus primórdios no surgimento da medicina com os aforismos de Hipócrates (séc. VI a.C.), considerado o pai da medicina. Ele definiu o homem como um sistema integrado constando de corpo, alma (psiquismo) e ambiente, portanto estruturou seus pensamentos sobre essa base (Riechelmann, 2000).

Volich (2000) também apontou a psicossomática como herdeira do pensamento antigo que considera a unidade corpo-alma. afirmou que sua busca está embasada na visão integrada de homem, perseguindo a compreensão da existência humana, da saúde e da doença através das manifestações da unidade do sujeito e estruturando ações terapêuticas sobre esse enfoque.

O mesmo autor lembrou que, ao retornar à época em que o corpo de conhecimentos da medicina moderna começou a ser constituído, encontra-se a concepção de Hipócrates que tem como pressuposto não analisar o corpo separado da alma, considerando que a psique exerce função reguladora no todo: *"O corpo humano é um todo cujas partes se interpenetram. Ele possui um elemento interno de coesão, a alma; ela cresce e diminui, renasce a cada instante até a morte. É uma grande parte orgânica do ser"* (Volich 2000, p.23).

De acordo com Mello Filho (1992), o corpo de teoria da psicossomática moderna, ao longo do tempo,

desenvolveu-se em três fases. A primeira foi estimulada pela psicanálise com o enfoque dos estudos sobre a gênese inconsciente das enfermidades, teorias da regressão e sobre os benefícios secundários do adoecer entre outros. A segunda é a fase intermediária, behaviorista, que se concentrou em pesquisas em homens e animais, tendo como auxiliar para sua interpretação as ciências exatas, havendo um grande avanço nos estudos sobre *stress*. Já a terceira fase, atual, chamada de multidisciplinar ou interdisciplinar, destaca a importância da dimensão social e suas interconexões com a visão psicossomática, necessariamente possuindo uma interação entre os diferentes profissionais de saúde.

Uma importante contribuição para o avanço dos estudos sobre a interação mente-corpo foi dada por Hans Selye, com o desenvolvimento de suas idéias sobre a Síndrome Geral de Adaptação ou Síndrome do Stress. Segundo o autor, em toda doença há um elemento de adaptação, e a enfermidade é esse esforço defensivo e adaptativo do corpo que varia entre uma excessiva defesa ou excessiva submissão e que envolve tanto o biológico quanto o psíquico. A idéia principal dessa teoria, que contribuiu para a abordagem psicossomática, é de como o corpo se transforma sob o efeito do stress (Selye, 1956; Ramos, 1994).

Como conseqüência da teoria do stress, pesquisas na área da psiconeuroimunologia vêm ampliando os conhecimentos sobre a interação dos efeitos do *stress* sobre o corpo. Tal ciência, desenvolvida nos EUA por Robert Ader, há 20 anos, busca estudar, dentro do paradigma de integração, a relação existente entre os sistemas psíquico, neurológico, imunológico e, mais recentemente, endócrino. Primordialmente, essa área de conhecimento desenvolveu-se seguindo os caminhos clássicos da medicina comportamental; porém, atualmente no Brasil, está sendo ampliada com pesquisas que buscam o desenvolvimento conceitual da psiconeuroimunologia sob o paradigma da integração (Vasconcellos, 1998).

Para um entendimento mais aprofundado de como o *stress* pode influenciar nas doenças físicas, alguns conceitos precisam ser aprofundados. Tais conceitos servem também como um dos alicerces para o entendimento da abordagem psicossomática, que tem como cerne a interação entre o biológico, o psíquico e o social, e que, por sua vez, na proposta apresentada

aqui, pode contribuir para um entendimento complementar da doença crônica de pele.

Contribuições da teoria do *stress*

Em inúmeros contextos da sociedade atual, o termo *stress* é bastante conhecido e utilizado. Na maioria das vezes, é empregado carregado de sentido negativo, pois é o causador ou a conseqüência de vários problemas para as pessoas. No entanto originalmente o conceito de *stress* contém os dois sentidos, positivo e negativo. Observa-se que o *stress* é um dos principais fatores que contribui para a baixa qualidade de vida da sociedade, por isso tem sido dedicada atenção especial para esse tópico tanto em programas de tratamento quanto de prevenção em saúde.

É necessário destacar que a qualidade de vida de uma pessoa está baseada, entre diversos aspectos, na maneira como o indivíduo flexibiliza suas atitudes frente às situações estressantes da vida e em como as conduz a fim de alcançar um melhor relacionamento consigo e com os outros. Discernir o sistema de crenças negativas, no que consistem, como atuam na sua vida e, particularmente, como podem estar alterando sua harmonia, é passo fundamental para a melhora do ser como um todo, assim como a identificação das suas potencialidades positivas para a reintegração da sua saúde (Petrone, 1994).

Fleck, Leal, Louzada, Xavier e Chachamovich (1999) conceituaram qualidade de vida como a percepção dos indivíduos ou grupos em satisfazer suas necessidades, aproveitando as oportunidades para alcançar um estado de felicidade e realização pessoal. É a percepção do indivíduo: de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais ele vive, e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações.

Em busca da conquista de qualidade de vida, o ser humano depara-se com inúmeras condições que se tornam obstáculos como as situações que causam *stress*. O termo 'stress' foi utilizado primeiramente por Hans Selye em 1936, quando conceituou a Síndrome Geral de Adaptação ou Síndrome do Stress. O autor utilizou esse termo para denominar o "conjunto de reações que um organismo desenvolve ao ser submetido a uma situação que exige esforço de adaptação." Descreveu

também que o "stress é usualmente o resultado da luta para a autopreservação (homeostase) das partes dentro do todo." De acordo com Selye, há um grupo de doenças de adaptação geradas por reações exageradas, ou de defesa ou de submissão, do organismo (Selye, 1956, p.253).

É possível ter uma visão tanto positiva quanto negativa do *stress*, ou seja, por um lado ele pode ser o estímulo para buscar novas conquistas e, por outro, o resultado de um esforço exagerado que leva ao adoecimento. Naturalmente, as respostas ao *stress* mobilizam o organismo a encontrar recursos para enfrentar as situações que lhe exigem adaptação. A maneira como esses esforços são direcionados e a identificação das suas conseqüências é que ajudam a ter êxito ou não com a saúde (Andrews, 2003)

O fenômeno do *stress* é desencadeado, como referiu Selye, por um estímulo estressor ou estressor, e a resposta do indivíduo diante do estímulo chama-se processo de *stress*. Se a reação do indivíduo causar conseqüências negativas, trata-se, então, de *distress*; por outro lado, quando há uma reação saudável ao estímulo dá-se o nome de *eutress*. Sendo assim, é possível considerar o fenômeno como processo ou como estado. O processo refere-se à tensão desencadeada por uma situação de desafio, ameaça ou conquista. O estado é o resultado positivo (*eutress*) ou negativo (*distress*) do esforço gerado pela tensão mobilizada pela pessoa (França & Rodrigues, 2002).

Conforme Lipp (1996), a origem do *stress* pode ser tanto externa quanto interna. A autora afirmou que os fatores relacionados à origem externa são representados por situações cotidianas ou por pessoas com as quais se lida rotineiramente, ou seja, perdas ocasionais, acidentes, trabalho em excesso, família em conflito, entre outros. Os fatores internos correspondem à maneira como se imagina e interpreta uma situação, sendo essa perigosa ou ameaçadora. O organismo se coloca em situação de alerta sempre que necessário, provocando uma série de modificações fisiológicas nesses momentos (Lipp, 1996; Lipp & Tanganelli, 2002).

Selye (1956) considerou três fases no desenvolvimento do *stress*: a de alerta, a de resistência e a de exaustão, podendo identificar através dessas fases a gradação da seriedade do nível de *stress* em que a pessoa

se encontra. A fase de alerta é considerada a etapa na qual a pessoa tem uma descarga de adrenalina preparatória para a adaptação e consegue ter êxito na situação, alcançando uma sensação de plenitude; logo, é uma fase positiva do *stress*. Na fase de resistência, a pessoa continua tentando lidar, de forma automática, com os estressores, buscando manter a sua homeostase interna; se esses estressores persistirem em frequência ou intensidade, e não acontecer sua interrupção ou existirem dificuldades de adaptação através de estratégias de enfrentamento, pode ocorrer uma quebra da resistência da pessoa. Como consequência disso, a fase seguinte é a de exaustão, na qual os órgãos com maior fragilidade genética são mais facilmente atingidos por distúrbios, podendo, por meio desse processo, surgir doenças graves.

Lipp (2000), através da construção do Inventário de Sintomas de Stress, identificou uma quarta fase que está entre a fase de resistência e a fase de exaustão. A fase de quase exaustão ocorre quando a pessoa está enfraquecida, não conseguindo mais se adaptar ou resistir ao estressor. Como consequência as doenças podem surgir em um nível mais leve que na fase de exaustão.

O *stress* e suas consequências para a vida das pessoas, tanto positivas quanto negativas, devem ser analisados em um contexto multicausal, assim como todo processo de adoecimento. Quando o estressor causa problemas significativos na vida da pessoa, as diferenças individuais referentes à vulnerabilidade orgânica e à forma de avaliar e enfrentar a situação inadequadamente contribuem para seu desequilíbrio. As diferenças individuais pesam bastante na determinação das consequências do processo estressante que, ao mesmo tempo, sofre influências socioculturais. A combinação das dimensões individuais e coletivas possibilita um entendimento mais completo desse fenômeno (França & Rodrigues, 2002).

Para identificar a maneira como cada indivíduo enfrenta e avalia o estímulo estressante é fundamental conhecer o que lhe estressa, que significado atribui para esse aspecto, e em que intensidade sente que isso afeta sua vida. Também é preciso saber que tipos de estratégias utiliza para lidar com a situação que julga ser uma ameaça para si, ou seja, de que maneira administra os fatores que interferem na sua homeostase.

Folkman e Lazarus (1984) denominaram de *estratégias de coping* todos os esforços cognitivos e comportamentais que a pessoa utiliza para enfrentar a situação de *stress* que excede seus recursos pessoais, elegendo, assim, estratégias específicas para lidar com a condição estabelecida. Qualquer esforço de controle produzido pelo indivíduo que possua o intuito de diminuir o desconforto ou dominar alguma instabilidade, sem, no entanto, considerar as consequências disso, é definido por esses autores como *estratégia* ou *processo de coping*.

Os mesmos autores afirmaram também que a maneira como o fato for encarado, e manejado pela pessoa, influenciará mais no seu desgaste do que propriamente a intensidade dele. As diferentes maneiras de lidar com as situações estressantes, que são ações deliberadas aprendidas, usadas e/ou descartadas, podem acionar padrões de comportamento que se repetem ao longo da vida do indivíduo, o que necessariamente não é consciente para ele. Essa reação de mobilização de recursos naturais tem o objetivo de manter o equilíbrio do organismo, diminuindo a resposta de *distress*. O foco, para esses autores, é o que a pessoa faz e pensa diante da situação estressante, e não o que ela faria. Além desse detalhe, consideraram que as estratégias estão inseridas em um contexto e por isso não podem ser generalizadas (Folkman & Lazarus, 1980).

Esse modelo de compreensão divide o *coping* em duas categorias funcionais: o *coping* focalizado no problema e o *coping* focalizado na emoção. A primeira categoria, *coping* focalizado no problema, constitui um esforço para mudar a situação geradora de *stress*, alterando o problema existente na relação da pessoa com o ambiente gerador de tensão. Essa ação pode ser direcionada para uma fonte externa de *stress*, o que inclui estratégias como negociação ou pedido de ajuda a outras pessoas para resolver o problema. Já a ação direcionada para o manejo interno geralmente inclui reestruturação cognitiva com relação à redefinição do elemento estressor.

A segunda categoria, *coping* focalizado na emoção, tem intenção de regular o estado emocional que é associado ao *stress* ou pode ser resultado desses eventos estressantes. O objetivo desse esforço de *coping* é alterar o estado emocional e diminuir a sensação física

desagradável desse estado, podendo ser direcionado a um nível somático e/ou a um nível de sentimentos. Como exemplo de estratégias dirigidas a um nível somático de tensão emocional, ressalta-se tomar remédios para o alívio de tensão, fumar, fazer exercícios e assistir algum programa de TV para distração (Antoniazzi, Dell'Aglio & Bandeira, 1998).

Outro modelo de entendimento divide as estratégias em formas ativas (ou de aproximação) e em formas de evitação. A primeira se refere àqueles esforços cognitivos ou condutuais para manejar diretamente o evento estressante. A segunda forma, evitativa, consiste em não confrontar com o problema, ou na redução da tensão através de condutas de fuga (Moos, 1998).

Nas diferentes situações da vida, a doença física pode ter um impacto considerável no equilíbrio homeostático do indivíduo, despertando diferentes reações e processos adaptativos. Salientam-se, para o desenvolvimento deste artigo, as doenças de pele crônicas, principalmente a psoríase, como um foco causador de *stress*, também tendo esse como fator importante no seu desencadeamento e agravamento.

Stress e aspectos psicossociais nas doenças crônicas de pele

A sociedade atual possui padrões de estética e beleza bem delimitados, e a maioria das pessoas esforça-se, de certo modo, para alcançá-los. No caso dos pacientes com problemas dermatológicos, o sentimento de inadequação e o estigma vivenciado são evidentes diante de tais exigências externas de "normalidade" estética. A sensação de discriminação quanto à aparência física acompanha o portador constantemente, provocando grande insatisfação consigo mesmo. O processo de adaptação à doença de pele pode tornar-se, dessa maneira, um foco causador de *stress*, assim como também pode ser consequência do enfrentamento de fatores estressantes.

Montagu (1988), um dos principais pensadores sobre o assunto, afirmou que, num primeiro momento, é possível refletir por que colocar o foco de atenção na pele e por que ainda existem tão poucos estudos em relação a ela quando comparados ao câncer, por exemplo. Na realidade a pele pode, muitas vezes, passar

despercebida. Durante muitos anos, esse órgão não teve a atenção merecida, e só a partir da década de 1940 o assunto passou a ser estudado com mais profundidade. No entanto a pele está mais evidente no dia-a-dia do que na maioria das vezes é possível perceber.

De acordo com o mesmo autor, a pele é um órgão de comunicação e percepção visível. Ela é o maior órgão de percepção no momento do nascimento, tornando-se o meio para o contato físico e para a transmissão de sensações físicas e emoções. As ligações existentes com o sistema nervoso tornam a pele altamente sensível às emoções, independente da consciência. A pele expressa os sentimentos, mesmo quando não se está ciente deles, e ajuda a aprender e conhecer mais sobre o ambiente. É possível identificar a pele como um sistema nervoso externo que se mantém em conexão com o sistema nervoso interno (SNC), uma vez que o sistema nervoso é uma parte escondida da pele e ambos são formados pela ectoderme, que envolve todo o corpo embrionário.

O processo de desenvolvimento da identidade passa também pelo reconhecimento do externo, e a pele, nesse ponto, desempenha um papel fundamental, pois uma das suas funções é representar o indivíduo como ser único. O descontentamento pessoal em não cumprir as exigências externas se reflete também em dificuldades nos relacionamentos interpessoais (Mingnorange, Loureiro & Okino, 2002).

Para Azambuja (2000), a partir do novo entendimento da doença proposto pela psicossomática e pela psiconeuroimunologia, a pele passa a dizer muito mais do que se está habituado a entender sobre ela, pois se acredita haver outros aspectos, muitas vezes não visíveis, que exercem grande influência. Considerada um órgão de extensão do sistema nervoso e um órgão imunitário, assim como representante da auto-imagem do indivíduo, a pele também passa a ser expressão de sua consciência.

A intensidade do impacto das doenças de pele depende de algumas variáveis, como a história natural e as implicações da desordem específica de pele. As características demográficas, de personalidade, caráter e valores do paciente, sua situação de vida e as atitudes da sociedade como um todo sobre o significado dos distúrbios de pele são fatores fundamentais a serem analisados (Ginsburg & Link, 1993).

É de conhecimento público que o *stress*, físico ou emocional, tem repercussões em inúmeras dermatoses, que são também geradoras de *stress*. O prurido, conseqüência de diversas dermatoses, sofre ampla variação de intensidade, tendo como forte fator contribuinte o *stress*. Entre as doenças de pele citadas na literatura que demonstram a influência do *stress*, também chamadas de psicodermatoses, estão a dermatite atópica, a desidrose, o líquen simples crônico ou neurodermite, a dermatite seborréica, a psoríase, a acne vulgar, a rosácea, a alopecia areata, a hiperidrose, a urticária, o herpes simples e o vitiligo (Amorin-Gaudêncio, Roustan & Sirgo, 2004; Koo, Do & Lee, 2000; Steiner & Perfeito, 2003).

O *stress* envolvido no enfrentamento da doença de pele é uma evidência inequívoca de que os fatores emocionais são determinantes no aparecimento e agravamento da doença. O *stress* também influencia diretamente no processo inflamatório e proliferativo das células na psoríase. Programas especiais de cuidado ao paciente, que envolvem não só prescrição de medicamentos, mas também atenção às contribuições da sincronia da fisiologia entre mente e corpo, estão começando a ser desenvolvidos. Especial atenção está sendo dada, nesses programas, a uma completa avaliação física e psicológica para melhor elucidar os fatores implícitos, fatores físicos e mentais estressantes. Além disso, destacam-se também o estilo de vida e as práticas dos pacientes, a educação do paciente em grupos de auto-ajuda e treinamento de relaxamento do *stress* (Kimyai-Asadi & Usman, 2001; Raychaudhuri & Faber, 2000; Tausk & Nousari, 2001).

O processo de conscientização do indivíduo sobre o que o leva a adoecer no plano físico, psicológico e social pode proporcionar a mudança dos aspectos negativos que contribuem para esse estado de desarmonia. A descoberta dos fatores estressantes que influenciam na doença é fundamental para que ocorram mudanças que também se referem à conscientização de padrões de comportamento prejudiciais à pessoa, tanto físicos como emocionais, e de crenças arraigadas que podem levar, ao longo dos anos, a um desgaste importante da qualidade de vida.

Dentre os vários fatores que provocam o aparecimento das dermatoses, o aspecto emocional é citado na bibliografia em geral como um fator importante que

influencia tanto o surgimento como o agravamento da lesão. Destaca-se a psoríase, uma das dermatoses crônicas mais pesquisadas, que está classificada no grupo das psicodermatoses, sendo o fator emocional identificado como agravante da doença. Além disso, a estigmatização e o tratamento difícil dessa dermatose contribuem para um alto nível de frustração e baixa auto-estima do paciente (Amorin-Gaudêncio et al., 2004; Azulay & Azulay, 1997; Fitzpatrick, Johnson, Woff, Polano & Suurmond 1997; Sampaio & Rivitti, 1999).

A psoríase é uma doença crônica de pele que afeta igualmente homens e mulheres em cerca de 1 a 3% da população mundial e, geralmente, ocorre na segunda ou terceira década de vida. Os picos de incidência acontecem precocemente dos 16 aos 22 anos, tardiamente dos 57 aos 60 anos, e em 15% dos casos atinge crianças até os dez anos (Fitzpatrick et al., 1997).

A causa da psoríase é multifatorial de herança poligênica, tendo os fatores ambientais como determinantes para sua expressão. Emerge da interação entre base genética, fatores ambientais e psicológicos. O ciclo evolutivo das células epidérmicas é mais rápido na psoríase do que na pele normal; tais células, por serem imaturas, provocam intensa produção de escamas (paraceratose). A velocidade de trânsito das células na psoríase é de cinco dias, enquanto na pele normal é de treze dias (Azulay & Azulay, 1997; Sampaio & Rivitti, 1999).

Entre as publicações internacionais sobre o tema, encontra-se destacada a importância do uso de um instrumento genérico para avaliar o estado de saúde, como o *Short-form Health Survey* (SF-36). Ele pode ser útil na avaliação de qualquer doença, possibilitando comparações posteriores. Estudos realizados com o *Sickness Impact Profile*, questionário que avalia o impacto das doenças na qualidade de vida das pessoas, ressaltam a influência negativa da psoríase na mesma magnitude que a angina e a hipertensão ou qualquer outra doença considerada hoje de grande impacto. Os prejuízos que o paciente sofre em sua vida são suficientes para confirmarem a necessidade de prioridade também para as doenças dermatológicas (Finlay, 2001).

Fatores psicossociais podem contribuir para a exacerbação da psoríase em 40 a 80% dos casos (Haynal, Pasini & Archinard 2001), mas é sobretudo o prejuízo na qualidade de vida dos pacientes que deve ser sublinhado e atrair a atenção do médico. Como destacaram os

pesquisadores, a psoríase pode afetar por muito tempo a vida profissional, social e privada do indivíduo (Fortune et al., 2003).

O efeito da psoríase no cotidiano dos pacientes está sendo verificado, no exterior assim como no Brasil, mediante instrumentos de qualidade de vida. Um recente estudo realizado na Universidade de São Paulo teve por objetivo avaliar, mediante o inventário *Psoriasis Disability Index* e entrevista, o impacto da psoríase vulgar no cotidiano de 50 pacientes. Verificou-se que 62% da amostra referiram insatisfação quanto à aparência física. A adaptação psicossocial, também avaliada, mostrou que 56% relataram a influência da doença nos relacionamentos cotidianos e 50% no lazer (Mingnorange et al., 2002).

Já em pesquisa realizada na Inglaterra, estudiosos avaliaram o impacto da psoríase na qualidade de vida de 369 pacientes e constaram que, de 150 pessoas empregadas, 59,3% referiram ter perdido em média 26 dias de trabalho no ano corrente por causa da doença. Das 180 que não estavam trabalhando, 33,9% atribuíram não estar trabalhando por causa da psoríase. De 362 indivíduos, 49,0% confirmaram que estariam preparados para despendar duas a três horas do seu dia para tratamento que resultasse em uma pele normal para o resto de suas vidas. Quase toda a amostra (98,9%) afirmou que preferia obter a cura completa da doença ao invés de receberem £1.000 à vista, bem como 71,0% estariam preparados para pagar £1.000 ou mais por sua cura e 38,0% pagariam £10.000 (Finlay & Coles, 1995).

Em outro estudo realizado sobre psoríase e qualidade de vida, foram entrevistados 877 pacientes. Os pesquisadores destacaram em seus resultados que o impacto da doença parece diminuir com a idade crescente. Constataram também que os pacientes que estavam realizando o tratamento com fototerapia UVB (ultravioleta B) apresentaram pior qualidade de vida do que os pacientes que receberam tratamento com PUVA (fototerapia com ultravioleta A e psoraleno) ou *methotrexate* (McKenna & Stern, 1997).

Um estudo desenvolvido com 120 pacientes atendidos na clínica de dermatologia do Izmir Ataturk Training Hospital, na Turquia, mostra que a depressão também está freqüentemente associada à doença, influenciando diretamente o desenvolvimento do tratamento. O objetivo do estudo foi investigar a

freqüência de sintomas depressivos em pacientes com psoríase vulgar e líquen e avaliar a relação entre os escores da Escala de Beck para depressão e os escores do *Psoriasis Area and Severity Index* (PASI) em sujeitos com psoríase vulgar. O estudo envolveu 50 pacientes com psoríase vulgar, 30 pacientes com líquen e 40 pessoas saudáveis como grupo-controle. A importância dos sintomas depressivos nessas duas doenças dermatológicas comuns foi confirmada, e aponta para a necessidade de reconhecimento dessa associação que afeta o percurso e a resposta ao tratamento (Akay, Pekcanlar, Bozdog, Altintas & Karamant, 2002).

O vitiligo, outra psicodermatose que também é foco de pesquisas, é uma afecção de pele caracterizada pela perda parcial ou completa dos melanócitos produtores de pigmento situados na epiderme. De acordo com Fitzpatrick et al. (1997), a incidência do vitiligo na população mundial é de 1%, afetando todas as raças e tanto o sexo feminino quanto o masculino. Conforme o mesmo autor, embora possa iniciar em qualquer idade, em 50% dos casos o vitiligo inicia entre 10 e 30 anos de idade. As lesões apresentam-se de forma plana, bem demarcadas e assintomáticas de perda de pigmento. A distribuição das manchas pela pele varia, sendo mais comum as áreas do punho, as axilas, e as regiões perioral, periorbitária e anogenital. Seu tamanho também muda de poucos a muitos centímetros.

Lopez, Fajardo e Lera (1995) realizaram um estudo que buscou identificar as características dos enfermos de vitiligo, e constataram que, em 77% da amostra, a doença apareceu após eventos estressantes significativos para o paciente em um período não maior que um ano. Os resultados apontaram também que, quanto maior a área corporal afetada pela despigmentação, maior era o nível de *stress*, depressão e tensão emocional.

Considerando o impacto que o vitiligo também pode causar na vida do portador, Kent e Al'Abadie (1996) entrevistaram 614 pacientes, dos quais 59% responderam que o vitiligo tinha afetado suas vidas durante as últimas três semanas. Entre as respostas mais comuns relatadas pelos sujeitos estão: o uso de camuflagem para esconder as manchas, a evitação de atividades, a percepção da reação negativa por parte dos outros e o sentimento de vergonha.

De acordo com Müller (2001) o vitiligo é uma das psicodermatoses menos pesquisadas. A autora destacou que a constatação do *stress* emocional como um dos motivos desencadeantes do vitiligo é um dos aspectos a ser ressaltado entre os resultados dos estudos realizados. Enfatiza também que quase 50% das pesquisas apontam o surgimento do vitiligo após um momento de *stress*; o percentual poderia ser maior se esse aspecto tivesse sido investigado em todas as pesquisas.

A dermatite atópica é outra doença crônica que está entre algumas pesquisas da área, trazendo também prejuízos importantes para seu portador. Geralmente com início precoce, no primeiro ano de vida, causa lesões por todo o corpo acompanhadas de muita coceira. Geralmente afeta indivíduos com história familiar de asma, rinite alérgica ou dermatite atópica. O manejo da doença envolve todo sistema familiar que, na maioria das vezes, nota o *stress* como um aspecto importante que influencia no agravamento da coceira e, conseqüentemente, das lesões. A identificação das situações que geram *stress* para o portador e sua família é essencial para um melhor manejo e convivência com a doença (Haynal et al., 2001).

Considerações Finais

O movimento à procura de outros recursos que possam ajudar o paciente a diminuir o desconforto da doença crônica de pele, e até mesmo restabelecer o seu estado original de saúde, pode encaminhar a diferentes possibilidades de tratamento. Os aspectos psicossociais envolvidos em qualquer estado de desequilíbrio orgânico necessitam ser incluídos no tratamento, além dos aspectos físicos. Dentre as possibilidades que podem contribuir para a complementação da abordagem desses pacientes está o processo psicoterapêutico que permite oferecer uma visão mais abrangente do processo de saúde e doença. A expressão concreta do corpo, doença física, pode tornar-se um estímulo para a busca de entendimento e de um sentido para tal estado. Com esse enfoque ampliam-se as possibilidades de tratamento oferecidas até então no sistema convencional de saúde (Fitzsche et al., 2001; Müller, 2001; Müller, Silva & Haag, 2001).

A importância de um atendimento mais abrangente, interdisciplinar para os pacientes que desenvolveram uma doença crônica, em especial as psicodermatoses, destaca-se como essencial para a promoção de saúde dentro de um modelo integrativo. A visão global de um ser humano exige que diferentes abordagens adaptem-se para produzir um entendimento mais completo da dinâmica interna e externa do paciente, que necessita não de intervenções isoladas e fragmentadas, mas sim de diferentes ações voltadas para um mesmo objetivo: a busca por um estado de saúde integral dentro das possibilidades individuais e coletivas.

Referências

- Akay, A., Pekcanlar, A., Bozdog, K. E., Altintas, L., & Karamant, A. (2002). Assessment of depression in subjects with psoriasis vulgaris and lichen planus. *European Academy of Dermatology and Venereology*, 16 (1), 347-352.
- Amorin-Gaudêncio, C., Roustan, G., & Sirgo A. (2004). Evaluation of anxiety in chronic dermatoses: Differences between sexes. *Interamerican Journal of Psychology*, 38 (1), 105-114.
- Andrews, S. (2003). *Stress a seu favor*. São Paulo: Ágora.
- Antoniazzi, A., Dell'Aglio, D., & Bandeira, D. (1998). O conceito de *coping*: uma revisão teórica. *Estudos de Psicologia* (Natal), 3 (2), 273-294.
- Azambuja, R. (2000). Dermatologia integrativa: a pele em novo contexto. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, 75 (4), 393-420.
- Azulay, R. D., & Azulay, D. R. (1997). *Dermatologia* (pp.295-298). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Finlay, A., & Coles, E. (1995). The effect of severe psoriasis on the quality of life of 369 patients. *British Journal of Dermatology*, 132 (1), 236-244.
- Finlay, A. (2001). Psoriasis from the patient's point of view. *Archives of Dermatology*, 137 (3), 1-4.
- Fitzpatrick, T., Johnson, R., Woff, K., Polano, M., & Suurmond, D. (1997). *Dermatology* (3rd ed.). New York: McGraw-Hill.
- Fleck, M. P. A., Leal, O., Louzada, S., Xavier, M., & Chachamovich, E. (1999). Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100). *Revista ABP/APAL*, 21 (1), 19-28.
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1980). An analysis of coping in a middle-aged community sample. *Journal of Health and Social Behavior*, 21 (1), 219-239.
- Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1984). *Stress appraisal and coping*. New York: Springer.
- Fortune D., Richards H., Kirby B., McElhone K., Markham T., & Rogers S. (2003). Psychological distress impairs clearance

- of psoriasis in patients treated with photochemotherapy. *Archives of Dermatology*, 139 (6), 752-756.
- França, A. C. L., & Rodrigues, A. L. (2002). *Stress e trabalho: uma abordagem psicossomática*. São Paulo: Atlas.
- Frtzsche K., Ott J., Zschocke I., Scheib P., Burger T., & Augustin M. (2001). Psychosomatics Liaison Service in Dermatology. *Dermatology*, 203 (1), 27-31.
- Ginsburg, I.H., & Link, B.H. (1993). Psychosocial consequences of rejection and stigma feelings in psoriasis patients. *International Journal of Dermatology*, 32 (8), 587-591.
- Haynal, A., Pasini, W., & Archinard, M. (2001). *Medicina psicossomática: abordagens psicossociais*. São Paulo: Medsi.
- Kent, G., & Al Abadie, M. (1996). Psychologic effects of vitiligo: a critical incident analysis. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 35 (6), 895-898.
- Kimyai-Asadi A., & Usman A. (2001). The role of psychological stress in skin disease. *Journal of Cutaneous Medicine and Surgery*, 5 (2), 140-147.
- Koo, J., Do J., & Lee, C. (2000). Psychodermatology. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 43 (5), 848- 853.
- Lipp, M. N. (Org.). (1996). *Pesquisas sobre o stress no Brasil: saúde, ocupações e grupos de risco*. São Paulo: Papirus.
- Lipp, M. N. (2000). *Manual do inventário de sintomas de stress para adultos de Lipp*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Lipp, M. N., & Tanganelli M. S. (2002) Stress e qualidade de vida em magistrados da justiça do trabalho: diferenças entre homens e mulheres. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 15 (3), 537-548.
- Lipowski, Z. J. (1984). What does the word 'psychosomatic' really mean? A historical and semantic inquiry. *Psychosomatic Medicine*, 46 (2), 153-171.
- Lopez, V. C, Fajardo, R., & Lera, L. (1995). Características psicológicas de los enfermos de vitiligo. *Revista Cubana de Psicología*, 12 (3), 33-38.
- McKenna, M. R. C. P., & Stern, R. (1997). The impact of psoriasis on the quality of life of patients from the 16-center PUVA follow-up cohort. *Journal of the American Academy of Dermatology*, 36 (1), 388-394.
- Mello Filho, J. (1992). *Psicossomática hoje*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Mello Filho, J. (2002). *Concepção psicossomática: visão atual*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Mingnorange, R., Loureiro, S., & Okino, L. (2002). Pacientes com psoríase: qualidade de vida e adaptação psicossocial. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, 77 (2), 147-159.
- Montagu, A. (1988). *Tocar: o significado humano da pele*. São Paulo: Summus.
- Morin, E. (2002). *Ciência com consciência* (6a. ed.). Rio de Janeiro: Bertrand Brasil.
- Moos, R. (1998). Life stressors and coping resources influence health and well-being. *Psychological Assessment*, 4 (2), 133-158.
- Müller, M. C. (2001). *Um estudo psicossomático de pacientes com vitiligo numa abordagem analítica*. Tese de doutorado não-publicada, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.
- Müller, M., Silva, J. D., & Haag, C. (2001). A residência integrada em saúde: dermatologia sanitária: uma experiência interdisciplinar vista pelo enfoque da psicologia. *Boletim da Saúde, Escola de Saúde Pública*, 15 (1), 129-137.
- Perestrello, D. (1974). *A medicina da pessoa*. Rio de Janeiro: Atheneu.
- Pena-vega, A., & Nascimento, E. P. (Orgs.). (1999). Edgar Morin: o passador de fronteiras. In *O pensar complexo* (pp.7-20). Rio de Janeiro: Garamond.
- Petrone, L. (1994). *Qualidade de vida e doenças psicossomáticas*. São Paulo: Lemos Editorial.
- Ramos, D. (1994). *A psique do corpo*. São Paulo: Summus.
- Raychaudhuri S. P., & Faber E. M. (2000). Neuroimmunologic aspects of psoriasis. *Cutis*, 66, 1-8.
- Riechelmann, J. C. (2000). Medicina psicossomática e psicologia da saúde: veredas Interdisciplinares em busca do Elo Perdido. In V. A. Angerami-Camon (Org.), *Psicologia da saúde: um novo significado para prática clínica* (pp.171-199). São Paulo: Pioneira.
- Sampaio, S., & Rivitti, E. (1999). *A Dermatologia básica*. São Paulo: Artes Médicas.
- Selye, H. (1956). *The stress of life*. New York: McGraw-Hill.
- Steiner, D., & Perfeito, F. L. (2003) A relação entre stress e doenças dermatológicas. In M. N. Lipp. *Mecanismos neuropsicofisiológicos do stress: teoria e aplicações clínicas* (pp.111-114). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Tausk, F., & Nousari, H. (2001). Stress and the skin. *Archives of Dermatology*, 137 (1), 16-22.
- Vasconcellos, E. G. (1998). *Tópicos de psiconeuroimunologia*. São Paulo: Ipê Editorial.
- Volich, R.M. (2000). *Psicossomática: de hipócrates a psicanálise*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Recebido em: 16/6/2005
 Versão final reapresentada em: 16/3/2006
 Aprovado em: 21/6/2006

Psoríase e sua relação com aspectos psicológicos, stress e eventos da vida

Psoriasis and its relation with psychological aspects, stress, and life events

Kênia de Sousa **SILVA**¹

Eliana Aparecida Torrezan da **SILVA**²

Resumo

Foi realizado um levantamento na literatura científica quanto à relação entre psoríase, aspectos psicológicos, stress e eventos de vida. Foi verificado que os pesquisadores da área concordam que a psoríase tem etiologia desconhecida. No entanto comentam que existem fatores genéticos, endógenos e ambientais relacionados ao aparecimento e à piora da doença. A literatura mostra que os aspectos psicológicos e o stress podem colaborar para o surgimento, recidiva ou piora do quadro clínico. A estigmatização em relação à aparência física da pessoa com psoríase é vista como um fator estressante. Os dermatologistas e psicólogos concordam quando o assunto é o tratamento da psoríase, salientando que, além da intervenção clínica medicamentosa, é recomendável a psicoterapia cognitivo-comportamental como estratégia para a melhora ou controle da doença. Pesquisas na área são sugeridas para estabelecer correlações entre as variáveis investigadas no presente artigo.

Unitermos: aspectos psicológicos; eventos de vida; psoríase; stress.

Abstract

The present study had the objective to research in the Scientific Literature the relation among psoriasis, psychological aspects, events of life as well as stress. It was verified that the scientists agree psoriasis has unknown etiology. However, they comment the existence of genetic endogenous and ambient factors related to the appearance and worsening of the illness. Scientists stand out the psychological aspects, emotional state and stress can collaborate to the illness return or worsening. The stigmatization in relation to physical appearance can be a stress source for the patients. The dermatologists and psychologists agree on the treatment of psoriasis. They point out that, beyond the clinical treatment, the psychotherapy behavioral cognitive is recommendable as an intervention strategy for improvement and/or control of the illness. Researches in the area are suggested in order to establish correlation among the variables investigated in the present article.

Uniterms: psychological aspects; events of life; psoriasis; stress.

As células que originam a pele têm uma ligação muito próxima com as células nervosas. Observa-se que muitas doenças da pele têm alguma relação com o estado emocional da pessoa. As alterações emocionais

podem se manifestar por algum órgão do corpo, chamado de "órgão de choque". A pele é um desses "órgãos de choque" e, certamente, sofre em função dessas oscilações emocionais (Steiner & Perfeito, 2003).



¹ Universidade Metodista de Piracicaba, Departamento de Administração. Rod. Do Açúcar, km156, Campus Taquaral, Bloco 7, Caixa Postal 68, 13400-911, Piracicaba, SP, Brasil. Correspondência para/Correspondence to: K.S. SILVA. E-mail: <kenia@laal.com.br>.

² Universidade Camilo Castelo Branco, Faculdade de Psicologia. São Paulo, SP, Brasil.

Segundo especialistas da área, uma das formas do indivíduo expressar insatisfação, mal-estar ou desconforto é por meio da somatização, ou seja, através da liberação de maneira não intencional dessa emoção em um ou mais órgãos do corpo.

Estudiosos tentam explicar esse processo de somatização. McDougall (1996) menciona que o paciente que somatiza não se caracteriza pela incapacidade de vivenciar ou exprimir as emoções e sim pela incapacidade de suportar a contenção do excesso e da experiência afetiva.

Steiner e Perfeito (2003) comentam algumas dermatoses e suas relações com a área psicológica. A dermatite atópica ocorre normalmente associada à asma, à rinite alérgica ou à urticária. É uma doença crônica, com períodos de crise e acalmia, e tem relação com o *stress*, que pode desencadear uma crise. A dermatite seborréica é uma afecção crônica recorrente: observa-se a participação de fatores emocionais nas recidivas e no agravamento do quadro. O líquen simples crônico ou neurodermite consiste de uma placa liquenificada extremamente pruriginosa e de evolução crônica; ocorre uma resposta cutânea a um estímulo inicial, sendo, entretanto, o fator emocional o mais importante, observando-se sempre, como base, a ansiedade ou a compulsão.

A acne vulgar, dermatose, é extremamente comum entre os adolescentes e pode ser representada por quadros de intensidade variável, que vão desde comedões, pápulas, até pústulas, cistos e trajetos fistulosos que sofrem influência do *stress*, confirmada pela maioria dos pacientes com acne.

O vitiligo, discromia adquirida, caracterizado por máculas acrômicas, não tem sua etiologia completamente esclarecida, entretanto se observa que o *stress* emocional ou físico pode desencadear ou agravar o quadro. A psoríase, assim como as outras dermatoses, está associada ao *stress* no seu desencadeamento ou na piora das lesões. Além disso, na psoríase a própria doença está freqüentemente vinculada ao desencadeamento do *stress* emocional pelo constrangimento das lesões (Steiner & Perfeito, 2003).

Rodrigues (1997) acrescenta que o paciente com psoríase tem dificuldade em expressar suas emoções, principalmente as agressivas e hostis. Para Mingorance

(1999), a psoríase poderia ser uma forma não verbal de expressar os sentimentos.

Estudo realizado por Allegranti, Gon, Magaton-Rizzi e Aguglia (1994), com pacientes psicossomáticos, incluindo aqueles que sofrem de condições dermatológicas, dá atenção considerável ao predomínio de personalidades que têm um restrito estilo cognitivo-afetivo, dificuldades de expressar verbalmente suas emoções, deficiências nas habilidades introspectivas e são consideradas como personalidades alexetímicas.

Nesse estudo foi avaliada a prevalência de características de alexetímia em uma amostra diagnosticada com psoríase. Foram trinta e dois pacientes avaliados, utilizando-se instrumentos específicos para alexetímia: *Toronto Alexethymia Scale* (TAS) e o teste de personalidade Rorschach. Os testes foram comparados com um grupo-controle. Quanto à escala de alexetímia, os pacientes tiveram mais características de alexetímia do que o grupo-controle, porém sem diferença estatística significativa. Foi encontrada alta porcentagem de *borderline* no grupo-controle. Segundo os autores, os pacientes apresentam características secundárias de alexetímia: eles reagem afetivamente negativos nas emoções com o propósito de se protegerem dos outros.

A respeito do Rorschach, todos os pacientes têm fantasias e afetividade diminuídas em relação ao grupo-controle, pouca adaptação de afeto e um percentual de esterotipia maior. Refere ainda o estudo que os pacientes têm um estilo de comunicação simbólico diminuído e que o uso de terapia pode ajudá-los a organizarem seus sentimentos internos.

Tomando-se por base as considerações anteriormente apresentadas, o presente trabalho volta-se para o levantamento na literatura científica sobre a psoríase, aspectos psicológicos, *stress* e eventos de vida conforme apresentação nos parágrafos posteriores.

Psoríase

Psoríase caracteriza-se por ser uma doença de etiologia desconhecida, com evolução crônica, acentuada e tendência às recidivas. A lesão característica é representada por uma placa eritemato-escamosa, saliente em relação à superfície da pele. As escamas estão superpostas como lâminas de um fragmento de mica; apresentam cor avermelhada e podem ser

destacadas com facilidade, mediante a raspagem da lesão. As lesões podem ser do tamanho de gotas (gutata) ou de moedas (numular); podem confluir para formação de figuras policíclicas, como também branquear o centro e permanecer em atividade na periferia, formando arcos de círculo (gyrata).

A psoríase tem elevada predileção pelo couro cabeludo e pelas superfícies de extensão de joelhos e cotovelos, mas qualquer área cutânea pode ser sede de lesões. As unhas são freqüentemente envolvidas, e traumatismos de qualquer natureza, que atingem a pele do paciente, podem produzir o aparecimento de novas lesões na área traumatizada. A generalização por toda a pele denomina-se forma entodérmica. Formas de difícil controle são representadas pelas psoríases artropática e eritrodérmica (Proença & Maia, 1995).

De acordo com Sampaio, Castro e Rivitti (1989), a psoríase artropática é aquela cujas lesões são disseminadas com comprometimento das articulações (particularmente das mãos), que se apresentam inchadas e dolorosas; psoríase pustulosa com um quadro de lesões eritemato-escamosas e pustuloso generalizado, ampla exacerbação de formação de pústula na pele, levando o indivíduo a apresentar febre; e, finalmente, a psoríase eritrodérmica, que é uma descamação universal ou muito extensa, podendo ter um aumento até que todo o corpo seja envolvido.

Para alguns estudiosos, o tipo mais comum de psoríase é a denominada vulgar. A psoríase vulgar é caracterizada por pápulas e placas róseas e vermelhas que são de tamanho variável, nitidamente demarcadas, secas e usualmente cobertas com camadas de finas escamas prateadas. O couro cabeludo, a região sacra e as superfícies extensoras das extremidades são comumente afetados, embora em alguns pacientes as áreas flexurais e intertriginosas (psoríase inversa) sejam principalmente afetadas (Elder et al., 2001).

Chiozza (1991) acrescenta que a psoríase vulgar evolui em episódios separados, com períodos de latência inconstantes, ao acaso e imprevisíveis, e com momentos de remissão total. O prognóstico e o tratamento dependem da gravidade e da extensão do acometimento inicial.

Segundo Berkow, Beers, Bogin e Fletcher (2003), a psoríase é uma doença comum que afeta de 2% a 4%

dos brancos. Os negros apresentam menor tendência a apresentá-la. A psoríase se manifesta, mais freqüentemente, em indivíduos entre 10 e 40 anos de idade, embora todas as faixas etárias estejam a ela suscetíveis.

Bork e Brauninger (1998) mencionam que a predisposição ao desenvolvimento da psoríase tem caráter hereditário, mas sua causa permanece desconhecida.

Brophy, Taylor, Blake e Calin (2003) concordam que há um componente genético na psoríase e estudos demonstram que se trata de uma doença auto-imune da pele. Uma pessoa pode nascer com uma predisposição genética para psoríase: esse dado foi encontrado em uma amostra de pacientes com psoríase, em que metade dos entrevistados relatou incidência de casos de diagnóstico na família.

O curso da doença varia individualmente, porém, em geral, tende a assumir um caráter crônico; muitos pacientes podem apresentar diversas formas de recidiva e piora do quadro. Para que a doença possa se manifestar, é necessária a presença de diversos fatores, cuja importância varia individualmente. Entre esses, podem ser citados irritação da pele causada por pressão, traumatismos e queimaduras por exposição ao sol, abuso crônico de álcool, *stress* físico, alguns medicamentos, infecções crônicas ou obesidade (Bork & Brauninger, 1998).

Ressalta-se a importância de diagnosticar a psoríase, pois, muitas vezes, o quadro pode ser avaliado erroneamente, uma vez que outros distúrbios também podem produzir placas e descamação similares. À medida que a psoríase evolui, o padrão descamativo característico é geralmente fácil de ser reconhecido pelo médico e, por essa razão, os exames diagnósticos comumente não são necessários. Contudo, para confirmar o diagnóstico, o médico pode realizar uma biópsia de pele (Berkow et al., 2003).

Observa-se que, quanto mais cedo ocorrer a doença, pior o prognóstico. Com relação à cura, não se conhece um método terapêutico, porém é possível controlar a doença na maioria dos casos (Chiozza, 1991).

No que se refere ao tratamento médico, quando um indivíduo apresenta apenas algumas poucas placas pequenas, a psoríase responde rapidamente à intervenção, com o uso de pomadas e cremes emolientes que ajudam a manter a pele úmida. Pomadas contendo

corticóides, vitamina D, ácido salicílico também são muito eficazes para alguns pacientes. A luz ultravioleta (PUVA) e a exposição ao sol também podem ajudar a eliminar sintomas da psoríase. No entanto o tratamento com PUVA pode aumentar o risco de câncer de pele devido à ação da luz ultravioleta e, por essa razão, o tratamento deve ser supervisionado rigorosamente por um médico (Berkow et al., 2003).

Estudo realizado por Nijsten, Margolis, Feldaman, Røstad e Stern (2005) objetivou avaliar a satisfação dos pacientes psoriáticos com quatro opções sistemáticas de tratamento disponíveis antes de 2002. A amostra foi composta por 1197 pacientes recrutados aleatoriamente na população geral dos E.U.A., dentre os integrantes da Fundação da Psoríase e das pessoas que apenas contataram a fundação. Foi utilizada uma entrevista que incluía perguntas sobre o uso e a satisfação com as terapias específicas que tratam psoríase. A pesquisa revelou que 26% dos entrevistados indicaram uso de methotrexate, psoralen mais o ultravioleta A (PUVA), cyclosporin e/ou acetretin.

Comparando os entrevistados com indivíduos que nunca haviam usado nenhum desses tratamentos, os usuários relataram doença mais extensiva e contagens mais elevadas do índice da incapacidade da psoríase. Mais de um terço da amostra estava insatisfeita com cada terapia, à exceção de PUVA e methotrexate. Menos de 40% dos usuários indicaram que estiveram satisfeitos com alguma das quatro terapias avaliadas. Para a maior parte nenhuma das quatro terapias, utilizadas extensivamente em 2002, para o tratamento de psoríase, era altamente satisfatória.

Arruda, Campbell e Takahashi (2001) acrescentam que a escolha do tratamento deve ser feita considerando-se a gravidade, a extensão do quadro clínico e o comprometimento emocional. No tratamento devem ser priorizadas, inicialmente, medidas gerais e terapia tópica, a seguir fototerapia e, por último, tratamento sistêmico.

Lipp (1991), Dias et al. (1996) e Dias e Lipp (2001) ressaltam a importância do controle de *stress* e técnicas cognitivas no tratamento adjuvante da psoríase. As técnicas cognitivas e comportamentais contribuem para uma adaptação à doença, ajudam a desenvolver estratégias psicológicas de enfrentamento e colaboram para a melhora na qualidade de vida.

Considerando-se que a psoríase tem uma relação muito íntima com a área emocional, no seu fator desencadeador ou potencializador, Steiner e Perfeito (2003) mencionam que o *stress* físico ou emocional tem repercussões em inúmeras dermatoses. Essas, indiscutivelmente, também são geradoras de *stress*. Para o dermatologista, é fundamental ponderar como significativa essa relação, que ocorre em grande número de doenças de pele, além de sempre procurar avaliar a integração entre sentimentos, conflitos e *stress* em cada paciente.

Evidências práticas e científicas comprovam que a vida moderna apresenta muitos recursos, equipamentos e benefícios que ajudam as pessoas, mas é acompanhada de agentes *estressantes* que, muitas vezes, quando não administrados, podem prejudicar o bem-estar e a saúde da população. Nesse contexto, a psicoterapia cognitivo-comportamental pode ajudar o paciente com psoríase a enfrentar melhor o quadro clínico. Entretanto, para que se possa lidar especificamente com o *stress*, inicialmente, deve-se saber o que vem a ser essa reação do organismo.

Stress

Conforme Atkinson, Atkinson, Smith, Bem e Hoeksema (1995), *stress* é um estado que ocorre quando a pessoa se depara com eventos que colocam em perigo seu bem-estar físico ou psicológico. As tentativas para a adaptação à presença contínua de um fator *estressor* podem esgotar os recursos do corpo e torná-lo mais vulnerável à doença.

Torrezan (1997) concorda que o *stress* excessivo promove desgaste do organismo e aumenta a suscetibilidade às doenças, tendo relação com seu aparecimento ou agravamento.

De acordo com Lipp (2003), o *stress* é uma reação com componentes físicos, químicos, mentais e emocionais do organismo, causada pelas alterações psicofisiológicas que ocorrem quando a pessoa se confronta com uma situação que possa irritá-la, amedrontá-la, confundí-la ou fazê-la feliz. Fundamentando-se nos estudos de Selye (1965) sobre o assunto, Lipp (2000) refere que a reação do *stress* pode apresentar níveis diferentes de intensidade e de características e estabelece uma classificação do *stress* com base em quatro fases:

a) Fase de alerta: caracteriza o momento do contato com a situação estressora, com manifestações somáticas e psíquicas, tais como taquicardia, suor e tensão muscular.

b) Fase de resistência: quando o estressor é de longa duração, ou sua intensidade é em demasia para a resistência da pessoa, o organismo tenta reequilibrar a homeostase interna e para isso utiliza sua energia adaptativa. Alguns sintomas podem ocorrer, como dificuldades com a memória, irritabilidade e cansaço excessivo.

c) Fase de quase-exaustão: manifestada quando as defesas do organismo começam a ceder e ele já não consegue resistir às tensões ou restabelecer o equilíbrio interior. É comum a pessoa sentir que oscila entre momentos de bem-estar e tranquilidade e momentos de desconforto, cansaço e ansiedade. As doenças podem aparecer nessa etapa ou, caso a pessoa já esteja doente, pode haver um agravamento do quadro.

d) Fase de exaustão: caracteriza-se pela permanência dos agentes estressores de forma constante e intensa, com agravamento dos sintomas físicos e psicológicos e pela impossibilidade de lidar de forma efetiva com tal situação. Alguns sintomas mais comuns dessa fase podem ser: perda do senso de humor, alteração do apetite, apatia, depressão, raiva e desgaste físico.

A reação do *stress* ocorre quando algo ameaça ou prejudica a vida de um indivíduo. Esse fator ameaçador é também denominado de estressor, agente, fonte, estímulo e causador do *stress*. O que caracteriza um evento como estressor é sua capacidade de romper o equilíbrio do organismo, levando-o a um conjunto de reações na busca de adaptação à situação imposta.

Segundo Atkinson et al. (1995), incontáveis eventos ajudam no aparecimento de *stress*; alguns deles são determinados por fatores externos, mudanças importantes que afetam as pessoas, tais como: guerra, acidentes nucleares, terremotos, mudança de cidade, de emprego, casamento, perda de um ente querido e doença grave.

A fonte de *stress* também pode estar dentro do indivíduo, na forma de motivos ou desejos conflitantes. O *stress* causado por processos internos, conflitos não resolvidos, podem ser conscientes ou inconscientes: quando o indivíduo se depara com uma escolha entre objetivos incompatíveis ou exclusivos, ou quando tem de optar entre dois objetivos igualmente atraentes, ou ainda quando duas necessidades ou motivos íntimos

estão em oposição um com o outro (conflitos internos entre objetivos rivalizáveis).

Os eventos percebidos como estressantes ajustam-se nas seguintes categorias: eventos traumáticos (fora da faixa habitual de experiências humanas), eventos incontroláveis, imprevisíveis e eventos que desafiam os limites de capacidades e autoconceito, ou conflitos internos.

O *stress* crônico pode estar correlacionado a transtornos físicos, tais como: úlcera, hipertensão arterial, doenças do sistema gástrico, respiratório ou dermatológico. A reação do *stress* também pode prejudicar o sistema imunológico, diminuindo a capacidade do organismo para combater bactérias e vírus invasores (Rodrigues, 1997). Segundo Lipp e Guevara (1994), o *stress* é considerado um elo tão intenso entre mente e corpo que nenhuma doença ou qualquer outra condição produz tal interação.

Vive-se, atualmente, em um mundo no qual as fontes de *stress* são inúmeras - desemprego, dificuldades financeiras, insegurança, dentre outras -, causando impacto sobre o indivíduo. Lipp (2003) comenta que a maior parte do dia-a-dia das pessoas gera algum *stress*. As situações estressantes variam e são diferentes para cada um. A maioria das pessoas sofre com o *stress* e, de alguma maneira, demonstra tal sofrimento.

Ainda segundo Lipp (1991), o *stress*, seja de características predominantemente psicológicas ou físicas, vem como conseqüência da dificuldade em lidar com os sentimentos e conseqüentemente a pele passa a funcionar como fonte de expressão, podendo manifestar essa relação por meio das dermatoses decorrentes da sintomatologia do próprio *stress*. Nesse sentido, dentre os possíveis fatores associados ao estabelecimento da evolução da psoríase destaca-se o *stress*.

Psoríase, aspectos psicológicos e *stress*

Para diversos estudiosos, a pele, além de outras funções, também representa a pessoa como indivíduo único. De acordo com Chiozza (1991), nota-se que portadores de psoríase, mais que outros com doenças de pele, sentem-se desprezíveis, sujos e intocáveis. Temem ser isolados, rejeitados e apresentam fantasias de abandono. Sentem a exclusão como falta de reconhecimento, no sentido da aceitação de sua identidade,

como a rejeição que os coloca em uma classe, casta ou condição inferior; sentem-se possuidores de uma identidade repugnante e sofrem frente a uma sociedade que estabelece padrões ideais de beleza e de adequação. O problema da pele acaba favorecendo sensações de discriminação, inadequação e insatisfação quanto à aparência física.

Situações desse tipo, acrescidas da própria constituição da personalidade, fundamentada em uma imagem corporal debilitada pela doença, podem também influenciar na capacidade de auto-aceitação e satisfação pessoal do indivíduo.

De acordo com Gon, Rocha e Gon (2005), a dermatite atópica, a psoríase e o vitiligo são doenças de pele crônicas em que o prognóstico, a evolução, os tipos de cuidados requeridos e a visibilidade da condição constituem fatores que afetam o comportamento do paciente e de seus familiares. A grande dificuldade enfrentada pelo portador de uma dessas doenças é se tornar alvo constante de discriminação e de preconceito.

Gon et al. (2005), verificaram alguns efeitos de comportamentos estigmatizantes sobre o relato verbal de crianças portadoras de dermatoses crônicas, a partir de personagens de uma história infantil. Participaram da pesquisa seis crianças entre sete e oito anos de idade; elas criaram, individualmente, um texto para as personagens da história. Os resultados mostraram que o preconceito e a estigmatização estão presentes em diferentes contextos sociais e que existem dificuldades tanto das crianças quanto da família para enfrentarem de modo adequado essas situações.

Conforme Goffman (1988), a sociedade cria um modelo de normalidade imposto a todos. Aquele que, por alguma razão, não se encaixa nesse modelo é visto como um desigual e não apenas como diferente. O estigma despoja a pessoa de sua identidade social, esvaindo-se de seus atributos de humanidade.

Pesquisas demonstram que, no caso da psoríase, os sentimentos de rejeição e de estigmatização podem estar presentes no cotidiano do paciente, podendo comprometer sua adaptação social, com os consequentes problemas no ambiente de trabalho, dificuldades em situações públicas, como cabeleireiros, clubes, mudança na forma de se vestir, além de significativas sensações de irritação e de angústia. Devido à aparência física da doença e à auto-imagem preju-

dicada, o indivíduo pode ficar mais vulnerável ao *stress* (Silva, 2003).

Lipp (2003) salienta que, por um lado, a psoríase está relacionada à consequência do *stress*, pois muitos pacientes referem desencadeamento ou piora das lesões a partir de situações estressantes. Por outro lado, a psoríase está freqüentemente vinculada ao desencadeamento de *stress* emocional pelo constrangimento em relação às próprias lesões da doença. A percepção dos eventos estressantes seria acompanhada pela subjetividade de cada um, caracterizando a vivência como mais ou menos estressora, o que provavelmente pode contribuir para a piora ou melhora da doença, em termos de expectativa.

Outro fator a ser destacado é a habilidade do indivíduo em lidar com a doença, ou seja, a capacidade adaptativa (*coping*) para enfrentar e desenvolver estratégias que possibilitem administrar os sintomas da psoríase (Silva, 2003).

Pesquisas na área relacionam psoríase, aspectos psicológicos e *stress*, como o estudo realizado por Lipp (1991) com pessoas portadoras dessa doença. O trabalho objetivou avaliar o resultado do tratamento de controle do *stress* emocional com a redução e a recidiva das lesões no seu tamanho e extensão. Participaram dessa pesquisa 20 adultos, de 19 anos a 60 anos, com diagnóstico de psoríase. Os pacientes foram divididos em dois grupos: experimental, que recebeu tratamento médico e treino de controle do *stress*, e o grupo-controle, que recebeu somente tratamento médico e avaliações psicológicas. Concluiu-se que os fatores emocionais e o alto grau de *stress* foram responsáveis pelo agravamento e/ou reaparecimento da psoríase. Todos os pacientes revelaram ser sensíveis, preocupados, inconformados, ansiosos, nervosos e irritados.

Estudo realizado por Mazzetti et al. (1994) sobre psoríase, *stress* e desordens psiquiátricas, objetivou entender como os eventos estressores podem determinar a recaída da psoríase. A pesquisa usou avaliações clínicas com os testes de Rorschach, MMPI (Inventário Multifásico da Personalidade da Universidade de Minnesota) e HTP (Desenho da Casa, Árvore, Pessoa), em 80 pacientes. Observou-se que 71,20% dos participantes apresentaram desordens psiquiátricas, sendo 35,00% com transtornos da personalidade; 17,50% tristeza e melancolia; 12,50% ansiedade e 6,25% esquizofrenia. Verificou-se, em 88,70%

dos pacientes, a presença de eventos estressantes. Os autores sugerem que a piora do quadro da psoríase esteja ligada à interpretação da experiência demonstrada pela pessoa diante do evento ou situação estressante.

Pesquisa de Dias et al. (1996) objetivou verificar se o controle da assertividade é útil no tratamento coadjuvante da psoríase. Participaram do estudo dez pacientes com a doença, avaliados quanto ao *stress*, assertividade, crenças irracionais e qualidade de vida. Foram consultados pelos médicos quanto à extensão das placas psoriáticas e a percentagem corpórea afetada. As avaliações psicológicas e médicas foram comparadas nas fases pré e pós-tratamento.

Os resultados mostraram que, após o tratamento psicológico de cinco sessões, quatro pacientes apresentaram uma diminuição, quatro outros permaneceram inalterados e dois aumentaram a percentagem de área afetada pela psoríase. Quanto à avaliação psicológica, não houve melhora na manifestação de sintomas do *stress*. Entretanto, em relação à assertividade, oito pacientes apresentaram uma diminuição do número de respostas inassertivas; desses, quatro mostraram uma diminuição significativa. Sugerem os autores que a redução da área afetada pode não ter sido espontânea e sim devido ao treino de assertividade.

Estudo sobre a relação entre o *stress* e a psoríase foi realizado por Dias e Lipp (2001), que avaliaram 14 pacientes com psoríase (sendo sete sujeitos por grupo), com idade de 23 a 70 anos, predominantemente mulheres. O grupo comparativo I (GCI) recebeu o treino de controle de *stress* (TCS) com treino de assertividade e crenças irracionais, e o grupo comparativo II (GCII) recebeu apenas o treino de assertividade no TCS. Os resultados demonstraram diferenças estatisticamente significantes. O grupo GCI mostrou melhoras na extensão das lesões afetadas pela psoríase, quando trabalhadas as dimensões inassertividade e crenças irracionais. O grupo GC II não apresentou melhoras significativas quanto às lesões da psoríase. Esses dados demonstraram a importância da reestruturação cognitiva no TCS para pacientes com psoríase.

Estudo realizado por Silva (2003), com oito pacientes, ambos os sexos, com média de 33 anos de idade, diagnóstico de psoríase confirmado, teve como objetivos avaliar o nível de *stress* e verificar a relação entre eventos estressantes e o aparecimento e/ou agravamento da doença em portadores de psoríase. Os

instrumentos utilizados para a pesquisa foram: entrevista semi-estruturada e Inventário de *Stress* para Adultos de Lipp (2000). Os dados mostraram que 75,0% dos participantes não apresentavam sintomas significativos do *stress*. Contudo aqueles que apresentavam *stress* se encontravam na fase de estabilidade da doença; 62,5% dos entrevistados relacionavam eventos ou acontecimentos na vida com o aparecimento da doença e 87,5% associavam eventos ou acontecimentos na vida com a melhora ou piora do quadro clínico da psoríase.

Metade da amostra possuía algum parente na família com diagnóstico da doença; e em 25,0% dos participantes, a psoríase comprometeu a aparência física. Para relacionamentos interpessoais, 62,5% relataram não comprometimento, e para relacionamento familiar, 75,0% não apresentavam dificuldades. A maior parte dos entrevistados relatou que possuía amigos com quem se relacionava. A amostra não se encontrava estressada e estava na fase de estabilidade da doença; esse dado pode sugerir que essas pessoas possuíam estratégias de controle de *stress* (diário), atuando de modo profilático para o controle da psoríase. Os resultados também sugerem que as alterações emocionais estavam relacionadas com a melhora ou piora da doença.

Alguns estudiosos investigaram a relação dos fatores emocionais, inclusive o *stress* e o aparecimento ou a piora da psoríase. Zachariae et al. (2004) pesquisaram a influência do *stress* para o aparecimento e agravamento da psoríase, comparando *stress* e outras reações associadas à doença, bem como a gravidade, o histórico familiar e fatores sociodemográficos. Participaram da amostra um total de 5.795 integrantes de uma associação de portadores de psoríase e 702 pacientes recrutados pelos dermatologistas e pelas clínicas universitárias nórdicas.

Investigou-se, com os participantes, se o aparecimento da psoríase ocorreu durante épocas de preocupação e de *stress*. Avaliaram-se o grau em que a psoríase foi influenciada pelo *stress*, o índice do *stress* na qualidade de vida, o índice da inabilidade da psoríase e fatores sociodemográficos. Os resultados mostraram que 71% dos integrantes da associação e 66% dos pacientes informaram que a psoríase era exacerbada com o *stress* e 35% nos dois grupos informaram que o início da psoríase ocorreu durante o período de preocupação e *stress*.

Os participantes mencionaram que o aumento da gravidade da doença estava ligado ao *stress* e a

melhora da doença estava relacionada a uma qualidade de vida melhor. Também informaram que faziam uso freqüente de tabaco, tranqüilizantes e antidepressivos. Mais mulheres do que homens apresentaram reações de *stress*. Assim os autores concluíram que a pesquisa confirma e estende resultados de estudos precedentes e indica que um subgrupo de pacientes com psoríase pode ter reações psicológicas associadas à doença que influenciam sua vida diária.

Richards, Fortune, Griffiths e Main (2001) avaliaram a importância geral e específica de aspectos psicológicos em pacientes com psoríase; examinaram o quadro clínico da doença e as variáveis psicológicas a ela relacionadas. Foram investigados 115 pacientes, que responderam a um questionário psicológico e a outro específico sobre psoríase. Verificaram-se altos níveis de *stress* na amostra; 43% dos pacientes com tendência à ansiedade e 10% com tendências à depressão. A gravidade do quadro clínico da psoríase e a área afetada não tiveram nenhum impacto no *stress* excessivo psicológico e na inabilidade psicológica. As percepções da estigmatização foram relacionadas significativamente ao *stress* excessivo psicológico e ao grau de inabilidade. Concluíram que fatores psicológicos foram os determinantes mais significativos da incapacidade dos pacientes com psoríase do que a gravidade, localização ou duração da doença. Esses fatores têm importante implicação na relação com a administração do quadro clínico da psoríase.

Pesquisa realizada por Vardy, Amir, Gesthalter, Biton e Buskila (2002) objetivou avaliar níveis de estigmatização em dois grupos de pacientes portadores de doenças dermatológicas. Participaram do estudo 100 pacientes com psoríase e 100 pacientes com diversas doenças dermatológicas. Os resultados mostraram que os pacientes com psoríase experienciaram níveis mais elevados de estigmatização quando comparados com pacientes portadores de outros problemas de pele.

Russo, Ilchef e Cooper (2004), em um estudo bibliográfico, constataram que a psoríase é uma condição comum, afetando de 1,5 a 2,0% da população dos países industrializados. Os autores ressaltam que a doença tem impacto emocional no indivíduo portador, não relacionado necessariamente à extensão da doença da pele. Na pesquisa de levantamento de dados, os autores referiram que a psoríase estava associada com uma variedade de problemas psicológicos, incluindo

baixa auto-estima, disfunção sexual, depressão e ideação suicida. Acrescentaram a importância de os clínicos considerarem os aspectos psicológicos que envolvem essa doença.

Marot (1993) refere que em uma amostra de pacientes dermatológicos, utilizando o *Structured Clinical Interview of Diagnostic* (SCID) para estudar a freqüência dos transtornos de ansiedade e depressão nessa população, observou que 35,7% dos pacientes apresentaram pelo menos ansiedade ou depressão. O autor ressalta que devido a essa alta freqüência, é necessário tomar precauções para diminuir o sofrimento desses pacientes e seu tempo de internação.

Estudo sobre fatores econômicos, sociais e profissionais em pacientes com psoríase foi realizado por Pellerano et al. (1997). Os autores referem que a psoríase tem um forte impacto sobre a qualidade de vida dos pacientes, principalmente na esfera psicossocial, afetando aspectos pessoais, profissionais, da área sexual e suas relações afetivas.

Um questionário com 43 perguntas, aplicado a 103 pacientes no ano de 1996, objetivou registrar se os pacientes tinham conhecimento de sua doença; quais os tratamentos prévios efetuados e o impacto socioeconômico da psoríase em suas vidas, bem como as coincidências e as discrepâncias relativas aos resultados de um questionário similar, realizado em 1973. No atual estudo, concluíram que a psoríase teve um impacto sobre a qualidade de vida, constataram a falta de informação e de orientação que apresentaram os pacientes ao longo dos anos, além da influência negativa na comunicação com os médicos.

Mingorance, Loureiro, Okino e Foss (2001) tiveram como objetivo avaliar as condições psicológicas e adaptativas de pacientes com psoríase e suas relações com variáveis demográficas e condições clínicas. No Ambulatório de Dermatologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, foram investigados 25 mulheres e 25 homens na faixa etária entre 20 e 50 anos, com diagnóstico de psoríase vulgar. Procedeu-se ao uso do Inventário Simplificado de Personalidade (ISP) e do Inventário de Qualidade de Vida (PDI). Os dados indicaram que 80% dos pacientes apresentaram tendência a desvio de traço de personalidade, predominando as escalas de Extroversão, Insanidade e Neuroticidade.

A maior parte relatou dificuldades de adaptação psicossocial, principalmente nas áreas de atividades rotineiras ($p < 0,001$); extensão da lesão da área afetada pela psoríase e insatisfação quanto à aparência física. Desvios de insanidade e neuroticidade mostraram-se associados a prejuízos nas atividades rotineiras, nas relações pessoais e no lazer. Os dados apontam a inter-relação de aspectos psíquicos e adaptação psicossocial com peculiaridades clínicas da doença.

Rodríguez Vivas e Sosa Sarritiello (2002), realizando entrevistas clínicas em uma amostra com 76 pacientes de ambulatório, observaram uma alta prevalência de transtornos de ansiedade e, menos frequentemente, transtornos de personalidade e de humor; foram identificadas dificuldades associadas à imagem corporal e às relações com outras pessoas, e alguns aspectos foram relevantes sobre a sexualidade dos portadores de psoríase.

Gupta e Gupta (2003) comentam sobre a importância dos fatores psiquiátricos e psicológicos em pelo menos 30% dos problemas dermatológicos. Em muitos casos, foi observado o impacto das lesões da pele na qualidade de vida. Em determinados problemas, como a acne e a psoríase, a comorbidade psiquiátrica pode ser associada com as emergências psiquiátricas, como exemplo, o suicídio.

Considerações Finais

A consideração de fatores psiquiátricos e psicológicos é importante para avaliação e tratamento e para alguns aspectos da prevenção de problemas dermatológicos. O modelo biopsicossocial permite fazer uma avaliação psicológica e verificar o fator social, além dos fatores dermatológicos preliminares.

Os dados da literatura na área mostram a estreita relação entre os aspectos psicológicos, emocionais e o *stress* no aparecimento e agravamento da psoríase. Ressaltam que o clínico deve olhar para o paciente e considerar seu estado emocional, assim como sugerir tratamento psicoterápico a fim de colaborar para a melhora do quadro clínico, bem-estar e qualidade de vida dos portadores dessa doença estigmatizante.

Este artigo teve por objetivos informar e comentar alguns dos estudos sobre psoríase, aspectos psicológicos, *stress* e eventos de vida, bem como apresentar

estratégias de intervenção e incentivar o interesse por novas explorações na área.

Os autores citados concordam quanto à possibilidade de o fator genético ser uma predisposição para a manifestação da doença, pois a maior parte dos pacientes com psoríase apresenta casos na família. Concordam também que a implicação emocional da doença afeta a imagem, o que pode levar à estigmatização social. Observa-se a congruência quanto à posição de que o estado emocional e o *stress* podem provocar o aparecimento e a piora das doenças dermatológicas.

Esta consulta à literatura pode auxiliar profissionais que atuam com pacientes portadores da doença a identificarem e tratarem com auxílio da psicoterapia cognitivo-comportamental, além de propor tratamento médico para uma melhora da qualidade de vida dos pacientes.

Os profissionais da área de saúde devem considerar o indivíduo como um ser biopsicossocial e levar em conta características individuais, físicas, psicológicas, familiares, meio social e estilo de vida. O estudo dessas características individuais pode colaborar para a adaptação, profilaxia, tratamento e maneira de gerenciar os fatores desencadeadores e/ ou potencializadores da doença.

Referências

- Allegranti, I., Gon, T., Magaton-Rizzi, G., & Aguglia, E. (1994). Prevalence of alexithymic characteristics in psoriatic patients. *Acta Dermato Venereologica Supplementum (Stockh)*, 186, 146–147.
- Arruda, L. H. F., Campbell, G. A. M., & Takahashi, M. D. F. (2001). Psoríase. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, 76 (2), 141-167.
- Atkinson, R. L., Atkinson, R. C., Smith, E. E., Bem, D. J., & Hoeksema S. N. (1995). Estresse e enfrentamento. In R. L. Atkinson, R. C. Atkinson, E. E. Smith, D. J. Bem & S. N. Hoeksema. *Introdução à Psicologia* (11a. ed., pp.458-483). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Berkow R., Beers M. H., Bogin R. M., & Fletcher A. J. (2003). *Manual Merck de informação médica: saúde para a família* (pp.1033-1034). São Paulo: Manole.
- Bork, K., & Brauninger, W. (1998). *Dermatologia clínica: diagnóstico e terapia* (2a. ed., pp.127-130). São Paulo: Manole.
- Brophy, S., Taylor, G., Blake, D., & Calin, A. (2003). The interrelationship between sex, susceptibility factors, and outcome in ankylosing spondylitis and its associated disorders including inflammatory bowel diseases, psoriasis, and iritis. *Journal Rheumatol*, 30 (9), 2054-2058.

- Chiozza, L. A. (1991). *Os afetos ocultos em psoríase, asma, transtornos respiratórios, varizes, diabetes, transtornos ósseos, cefaléias e acidentes cerebrovasculares* (pp.19-42). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Dias, R. R., Barbosa, A. P., Moura, B. S. C., Aguiar, C. M. O. M., Leite, C. R., Gallo, C. E., Aidar, I., Carvalho, L. A. S. B., Gomes, M. A., Ferreira, R. M., Laloni, D. T., & Lipp, M. N. (1996). Investigação da relação entre stress e psoríase. *Anais do 1º Simpósio sobre Stress e suas implicações: um encontro internacional* (p.111). Campinas.
- Dias, R. R., & Lipp, M. N. (2001). Estresse e doença crônica. *Resumos-X Encontro Brasileiro de Psicoterapia e Medicina Comportamental* (pp.59-60). Campinas, São Paulo.
- Elder, D., Elenitsas, R., Ioffreda, M., Miller, J., Miller, O. F., & Johnson, B. (2001). *Histopatologia da pele de lever: manual e atlas* (pp.93-100). São Paulo: Monole.
- Goffman, E. (1988). *Estigma* (pp.11-41). Rio de Janeiro: Guanabara.
- Gon, M. C. C., Rocha, M. M., & Gon, A. S. (2005). Análise do conceito de estigma em crianças com dermatoses crônicas. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental Cognitiva*, 7 (1), 15-20.
- Gupta, M.A., & Gupta, A.K. (2003). Psychiatric and psychological co-morbidity in patients with dermatologic disorders: epidemiology and management. *American Journal Clinical Dermatology*, 4 (12), 833-42.
- Lipp, M. E. N. (1991). Estudos experimentais de duas condições de tratamento médico-psicológico a pessoa portadora de psoríase. *Revista do Núcleo de Estudos Psicológicos*. Campinas: Unicamp.
- Lipp, M. E. N., & Guevara, A. J. H. (1994). Validação empírica do inventário de sintomas de stress. *Estudos de Psicologia*, 11 (3), 42-49.
- Lipp, M. E. N. (2000). *Inventário de sintomas de stress para adultos de Lipp*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Lipp, M. E. N. (2003). O modelo quadrifásico do stress. In M. E. N. Lipp (Org), *Mecanismos neuropsicofisiológicos do stress: teoria e aplicação clínica* (pp.17-22). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Marot, R. S. V. (1993). Distúrbios de ansiedade e depressão na dermatologia. *Anais Brasileiros de Dermatologia*, 68 (5), 251-252.
- Mazzetti, M., Mozzetta, A., Soavi, G. C., Andreoli, E., Foglio Bonda, P. G., Puddu, P., & Decaminada, F. (1994). Psoriasis, stress and psychiatry: psychodynamic characteristics of stressors. *Acta Dermato Venerologica Supplementum (Stockh)*, 186, 62-4.
- McDougall, J. (1996). *Teatros do corpo: o psicossoma em psicanálise* (2a. ed., pp.33-52). Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro.
- Mingorance, R. C. (1999). *Pacientes com psoríase: características de personalidade, nível de stress e adaptação psicossocial*. Dissertação de mestrado não-publicada, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.
- Mingorance, R. C., Loureiro, S. R., Okino, L., & Foss, N. (2001). Pacientes com psoríase: adaptação psicossocial e características de personalidade. *Medicina (Ribeirão Preto)*, 34 (3/4), 315-324.
- Nijsten, T., Margolis, D. J. K., Feldaman, S. R., Rolstad, T., & Stern, R. S. (2005). Traditional systemic treatments have not fully met the needs of psoriasis patients: results from a national survey. *Journal of American Academy of Dermatology*, 52 (3), 434-44.
- Pellerano, G., Neglia, V., Harris, P., Poggio, N., León, S., De Sena, A., & Chouela, E. (1997). Aspectos económicos, sociales y laborales de la psoriasis. *Archivos Argentinos de Dermatologia*, 47 (6), 263-268.
- Pronça, N. G., & Maia, M. (1995). Psoríase. In O. L. Ramos & H. A. Rothschild. *Atualização terapêutica: manual prático de diagnóstico e tratamento* (17a. ed., pp.606-6070). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Richards, H. L., Fortune, D. G., Griffiths, C. E., & Main, C. J. (2001). The contribution of perceptions of stigmatization to disability in patients with psoriasis. *Journal of Psychosomatic Research*, 50 (1), 11-15.
- Rodrigues, R. S. (1997). *Contribuições de técnicas de exame psicológico com crianças asmáticas e familiares*. Dissertação de mestrado não-publicada, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.
- Rodríguez Vivas, C. J., & Sosa Sarritiello, L. (2002). Cinco casos demostrativos de un estudio psicomástico en enfermos psoriáticos. *Archivos Del Hospital Vargas*, 44 (1/2), 60-67.
- Russo P. A., Ilchef R., & Cooper, A. J. (2004). Psychiatric morbidity in psoriasis: a review. *Australasian Journal of Dermatology*, 45 (3), 155-159.
- Sampaio, S. A. P., Castro, R. M., & Rivitti, E. A. (1989). *Dermatologia básica*. São Paulo: Artes Médicas.
- Selye, H. (1965). *Stress: a tensão da vida* (2a. ed.). São Paulo: Ibrasa.
- Silva, K. (2003). *Stress em pacientes com psoríase*. Trabalho de conclusão de curso não-publicado, Universidade Camilo Castelo Branco, São Paulo.
- Steiner, D., & Perfeito, F. L. (2003). A relação entre stress e doenças dermatológicas. In M. E. N. Lipp, (Org.), *Mecanismos neuropsicofisiológicos do stress: teoria e aplicação clínica* (pp.111-114). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Torrezan, E. A. (1997). As implicações do stress nas doenças. *Revista Psico-USF*, 2 (1), 13-22.
- Vardy, D., Besser, A., Amir, M., Gesthalter, B., Biton, A., & Buskila, D. (2002). Experiences of stigmatization play a role in mediating the impact of disease severity on quality of life psoriasis patients. *The British Journal of Dermatology*, 147 (4), 736-742.
- Zachariae R., Zachariae, H., Blomqvist, K., Davidsson, S., Molin, L., Mork, C., & Sigurgeirsson, B. (2004). Self-reported stress reactivity and psoriasis-related stress of Nordic psoriasis sufferers. *Journal European Academy of Dermatology and Venereology*, 18 (1), 27-36.

Recebido em: 30/6/2005

Versão final reapresentada em: 28/10/2006

Aprovado em: 3/11/2006

Análise funcional da interação profissional-paciente em odontopediatria

The patient-professional relationship functional analysis in the pediatric dentistry

Daniele Pedrosa **FIORAVANTE**¹

Maria Rita Zoéga **SOARES**¹

Jocelaine Martins da **SILVEIRA**²

Norma Sant'Anna **ZAKIR**¹

Resumo

O artigo visou identificar o padrão de interação entre odontopediatras e crianças atendidas em uma clínica do bebê de uma universidade pública brasileira. Participaram do estudo duas crianças consideradas pelos dentistas cooperativas, duas consideradas opositoras em relação ao procedimento e os profissionais que as atenderam. Um inventário foi aplicado a fim de excluir crianças com problemas comportamentais em grau clínico. As interações entre criança e odontopediatria foram filmadas e os dados foram analisados, medindo-se a frequência das respostas de cooperação e não-cooperação, no decorrer de quatro procedimentos. Observou-se que os comportamentos cooperativos das crianças se relacionam com as chamadas condutas positivas dos profissionais, enquanto os comportamentos opositores estiveram fortemente associados às ditas condutas negativas dos odontopediatras. Os resultados foram discutidos considerando os comportamentos das crianças e dos profissionais em pontos críticos para execução dos procedimentos e para o bem-estar do paciente.

Unitermos: análise funcional; crianças; metanálise; odontopediatria; psicologia clínica.

Abstract

The aim of this article was to identify the interaction patterns of four dyads pediatric dentistry - patient during ten minutes of a clinical procedure. Professionals were required to indicate a cooperative and an opponent child, concerning the treatment. Children's behaviors were assessed so that clinical referred children could be excluded from the study. The data were video recorded and the interactions were evaluated. As a result, it was seen that the professionals' positive attitudes were most related to the cooperative behavior, while the negative attitudes were associated to an opponent pattern. Results were discussed considering patient's well-being and some points about the procedure.

Uniterms: functional analysis; children; meta-analysis; pediatric dentistry, psychology clinical.

▼▼▼▼

¹ Universidade Estadual de Londrina, Centro de Ciências Biológicas, Departamento de Psicologia Geral e Análise do Comportamento. Rodovia Celso Garcia Cid, Pr 445, km 380, Campus Universitário, Caixa Postal 6001, 86051-990, Londrina, PR, Brasil. Correspondência para/Correspondence to: D.P. FIORAVANTE. E-mail: <danifio@sercomtel.com.br>.

² Universidade Federal do Paraná, Setor de Ciências Humanas, Letras e Artes, Departamento de Psicologia. Curitiba, PR, Brasil.

O contexto odontológico detém muitos eventos aversivos, de modo que o medo de dentista constitui uma queixa freqüente em grande parte da população mundial (Thom, Sartory & Johren, 2000). O ambiente do consultório odontológico pode eliciar ansiedade e pode também relacionar-se a padrões de comportamentos operantes de fuga ou esquiva.

Berge, Veerkamp e Hoogstraten (1999) e Stokes e Kennedy (1980) consideram que essa aversividade do contexto odontológico atinge especialmente a criança, que fica exposta a uma situação que, dependendo do procedimento odontológico em execução ou da habilidade dos profissionais, provoca dor, ansiedade e medo.

A aversividade no contexto odontológico pode estar relacionada à não-cooperação - apresentada por mais de 25% de crianças em tratamento odontopediátrico -, que pode ser entendida como comportamentos de fuga e esquiva emitidos pela criança, que dificultam ou impedem a realização dos procedimentos pelo dentista (Possobon, Moraes, Costa Jr. & Ambrosano, 2003). Sabe-se que a ansiedade do paciente odontológico relaciona-se ao prolongamento de cerca de 20% na duração do tratamento, oferecendo riscos que transcendem a esfera odontológica (Ambrosano, Costa Jr., Moraes & Possobon, 2004).

A identificação das variáveis comportamentais relacionadas à administração do tratamento odontológico pode minimizar aspectos desnecessariamente aversivos no contexto da odontopediatria. Essas variáveis podem ser observadas tanto no comportamento da criança quanto no do profissional. Todavia boa parte da pesquisa comportamental nesse contexto tem-se debruçado sobre o comportamento da criança, promovendo sua alteração de modo a viabilizar a intervenção odontológica (Moraes, 1999).

Há trabalhos destinados a avaliar o efeito de estratégias para modificar o comportamento da criança (Allen, Loiben, Allen & Stanley, 1992; Allen, Stark, Rigney, Nash & Stokes 1988; Ingersoll, Nash & Gramber, 1984; Melamed, Hawes, Heiby & Glick, 1975; Stark et al., 1989), e os resultados são medidos em termos da melhora na sua colaboração.

Berge et al. (1999) indicam que a postura do profissional (e não somente o comportamento da criança) também interfere na execução dos procedi-

mentos. Segundo os autores, o manejo inadequado dos instrumentos odontológicos, a utilização de coerção e a negação dos sentimentos infantis inibem os comportamentos colaborativos da criança e potencializam o medo do tratamento odontológico (Prins, Weerkamp, Horst, Jong & Tan, 1987; Weinstein, Getz, Ratener & Domoto, 1982).

Weinstein et al. (1982) e Weinstein (1986) observaram que o fornecimento prévio de informação, o direcionamento da conduta e a compreensão das reações emocionais da criança facilitaram a aquisição e a manutenção de comportamentos colaborativos com o tratamento, ao passo que diminuíram as reações indicativas de medo, como chorar, gritar ou protestar.

Moraes e Gil (1991) lembram, porém, a existência de situações em que a rebeldia da criança exige atitudes invasivas por parte do dentista, as quais abrangem, segundo a Academia Americana de Odontopediatria (1996), desde estratégias de controle pela voz até o uso de restrições físicas. Christiano e Russ (1998), no entanto, alertam para o fato de esse último procedimento expor a criança por muito mais tempo à estimulação aversiva, sem promover comportamentos de colaboração por parte dela.

É possível que a identificação e o manejo de variáveis comportamentais relacionadas tanto ao odontopediatra quanto à criança sejam um passo importante na redução da aversividade do contexto odontológico (Costa Jr. & Coutinho, 2000).

De modo geral, os odontopediatras manifestam a vontade de melhorar e expandir seus conhecimentos sobre manejo do comportamento de crianças, e, nesse sentido, a odontologia tem buscado subsídios junto à psicologia no intuito de definir um conjunto de estratégias para o manejo de comportamentos de pacientes que apresentam dificuldades em enfrentar um tratamento odontológico (Allen, Stanley & McPherson, 1990).

Costa Jr. (2001) sugere que uma proposta para estudar o comportamento dos profissionais de saúde, no contexto do atendimento clínico, deveria incluir a análise funcional do comportamento de todos os indivíduos envolvidos na situação. Isso, porém, parece não estar sendo efetivamente realizado, já que poucos autores analisam o quanto o comportamento do profissional é também afetado funcionalmente pela

conduta das crianças (Prins et al., 1987; Weinstein et al., 1982).

O método utilizado pelo analista comportamental, a Análise Funcional do Comportamento, pode ser empregado no estudo da interação entre odontopediatra e criança em um contexto odontológico (Meyer, 1997). O presente estudo visou analisar funcionalmente a interação entre o profissional e o paciente em odontopediatria.

Os objetivos deste estudo foram: a) verificar quais comportamentos dos profissionais funcionariam como possíveis variáveis presentes no contexto odontológico e contribuiriam para aumentar a probabilidade de emissão de determinadas respostas por parte das crianças; b) identificar quais comportamentos das crianças provavelmente levariam a uma alteração no ambiente do profissional, funcionando como variável independente à modificação do comportamento desse último.

Método

Este trabalho foi realizado na clínica odontológica para atendimento ao público infantil - Bebê Clínica - da Universidade Estadual de Londrina (UEL). Tanto suas etapas quanto o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foram submetidos e aprovados pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UEL, processo número 031/05. Esse termo deveria ser assinado por todos os participantes ou por seus responsáveis, visando fornecer informações sobre os vários aspectos da pesquisa bem como solicitar a divulgação dos seus resultados.

Fundada em 1983, a Bebê Clínica da Universidade Estadual de Londrina constitui-se o primeiro centro brasileiro de odontologia para bebês. Atualmente atende, de segunda a sexta-feira, crianças de zero a cinco anos de idade, servindo de campo de estágio acadêmico de graduação e pós-graduação, além de prestador de serviços à comunidade de Londrina e região.

▼▼▼▼▼

- Procedimentos preventivos englobariam a escovação, o uso do fio dental, a aplicação de flúor ou a observação da condição dentária geral, por exemplo. É um procedimento indolor (Borges, 1999).
- A remoção de splintagem abrange a retirada de um splint, ou seja, de um aparelho odontológico utilizado para prevenir a movimentação ou deslocamento de dentes, porções fraturadas ou partes móveis. É um procedimento indolor (Ferreira, Carvalho, Mitsudo & Bergamo, 2006).

Participantes

Solicitou-se a participação de dois profissionais de odontologia do sexo feminino (P1 e P2), com idades de 26 e 32 anos, que estivessem cursando a especialização em odontopediatria da Universidade Estadual de Londrina. Cada uma delas indicou duas crianças do sexo masculino, consideradas respectivamente cooperativas e opositoras no que concerne à realização do procedimento clínico. As crianças selecionadas tinham idades entre um ano e meio e quatro anos.

P1 atendeu a duas crianças. A primeira delas, com quatro anos de idade, foi considerada cooperativa e submetida a procedimentos preventivos³. A segunda criança, com um ano e meio de idade, e considerada opositora, foi submetida à remoção de *splintagem*⁴.

P2, por sua vez, atendeu a duas outras crianças, sendo a primeira delas considerada cooperativa, e a segunda opositora. Ambas tinham quatro anos de idade e foram submetidas a procedimentos preventivo³.

Instrumentos

Os equipamentos utilizados foram: filmadora, tripé e vídeo-cassete, destinados à gravação e à posterior categorização das sessões de observação.

Walker Problem Behavior Identification Checklist (WPBIC) (Walker, 1976): traduzido para o português por Silves (s/d), identifica a necessidade de atendimento psicoterápico no que se refere à amostra em questão. Uma pontuação ponderada de 60 ou mais remonta à existência de um problema clínico em uma ou mais das áreas mensuradas pelo instrumento, a saber: impulsividade, isolamento, atenção instável, relações perturbadas com os pares e imaturidade. Seu objetivo foi efetuar uma avaliação do comportamento infantil, identificando e descartando da pesquisa crianças que necessitem de ajuda psicológica.

Protocolo de Registro dos Comportamentos da Criança Durante a Realização do Procedimento Clínico - adaptado da escala OSBD - Observation Scale of

Behavioral Distress (Jay, Ozolins, Elliot e Caldwell, 1983): composto por oito categorias comportamentais definidas operacionalmente, que incluíam respostas verbais ou motoras da criança indicadoras de oposição durante a realização do procedimento odontológico (chorar, choramingar, comportar-se de modo nervoso, agredir fisicamente, gritar, movimentar-se até a imobilização, fugir e protestar). Outras sete categorias indicativas de comportamentos cooperativos também foram operacionalmente definidas: falar, responder verbalmente, solicitar informação, buscar suporte emocional, olhar, olhar para outro estímulo e auxiliar na execução do procedimento clínico. O instrumento era respondido pelos odontopediatras com base numa escala likert de quatro pontos (menos freqüente a mais freqüente), no intuito de verificar a freqüência de comportamentos concorrentes ou cooperativos no que se referia a tal contexto.

Quadro para Categorização das Condutas dos Profissionais: elaborado pela equipe de pesquisa com base tanto na observação do contexto odontopediátrico quanto na adaptação de protocolos já existentes para avaliação dos comportamentos de diferentes profissionais da área da saúde (Ambrosano et al., 2004; Gongora & Silveiras, 1998). Assim, incluiu-se a descrição operacional de seis diferentes condutas dos profissionais consideradas positivas: descrição do procedimento e do funcionamento do equipamento, fazer perguntas, fantasiar, oferecer conforto emocional ou contato físico, elogiar, distrair a criança com outro assunto ou estímulo. Outras cinco condutas consideradas negativas também foram descritas operacionalmente, abrangendo a crítica/restrrição verbal, a restrição/imobilização física, as ordens/direcionamentos, o deixar a criança sozinha e o falar com outras pessoas sobre a criança como se ela não estivesse presente. Tais categorias foram submetidas à calibração, a fim de atestar a clareza de suas definições.

A Tabela 1 teve como objetivo orientar a avaliação das condutas dos profissionais durante a realização dos procedimentos odontológicos já mencionados. Seu registro era efetuado por duas observadoras que, com base na descrição e nos exemplos fornecidos acima, calcularam a freqüência de emissão dessas condutas durante o período de duração de cada uma das filmagens.

Quadro para Categorização das Condutas das Crianças: de modo semelhante ao descrito na Tabela 1, o presente instrumento serviu para uma melhor identificação da freqüência das condutas das crianças emitidas durante a realização dos procedimentos odontológicos (Tabela 2). Também com base em observações específicas ao contexto odontopediátrico em questão e em algumas categorizações já existentes (Ambrosano et al., 2004; Gongora & Silveiras, 1998; Jay et al., 1983), esta Tabela continha a descrição operacional de seis condutas das crianças consideradas cooperativas, tais como falar, responder verbalmente, solicitar informação, buscar suporte emocional, olhar para a execução do procedimento e auxiliar na execução do procedimento, bem como de outras seis categorias de comportamentos opostos, incluindo o chorar e o choramingar, o comportar-se de modo nervoso, o agredir fisicamente, o fugir ou movimentar-se até a imobilização e o protestar.

Tal quadro foi submetido à calibração, sendo o registro da freqüência de cada uma dessas respostas efetuado por duas observadoras com base na descrição e nos exemplos fornecidos acima.

Procedimentos

Inicialmente foi feito contato com a instituição "Bebê Clínica" da Universidade Estadual de Londrina, através da coordenadora do curso de especialização em odontopediatria. Essa primeira visita teve o intuito de explicar os objetivos do trabalho bem como solicitar a autorização para que ele se efetuasse.

O trabalho iniciou-se mediante a explicitação dos objetivos da pesquisa para os membros da clínica, esclarecendo a necessidade de participação de dois voluntários, cujo horário de atendimento fosse compatível com o da equipe de pesquisa, a fim de viabilizar a coleta de dados. Foi requisitada a eles a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Solicitou-se que cada um dos profissionais, mediante experiência de atendimento anterior, indicasse uma criança considerada cooperativa e uma considerada opositora em relação aos procedimentos odontológicos. Desse modo, foi efetuado o contato com as mães dessas crianças, explicitando-se os objetivos

Tabela 1. Comportamentos dos profissionais categorizados quanto à emissão de condutas positivas/negativas durante o tratamento odontológico infantil.

Categorias profissionais		
Condutas positivas		Exemplos
Descrição do procedimento e do funcionamento do equipamento	Verbalizações que descrevem o que ele ou a criança está fazendo, o que está acontecendo no momento, ou os comportamentos encobertos envolvidos na situação.	Agora eu vou pegar a escovinha! Acho que você está com medo!
Fazer perguntas	Comentários descritivos ou reflexivos expressos em forma de pergunta e que não direcionam ou criticam o comportamento da criança.	Acho que você vai gostar do morango, né?!
Fantasiar	Utilizar objetos mágicos ou de personagens do cotidiano da criança no intuito de atribuir um caráter lúdico ao procedimento	Aperta o nariz para a cadeira mágica subir. Agora eu vou pegar o Bob Esponja!
Oferecer conforto emocional ou contato físico	Comportamentos verbais, ou não, nos quais se demonstra que compreende os sentimentos da criança, e se utiliza de afetividade com ela, tais como beijos, abraços e carinhos (não incluindo contato físico no intuito de imobilização).	
Elogiar	Verbalizações dirigidas à criança que expressam apreciação ou aprovação por seu comportamento ou característica física.	Que dente mais lindo!
Distrair a criança com outro assunto/ estímulo	Fazer comentários não relativos os procedimentos clínicos ou chamar atenção da criança para objetos/situações/ pessoas não envolvidas no mesmo	Vamos ficar bem bonito que aquela tia vai filmar! Olha só meu nariz de palhaço!
<i>Condutas Negativas</i>		
Crítica/restrrição verbal	Verbalização que salienta um aspecto negativo da criança ou limita de alguma forma seu comportamento, apontando algo que não deve ser feito.	Tá doido! Não morde o dedo da tia!
Restrição/imobilização física	Segurar alguma parte do corpo da criança durante a execução do procedimento utilizando, ou não, de materiais e equipamentos apropriados para isto.	
Ordens/direcionamentos	Ordem, pedido ou sugestão, que indica qual comportamento é esperado da criança direta ou indiretamente.	Segura a girafa pra tia. Deixa o bocão bem aberto, tá?
Deixar a criança sozinha	Solicitar que a criança permaneça sozinha na cadeira, e deixar o lugar para buscar equipamentos ou conversar com outras pessoas.	Fica quietinho que a tia já volta, tá?
Falar com outras pessoas sobre a criança como se ela não estivesse presente	Conversar com a mãe da criança ou com outros profissionais durante a execução do procedimento clínico, sem explicar a esta o conteúdo do diálogo.	Olha, você tá vendo este dente aqui? (dirigido para a mãe).

da pesquisa e requerendo-se a participação de seus filhos mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Cada uma das mães respondeu individualmente ao *Walker Problem Behavior Identification Checklist* (Walker, 1976). O instrumento foi aplicado mediante uma entrevista face a face com os responsáveis pela pesquisa. Pretendia-se, assim, identificar crianças que necessitassem de ajuda psicológica, descartando-as da pesquisa e encaminhando-as para atendimento psicoterá-

pêutico no Núcleo de Psicologia Clínica da Universidade Estadual de Londrina.

Posteriormente à seleção dos participantes, cada uma das díades foi submetida a uma sessão de filmagem de suas interações no decorrer da realização do procedimento odontológico. A fim de padronizar a coleta de dados observacionais, optou-se por restringir cada gravação aos dez minutos iniciais dos procedimentos, em função de ser essa a duração de alguns dos atendimentos.

Tabela 2. Comportamentos das crianças categorizados quanto à cooperação/oposição diante do tratamento odontológico.

Categorias infantis		
Comportamento cooperativos		Exemplos
Falar	Emissão de comportamento verbal espontâneo durante a execução do procedimento (não incluindo temática de protestos).	Também tem uma escovola lá na minha casa!
Responder verbalmente	Emissão de comportamento verbal em resposta a estímulo verbal emitido pelo profissional.	Você vai lembrar a tia de te dar um desenho? (profissional) Sim! (criança)
Solicitar informação	Questão verbal em que a criança pede informações acerca do procedimento.	Para quê serve isso?
Buscar suporte emocional	Solicitação verbal ou não de abraço, beijo, colo ou outro tipo de consolo do próprio profissional ou de outra pessoa.	Eu vou lá com a minha mãe!
Olhar para a execução do procedimento	Olhar dirigido para a execução do procedimento ou para os equipamentos utilizados.	
Auxiliar na execução do procedimento	Comportamento verbal, ou não, da criança que indique sua participação ativa na realização do procedimento.	Deixa que eu seguro a girafa!
<i>Comportamentos Opositores</i>		
Chorar/choramingar	Evocação de lágrimas e sons típicos não verbais.	Anh, anh, anh!
Comportar-se de modo nervoso	Manifestações físicas ou faciais de apreensão no que concerne à realização do procedimento clínico.	
Agredir fisicamente	Ações que incluem emissão de comportamentos físicos contra outras pessoas ou objetos, como morder, chutar, beliscar ou dar tapas.	
Gritar	Expressão vocal aguda de alta intensidade, sem emissão de palavras.	
Fugir ou movimentar-se até a imobilização	Deixar a cadeira ou movimentar-se sobremaneira antes do término do procedimento clínico.	
Protestar	Não seguimento das atividades propostas pelo profissional, ou emissão de comportamento verbal em recusa ao mesmo.	Pára! Tá doendo!

Após a realização e filmagem de cada um dos procedimentos odontológicos, solicitou-se que o profissional preenchesse o Protocolo de Registro dos Comportamentos da Criança Durante a Realização do Procedimento Clínico (Jay et al., 1983).

Esse instrumento foi aplicado a fim de aferir a frequência de comportamentos opositores ou cooperativos emitidos pelas crianças durante tal período de tempo, e verificar se realmente correspondiam às denominações cooperativa ou opositora que lhes foram inicialmente atribuídas. Ou seja, somou-se a pontuação obtida nas escalas likerts para cada um dos comportamentos infantis opositores, comparando-a com a pontuação total obtida nas escalas likerts para os comportamentos cooperativos. Nos casos em que a pontuação foi maior para os comportamentos opositores,

a criança era considerada opositora, e quando essa soma foi maior em relação aos comportamentos cooperativos, a criança foi considerada cooperativa. Caso o resultado do instrumento não corroborasse a denominação fornecida pelo odontopediatra, a criança era descartada da pesquisa, porém continuava a ser submetida a atendimento odontológico.

Duas observadoras previamente treinadas mediante a análise de trechos de interações de díades profissional-paciente não participantes da pesquisa procederam a categorização dos comportamentos dos profissionais e das crianças, registrando a frequência de cada uma das respostas em questão, de acordo com a descrição e com os exemplos fornecidos nos quadros para categorização das condutas dos profissionais e das crianças (Ambrosano et al., 2004; Gongora & Silveiras, 1998; Jay et al., 1983).

Após a categorização de todos os comportamentos profissionais e infantis, calculou-se o índice de fidedignidade para determinar a fidedignidade do material. Para tal fim, tomou-se o registro total de ambas as observadoras para cada uma das categorias especificadas, dividindo-se o valor de menor freqüência pelo de maior freqüência e multiplicando-se o resultado por cem. Nos casos em que o índice de fidedignidade foi inferior a 80%, efetuou-se nova classificação, repetindo-se o cálculo para a nova categorização.

Conduziu-se uma análise funcional dos comportamentos das odontopediatras e seus pacientes.

Resultados e Discussão

Com relação à coleta de dados observacionais, uma informação de destaque refere-se à duração dos procedimentos odontológicos. Embora a categorização tenha se limitado aos dez minutos iniciais de cada procedimento odontológico, observou-se que para os sujeitos cooperativos tais procedimentos duraram aproximadamente dez minutos, enquanto para as crianças opositoras atendidas pela P1 e P2 os procedimentos atingiram respectivamente 18 e 14 minutos. Ou seja, observa-se um acréscimo de 40% e 80% no tempo de realização das intervenções clínicas para as crianças opositoras, representando intervalos duas e quatro vezes maiores do que os encontrados em pesquisas efetuadas por Ambrosano et al. (2004).

De acordo com esses mesmos autores, constata-se que acréscimos na duração dos procedimentos deixam o tratamento mais dificultoso e aumentam o estresse do paciente e do profissional. No presente estudo, por exemplo, observou-se uma freqüência mais elevada de comportamentos opositores por parte das crianças opositoras, acrescida a um menor número de interações positivas dirigidas a elas.

Um outro aspecto que merece ser destacado se refere ao Protocolo de Registro dos Comportamentos da Criança Durante a Realização do Procedimento Clínico, mediante o qual se observou que as crianças consideradas não cooperativas apresentaram uma média 100% maior de comportamentos opositores do que as consideradas cooperativas. Entretanto, acerca

das condutas de adesão, não houve diferença acentuada (apenas 30%).

Em relação às categorizações dos comportamentos das crianças verificou-se uma discrepância de 163% entre os comportamentos cooperativos das crianças cooperativas e opositoras, com vantagens para as primeiras. Acerca das respostas de oposição, as observações não permitiram sequer o cálculo dessa estimativa, visto que seus índices correspondem a zero para as crianças cooperativas e 53 para as opositoras.

O emprego isolado do Protocolo de Registro dos Comportamentos da Criança Durante a Realização do Procedimento Clínico não permitiu identificar aspectos mais sutis da interação odontopediatra-paciente. Assim, considera-se que uma análise fundamentada na observação direta do comportamento da díade poderá indicar o modo como profissionais e pacientes influenciaram seus comportamentos reciprocamente (Meyer, 1997).

No que se refere à categorização da interação odontopediatra-paciente, por sua vez, observa-se que a freqüência de condutas positivas da P1 com a criança cooperativa (total de 27 respostas) é maior do que com a criança opositora (total de 12 respostas). Dessas, constata-se ainda que para a primeira criança são feitas sete descrições, 14 perguntas e seis utilizações de fantasia, enquanto para a segunda são efetuadas apenas seis descrições, três perguntas e três elogios (Figura 1).

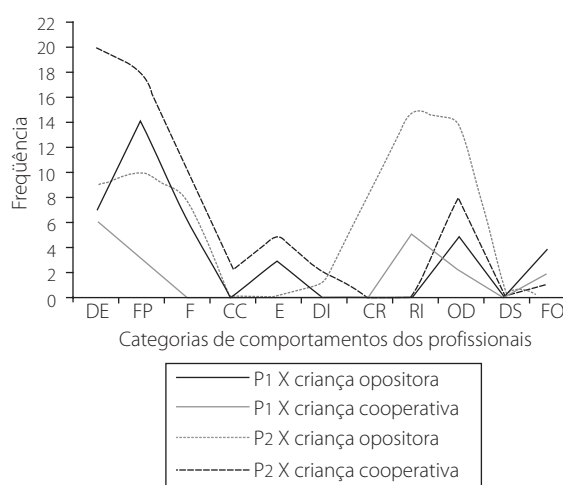


Figura 1. Freqüência das respostas de P1 e P2 com relação às crianças cooperativas e opositoras no decorrer de dez minutos de procedimento.

Já as condutas negativas de P1 apresentam-se numericamente iguais tanto para o sujeito cooperativo quanto para o opositor (total de nove respostas). Todavia essas diferem em seu conteúdo, já que para o primeiro são realizadas cinco ordens ou direcionamentos e mais quatro respostas de interação com outras pessoas, e para o segundo são efetuadas cinco restrições físicas e imobilizações (uma a cada intervalo de dois minutos, e correspondendo à total duração deles), duas ordens ou direcionamentos, e duas condutas dirigidas às demais pessoas.

Para P2, por sua vez, verifica-se que o total de condutas positivas dessa profissional corresponde a 57 respostas dirigidas à criança cooperativa, e a apenas 28 direcionadas à criança opositora. Entretanto para a primeira são efetuadas 20 descrições, 18 perguntas, dez utilizações de fantasia, cinco elogios, duas distrações e duas respostas de conforto ou contato físico, ao passo que para o sujeito opositor são emitidas nove descrições, dez perguntas, oito utilizações de fantasia e uma distração.

Desse modo, constata-se que dentre as condutas positivas das profissionais mais frequentemente empregadas estão o fazer perguntas, correspondendo a 45 respostas de um total de 124 e a descrição do procedimento e do funcionamento do equipamento, que representa outras 42 condutas desse mesmo total.

Observando-se ainda que muitas vezes essas perguntas visavam à confirmação de que a criança tinha conhecimento acerca das intervenções a serem efetuadas, considera-se que o presente artigo corrobora as observações de Weinstein et al. (1982, 1986) de que o fornecimento prévio de informação facilita a aquisição e a manutenção de comportamentos colaborativos com o tratamento.

Ao analisar as condutas negativas da P2, verificam-se apenas nove respostas no que concerne à criança cooperativa, e 38 no que se refere à opositora. Dessas, são observados oito direcionamentos ou ordens, e apenas uma interação dirigida a outra pessoa para o sujeito cooperativo; e oito críticas, 15 restrições ou imobilizações físicas, 14 direcionamentos ou ordens e uma resposta de deixar a criança opositora sozinha.

Conclui-se que os padrões negativos foram numericamente maiores para a criança opositora atendida pela P2, enquanto para P1 não houve diferença no total de condutas negativas dirigidas à criança

cooperativa ou opositora. Tal constatação poderia ser explicada, porém, pelo tipo de intervenção ao qual o sujeito opositor atendido por P1 foi submetido. Ele foi imobilizado durante todo o período de intervenção, não demandando que lhe fossem feitas ordens para que se comportasse de modo apropriado, ou mesmo críticas acerca de seus padrões não convinentes com o tratamento.

Sabe-se que muitas vezes a restrição física justifica-se quando a criança não adere a outra estratégia comportamental menos aversiva. Entretanto nenhuma tentativa diversa foi efetuada para o presente caso. Cabe destacar aqui, como o fazem Christiano e Russ (1998), que esse procedimento de imposição da restrição física expõe a criança à estimulação aversiva, o que, no entanto não garante a promoção de comportamentos de colaboração.

Isso pode ser exemplificado tanto pelo fato de o menino chorar durante todo o período de intervenção quanto por apresentar uma baixa taxa de comportamentos cooperativos. Suas respostas de cooperação consistiram em olhar a execução do procedimento, ou seja, possivelmente a única resposta de cooperação viável na situação de imobilização.

Importante ressaltar, porém, que a idade dessa criança (um ano e meio), mesmo sendo inferior à das outras, não justifica sua imobilização, uma vez que a prática clínica dentro desse mesmo contexto odontológico demonstra que pacientes de cerca de dez ou onze meses de idade já se submetem ao controle de conduta mediante a voz do profissional, quando submetidos a procedimentos indolores.

Verifica-se que das 80 respostas de cooperação apresentadas, predominam as categorias descritas como auxiliar na execução do procedimento (30 auxílios) e olhar para a execução do procedimento (21 olhares). Além disso, observa-se que desse total de respostas, 40 são emitidas pelo sujeito cooperativo (cinco falas, 11 respostas verbais, duas solicitações de informação, seis olhares e 16 auxílios) e 18 pelo opositor (três falas, uma resposta verbal, quatro solicitações de informação, três olhares e sete auxílios) atendido por P2, enquanto para P1 esses índices correspondem a um total de 18 (uma fala, duas respostas verbais, oito olhares e sete auxílios) e quatro condutas positivas (quatro olhares) respectivamente (Figura 2).

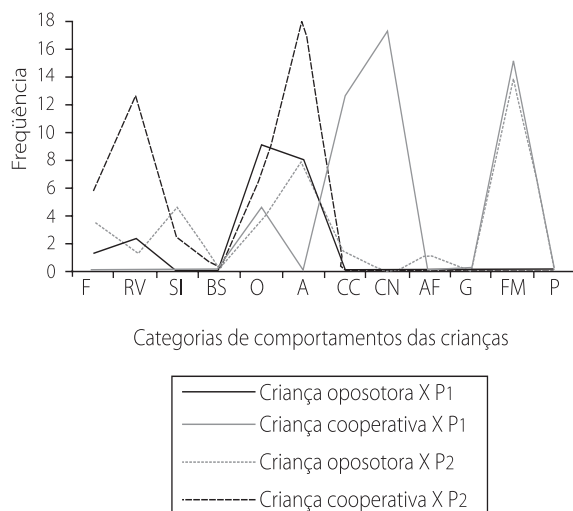


Figura 2. Frequência das respostas das crianças cooperativas e opositoras com relação a P1 e P2 no decorrer de dez minutos de procedimento.

A Figura 2 evidencia ainda os comportamentos concorrentes das crianças atendidas. Não se verifica resposta de oposição emitida pela criança cooperativa, enquanto 39 são emitidas pelo sujeito opositor (11 choros/choramigos, 15 gritos e 13 fugas/movimentações) no que concerne a P1.

Com relação a P2, por sua vez, também não são constatadas condutas negativas provenientes da criança cooperativa, ao passo que se observam 14 comportamentos concorrentes advindos da criança opositora. Desses, um se remete ao choro/choramingo, um à agressão física e 12 à fuga/movimentação.

Assim, de um total de 53 respostas de oposição, observaram-se 25 tentativas de fuga ou movimentações até a imobilização e 15 gritos. Essas respostas são, talvez, as que mais dificultam a realização dos procedimentos, ampliando sua duração e expondo a criança por muito mais tempo à estimulação aversiva (Christiano & Russ, 1998).

Análise funcional das interações profissional-paciente

Verificou-se que, de maneira geral, as crianças cooperativas, ao interagirem com os odontopediatras, receberam um maior número de condutas positivas por parte das profissionais quando comparadas às não cooperativas. Esse dado coaduna-se às afirmações de

Prins et al. 1987; Weinstein (1986) e Weinstein et al. (1982), segundo as quais as condutas positivas do profissional (fornecimento de informação, compreensão das reações emocionais, uso de fantasias, entre outros) facilitam a aquisição e a manutenção de comportamentos colaborativos com o tratamento, enquanto os padrões negativos (manejo inadequado, utilização de coerção e negação dos sentimentos da criança) potencializam as reações de medo, tais como gritos, choros e protestos.

Isso parece ocorrer devido ao fato de que os comportamentos positivos dos profissionais provavelmente contribuam para o estabelecimento de um ambiente agradável para as crianças, não sendo preciso se esquivar com choros, gritos ou outros comportamentos opositores. Ao contrário, elas parecem se sentir confortáveis e, desse modo, mais dispostas a falar, perguntar e colaborar, funcionando como consequência reforçadora positiva para aquelas respostas do profissional.

Uma vez que as crianças não se opõem à realização do procedimento odontológico, eliminam alguns dos fatores que poderiam funcionar como estímulos antecedentes para a emissão de comportamentos profissionais considerados negativos, e que englobariam a crítica ou a restrição física e/ou verbal, por exemplo. De maneira oposta, quando a criança coopera com o procedimento odontológico, seu padrão parece funcionar como ocasião que aumentaria a probabilidade de emissão de comportamentos positivos dos profissionais em relação a ela. Assim, sendo elogiada ou acariciada, a criança tem seu comportamento cooperativo reforçado positivamente, tendendo a desempenhá-lo de modo semelhante em situações análogas futuras.

Uma outra consequência benéfica dessa interação cooperativa dos profissionais e das crianças é tornar o contexto da clínica odontológica menos estressante para ambos (Christiano & Russ, 1998). Considerando o efeito na criança, o contexto odontológico apresentaria, nesse caso, poucos eventos eliciadores de comportamentos respondentes de ansiedade e medo e poucos eventos sinalizadores para operantes de fuga ou esquivas.

Verificou-se que ambas as crianças atendidas pela P2 demonstram um índice mais elevado de comportamentos colaborativos do que as atendidas pela

P1, visto que a primeira também emite um número maior de condutas positivas do que a segunda.

Do ponto de vista de uma análise funcional, seria possível levantar a hipótese de que os comportamentos opostos das crianças, dada uma possível não habituação ao contexto odontológico, funcionariam como eventos antecedentes a aumentar a probabilidade de emissão de condutas negativas de P1 e P2, tais como críticas e restrições físicas ou verbais, na tentativa de contê-las. Cessando momentaneamente a realização do procedimento odontológico, as respostas de choros ou gritos emitidas pelas crianças tendem a ser mantidas em função de suas conseqüências reforçadoras negativas.

Já as condutas negativas por parte dos profissionais, longe de levar à cooperação por parte das crianças, tendem a se constituírem eventos antecedentes à emissão de comportamentos opostos por parte dessas crianças, culminando no que Schrepferman e Snyder (2002) denominaram escalada de comportamentos coercitivos.

Por fim, como o profissional consegue executar todo o procedimento clínico - ainda que sob forte oposição das crianças -, seu comportamento, dadas tais conseqüências positivas, apresenta certa probabilidade de emissão em um contexto semelhante futuro. Além disso, o próprio comportamento oposto da criança poderia ser entendido como um estímulo aversivo do qual o odontopediatra acaba por se livrar ao fim da realização do procedimento clínico, tendo, assim, seu comportamento reforçado também negativamente.

Considerações Finais

Aparentemente, as variáveis dos profissionais não são as únicas responsáveis pelos comportamentos das crianças durante a intervenção, uma vez que eles também tiveram seu comportamento influenciado pelas condutas dessas crianças (Prins et al., 1987; Weinstein et al., 1982). As características do procedimento clínico adotado, a familiaridade com a clínica e com o odontopediatra são exemplos de outros possíveis fatores que influenciam a cooperação da criança.

Os dados aqui discutidos se focam em um desses fatores - a interação entre o odontopediatra e seu

paciente (Moraes, 1999). Do ponto de vista prático, os dados indicam que as condutas cooperativas ou positivas das crianças podem ser fomentadas seja por meio do comportamento do profissional seja pelo da criança. Aparentemente, cada situação de interação não cooperativa deve ser avaliada de modo singular. O presente estudo tratou da relação funcional entre os comportamentos de odontopediatras e seus pacientes, identificando-os em categorias. Estudos subseqüentes poderão isolar as categorias do comportamento do odontopediatra, tratando-as não como comportamentos, mas como eventos ambientais a serem manipulados experimentalmente.

Um planejamento da conduta do odontopediatra com a criança, com a finalidade de prevenir suas respostas opostas, pode ser esboçado nesse momento. Sugere-se um uso mais intensivo de alguns dos procedimentos já adotados em odontopediatria, como: a) O emprego de estratégias lúdicas de distração da criança; b) O uso de estratégias lúdicas para familiarização da criança com o ambiente e com os procedimentos a serem adotados e c) A manipulação de variáveis, como a presença (ou ausência) da mãe na sala de atendimento odontológico.

Todavia são necessários estudos futuros que avaliem a efetividade dos procedimentos aqui sugeridos, uma vez que é possível que crianças excessivamente opostas com relação ao tratamento odontológico estejam também sob controle de outras variáveis não diretamente relacionadas a esse contexto. Assim, talvez um trabalho psicológico prévio ou concomitante ao tratamento odontológico, e que atue na identificação e manipulação desses fatores, se mostre efetivo para esses casos extremos nos quais a adoção de estratégias por parte dos profissionais possa se mostrar insuficiente.

Referências

- Academia Americana de Odontopediatria (1996). Guidelines for behavior management. *Pediatric Dentistry (Special Issue)*, 18, 86-88.
- Allen, K. D., Loiben, T., Allen S. J., & Stanley, R. T. (1992). Dentist: implemented contingent escape for management of disruptive child behavior. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 25 (3), 629-636.
- Allen, K. D., Stanley, R., & McPherson, K. (1990). Evaluation of behavior management technology dissemination in pediatric dentistry. *Pediatric Dentistry*, 12 (2), 79-82.

- Allen, K. D., Stark, L. J., Rigney, B. A., Nash, D. A., & Stokes, T. F. (1988). Reinforced practice of children's cooperative behavior during restorative dental treatment. *Journal of Dentistry for Children*, 55 (4), 273-277.
- Ambrosano, G. M. B., Costa Jr., A. L., Moraes, B. A., & Possobon, R. F. (2004). O comportamento de crianças em tratamento odontológico: intervenção psicofarmacológica. *Psicologia: Reflexão e Crítica* 17, 75-82.
- Berge, M. T., Veerkamp, J., & Hoogstraten, J. (1999). Dentist's behavior in response to child dental fear. *Journal of Dentistry for Children*, 63, 36-40
- Christiano, B., & Russ, S. W. (1998). Matching preparatory intervention to coping style: the effects on children's distress in the dental setting. *Journal of Pediatric Psychology*, 23 (1), 17-27.
- Costa, Jr. A. L. (2001). *Análise de comportamentos de crianças expostas à punção venosa para quimioterapia*. Tese de doutorado não-publicada, Universidade de Brasília.
- Costa Jr., A. L., & Coutinho, S. M. G. (2000). Você tem medo de dentista? A psicologia pode ajudar-lhe. *Leia: Informação e Crítica*, 2 (9), 20-24.
- Ferreira, Z. A., Carvalho, E. K., Mitsudo, R. S., & Bergamo, P. M. S. (2006). *Reforço de Ribbond: aplicação clínica*. Acessado em Fevereiro 15, 2006, disponível em: <http://www.oraltech.com.br/news/dica9/pag01.htm>
- Gongora, M. A. N., & Silveira, E. F. M. (1998). *Psicologia clínica comportamental: a inserção da entrevista com adultos e crianças*. São Paulo: Edicon.
- Ingersoll, B. D., Nash, D. A., & Grammer, C. (1984). The use of contingent audiotaped material with pediatric dental patients. *Journal American Dental Association*, 109 (5), 717-720.
- Jay, S. M., Ozolins, M., Elliot, C. H., & Caldwell, S. (1983). Assessment of children's distress during painful medical procedures. *Health Psychology*, 2, 133-147.
- Melamed, B. G., Hawes, R. R., Heiby, E., & Glick, J. (1975). Use of filmed modeling to reduce uncooperative behavior of children during dental treatment. *Journal of Dentistry Research*, 54 (4), 797-801.
- Meyer, S. B. (1997). O conceito de análise funcional. In M. Delitti (Org.), *Sobre comportamento e cognição* (pp.31-36). São Paulo: ARBYtes.
- Moraes, A. B. A. (1999). Comportamento e saúde bucal: circunscrevendo o campo. In R. R. Kerbauy (Org.), *Comportamento e saúde: explorando alternativas* (pp.61-83). Santo André: Arbytes.
- Moraes, A. B. A., & Gil, I. (1991). *Odontopediatria clínica*. São Paulo: Santos.
- Possobon, R. F., Moraes, A. B. A., Costa Jr., A. L., & Ambrosano, G. M. B. (2003). O comportamento de crianças durante atendimento odontológico. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 19, 59-64.
- Prins, P., Veerkamp, J., Horst, G., Jong, A., & Tan, L. (1987). Behavior of dentists and child patients during treatment. *Community Dentistry of Oral Epidemiology*, 15 (5), 253-257.
- Schrepferman, L., & Snyder, J. (2002). Coercion: the link between treatment mechanisms in behavioral parent training and risk reduction in child antisocial behavior. *Behavior Therapy*, 33, 339-359.
- Stark, L. J., Allen, K. D., Hurst, M., Nash, D. A., Rigney, B., & Stokes, T. F. (1989). Distraction: its utilization and efficacy with children undergoing dental treatment. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 22 (3), 297-307.
- Stokes, T. F., & Kennedy, S. H. (1980). Reducing child uncooperative behavior during dental treatment through modeling and reinforcement. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 13 (1), 41-49.
- Thom, A., Sartory, G., & Jöhren, P. (2000). Comparison between one-session psychological treatment and benzodiazepine in dental phobia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68 (3), 378-387.
- Walker, H. M. (1976). Walker problem behavior identification checklist (WPBIC): manual. Los Angeles: Western Psychological Service.
- Weinstein, P. (1986). Integrating behavioral methodologies into dental pharmacological research. *Anesthesia Progress*, 33 (1), 55-59.
- Weinstein, P., Getz, T., Ratener, P., & Domoto, P. (1982). The effect of dentist's behaviors on fear-related behaviors in children. *Journal of American Dentistry Association*, 104 (1), 32-38.

Recebido em: 18/10/2005

Versão final reapresentada em: 25/7/2006

Aprovado em: 15/8/2006

Resenha

Cultura e saúde nas organizações¹

Culture and health in the organizations

Izabel Carolina Martins **CAMPOS**^{2,3}

Flávia de Novaes **COSTA**^{3,4}

Para Tamayo et al. (2004), o trabalho humano, observado sobre o prisma histórico, revela sua transformação num meio civilizado e de cultura, marcando os mais remotos lugares com o sinal do homem. O trabalho representa para a pessoa um dos aspectos mais relevantes de sua vida e é inseparável da sua existência. Esse trabalho não é só a produção de bens e riquezas, mas a maneira de sua realização como pessoa. A relação entre o trabalho e o bem-estar do trabalhador requer a implantação e implementação, por parte das organizações, de políticas de prevenção, construindo uma cultura organizacional, em que seja propícia a realização da missão da organização com a garantia da qualidade de vida e a realização das pessoas.

Na sociedade contemporânea, o trabalho ocorre nas organizações, ou seja, está situado em um contexto pré-determinado. O livro analisa o fato de que cada organização tem uma cultura voltada para a produtividade, e, em certos casos, a meta do lucro prevalece em detrimento da realização das pessoas. A cultura favorece o processo de personalização ou despersonalização do indivíduo.

Para os autores, o homem dedica boa parte de sua existência ao trabalho e o aparecimento de doenças

pode estar associado aos impactos da organização do trabalho sobre a saúde, o bem-estar físico, mental e social dos trabalhadores. O conceito de saúde organizacional está diretamente associado ao equilíbrio entre a estrutura, o funcionamento organizacional e o bem-estar individual.

A cultura é um substrato de uma organização e, talvez, um de seus fundamentos. As organizações são um modo de produção social, de agrupamento de pessoas em torno do trabalho para produzir riquezas, bens, mercadorias e cultura. A cultura está relacionada ao modo de produção social do trabalho, é um componente envolvente, onipresente e invisível na organização e pode ser também visível ou concreta no modo como as pessoas se vestem, se comunicam, se organizam, como criam instrumentos de manipulação de artefatos humanos no trabalho.

É invisível quando se expressa em processos subliminares, como a comunicação não verbal, a interação, o conflito, a competição, a assimilação ou os processos subjetivos.

A cultura é altamente benéfica quando favorece o prazer e a realização do trabalhador, e maléfica quando

▼▼▼▼▼

¹ TAMAYO, A. et al. (Orgs.). (2004). *Cultura e saúde nas organizações*. São Paulo: Artmed.

² Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Florianópolis, SC, Brasil.

³ Governo do Estado de Santa Catarina, Secretaria de Estado da Administração. R. Major José Augusto de Faria, 113, Centro, 88020-140, Florianópolis, SC, Brasil. Correspondência para/Correspondence to: I.C.M. CAMPOS. E-mail: <izabel@sea.sc.gov.br>, <lzacarol2004@yahoo.com.br>.

⁴ Tribunal de Justiça de Santa Catarina. Florianópolis, SC, Brasil.

nega a identidade e a realização profissional e pessoal desse trabalhador e gera sofrimento, sobrecargas físicas e emocionais invariavelmente relacionadas ao desencadeante de agravos à saúde, como as lesões por esforços repetitivos, distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho, *stress*, esgotamento profissional ou *burnout*, depressão e distúrbios psicossomáticos. O conhecimento da cultura organizacional favorece o entendimento de como vivem e por que adoecem os trabalhadores.

Para Tamayo et al., há uma relação simbiótica entre a constituição do ser humano, o processo civilizatório e a produção do trabalho, o que pode ser denominado de marcas da cultura.

O trabalho é um dos elementos da própria cultura humana, talvez um dos mais importantes, gerador de bens e riquezas, mas também de agravos à saúde das pessoas. Para os autores a organização do trabalho deve garantir às pessoas prazer, satisfação profissional, sua realização e sua permanente aspiração à felicidade.

O livro é organizado em três partes, com o total de dez capítulos, e escrito por pesquisadores e consultores do campo da Psicologia Organizacional e do Trabalho. A primeira, intitulada "Conceitos básicos", tem como principal objetivo introduzir o leitor no mundo conceitual da cultura e da saúde no trabalho. Paz e Tamayo se referem a conceitos básicos acerca do perfil cultural das organizações, apresentam uma visão geral de cultura organizacional bem como uma proposta inovadora e eficiente para gestão e análise de dimensões culturais da empresa.

Mendes e Cruz, no Capítulo "Trabalho e saúde no contexto organizacional: algumas vicissitudes teóricas", apresentam uma reflexão acerca da diversidade de estudos de saúde-adoecimento no contexto das organizações (*stress*, *burnout*, bem-estar, prazer-sofrimento). Os autores discutem diferentes abordagens da Medicina do Trabalho, da Medicina Social, da Psicologia Social, do Trabalho, e Organizacional, da Ergonomia e da Psicodinâmica. Analisam cuidadosamente variáveis referentes aos indicadores de saúde; - o prazer, satisfação e bem-estar no trabalho - e referentes aos indicadores de adoecimentos; - o sofrimento, *stress* e esgotamento profissional (*burnout*). Também tratam da relação entre os indicadores saúde-adoecimento, destacando dentre

os transtornos relacionados ao trabalho os distúrbios musculoesqueléticos e a depressão.

A segunda parte do livro, intitulada "Fatores culturais e saúde", é dividida em cinco capítulos, onde é analisada a relação entre algumas dimensões culturais da organização e saúde no trabalho. Mendes discute aspectos da relação entre cultura e saúde no trabalho, considera estratégias de enfrentamento do sofrimento e de busca do prazer bem como o papel da cultura no processo de adoecimento ou de promoção à saúde dos indivíduos nas organizações.

A presença de fenômenos como *stress* e gestão das emoções no trabalho são fatores que, segundo Mendes, favorecem o aparecimento de processos de adoecimento, implicando uma dinâmica de forças, por vezes contraditórias, dos atores da organização que pretendem garantir a saúde e a produtividade.

Como a própria autora afirma, a "cultura organizacional e prazer-sofrimento no trabalho: uma abordagem psicodinâmica" apresenta uma visão do binômio prazer-sofrimento como indicador de saúde no trabalho. Finaliza integrando os achados empíricos à teoria e aponta algumas contribuições práticas desses estudos para a gestão de pessoas.

Tamayo, Lima e Silva discutem os aspectos referentes ao "clima organizacional e *stress* no trabalho". Esclarecem a relação entre cultura e clima organizacional, bem como o impacto desse último sobre o *stress* ocupacional. Conceitos básicos de clima organizacional e *stress* são analisados e esclarecidos, bem como as relações entre essas duas variáveis tanto do ponto de vista empírico quanto teórico. Os resultados demonstram que o ambiente é o indicador de quão eficiente é a organização na valorização dos seus recursos humanos.

Ferreira e Assmar analisam no Capítulo "Cultura, satisfação e saúde nas organizações" as implicações da cultura organizacional na satisfação e na saúde do trabalhador. Realizam uma revisão dos principais pressupostos teóricos associados a cada uma delas e discutem estudos empíricos sobre as relações entre essas variáveis. As autoras propõem um modelo integrado de cultura, satisfação e saúde no trabalho e demonstram as possibilidades de aplicação desse modelo em pesquisas e em intervenção (aplicação prática) em projetos de saúde do trabalhador.

Paz no capítulo “Poder e saúde organizacional” demonstra que há uma relação bastante evidente entre poder e saúde. A autora discute quais são as características das estruturas de relação de poder e dominação de uma organização que implicam os processos de saúde no trabalho. Alguns aspectos dessas estruturas de dominação de poder podem ser observados na forma como estão configurados nos estilos, nos jogos políticos, na natureza dos intercâmbios, nas negociações, no jeito de gerir. Todos esses aspectos influenciam os processos de gratificação e satisfação do trabalho.

A autora também discute como ocorre o equilíbrio nas relações interpessoais para garantir a saúde do trabalhador nas organizações. Ressalta a estrutura das organizações em suas configurações de poder, com seus estilos de dinâmica e jogos políticos como característicos do funcionamento das organizações; as vivências de gratificação e desgosto; e o bem-estar dos trabalhadores.

Em “Cultura, justiça e saúde no trabalho”, Assmar e Ferreira exploram as relações de justiça, cultura organizacional e saúde bem como examinam suas implicações no *stress* psicológico e na qualidade de vida no trabalho. Fazem uma breve revisão de estudos sobre justiça organizacional e as diferentes formas como se manifesta no trabalho. Destacam o impacto dos valores culturais dos trabalhadores nas percepções de injustiça, enfatizando as reações emocionais negativas daí resultantes e os prejuízos que acarretam à saúde dos trabalhadores e das próprias organizações.

A terceira e última parte do livro, intitulada “Gestão do trabalho e saúde”, aborda reflexões acerca do “Bem-estar: equilíbrio entre a cultura do trabalho prescrito e a cultura do trabalho real”. Ferreira descreve e analisa questões referentes à relação da especificidade das situações efetivas de trabalho e a concepção das tarefas nas organizações. O trabalho prescrito nas organizações permite depreender as práticas, os valores, os hábitos e a gestão das tarefas. Os trabalhadores buscam permanentemente gerir a discrepância entre o trabalho prescrito e o trabalho real com vistas à garantia de seu bem-estar e à qualidade dos produtos ou serviços.

Abrahão e Santos abordam “O controle no trabalho: os seus efeitos no bem-estar e na produ-

tividade”. Demonstram a contextualização das centrais de atendimento, as condições de trabalho dos atendentes, e o impacto da informatização na saúde desses trabalhadores. Concluem que há perversidade do trabalho nas centrais de atendimento, uma vez que por meio do controle os dirigentes alimentam um sistema de punição em vez de reinvestirem na adequação do modo de gestão.

Cruz complementa as reflexões com aspectos referentes ao aparecimento de “Distúrbios musculoesqueléticos nos processos de trabalho e cultura organizacional”. Relaciona indicadores da esfera emocional, *stress* e *burnout* como aspectos relevantes para o diagnóstico de lesões por esforços repetitivos (LER) e distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (DORT). Avalia aspectos mediadores que a cultura organizacional proporciona sobre condutas saudáveis e patológicas no ambiente de trabalho. O autor, em sua análise, destaca os processos cognitivos, condições de salubridade, ambientais e sociais, no diagnóstico das situações de trabalho e no tratamento de variáveis ligadas ao trabalho e à cultura organizacional.

A leitura do livro, em geral, fornece possibilidade de reflexão sobre prazer e sofrimento no trabalho, e situa a relação direta com saúde e cultura da organização. Associa, paradoxalmente, prazer e sofrimento. Ao realizar o trabalho, sentimentos e emoções estão presentes no trabalhador, permeados pela cultura da organização: prazer de realizar o trabalho e angústia em executá-lo sem as condições necessárias, ansiedade por correr riscos, ocultar informações importantes, medo de ser responsável por resultados indesejados, ou mesmo responder com processo de adoecimento (depressão, LER/DORT, *burnout*, etc.).

O papel desempenhado pela cultura organizacional tem auxiliado o processo de formação e manutenção dos sentimentos que o indivíduo nutre por seu trabalho e pela organização.

O livro aborda a relação entre saúde, sofrimento psíquico e cultura da organização. A relação entre os sujeitos é que pode gerar conflitos, competição, estratégias de defesa, tudo inserido num contexto permeado por valores, cultura, produtividade, trabalho prescrito e trabalho real. A realização dos sujeitos, a

renda familiar, a satisfação de suas necessidades básicas são relevantes no contexto organizacional.

O entendimento do prazer e do sofrimento gera avanços na investigação e formulação de estratégias coletivas de defesa específica no contexto da cultura organizacional.

A insatisfação e os problemas de saúde vivenciados no trabalho interferem na rotatividade, no absenteísmo e na produtividade da organização, acarretando perda de bons profissionais, despesas adicionais com seleção e recrutamento, e outros desdobramentos na eficácia da organização. Nesse sentido, todos os dirigentes precisam desenvolver e manter uma cultura saudável que assegure a satisfação, a saúde e o bem-estar dos indivíduos.

Os autores destacam com clareza o papel do trabalho e o prazer, a satisfação e o sofrimento vivenciados pelos trabalhadores, as repercussões em sua saúde e na qualidade de vida no trabalho.

Em síntese, o livro é organizado por cientistas de diferentes regiões do país e objetiva fornecer aos

leitores o conhecimento dos assuntos de forma desencadeada. Os autores informam os temas relevantes para o avanço no conhecimento de interesse da Psicologia Organizacional e do Trabalho. A relação entre cultura e saúde nas organizações discute e abre horizontes para os profissionais da área da saúde e do trabalho.

O livro atende expectativas de profissionais que atuam na área bem como preenche uma lacuna de pesquisa sobre a relação entre saúde e cultura nas organizações. A edição dessa obra contribui para o avanço do conhecimento científico sobretudo de professores, estudantes de Psicologia e demais profissionais que atuam no campo da saúde. Fornece a possibilidade de aprimoramento de teorias para a intervenção na realidade da cultura e saúde organizacionais.

Recebido em: 5/10/2005

Versão final reapresentada em: 9/2/2006

Aprovado em: 16/6/2006

Informativo

O Centro Psicológico de Controle do *Stress* (CPCS) e Associação Brasileira de *Stress* (ABS), em uma ação conjunta, apoiada pelo Laboratório de Estudos Psicofisiológicos do *Stress* da Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUC-Campinas), realizarão de 19 e 20 de outubro próximo, o III Congresso Brasileiro de *Stress*, que ocorrerá no Hotel Pestana, sito à Rua Tutóia, 77, Jardim Paulista, na cidade de São Paulo.

Objetivos

- reunir pesquisadores para a apresentação e discussão de dados originais de pesquisas brasileiras na área do *stress* e qualidade de vida;
- reunir especialistas para compartilharem sua atuação clínica com pessoas e empresas *estressadas*;
- discutir novos métodos de tratamento;
- reduzir a lacuna entre os dados de pesquisa e a aplicação prática desses conhecimentos;
- possibilitar que empresas apresentem trabalhos sobre ações anti-*stress* que estejam implementando;
- possibilitar o encontro de profissionais interessados nos temas *stress* e qualidade de vida

A programação envolve uma conferência internacional sobre *The application of Rational Emotive Behavior Therapy in the treatment of time-limited eating disorder groups* (A aplicação da Terapia Racional Emotiva Comportamental no tratamento de transtornos alimentares em grupos de terapia breve) a ser proferida pela Dra. Kristene Doyle, Diretora do Instituto Albert Ellis, de New York. Dra. Doyle possui PhD em Psicologia Clínica e Escolar pela Hofstra University, Hempstead, NY, EUA e tem como especialidade o tratamento de transtornos alimentares na abordagem cognitivo-comportamental-racional emotiva.

Título da conferência de abertura: A relação entre crenças irracionais e o *stress* emocional nos transtornos alimentares (*The Relationship between irrational beliefs and emotional distress in eating disorders*).

A segunda conferência internacional será apresentada pelo Dr. Julio Adolfo Obst, doutor em Psicologia pela Universidade Argentina J.F. Kennedy e Diretor do Centro Argentino de Terapia Racional Emotiva Comportamental (CATREC). Dr. Julio é professor da Universidade de Flores, na Argentina.

Título da conferência: Terapia racional emotiva comportamental nas relações conjugais e o *stress* dos casais (*REBT in marital relationship and couples distress*).

A Conferência Magna será proferida pela Dra. Marilda Novaes Lipp, Diretora do Centro Psicológico de Controle do *Stress*, Presidente da Associação Brasileira de *Stress*, coordenadora do Laboratório de Estudos Psicofisiológicos do *Stress* e Profa. da PUC-Campinas.

Título da conferência: Se você não pode reprimir ou expressar, o que fazer com a raiva e com o *stress* por ela criado?

Outras atividades oferecidas

- Mesas redondas
- Conferências
- Painéis
- Cursos
- Sessões de "bate-papo" com especialistas
- Sessões de temas livres e de pôsteres

Os cursos oferecidos serão

Curso 1: Adquirindo conhecimento para diagnosticar o *stress* emocional.

Profa. Maria Diva Lucarelli, Dra. Valquiria Ap. Cintra Tricoli e Profa. Isolina Maria Proença

Curso 2: O manejo do *stress* agudo e *stress* pós-traumático da criança, do adulto e na empresa.

Dra. Lúcia Malagris, Profa. Márcia Bignotto, Profa. Daniela I. Cipriano, Prof. Elinaldo Leal

Curso 3. ATCC aplicada ao *stress* dos transtornos de personalidade.

Profa. Angélica Sadir e Prof. Marcelo da Rocha Carvalho

Curso 4. Desenvolvendo competências para lidar com o *stress* no ambiente de trabalho.

Dra. Marilda Novaes Lipp

A Comissão Científica do Congresso Brasileiro de *Stress* é composta dos seguintes membros:

Dr. Alberto Ogata (SBQV)

Dr. Bernard Rangé (UFRJ)

Dra. Cristina Myasaki

Dra. Carla Witter

Dra. Carmem Neme Bueno

Dra. Diana Tosello Lalon (PUC-Campinas)

Dra. Elisa Medici Pizão Yoshida (PUC-Campinas)

Dra. Geraldina Porto Witter (PUC-Campinas)

Dra. Karina Magalhães Brasio (PUC-Campinas)

Dra. Lúcia Emmanoel Novaes Malagris (UFRJ)

Dra. Neide Miscelli Domingos (FMSJRP)

Dra. Sandra Calais (UNESP-Bauru)

Dra. Tânia Aiello Vaisberg (PUC-Campinas)

Dra. Valquíria Cintra Tricoli (PUC-Campinas)

Prêmios a serem oferecidos

Prêmio Daniel Lipp de Excelência na área do Controle do *Stress* para o melhor "case" a ser apresentado por uma empresa oferecido pelo Hospital Daniel Lipp do Rio e Janeiro

Premio do melhor pôster

Premio do melhor Tema Livre

Informações pelos e-mails

congresso@estresse.com.br ou

stresscenter@estresse.com.br

Site: www.estresse.com.br

Telefones: (19) 3729-6901, (19) 3234-0288 ou (11)3288-0782

Prazo para inscrição de temas livres e pôsteres: 15 de maio de 2007

(e-mail: congressotrabalhos@estresse.com.br)

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 20 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.

Parecer do Comitê de Ética

Resultados de pesquisas relacionadas a seres humanos devem ser acompanhados de cópia do parecer do Comitê de Ética da Instituição de origem, ou outro credenciado junto ao Conselho Nacional de Saúde. Além disso, deverá constar, no último parágrafo do item Método, uma clara afirmação do cumprimento dos princípios éticos.

Apreciação pelo conselho editorial

Os originais serão aceitos para avaliação desde que não tenham sido publicados anteriormente e 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 (5ª 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 quatro 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, 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: Papirus.

Obra antiga e reeditada em data muito posterior

Erikson, E. H. (1963). *Childhood and society* (2nd. ed.). New York: Norton. (Originalmente publicado em 1950).

Citação secundária

Se o original não foi lido, citar os autores da seguinte forma: "Selye (1936, citado por Lipp, 2001) ...". Na seção de referências citar apenas a obra consultada (no caso, Lipp, 2001).

Teses ou dissertações não publicadas

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.

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 quatro vias do original (um original e três 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 appraise, research report. It may not exceed 20 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.

Ethics Committee

Research results from human beings should be followed by the approval copy of the authors' Institution Ethics Committee or other institution accredited by the National Health Council. In addition, it must include in the last paragraph of the Method item a term in which is emphasized the ethical principles application.

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 (5th 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 four 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 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 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 no 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 contend, 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 contend, 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

Borrion, 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 volums 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
- Four original printed versions (one original and three 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:

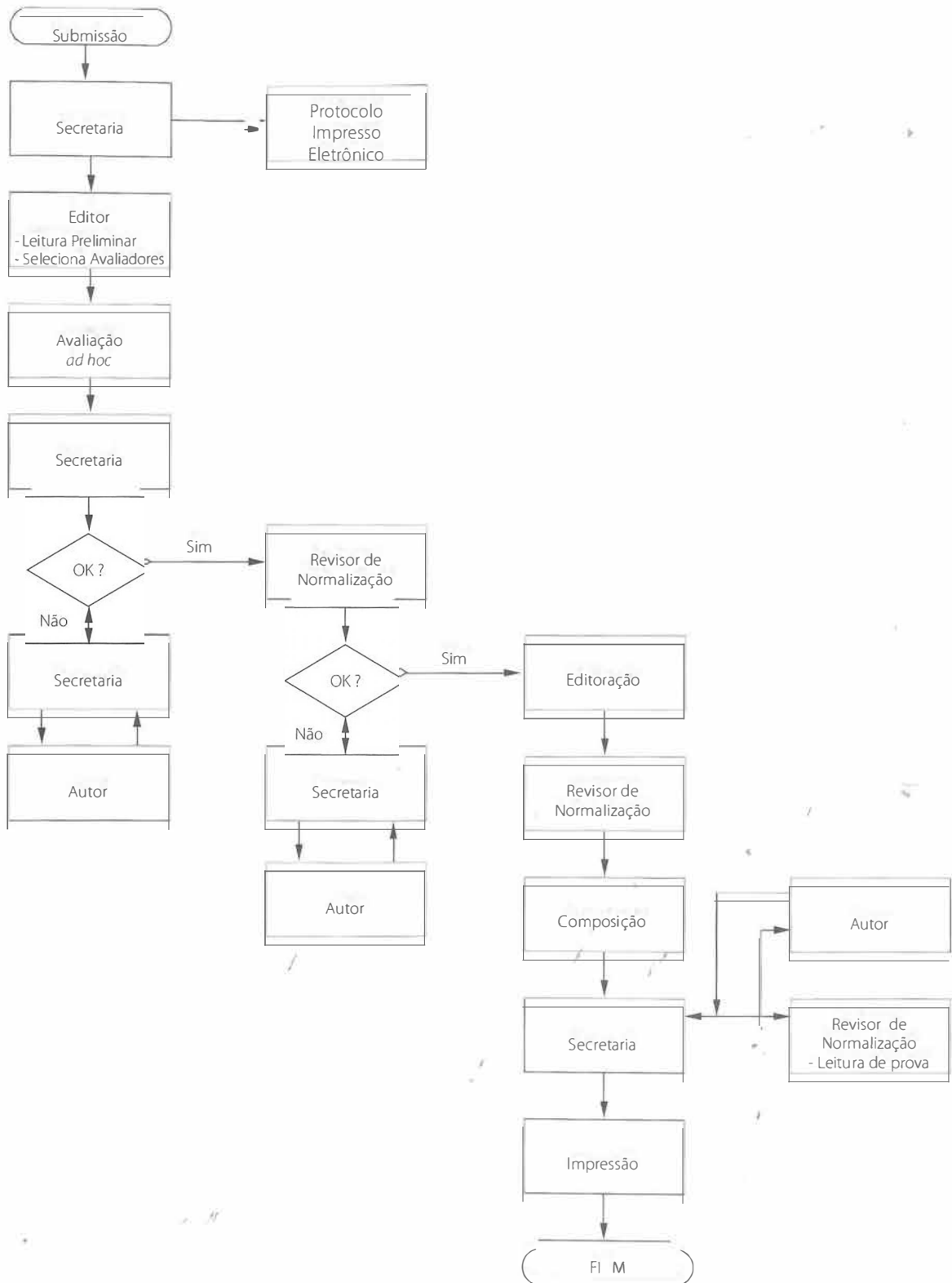
1. Responsibility Statement: every author must sign in these terms:

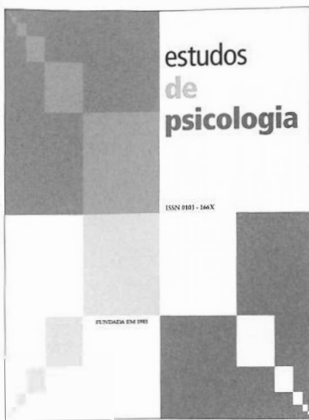
- I confirm my participation to this study development process to make it public, and I assure its content, reinforcing that nothing was omitted, neither any financial support or deals among the authors and any company interested in this article publication;
 - I also assure the original is real and 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





Prezado amigo,

É como satisfação que vimos convidá-lo a ASSINAR OU RENOVAR a revista **Estudos de Psicologia**, a melhor forma de ter contato com os trabalhos desenvolvidos por pesquisadores da área através de uma publicação nacional, indexada nas bases de dados internacionais: PsycINFO, CLASE, Latindex, LILACS e Index Psi. Lista Qualis: A-Nacional

Esperamos contar com sua presença entre nossos assinantes regulares.
Preencha o canhoto abaixo.

Um abraço,
Comissão Editorial

ASSINATURA

RENOVAÇÃO

Volume 20: 1 e 2 (2003) R\$ 50,00

Volume 21 (2004) R\$ 50,00

Volume 22 (2005)

Volume 23 (2006)

Pessoas Físicas R\$ 40,00

Pessoas Físicas R\$ 40,00

Institucional R\$ 50,00

Institucional R\$ 50,00

Volume 24 (2007)

Pessoas Físicas R\$ 50,00

Institucional R\$ 80,00

Nome: _____

Endereço: _____

CEP: _____ Cidade: _____ Estado: _____ Telefone: _____

Anexo cheque número: _____ Banco: _____ Valor: _____

Cheque nominal à SOCIEDADE CAMPINEIRA DE EDUCAÇÃO E INSTRUÇÃO.

Assinatura: _____ Data: ____ / ____ / ____

FORMAS DE PAGAMENTO

PARCELADO

Pré-datado para 30 dias

Pagamentos em 2 vezes: 1 entrada e o restante para 30 dias

À VISTA

Cheque ou depósito bancário: depósito bancário: Banco Itaú ag. 0009 cc 49371-9

Código de Identificação do assinante: **Institucional** CNPJ **Pessoas Físicas** CPF

Razão Social: Sociedade Campineira de Educação e Instrução. CNPJ: 46.020.301/0001-88

Enviar esta ficha juntamente com seu pagamento para:

Estudos de Psicologia - Núcleo de Editoração - Prédio de Odontologia - Campus II
Av. John Boyd Dunlop, s/n. - Jd Ipaussurama - 13060-904 - Campinas - SP. Fone/Fax: (19) 3729-6875
E-mail: assinaturascv@puc-campinas.edu.br - Home Page: www.puc-campinas.edu.br/ccv

Grão-Chanceler: Dom Bruno Gamberini

Reitor: Pe. Wilson Denadai

Vice-Reitora: Profa. Angela de Mendonça Engelbrecht

Pró-Reitoria de Graduação: Prof. Germano Rigacci Júnior

Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação: Profa. Vera Engler Cury

Pró-Reitoria de Extensão e Assuntos Comunitários: Prof. Paulo de Tarso Barbosa Duarte

Pró-Reitoria de Administração: Prof. Marco Antonio Carnio

Diretora do Centro de Ciências da Vida: Profa. Miralva Aparecida de Jesus Silva

Diretor-Adjunto: Prof. José Gonzaga Teixeira de Camargo

Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Psicologia: Profa. Raquel Souza Lobo Guzzo

Estudos de Psicologia

Com capa impressa no papel supremo 250g/m² e miolo no papel couchê fosco 90g/m²

Capa / Cover

Sueley 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

artigos/articles

Temperamento, neuroticismo e auto-estima: estudo preliminar

Temperament, neuroticism and self-esteem: preliminary study

| Patrícia do Carmo Pereira Ito | Mônica Gobitta | Raquel Souza Lobo Guzzo

Uma comparação entre crianças e adolescentes com enurese noturna primária: impacto e problemas de comportamento

A comparison between children and adolescents with primary nocturnal enuresis: impact and behavior problems

| Mariana Castro Arantes | Edwiges Ferreira de Mattos Silveiras

Efeitos de variáveis psicológicas na reatividade cardiovascular em momentos de stress emocional

Psychological effects on the cardiovascular reactivity of stressful moments

| Marilda Emmanuel Novaes Lipp | Adriana Frare | Flavia Urbino dos Santos

Alfabetização e consciência metalingüística: um estudo com adultos não alfabetizados

Literacy and metalinguistic development: a study with illiterate adults

| Márcia Maria Elia Peruzzi da Mota | Nelimar Ribeiro de Castro

Homicídio seguido de suicídio na cidade de Porto Alegre

Homicide followed by suicide in Porto Alegre city, Brazil

| Samantha Dubugras Sá | Blanca Susana Guevara Werlang

Leitura fenomenológica mundana do adoecer em pacientes do Serviço de Fisioterapia do Núcleo de Atenção Médica Integrada, Universidade de Fortaleza

The physiotherapy service of Núcleo de Atenção Médica Integrada, Universidade de Fortaleza, Brazil patients' illness phenomenological approach

| Virginia Moreira | Fernanda Nícia Nunes Nogueira | Márcio Arthoni Souto da Rocha

Pesquisando ao ensinar: prática no laboratório didático analisa o comportamento verbal sob contingências de reforçamento positivo e negativo

Researching while teaching: laboratory activity analyzes verbal behavior under contingencies of positive and negative reinforcement

| Gerson Yukio Tomanari | Anamélia Araújo de Carvalho | Zorilda Santos Góes | Sidnei Barbosa de Lira | Anderson Cesar Veloso Viana

A importância da legitimação social na (re)construção da identidade de um alcoolista

The importance of social legitimization on the (re)construction of an alcoholic's identity

| Geraldo Mendes de Campos | Ricardo Franklin Ferreira

Estressores e estratégias de coping em uma amostra de psicólogos clínicos

Clinical psychologists' stress sources and coping strategies

| Cristiane Élis Sanzovo | Myrna Elisa Chagas Coelho

A análise de sonhos nas terapias cognitivas e comportamentais

Dream analysis in cognitive and behavior therapies

| Luc Vandenberghe | Artur Vandré Pitanga

Uma integração teórica entre psicossomática, stress e doenças crônicas de pele

Psychosomatic, stress and chronic skin problems theoretical integration

| Juliana Dors Tigre da Silva | Marisa Campio Müller

Psoríase e sua relação com aspectos psicológicos, stress e eventos da vida

Psoriasis and its relation with psychological aspects, stress, and life events

| Kênia de Sousa Silva | Eliana Aparecida Torrezan da Silva

Análise funcional da interação profissional-paciente em odontopediatria

The patient-professional relationship functional analysis in the pediatric dentistry

| Daniele Pedrosa Fioravante | Maria Rita Zoéga Soares | Jocelaine Martins da Silveira | Norma Sant'Anna Zakir