

estudos de psicologia

Volume 24
Número 1
Janeiro/Março 2007

ISSN 0103 - 166X

FUNDADA EM 1983

Editora Chefe / Editor-in-Chief

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

Editores Associados / Associate Editors

Prof. Dr. Antonios Terzis (PUC-Campinas)

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

Editora Financeira / Financial Editor

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

Editor Gerente / Manager Editor

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

Conselho Editorial / Editorial Board

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

Charles Spielberger (University of South Florida - USA)

Denise Defey (Universidad de la República - Uruguay)

Denise R. Bandeira (UFRGS)

Francisco Lotuffo Neto (USP)

George Everly (Johns Hopkins University - USA)

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

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

Leandro Almeida (Universidade do Minho - Portugal)

Lúcia Emmanuel Novaes Malagris (UFRJ)

Maria A. Mattos (UFRGS)

Maria M. Hübner (MacKenzie)

Nilson G. Vieira Filho (UFPE)

Sheva Maia Nóbrega (UFPE)

Suely S. Guimarães (UnB)

Vicente E. Cabalho (Universidade de Granada - España)

William B. Gomes (UFRGS)

Equipe Técnica / Technical Group

Normalização e Indexação / Standardization and Indexing

Maria Cristina Matoso

Editoração Eletrônica / DTP

Fátima Cristina de Camargo

Apoio Administrativo / Administrative Support

Divana A. J. Espírito Santo

O Conselho Editorial não se responsabiliza por conceitos emitidos em artigos assinados.

The Board of Editors does not assume responsibility for concepts emitted in signed articles.

A eventual citação de produtos e marcas comerciais não expressa recomendação do seu uso pela Instituição.

The eventual citation of products and brands does not express recommendation of the Institution for their use.

Copyright © Estudos de Psicologia

Estudos de Psicologia

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

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

COLABORAÇÕES / CONTRIBUTIONS

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

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

ASSINATURAS / SUBSCRIPTIONS

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

E-mail: assinaturascv@puc-campinas.edu.br

Annual: Pessoas físicas: R\$50,00 Institucional: R\$80,00

Aceita-se permuta

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

Annual: Individual rate: R\$50,00 Institutional rate: R\$80,00

Exchange is accepted

CORRESPONDÊNCIA / CORRESPONDENCE

Toda a correspondência deve ser enviada à Estudos de Psicologia no endereço abaixo:

All correspondence should be sent to Estudos de Psicologia at the address below:

Núcleo de Editoração SBI/CCV

Av. John Boyd Dunlop, s/n. - Prédio de Odontologia - Jd. Ipaussurama 13060-904 - Campinas, SP, Brasil.

Fone +55-19-3729-6859/6876 Fax +55-19-3729-6875

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

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

INDEXAÇÃO / INDEXING

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

www.bvs-psi.org.br Lista Qualis: A Nacional

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

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

FICHA CATALOGRÁFICA

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

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

v.24 n. 1 jan./mar. 2007

Quadrimestral 1983-1986; Semestral 1987-1991; Quadrimestral 1992-2004; Trimestral 2005-

Resumo em Português e Inglês.

ISSN 0103-166X

1. Psicologia – Periódicos. I. Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Centro de Ciências da Vida. Programa de Pós-Graduação em Psicologia.

CDD 150

Apoio:



Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico

sumário CONTENTS

ARTIGOS ARTICLES

- 3 Habilidades sociais das mães e envolvimento com os filhos: um estudo correlacional**
Mothers' social skills and their involvement with children: a correlational study
| Fabiana Cia | Camila de Sousa Pereira | Zilda Aparecida Pereira Del Prette | Almir Del Prette
- 13 Condição cognitiva de crianças de zona rural**
Rural children cognitive state
| Carmen Elvira Flores-Mendoza | Elizabeth do Nascimento
- 23 Avaliação da qualidade de vida em soropositivos para o HIV**
Life quality evaluation in HIV serum-positive individuals
| Alessandra Ramos Castanha | Maria da Penha de Lima Coutinho | Ana Alayde Werba Saldanha | Cristiane Galvão Ribeiro
- 33 Ansiedade de separação em adultos com transtorno de pânico: um tratamento cognitivo-comportamental**
Separation anxiety in adults with panic disorder: a cognitive-behavior treatment
| Ana Gabriela Pinheiro da Silva Annicchino | Evandro Gomes de Matos
- 41 Stress ocupacional em bombeiros: efeitos de intervenção baseada em avaliação de necessidades**
Firefighters' occupational stress: intervention effects based on needs assessment
| Sheila Giardini Murta | Bartholomeu Tôrres Tróccoli
- 53 Relação entre comportamento moral dos pais e dos filhos adolescentes**
Relation between parents' and adolescents' moral behavior
| Laísa Weber Prust | Paula Inez Cunha Gomide
- 61 Problemas enfrentados por terapeutas analítico-comportamentais em sua prática clínica**
Behavior analytic therapists' clinical practice problems
| Marina Gomes Wielewicky | Jocelaine Martins da Silveira | Carlos Eduardo Costa
- 69 Stress entre calouros e veteranos de jornalismo**
Journalism freshmen and veterans' stress
| Sandra Leal Calais | Kester Carrara | Maiara Medeiros Brum | Karen Batista | Josiane Keyla Yamada | Juliana Roman Santos Oliveira

- 79 **Investigação das propriedades psicométricas de uma escala de metas de realização**
Investigation of the achievement goals scale psychometrics properties
| José Maurício Haas Bueno | Rita da Penha Campos Zenorini | Acácia Aparecida Angeli dos Santos | Alice Yuriko Matumoto
| Juliana Buchatsky
- 89 **A prática do psicólogo hospitalar em equipe multidisciplinar**
The practice of hospital psychologist in a multidisciplinary team
| Aline Maria Tonetto | William Barbosa Gomes
- 99 **Religião, enfrentamento e cura: perspectivas psicológicas**
Religion, coping, and cure: psychological perspectives
| Geraldo José de Paiva
- 105 **A perspectiva desenvolvimentista para a intervenção precoce no autismo**
The developmental approach for early intervention in autism
| Carolina Lampreia
- 115 **Autismo infantil e vínculo terapêutico**
Infantile autism and therapeutic process
| Carla Fernandes Ferreira da Costa Marques | Sérgio Luiz Saboya Arruda
- Resenha** *Book Review*
- 125 **Stress e o turbilhão da raiva**
Stress and anger eddy
| Ana Carolina de Queiroz Cabral
- 129 **Informativo** *News*
- 131 **Instruções aos Autores** *Instructions to Authors*

Habilidades sociais das mães e envolvimento com os filhos: um estudo correlacional

Mothers' social skills and their involvement with children: a correlational study

Fabiana CIA¹

Camila de Sousa PEREIRA¹

Zilda Aparecida Pereira DEL PRETTE¹

Almir DEL PRETTE¹

Resumo

O objetivo deste estudo foi identificar e analisar o repertório de habilidades sociais de mães e o envolvimento com seus filhos. Participaram 22 mães de alunos da primeira série do ensino fundamental, que preencheram o questionário Qualidade da Interação Familiar na Visão das Mães e o Inventário de Habilidades Sociais (IHS-Del-Prette). Os respondentes relataram bom repertório de habilidades sociais, que foi positivamente correlacionado com as medidas de envolvimento entre as mães e seus filhos. Tais resultados sugerem a importância do repertório de habilidades sociais das mães no envolvimento com os filhos e, em caso de déficits nessa área, a necessidade de programas que visem melhorar as habilidades sociais maternas.

Unitermos: habilidades sociais; habilidades sociais educativas; relacionamento mãe-filho.

Abstract

This study aimed to identify and to analyze the mother's social skills repertoire and their involvement with their children. Twenty-two mothers, whose children were in the first grade, participated in this study. They completed the Mother's Evaluation of Family Interaction Quality questionnaire and Social Skills Inventory (IHS-Del-Prette). The participants reported good social skills repertoire, which was positively correlated to the interaction scales between the mothers and their children. These results suggest the importance of the mother's social skills repertoire on involvement with their children and, in case of deficits, specific programs focused on the motherly social skills improvement would be necessary.

Uniterms: social skills; social skills educative; mother child relations.

Com o crescente aumento da força feminina no mercado de trabalho, as mulheres que são mães necessitam conciliar as atividades externas com o tempo dedicado à casa e à educação dos filhos. As

pesquisas (Bertolini, 2002; Cia, D'Affonseca & Barham, 2004; Dantas, Jablonski & Féres-Carneiro, 2004; Dessen & Costa, 2005; Jaffee, Moffitt, Caspi & Taylor, 2003) apontam que a participação do pai nas práticas educativas tem



¹ Universidade Federal de São Carlos, Centro de Educação e Ciências Humanas, Departamento de Psicologia, Laboratório de Interação Social, Programa de Pós-Graduação em Educação Especial. Rodovia Washington Luís, km 235, Caixa Postal 676, 13565-905, São Carlos, SP, Brasil. Correspondência para/Correspondence to: F. CIA. E-mail: <fabianacia@hotmail.com>.

umentado consideravelmente nos últimos anos, porém a mãe continua sendo responsável por aspectos fundamentais do desenvolvimento do filho, como os cuidados diários de higiene, alimentação e educação escolar (D’Affonseca, 2005; Ranchandani & McConachie, 2005).

Para as mulheres inseridas no mercado de trabalho, isso pode significar uma sobrecarga de atividades, podendo resultar ainda em dificuldade nos relacionamentos interpessoais, influenciando negativamente a interação entre mãe e filho (Diniz, 1999).

Como os dados da literatura sugerem, no entanto, que pessoas socialmente competentes conseguem manter relações interpessoais satisfatórias, inclusive em situações adversas (Del Prette & Del Prette, 1999, 2001), pode-se supor que tais efeitos negativos seriam menos críticos em mães com um repertório mais elaborado de habilidades sociais.

Conforme Del Prette e Del Prette (2001), a competência social refere-se à capacidade de o indivíduo organizar coerentemente seus pensamentos, sentimentos e comportamentos, supondo critérios de avaliação relacionados com: “a manutenção ou a melhora da auto-estima e da relação, o alcance dos objetivos determinantes da interação, o equilíbrio de ganhos e perdas entre os parceiros e o respeito aos direitos humanos básicos” (p.34). A competência social apóia-se no conjunto de habilidades sociais presentes no repertório do indivíduo para lidar com as demandas interpessoais que ocorrem nos diferentes contextos de modo a atender e favorecer relacionamentos saudáveis e produtivos com as demais pessoas (Del Prette & Del Prette, 2001, 2005).

O envolvimento dos pais na educação dos filhos tem sido amplamente reconhecido como maximizador do desenvolvimento socioemocional e da competência acadêmica das crianças (D’Avila-Bacarji, Marturano & Elias, 2005; Flouri & Buchanan, 2003). Por outro lado, a negligência e outras práticas favorecem problemas de caráter socioemocional e de desempenho acadêmico nos filhos (Bolsoni-Silva & Marturano, 2002; D’Avila-Bacarji et al., 2005; Del Prette & Del Prette, 2005; Gomide, 2003).

As atividades educativas dos pais são variadas e têm sido referidas na literatura sob denominações abrangentes como práticas e estilos parentais. Buscando

resumir as principais estratégias utilizadas pelos pais na promoção da educação e desenvolvimento dos filhos, Del Prette e Del Prette (2005) destacam três desses conjuntos mais gerais: orientações, instruções e exortações para estabelecer regras; uso de recompensas e punições como estratégias de manejo das conseqüências; e apresentação de modelos como facilitadores da aprendizagem de novos comportamentos. Essas estratégias ocorrem, na maioria das vezes, em interações sociais face a face, e requerem dos pais habilidades sociais que precisam ser articuladas e emitidas de forma competente. Alguns estudos destacam a importância dos modelos parentais como recurso efetivo na educação dos filhos (Del Prette & Del Prette, 1999, 2005).

As evidências disponíveis sobre o repertório de habilidades sociais dos cônjuges e seu envolvimento com os filhos são ainda bastante escassas, embora se disponha de indicações indiretas de que os déficits interpessoais dos pais - e mais especificamente os de habilidades sociais “educativas” - impactam negativamente no desempenho acadêmico, social e emocional dos filhos (Freitas, 2005; Pinheiro, Haase, Del Prette, Amarante & Del Prette, no prelo).

Del Prette e Del Prette (2001, p.95) definem as habilidades sociais educativas (HSE) como “aquelas intencionalmente voltadas para a promoção do desenvolvimento e da aprendizagem do outro”. Elas se diferenciam das habilidades sociais gerais por serem mais específicas ao contexto familiar ou escolar de educação das crianças e constituírem a base das estratégias educativas dos pais em relação aos filhos. Com base nessa proposta de Del Prette e Del Prette (2001) e Bolsoni-Silva e Del Prette (2002), foi elaborado um questionário contendo um elenco de atividades próprias da interação mães e filhos, utilizado como instrumento de coleta de dados neste estudo.

O conjunto de habilidades sociais educativas (HSE) que os pais e educadores podem ou devem apresentar na interação com os filhos e alunos é bastante amplo e variado. Buscando comparar o repertório de pais cujos filhos possuíam indicação escolar de problemas de comportamento e pais cujos filhos apresentavam indicação de comportamentos socialmente adequados, Bolsoni-Silva e Del Prette (2002) avaliaram as habilidades sociais educativas de: manter diálogo com os filhos, fazer perguntas, expressar

sentimentos e opiniões, colocar limites, cumprir promessa, concordar com o cônjuge sobre formas de educação dos filhos e reagir a comportamentos adequados ou inadequados. Os resultados mostraram que pais de crianças com problemas de comportamento relataram repertório mais limitado de HSE, mais dificuldades interpessoais, práticas educativas menos eficientes e filhos com maior índice de comportamentos inadequados, evidenciando a importância desse repertório para um melhor ajustamento social e saúde psicológica da criança.

O envolvimento efetivo de pais e filhos certamente envolve tanto um bom repertório de habilidades sociais como de habilidades sociais educativas, ainda que não se disponha de muitas evidências empíricas sobre isso. No estudo de D’Affonseca (2005), com 23 mães que trabalhavam fora e 37 que eram donas de casa, o mesmo conjunto anterior de habilidades sociais educativas foi avaliado, juntamente com outras medidas de envolvimento materno, efetuando-se correlações com indicadores de autoconceito e desempenho acadêmico dos filhos. Os resultados mostraram que as medidas de envolvimento apresentaram maior impacto sobre o autoconceito e desempenho acadêmico das crianças do que a condição da mãe trabalhar ou não fora de casa.

Em resumo, pode-se considerar que: (a) a mãe é, geralmente, quem convive a maior parte do tempo com os filhos, mas isso não se traduz necessariamente em envolvimento mais efetivo na educação; (b) as habilidades sociais maternas podem constituir um ingrediente fundamental para práticas educativas efetivas e para prover modelos de desempenhos adequados, porém ainda se carece de evidências empíricas sobre isso. Com base nessas premissas, o presente estudo teve por objetivo identificar e analisar o repertório de habilidades sociais das mães e sua correlação com indicadores de envolvimento na relação com seus filhos, examinando alguns itens de habilidades sociais educativas presentes nesses indicadores.

Método

Participantes

A amostra foi composta de 22 mães (com média de idade de 36 anos e nove meses, na faixa etária entre

26 e 46 anos) de crianças da primeira série do ensino fundamental (com média de idade de sete anos e três meses), sendo todas casadas e 54,6% donas de casa. Em relação ao nível de escolaridade, 9,1% das mães possuíam ensino fundamental incompleto, 31,8% ensino fundamental completo, 54,6% ensino médio completo e 4,5% superior completo. Considerando a renda familiar, 45,5% variavam entre um e dois salários mínimos, 40,9% entre dois e quatro salários mínimos e 13,6% entre quatro e seis salários mínimos. Para a participação na pesquisa, as mães assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido, estabelecido pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, que deliberou pela execução deste estudo.

Instrumentos

- *Questionário de Qualidade da Interação Familiar na Visão das Mães* (Cia et al., 2004): instrumento composto por vários conjuntos de itens de avaliação do envolvimento dos pais com os filhos. Neste estudo examinam-se os dados obtidos com três escalas que também contemplam vários itens de HSE e que apresentaram boa confiabilidade (α de Cronbach > 0,75):

1) Comunicação verbal e não verbal entre mães e filhos. Constituída por 22 itens, com a pontuação variando entre 0 (nunca) e 365 (uma vez por dia, em um ano);

2) Participação das mães nos cuidados com os filhos. Constituída por 15 itens, com a pontuação variando entre 1 (pouca participação) e 5 (muita participação);

3) Participação das mães nas atividades escolares, culturais e de lazer com os filhos. Constituída por 19 itens, com a pontuação variando entre 0 (nunca) e 365 (uma vez por dia, em um ano).

Tanto na primeira quanto na terceira escala foi utilizada uma pontuação que variava de 0 (nunca) a 365 (uma vez por dia, em um ano) para se obter uma frequência do envolvimento materno, em quantidade de dias por ano, de modo a facilitar a correlação dos dados e a permitir maior variabilidade nas respostas e evitar respostas ao acaso (Cozby, 2002).

- *Inventário de Habilidades Sociais (IHS-Del-Prette)*: instrumento de auto-relato, aprovado pelo Conselho

Federal de Psicologia, produzido por Z. Del Prette e A. Del Prette (2001), que avalia cinco fatores de habilidades sociais: F1 - enfrentamento e auto-afirmação com risco; F2 - auto-afirmação na expressão de sentimento positivo; F3 - conversação e desenvoltura social; F4 - auto-exposição a desconhecidos e situações novas; e F5 - autocontrole da agressividade. É composto por 38 itens que caracterizam interações sociais e contextos diversos. Em cada item, o respondente faz uma estimativa da reação que apresenta em cada situação, indicando sua frequência em uma escala tipo *Likert* que varia de 0 (nunca ou raramente) a 4 (sempre ou quase sempre). Trata-se de um instrumento com bom padrão de confiabilidade e de consistência interna (alfa de Cronbach=0,75); estabilidade teste-reteste ($r=0,90$; $p=0,001$) e validade concomitante com o Inventário de Rathus ($r=0,79$; $p=0,01$).

Procedimentos

Os instrumentos foram respondidos pelas mães em uma escola pública mantida por indústrias (SESI), localizada em uma cidade de médio porte do interior do estado de São Paulo. No contato inicial, após explicitação dos objetivos da pesquisa e das atividades a serem desenvolvidas, as mães foram convidadas a participar da pesquisa. As que aceitaram receberam o instrumento Qualidade da Interação Familiar na Visão das Mães e foram orientadas a responderem com base em seu relacionamento com o filho (estudante da primeira série do ensino fundamental). Na seqüência, foi aplicado o IHS-Del-Prette, seguindo as instruções do manual.

As respostas ao questionário Qualidade da Interação Familiar na Visão das Mães foram analisadas estatisticamente segundo medidas de tendência central,

dispersão e frequência relativa. Os resultados obtidos no IHS-Del-Prette foram analisados considerando-se a posição em percentil para cada sexo tanto no escore total como nos escores fatoriais. Esses percentis permitiram classificar o repertório dos participantes em três categorias: deficitário (de 1,0 a 24,9); bom (de 25,0 a 74,9) e elaborado (de 75,0 a 100,0). Foram então realizadas correlações ($p<0,05$, método de Pearson, utilizando-se o *software* SPSS 10.0) entre o repertório de habilidades sociais das mães e seus indicadores de envolvimento com o filho, examinando e discutindo as habilidades sociais educativas envolvidas nesses indicadores. Além disso, foi utilizado o teste-*t* e a correlação de Pearson para verificar a influência dos fatores sociodemográficos nas variáveis deste estudo.

Resultados

A análise das variáveis sociodemográficas (idade da mãe, sexo da criança, renda familiar, mãe trabalhar fora ou ser dona de casa) mostrou que elas não tiveram impactos nas variáveis "envolvimento materno" e "repertório de habilidades sociais das mães".

Os dados da Tabela 1 apresentam os resultados dos valores médios e de dispersão obtidos pelas mães nos conjuntos de itens relacionados às três escalas de envolvimento das mães para com seus filhos.

Das três escalas, o maior envolvimento das mães se dá nos cuidados com os filhos, com valor médio próximo do limite superior da escala; as de comunicação e participação nas demais atividades aparecem com valores médios também elevados, situados no terceiro quartil da escala. A maioria das mães relatou comunicação com os filhos, usando todas as formas incluídas neste estudo com frequência quase diária. Os tipos de

Tabela 1. Medidas de tendência central, dispersão e consistência interna das escalas de envolvimento das mães com seus filhos.

Escalas	M (n=22)	DP	Alpha de Cronbach
Comunicação (verbal e não verbal) entre mães e filhos: 0= nunca a 365= todos os dias.	234,3	103,9	0,83
Participação das mães nos cuidados com os filhos: 1= pouca participação a 5= muita participação.	4,0	1,2	0,84
Participação das mães nas atividades escolares, culturais e de lazer com os filhos: 0= nunca a 365= todos os dias.	205,4	118,3	0,89

M: média; DP: desvio-padrão.

comunicação que as mães disseram usar com maior frequência foram as de manter diálogo com o filho e dar carinho ao filho. Segundo o relato das mães, os tipos de comunicação que os filhos usavam com maior frequência com elas foram as de procurar conversar e de lhes pedir ajuda em alguma atividade (acadêmica ou não).

Quanto aos cuidados com os filhos, as mães relataram maior frequência para as classes composição do círculo de amigos do filho e educação escolar; considerando a escala de participação das mães nas atividades escolares, culturais e de lazer com os filhos, as mães relataram um envolvimento quase que diário. As atividades realizadas com maior frequência pelas mães foram: pedir ao filho organizar objetos pessoais e incentivá-lo a assumir responsabilidades por tarefas escolares.

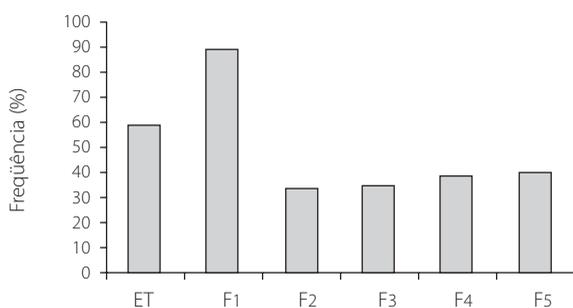


Figura 1. Posição percentil média das mães no Escore Total (ET) e em cada um dos escores fatoriais do IHS-Del-Prette.

F1: enfrentamento e auto-afirmação com risco; F2: auto-afirmação na expressão de sentimento positivo; F3: conversação e desenvoltura social; F4: auto-exposição a desconhecidos e situações novas; F5: autocontrole da agressividade.

A Figura 1 mostra a posição percentil média da amostra de mães quanto ao repertório de habilidades sociais, tanto no escore total como nos escores fatoriais.

No escore total (ET), a auto-avaliação positiva das mães sobre o próprio repertório de habilidades sociais situou-se ligeiramente acima do percentil mediano de referência normativa para o sexo feminino (Del Prette & Del Prette, 2001), indicando bom repertório geral (Figura 1). No fator 1 (*Habilidades de enfrentamento e auto-afirmação com risco*), as mães apresentaram um repertório elaborado e nos demais um bom repertório, ainda que ligeiramente abaixo da posição mediana.

A Tabela 2 mostra a relação entre as medidas de envolvimento das mães com seus filhos e os escores de habilidades sociais das mães.

As três escalas que avaliaram o envolvimento das mães com seus filhos foram positivamente correlacionadas com o escore total de habilidades sociais das mães (IHS-Del-Prette). Nenhuma escala se correlacionou com o fator 1 (*enfrentamento e auto-afirmação com risco*) enquanto os escores fatoriais 2, 3 e 4 apresentaram correlação positiva com pelo menos duas das escalas e se correlacionaram mais fortemente com a de comunicação com os filhos.

Considerando a correlação entre os itens que compõem cada escala de envolvimento materno e os fatores do IHS-Del-Prette, houve correlações positivas e significativas com 36 dos 56 itens que compõem as três escalas, sendo distribuídos da seguinte forma:

a) *Escala de comunicação entre mães e filhos*: correlação com 15 itens (*Você mantém diálogo com seu*

Tabela 2. Relação entre as medidas de avaliação do envolvimento das mães com seus filhos e o repertório de habilidades sociais das mães (Teste de Pearson).

Inventário de Habilidades Sociais (IHS-Del-Prette)	Comunicação entre mães e filhos	Participação das mães nos cuidados com os filhos	Participação das mães nas atividades escolares, culturais e de lazer com os filhos
ET: escore total	0,567**	0,432*	0,447*
F1: enfrentamento e auto-afirmação com risco	ns	ns	ns
F2: auto-afirmação na expressão de sentimento positivo	0,587**	0,414*	ns
F3: conversação e desenvoltura social	0,437**	ns	0,428*
F4: auto-exposição a desconhecidos e situações novas	0,574**	ns	0,442*
F5: autocontrole da agressividade	ns	0,432*	ns

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$.

filho? Você dá carinho ao seu filho? Você pergunta para o seu filho sobre aspectos do seu dia-a-dia? Você oferece ajuda ao seu filho quando precisa? Você expressa sentimentos positivos em relação às atitudes de seu filho? Você elogia seu filho? Você impõe limites ao seu filho? Quando promete algo ao seu filho, você cumpre a promessa? Seu filho procura conversar com você? Seu filho pede para que você o ajude em alguma atividade? Seu filho solicita que você faça algo por ele? Seu filho dá carinho a você? Seu filho conta as coisas boas e ruins ocorridas com ele, em relação à escola e aos amigos? Seu filho faz elogios a você?);

b) *Escala da participação das mães nos cuidados com os filhos*: correlação com 10 itens (controlar o círculo de amizades de seu filho, educação escolar do filho, promover contato com parentes, punir seu filho por comportamento inadequado, impor horário de deitar, controlar horário de lazer, promover atividades físicas, ler livros e revistas com seu filho, passear com seu filho, controlar a higiene do filho);

c) *Escala de participação das mães nas atividades escolares, culturais e de lazer com os filhos*: correlação com 11 itens (pede para seu filho organizar objetos pessoais, auxilia seu filho nas lições de casa, acompanha o progresso escolar do seu filho, valoriza as conquistas acadêmicas de seu filho, acompanha seu filho nas refeições, incentiva seu filho a ter contato com outras crianças, brinca com seu filho, auxilia seu filho nas atividades de higiene, passeia com seu filho, incentiva seu filho a assumir responsabilidade por tarefas escolares, incentiva seu filho a realizar atividades domésticas).

Discussão

Os resultados obtidos neste estudo indicam que, nesta amostra específica, as mães relataram alta frequência nos indicadores de comunicação com os filhos e na participação em seus cuidados, atividades escolares, culturais e de lazer. De acordo com ampla literatura (D’Affonseca, 2005; D’Avila-Bacarji et al., 2005; Hill & Taylor, 2004; Kenny & Gallagher, 2002; McDowell & Parke, 2002; Scaramella & Conger, 2004), esses indicadores são favoráveis ao desenvolvimento infantil saudável, em especial quanto ao desenvolvimento socioemocional, cognitivo e desempenho acadêmico, como enfatizam alguns estudos.

Essa relação favorável pode ser discutida em termos da importância da comunicação entre mães e filhos para o estabelecimento de uma relação segura entre ambos e para os relacionamentos futuros da criança (Feldman & Klein, 2003; Schneider, Atkinson & Tardif, 2001). O envolvimento das mães na educação dos filhos torna-se mais importante diante das demandas específicas da fase de transição - em que as crianças desta amostra se encontram (início do ensino fundamental). Nessa fase, o desempenho acadêmico, o ajustamento no ambiente escolar, o relacionamento com os companheiros e a adesão às regras de comportamento moral e o comportamento socialmente habilidoso constituem as principais tarefas de desenvolvimento e requerem muitas e diversificadas habilidades da criança, sendo fundamental a assistência dos pais nesse processo (Del Prette & Del Prette, 2005).

Quando os pais não possuem um repertório adequado de habilidades sociais, a convivência familiar pode ser fonte de infelicidade para todos os seus integrantes e capaz de gerar problemas de adaptação social nas crianças (Del Prette & Del Prette, 2005). Os resultados das mães no IHS-Del-Prette mostraram uma correlação positiva entre o repertório de habilidades sociais, por elas relatado, e a frequência de envolvimento materno com os filhos, conforme sugerem vários estudos (Bolsoni-Silva & Del Prette, 2002; Bolsoni-Silva, Del Prette & Del Prette, 2000; Bolsoni-Silva & Marturano, 2002; Del Prette & Del Prette, 2005; Gomide, 2003). Essa suposição é apoiada, no presente estudo, pela correlação positiva entre o repertório de habilidades sociais e as medidas de avaliação do envolvimento entre mães e filhos.

A relação entre os escores fatoriais do IHS-Del-Prette e as medidas de envolvimento mostra que uma ampla diversidade de habilidades sociais está na base desse envolvimento efetivo das mães com seus filhos. Como se observou, os fatores 2, 3 e 4 foram os que apresentaram correlações mais altas e com mais escalas de envolvimento, os três correlacionando-se com a escala de comunicação.

O fator 2 (*auto-afirmação na expressão de sentimento positivo*) foi positivamente correlacionado com as escalas de comunicação e de participação das mães nos cuidados com os filhos. De fato, Del Prette e Del Prette (2001) apontam que a expressão de

sentimento positivo é uma habilidade fundamental para a satisfação pessoal e para a manutenção dos relacionamentos.

Em outro estudo, Del Prette e Del Prette (2005) discutem que a expressão de sentimentos ou emoções está relacionada com a comunicação não-verbal ainda que, em muitos casos, a verbalização se torne extremamente necessária. Para reforçar a importância das habilidades de expressão de sentimentos no desenvolvimento dos filhos, Del Prette e Del Prette (2005, p.114) afirmam que “quando se vive em um ambiente pouco expressivo em termos emocionais, com pais e outros familiares bloqueando, punindo ou ignorando as manifestações da criança, ela pode desenvolver formas de disfarce das emoções, evitar situações em que pode se emocionar e encontrar dificuldades nos relacionamentos afetivos”.

O fator 3 (conversação e desenvoltura social) e o fator 4 (auto-exposição a desconhecidos e situações novas) foram positivamente correlacionados com as escalas de comunicação e de participação das mães nas atividades escolares, culturais e de lazer dos filhos. Efetivamente, os dois fatores refletem o “traquejo” social e a capacidade de abordar pessoas desconhecidas, que são importantes para incentivar os filhos a participarem de atividades escolares, culturais e de lazer. A comunicação com os filhos é geralmente permeada por sentimentos positivos e é importante que esses sentimentos sejam expressos (como nos itens avaliados pelo F3) tanto de forma verbal como não verbal (Del Prette & Del Prette, 2005).

Vários itens constituintes da escala de participação dizem respeito às atividades que são realizadas fora do contexto familiar e em interação com terceiros, que requerem as habilidades avaliadas no fator 4. Assim, as habilidades avaliadas nesses dois fatores parecem ser essenciais para o fornecimento de modelos e de condições para a socialização dos filhos - aqui, especialmente em termos de mediar situações interativas e de discriminar situações potencialmente educativas -, constituindo, portanto, um possível pré-requisito ou componente de habilidades sociais educativas dos pais (Del Prette & Del Prette, no prelo).

O fator 5 (*autocontrole da agressividade*) somente foi correlacionado com a escala de participação das mães nos cuidados com os filhos. Essa relação deve ser

compreendida a partir da necessidade da mãe apresentar um comportamento assertivo nos cuidados gerais com o filho, monitorando o próprio comportamento passivo ou agressivo que poderia levá-la, respectivamente, a práticas educativas ineficientes, como a negligência e a coerção. Mesmo ao consequenciar comportamentos agressivos ou desafiadores por parte dos filhos, que geralmente caracterizam uma interação difícil entre mãe e criança, o autocontrole da agressividade parece ser essencial para evitar o fornecimento de modelos agressivos. Em situação de cuidados com os filhos (como controle da higiene, círculo de amizades, horário de se recolher), é comum o relato dos pais de que eles desrespeitam as regras e orientações, gerando sentimentos de raiva e exigindo revisão de “combinados” e acordos para estabelecer limites e disciplina (Del Prette & Del Prette, 2005).

Esse resultado sugere também a combinação entre a habilidade de autocontrole da agressividade, a de identificar sentimentos e a de gerar reciprocidade de sentimentos positivos (Del Prette & Del Prette, no prelo), que pode facilitar modelos positivos ao filho. Del Prette e Del Prette (2005) discutem a importância dos pais promoverem as habilidades de autocontrole e expressividade emocional nos filhos, ensinando-os a reconhecer, falar e expressar emoções e sentimentos, a lidar e controlar os próprios sentimentos e a tolerar as frustrações. Segundo os mesmos autores, o controle da impulsividade é fundamental para o processo de solução de problemas e tomada de decisão.

A falta de correlação com o fator 1 (*enfrentamento e auto-afirmação com risco*) pode ser compreendida considerando que, por maior que seja a necessidade de a mãe se posicionar perante o filho com rigidez, a assertividade dela diante da possibilidade de reação indesejável não se configura como uma situação de risco, nesse tipo de relação (Del Prette & Del Prette, 2005; Gomide, 2003). Essa inferência se justifica considerando o consenso cultural quanto à legitimidade da relação pais e filhos incluir o estabelecimento de regras e direitos por ambos os cônjuges. No entanto, conforme Del Prette e Del Prette (2005), a promoção da assertividade dos filhos não deve ser inibida devido a temores dos pais sobre a perda de autoridade que poderia levá-los a não investir no ensino da assertividade desde a infância.

Apesar de não ser objetivo central deste estudo, é interessante destacar a inexistência de diferenças estatisticamente significativas entre as mães que trabalhavam fora e as mães que eram donas de casa na frequência de envolvimento com os filhos e no repertório de habilidades sociais. Assim como nas pesquisas de Bertolini (2002) e D’Affonseca (2005), apesar da dupla jornada de trabalho da maioria das mulheres deste estudo, os resultados mostraram que elas estão conseguindo administrar o tempo disponível com os filhos e possivelmente maximizando-o de forma a torná-lo agradável. Esse dado é coerente com pesquisas que verificaram que mães donas de casa relataram maior satisfação e melhor saúde mental para se relacionar com as outras pessoas, inclusive com os filhos, apesar da sobrecarga de trabalho e do fator de *stress* (Possatti & Dias, 2002; Tiedje, 2004).

A correlação positiva do repertório de habilidades sociais das mães com a frequência de comunicação com os filhos e a participação dessas nos cuidados e atividades escolares, culturais e de lazer sugere que elas possuem uma visão realista dessas tarefas. Essa correlação também infere que o envolvimento efetivo das mães com os filhos - pelo menos nos itens avaliados por essas três escalas - requer um conjunto elaborado e diversificado de habilidades sociais gerais que deve ser adaptado às demandas específicas da relação mãe-filhos de forma a efetivamente se caracterizarem como educativas.

Apesar dos resultados sugestivos de relação entre o envolvimento efetivo das mães com os filhos, da necessidade de habilidades sociais para isso e da possível especificidade das habilidades sociais educativas, algumas questões devem ser levantadas.

Considerando que este estudo avaliou somente parte do conjunto das classes de habilidades sociais educativas propostas por Del Prette e Del Prette (no prelo), parece necessário e urgente desenvolver e aprimorar instrumentos de avaliação dessas habilidades, bem como de novas pesquisas empíricas voltadas para a avaliação desse conjunto mais amplo. Tais dados poderiam ampliar e refinar os resultados encontrados no presente estudo e apontar para novas pesquisas sobre fatores relacionados com as habilidades sociais educativas.

De qualquer modo, a partir dos resultados obtidos nesta investigação, pode-se sugerir que mães

com repertório limitado de habilidades sociais deveriam receber atendimento em programas para aprimorar suas habilidades sociais e, por conseqüência, promover mais efetivamente o desenvolvimento saudável das crianças. Em muitos países, já há muitos anos, esses programas vêm sendo disponibilizados. No Brasil, ainda estamos dando os primeiros passos nessa direção (Baraldi & Silves, 2003; Bolsoni-Silva et al., 2000; Freitas, 2005; Löhr, 2003; Pinheiro et al., no prelo).

Referências

- Baraldi, D. M., & Silves, E. F. M. (2003). Treino de habilidades sociais com crianças agressivas associado à orientação dos pais: Análise empírica de uma proposta de atendimento. In A. Del Prette & Z. A. P. Del Prette (Orgs.), *Habilidades sociais, desenvolvimento e aprendizagem: questões conceituais, avaliação e intervenção* (pp.235-258). Campinas: Alínea.
- Bertolini, L. B. A. (2002). Funções paternas, maternas e conjugais na sociedade ocidental. In A. L. B. Bertolini (Org.), *Relações entre o trabalho da mulher e a dinâmica familiar* (pp.27-31). São Paulo: Vetor.
- Bolsoni-Silva, A. T., & Del Prette, A. (2002). O que os pais falam sobre suas habilidades sociais e de seus filhos? *Argumento*, 3 (7), 71-86.
- Bolsoni-Silva, A. T., Del Prette, A., & Del Prette, Z. A. P. (2000). Relacionamento pais-filhos: um programa de desenvolvimento interpessoal em grupo. *Psicologia Escolar e Educacional*, 3 (3), 203-215.
- Bolsoni-Silva, A. T., & Marturano, E. M. (2002). Práticas educativas e problemas de comportamento: uma análise à luz das habilidades sociais. *Estudos de Psicologia* (Natal), 7 (2), 227-235.
- Cia, F., D’Affonseca, S. M., & Barham, E. J. (2004). A relação entre envolvimento paterno e desempenho acadêmico dos filhos. *Paidéia: Cadernos de Psicologia e Educação*, 14 (29), 277-286.
- Cozby, P. C. (2002). *Métodos de pesquisa em ciências do comportamento*. São Paulo: Editora Atlas.
- D’Affonseca, S. M. (2005). *Prevenindo fracasso escolar: Comparando o autoconceito e desempenho acadêmico de filhos de mães que trabalham fora e donas de casa*. Dissertação de mestrado não-publicada, Programa de Pós-graduação em Educação Especial, Universidade Federal de São Carlos.
- D’Avila-Bacarji, K. M. G., Marturano, E. M., & Elias, L. C. S. (2005). Suporte parental: um estudo sobre crianças com queixas escolares. *Psicologia em Estudo*, 10 (1), 107-115.
- Dantas, C., Jablonski, B., & Féres-Carneiro, T. (2004). Paternidade: considerações sobre a relação pais-filhos após a separação conjugal. *Paidéia: Cadernos de Psicologia e Educação*, 14 (29), 347-357.
- Del Prette, A., & Del Prette, Z. A. P. (2001). *Psicologia das relações interpessoais: vivências para o trabalho em grupo*. Petrópolis: Vozes.

- Del Prette, Z. A. P., & Del Prette, A. (1999). *Psicologia das habilidades sociais: terapia e educação*. Petrópolis: Vozes.
- Del Prette, Z. A. P., & Del Prette, A. (2001). *Inventário de Habilidades Sociais (IHS-Del-Prette): manual de aplicação, apuração e interpretação* (2a.ed.). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Del Prette, Z. A. P., & Del Prette, A. (2005). *Psicologia das habilidades sociais na infância: Teoria e Prática*. Petrópolis: Vozes.
- Del Prette, A., & Del Prette, Z. A. P. (no prelo). Adolescência e fatores de risco: a importância das habilidades sociais educativas. In F. J. Penna, & V. G. Haase (Orgs.), *Aspectos biopsicossociais da saúde na infância e adolescência*. Belo Horizonte: Coopmed.
- Dessen, M. A., & Costa, A. L. (2005). *A ciência do desenvolvimento humano*. Porto Alegre: Artmed.
- Diniz, G. (1999). Homens e mulheres frente a interação casamento trabalho: Aspectos da realidade brasileira. In T. F. Carneiro (Org.), *Casal e família: entre a tradição e a transformação* (pp.31-54). Rio de Janeiro: NAU.
- Feldman, R., & Klein, P. S. (2003). Toddlers' self-regulated compliance to mothers, caregivers, and fathers: Implications for theories of socialization. *Developmental Psychology*, 3 (4), 680-692.
- Flouri, E., & Buchanan, A. (2003). The role of father involvement in children's later mental health. *Journal of Adolescence*, 26 (1), 63-78.
- Freitas, M. G. (2005). *Desenvolvimento e avaliação de um programa de habilidades sociais com mães sobre o repertório social dos filhos deficientes visuais*. Tese de doutorado não-publicada, Programa de Pós-graduação em Educação Especial, Universidade Federal de São Carlos.
- Gomide, P. I. C. (2003). Estilos parentais e comportamento anti-social. In A. Del Prette, & Z. A. P. Del Prette (Orgs.), *Habilidades sociais, desenvolvimento e aprendizagem: questões conceituais, avaliações e intervenção* (pp.21-60). Campinas: Alínea.
- Hill, N. E., & Taylor, L. C. (2004). Parental school involvement and children's academic achievement. *Current Directions in Psychological Science*, 13 (4), 161-164.
- Jaffee, S. R., Moffitt, T. E., Caspi, A., & Taylor, A. (2003). Life with (or without) father: the benefits of living with two biological parents depend on the father's antisocial behavior. *Child Development*, 74 (1), 109-126.
- Kenny, M. E., & Gallagher, L. A. (2002). Instrumental and social/relational correlates of perceived maternal and paternal attachment in adolescence. *Journal of Adolescence*, 25 (2), 203-219.
- Lohr, S. S. (2003). Estimulando o desenvolvimento de habilidades sociais em idade escolar. In A. Del Prette & Z. A. P. Del Prette (Orgs.), *Habilidades sociais, desenvolvimento e aprendizagem: questões conceituais, avaliação e intervenção* (pp.293-310). Campinas: Alínea.
- McDowell, D. J., & Parke, R. D. (2002). Parent and child cognitive representations of social situations and children's social competence. *Social Development*, 11 (4), 469-486.
- Pinheiro, M. I. S., Haase, V. G., Del Prette, A., Amarante, C. L. D., & Del Prette, Z. A. P. (no prelo). Treinamento de habilidades sociais educativas para pais de crianças com problemas de comportamento. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, Porto Alegre.
- Possatti, I. C., & Dias, M. R. (2002). Parâmetros psicométricos das escalas de qualidade dos papéis desempenhados pela mulher: mãe e trabalho pago. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 7 (1), 103-115.
- Ranchandan, P., & McConachie, H. (2005). Mother, father and their children's health. *Child: Care, Health and Development*, 31 (1), 5-6.
- Scaramella, L. V., & Conger, R. D. (2004). Intergenerational continuity of hostile parenting and its consequences: The moderating influence of children's negative emotional reactivity. *Social Development*, 12 (3), 420-439.
- Schneider, B. H., Atkinson, L., & Tardif, C. (2001). Child-parent attachment and children's peer relations: a quantitative review. *Developmental Psychology*, 37 (1), 86-100.
- Tiedje, L. B. (2004). Process of change in work/home incompatibilities employed mothers. *Journal of Social Issues*, 60 (4), 787-800.

Recebido em: 7/2/2006

Versão final reapresentada em: 2/5/2006

Aprovado em: 1/6/2006

Condição cognitiva de crianças de zona rural

Rural children cognitive state

Carmen Elvira **FLORES-MENDOZA**¹

Elizabeth do **NASCIMENTO**¹

Resumo

O estudo objetivou analisar a situação cognitiva de crianças da zona rural. Participaram do estudo 144 crianças com idade entre seis e onze anos de idade de uma vila rural, de situação socioeconômica bastante precária, situada na zona norte do Estado de Minas Gerais. Empregaram-se as Matrizes Progressivas de Raven e os subtestes Aritmética, Dígitos e Código do Teste *Wechsler Intelligence Scale for Children-III*. Os resultados mostraram, de forma geral, que as diferenças de desempenho nos testes estão associadas à idade apenas em grupos de menor idade. A comparação de uma subamostra de crianças rurais (n=59) com uma de crianças urbanas (n=143) de sete e oito anos de idade, com equivalência de nível de escolaridade, apontou uma diferença de 30 pontos de quociente intelectual no teste Raven e uma diferença média de 16,18 pontos de quociente intelectual nos subtestes aritmética e dígitos. Conclui-se que déficits ambientais afetam com maior intensidade a inteligência fluida do que a inteligência cristalizada.

Unitermos: crianças em idade escolar; inteligência cristalizada; zona rural, Brasil.

Abstract

The study had as objective to raise information about the rural children cognition. This sample was composed by 144 rural children, aged from 6 to 11 years old, who live in a very poor village localized in the north of Minas Gerais State. The Coloured Matrices Progressives test was applied as well as three subtests from Wechsler Intelligence Scale for Children-III [Arithmetic, Digit Span and Code]. The results showed that, in general, the differences in performance on these tests were associated to age only in younger groups. The comparison between the rural children sample (n=59) to the urban children one (n=143), aged from 7 to 8 years old and all of them academic level equivalent, pointed 30 points of intellectual quotient difference on Raven, and 16.18 points of intellectual quotient difference on two verbal subtests [Arithmetic and Digit Span]. It was concluded that environmental deficits affect more the fluid intelligence than the crystallized intelligence.

Uniterms: preschool students; crystallized intelligence; rural zone, Brazil.

É sobejamente conhecido o papel ubíquo da inteligência no alcance de conquistas sociais, comportamentais e educacionais (Gottfredson, 1997; Jensen, 1998; Neisser et al., 1996). Tal conhecimento advém das pesquisas de associação entre o desempenho em testes

de inteligência e critérios externos. Contudo os índices de associação podem oscilar dependendo de variáveis mediadoras (sociais e biológicas), como o grau de nutrição, a procedência geográfica, o grau de escolaridade, o nível econômico e o tipo de escola

▼▼▼▼

¹ Universidade Federal de Minas Gerais, Departamento de Psicologia, Laboratório de Avaliação das Diferenças Individuais. Av. Antônio Carlos, 6627, 31270-901, Pampulha, Belo Horizonte, MG, Brasil. Correspondência para/Correspondence to: C.E. FLORES-MENDOZA. E-mail: <carmencita@fafich.ufmg.br>. Agradecimentos: Aos alunos Tathiana Martins Carvalho, Ana Carolina Zeferino, Talitha R. C. Veneroso, Fernanda M. Franco, Thiago M. Villanova e Marcela Mansur-Alves por auxiliarem na avaliação das crianças.

(particular ou pública) que os sujeitos freqüentam (Neisser, 1998).

Uma outra variável igualmente associada à inteligência é a influência da modernização. Para investigá-la, a comparação do desempenho intelectual de pessoas residentes na zona rural com o desempenho de pessoas da zona urbana é motivo de interesse da comunidade científica (Sigman & Whaley, 1998; William, 1998).

Nesse sentido, é fato conhecido que, desde o início da segunda metade do século passado, observa-se uma crescente migração populacional do campo para a cidade, pois é na cidade que se encontram meios de comunicação, transporte, educação, cuidados médicos e sanitários muito mais sofisticados. O aumento da urbanização, e com ela, a modernização, implica, portanto, intervenções ambientais que melhoram as condições de vida da população. Tais melhorias se refletem nas menores taxas de mortalidade infantil, na maior longevidade da população e no maior controle de doenças endêmicas nas zonas urbanas. Entre as melhorias psicológicas, a variável especialmente a ser destacada é o aumento intelectual da população chamado de "efeito Flynn" (Flynn, 2003).

O ganho intelectual tem-se refletido no aumento das pontuações em testes de inteligência durante o século XX e ele tem sido identificado em vários países, principalmente naqueles com alto desenvolvimento socioeconômico. A taxa de crescimento intelectual gira em torno de três pontos de quociente intelectual (QI) por década, estando o ganho maior relacionado mais aos testes de inteligência fluida (ex. Raven) do que aos de inteligência cristalizada (ex. *Wechsler Intelligence Scale for Children -WISC*).

A inteligência fluida seria a capacidade de resolução de problemas para os quais não houve uma prévia aprendizagem; enquanto que a inteligência cristalizada refere-se à capacidade de operar eficientemente as informações apreendidas (Cattell, 1971).

As explicações dadas pela comunidade científica para o aumento intelectual foram agrupadas por Flynn (2006) em duas amplas abordagens: hipótese nutricional e hipótese da estimulação cognitiva. A primeira diz respeito à influência dos melhores padrões nutricionais e cuidados médicos da população. A segunda, à

presença e à disponibilidade de desafios cognitivos apresentados pela televisão, jornais, computador, internet, entre outros; assim como à demanda cognitiva de trabalhos cada vez mais complexos.

Essas abordagens que explicam as diferenças cognitivas entre gerações podem ser também levantadas para entender as diferenças cognitivas intra-gerações. As pesquisas transculturais, por exemplo, apontam que habitantes de países socioeconomicamente desfavorecidos ou residentes em ambiente rural apresentam quase sempre baixos escores em testes de inteligência. Esses estudos dizem respeito a países como Nigéria (Fahrmeier, 1975); Gana (Glewwe & Jacoby, 1992) ou Kenya (Sternberg et al., 2001), países conhecidos pelos baixos índices de desenvolvimento humano.

A relação entre desenvolvimento social e inteligência tem se estendido até as nações. É o que mostra o trabalho de Lynn e Vanhanen (2002). Os autores identificaram uma correlação positiva entre a riqueza das nações e o nível médio de inteligência de suas populações. Para tanto, Lynn levantou dados da renda *per capita* de 150 países (incluindo o Brasil) e o QI médio dos seus habitantes conforme resultados expostos nos manuais de testes de inteligência padronizados e adaptados para cada País. O índice encontrado foi de 0,70. Tal resultado foi interpretado como: quanto maior a inteligência dos cidadãos, maior é a sua riqueza. Contudo o raciocínio inverso também pode ser correto: quanto maior o desenvolvimento socioeconômico, maior o nível intelectual dos seus habitantes, pois é bastante difícil estabelecer quais são as variáveis independentes e quais são as dependentes.

Nesse sentido, pode-se citar o estudo de Alderman, Behrman, Khan, Ross e Sabot (1996). Os autores investigaram duas coortes de pessoas, na faixa etária entre 20 e 24 anos e entre 30 e 44 anos de idade, de 43 vilas rurais de quatro cidades do Paquistão. As vilas apresentavam diferenças na disponibilidade e qualidade de escolas. Essas diferenças, segundo a análise dos autores, estavam associadas às diferenças regionais em escolaridade e às diferenças no alcance cognitivo das coortes.

No caso do Brasil, o censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística de 2000 informa que a população urbana é 4,3 vezes maior que a população rural. Esse aumento da urbanização teve início na década

de 1960. Atualmente, a urbanização do país alcança 81,23% de todo o território. Especificamente em Minas Gerais, estado no qual se realizou o presente estudo, a população urbana cresceu de 8.982.134 para 14.651.164, no período de 1980 a 2000 (taxa de crescimento de 2,47); enquanto a população rural diminuiu de 4.396.419 para 3.215.238 no mesmo período (taxa de decréscimo de -2,30). O grau de urbanização atual do estado é de 82,00%. Por outro lado, em nível nacional as taxas de analfabetismo e de mortalidade infantil da zona rural são maiores que as da zona urbana e com o passar dos anos observa-se uma diminuição das diferenças desses índices nos estados da Região Sudeste (www.ibge.gov.br).

No território mineiro, principalmente no norte do estado, existem pequenas vilas rurais dificilmente encontráveis em grandes censos demográficos e que se caracterizam pela extrema pobreza de seus habitantes. Nesse sentido, se a condição social acompanha a situação cognitiva, torna-se necessário, em nível social e acadêmico, avaliar e comparar a distância cognitiva que separa os habitantes da zona rural, especialmente os de idade escolar, dos da zona urbana.

Os registros no Brasil envolvendo diferenças intelectuais associadas à modernização urbana são quase inexistentes (Carelli, 1994). A maioria das investigações nacionais sobre diferenças intelectuais e sua relação com variáveis sociais ou acadêmicas pode ser encontrada no período do início do século passado até a década de 1970. Após esse período, é bastante difícil encontrar estudos amplos e sistemáticos (Flores-Mendoza, 2006).

Contudo existe um estudo bastante informativo, indiretamente relacionado ao desenvolvimento cognitivo, que trata da relação entre saúde e escolaridade de crianças do ensino fundamental de áreas rurais do estado do Ceará. Esse estudo foi desenvolvido por Gomes-Neto, Hanushek, Leite e Frota-Bezerra (1997). Eles aproveitaram os dados do único levantamento efetuado na década de 80 de estudantes rurais de três estados do nordeste pelo programa de intervenção governamental chamado de Projeto de Educação Básica para o Nordeste - Programa de Extensão e Melhoria para o Meio Rural (EDURURAL). Gomes-Neto et al. (1997) analisaram especificamente os dados de avaliação de 378 alunos rurais do estado do Ceará matriculados na segunda série em 1985 e que continuaram em 1987. As variáveis independentes consistiram de medidas

antropométricas (peso, altura e espessura do tríceps), anos de escolaridade dos pais, acuidade visual e motivação para continuar os estudos. As variáveis dependentes foram a interrupção escolar (não continuação em 1987) e a promoção escolar (matrícula na quarta série em 1987 como era esperado). Os resultados de regressão apontaram que as variáveis relacionadas à saúde (acuidade visual e medidas antropométricas) prediziam significativamente a possibilidade de a criança interromper a escola e a possibilidade de ser promovida nas séries escolares. Os autores concluíram que em ambientes muito pobres, como é o caso das zonas rurais, uma melhor nutrição melhora as funções cognitivas e, portanto, a aprendizagem.

A oportunidade de atualizar as informações sobre desempenho cognitivo de crianças de zonas rurais surgiu no segundo semestre de 2004, quando o Laboratório de Avaliação das Diferenças Individuais (LADI) foi contatado para colaborar em um projeto coordenado pela Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). O objetivo geral era pesquisar a situação cognitiva das crianças de uma zona rural situada no norte do estado, identificada como área endêmica pelo alto índice (80%) de infecção dos habitantes com o *Ancilostomo duodenale* e *Necator americanus* (tipo de larva conhecida popularmente no Brasil como “amarelão” e bastante freqüente em áreas não urbanas). Na ocasião, foi solicitada a avaliação cognitiva de crianças entre seis e doze anos de idade, cujo planejamento e resultados serão descritos a seguir.

Método

A vila rural onde foi feita a coleta de dados está situada ao norte do Estado de Minas Gerais, a quase 900 quilômetros de Belo Horizonte. Sua população é de aproximadamente 2.500 habitantes, estimativa feita pelos agentes educativos dessa cidade, pois ela não consta em qualquer censo habitacional. Os agentes educacionais dividem a vila em zonas periféricas e centro. As zonas periféricas localizam-se a aproximadamente vinte quilômetros do centro. No centro, não há asfalto, hospital, posto de correio, bancário ou farmácia. A maioria absoluta dos habitantes (95%) não dispõe de energia elétrica. Somente há um posto de telefone público e uma parada de ônibus intermunicipal.

Os médicos visitam a cidade uma vez por semana. Existem duas escolas no centro da cidade, sendo a primeira (recentemente inaugurada) destinada a crianças da pré-escola até a 4ª série. A segunda escola destina-se a alunos da 5ª até a 8ª série.

As zonas periféricas são divididas em números, mas se desconhece o critério da divisão. Em cada zona periférica há somente uma pequena escola com uma sala de aula, uma cozinha e um dormitório para a dupla de professores que se hospeda de segunda a sexta-feira. Tanto nas escolas do centro quanto nas da periferia existem dois turnos escolares (matutino e vespertino).

A população que habita a vila trabalha quase que exclusivamente na lavoura. A dieta básica é constituída de arroz, feijão, mandioca, milho e macarrão. Quase não há consumo de carne ou peixe, ocorrendo na maioria das vezes apenas uma refeição. A maioria das crianças das zonas periféricas desconhece outras vilas, tendo como referência apenas a própria. Em cada zona periférica as casas ficam bastante dispersas e distantes do centro da vila. Em geral, as crianças caminham a pé por um período aproximado de uma a duas horas para chegarem à escola.

Foram testadas 144 crianças entre seis e onze anos e onze meses de idade (69 meninas e 75 meninos), moradoras de três zonas periféricas (3, 4 e 7) e da área central da vila rural.

Materiais

A fim de possibilitar a comparação de desenvolvimento cognitivo entre crianças rurais e urbanas, escolheram-se provas que demandam inteligência fluida e cristalizada, tomando-se cuidado, com relação a essa última, de evitar provas que solicitem conhecimento exclusivo de ambientes sociais urbanos. Nesse sentido, utilizou-se o teste Matrizes Progressivas de Raven – Escala Colorida (Angelini, Alves, Custódio, Duarte & Duarte, 1999) e os subtestes Dígitos, Códigos e Aritmética da Escala do WISC-III (Wechsler, 2002). A escolha dos subtestes Dígitos e Aritmética deve-se ao fato de esses subtestes verbais apresentarem itens de conteúdo familiar às crianças rurais graças à escola. O conteúdo de alguns itens dos outros subtestes, como Informação

(ex. diga o nome de dois tipos de dinheiro), Semelhanças (ex. piano-violão) ou Compreensão (por que os carros devem ter cinto de segurança?), são extremamente alheios ao cotidiano ou ao habitat das crianças rurais da zona geográfica estudada.

Procedimentos

A coordenação geral do projeto (Escola de Enfermagem da UFMG) encarregou-se do transporte, da alimentação e do aluguel de uma casa no centro da vila para permanência da equipe de avaliação². Previamente, uma das autoras do presente trabalho encarregou-se do treinamento da equipe de alunos do curso de Psicologia, enquanto a outra autora se encarregou da condução da avaliação em campo. Na vila, a equipe de avaliação foi recebida pelas autoridades educacionais cientes da atividade a ser realizada em função da divulgação anteriormente feita pela coordenação geral do projeto.

Devido ao pouco tempo disponível para a realização do estudo, às condições precárias ou, por vezes, infra-estrutura insuficiente e à longa distância de cada zona rural, a coordenação da avaliação psicológica e a direção escolar julgaram possível somente avaliar os escolares do centro da vila e das zonas rurais periféricas 3, 4 e 7 (as zonas mais próximas do centro). Nas zonas 3 e 4 as aplicações ocorreram dentro da sala de aula e no dormitório dos professores. Na zona 7, a aplicação ocorreu na sala de aula e em três barracas externas à escola. No centro da vila, as avaliações ocorreram em salas de aula das duas únicas escolas. Todas as crianças foram avaliadas individualmente. Previamente às avaliações, a equipe de examinadores teve que realizar atividades lúdicas com as crianças a fim de favorecer um contato social que permitisse as testagens. Em todo o processo de avaliação, os professores das escolas auxiliaram no planejamento e na logística das atividades.

Resultados

A amostra foi agrupada em três grupos etários a fim de conferir maior força às análises posteriores (uma

♦♦♦♦♦

² A participação do Laboratório de Avaliação das Diferenças Individuais no projeto foi aprovada pelo Departamento de Psicologia da UFMG em 10/11/2004.

criança foi excluída da análise por não ter respondido ao teste Raven). Na Tabela 1, são apresentados os resultados nos testes cognitivos, considerando média e desvio-padrão.

Diferenças devido à idade

Em geral, observa-se um progressivo aumento das pontuações médias nos testes cognitivos (à exceção de Códigos) conforme aumenta a idade nos grupos etários. Uma análise de variância para um fator indica haver diferenças significativas entre as faixas etárias no teste Raven [F(2,142) 12,278, valor- $p=0,000$]; na prova de Dígitos [F(2,142) 19,715, valor- $p=0,000$]; na prova de Aritmética [F(2,142) 34,264 valor- $p=0,000$] e na prova de Código [F(2,142) 7,048, valor- $p=0,001$]. No entanto o teste Levine para verificação de igualdade de variância entre os grupos acusou diferenças significativas nos resultados de Raven ($p=0,000$), Aritmética ($p=0,001$) e quase significativa em Código ($p=0,060$).

Tais resultados refletem uma ocorrência de variabilidade diferenciada entre os grupos etários, ou seja, houve grupos etários com maior variabilidade que outros devido à presença de crianças com escore muito alto ou muito baixo para a idade cronológica. Corroborando essa inferência, a análise *Post-Hoc* Bonferroni - teste estatístico conservativo - indica não haver diferenças significativas no teste Raven entre os grupos das faixas etárias de oito a nove anos e de dez a onze anos de idade ($p=0,095$); tampouco houve diferenças significativas no subteste Código entre os grupos de seis a sete anos e de oito a nove anos de idade ($p=0,999$).

Os resultados parecem indicar que as diferenças de desempenho no Teste Raven e na prova de Código não dependeram predominantemente do aumento cronológico.

Distorção entre série e idade

Considerando-se a observação da presença de crianças de idade avançada em séries escolares levantou-se a variável distorção entre série e idade. Esse tipo de levantamento era de especial importância, pois as subseqüentes análises podiam ser afetadas por essa variável. Observou-se que a partir dos oito anos de idade começava a distorção entre série e idade. A situação era mais dramática a partir dos nove anos de idade em que a maioria das crianças frequentava séries inferiores às esperadas para a idade cronológica (Tabela 2).

Considerando a alta distorção entre série e idade, principalmente a partir dos dez anos de idade, realizou-se uma análise de correlação parcial entre idade e testes cognitivos, controlando-se a variável série escolar, e entre série escolar e testes cognitivos, controlando-se a variável idade. Observou-se que, como esperado, o aumento da idade, quando controlada a série escolar, não acompanhou o desempenho progressivo no teste Raven ($r=0,02$; $p=0,979$) e no subteste dígitos ($r=0,15$; $p=0,07$). Mas encontrou-se associação significativa entre a idade e aritmética ($r=0,27$; $p=0,000$); com código a associação foi negativa ($r=-0,19$; $p=0,02$). Já a variável série escolar, quando controlada a idade, apresentou associação significativa com o desempenho em todos os testes cognitivos.

Esses resultados permitem inferir que, na amostra rural estudada, a uma maior pontuação nos testes cognitivos associa-se uma maior série escolar e vice-versa. Tal situação não é encontrada com relação à variável idade.

Considerando os resultados da análise *Post-Hoc* Bonferroni em que o grupo etário mais velho não se diferenciou do grupo etário mais novo, e partindo da observação da existência de uma profunda distorção

Tabela 1. Média (M) e desvio-padrão (DP) do escore total nos testes cognitivos por faixa etária.

Idade	n	Raven		Aritmética		Dígitos		Código	
		M	DP	M	DP	M	DP	M	DP
6 - 7	53	11,91	3,01	8,60	3,79	6,92	2,77	22,06	9,52
8 - 9	52	14,17	2,97	11,67	2,73	8,25	2,07	20,71	7,81
10 - 11	38	16,00	5,82	13,87	2,18	10,11	2,19	27,95	11,10
Total	143	13,82	4,24	11,12	3,70	8,25	2,68	23,13	9,80

entre série e idade aos dez e onze anos de idade, considerou-se pertinente realizar uma análise de regressão das variáveis idade e série sobre o desempenho no teste Raven tanto no grupo mais novo quanto no mais velho. A hipótese era que no grupo mais novo a idade teria maior predição do desempenho cognitivo que a série escolar; no grupo mais velho, seria encontrado o inverso. Utilizou-se o método *standard* de regressão para análise das variáveis preditoras (Tabela 3).

No grupo da faixa etária de seis a nove anos de idade, o valor beta padronizado indica uma predição significativa apenas da variável idade ($\beta=0,249$). Nesse grupo, as variáveis idade e série escolar explicam 10% da variância no teste Raven ($R^2=0,103$). Inversamente, e como esperado, no grupo da faixa etária de dez a onze

anos, o valor beta padronizado indica uma forte predição apenas da variável série escolar ($\beta=0,638$). Nesse grupo, o valor do R corrigido, considerando o tamanho da amostra, mostra que ambas as variáveis explicam 51,5% da variância no teste Raven (de $\Delta R^2 = 0,515$).

Diferenças devido à localidade da escola

Cogitou-se a possibilidade de que as crianças que freqüentavam a escola central da vila rural, embora todas provenientes de lares pobres, tivessem um desempenho diferenciado das crianças das zonas rurais periféricas por estarem um pouco mais expostas aos recursos de comunicação - telefone e televisão na escola - e de transporte - ônibus e carros. Para tanto, realizou-se uma análise de variância fatorial (*two way*) na qual os fatores idade e localidade ingressaram no modelo como variáveis independentes e o escore total no teste Raven como variável dependente. O resultado indicou diferenças significativas quando se considera a idade [$F(5,120)5,259$, valor- $p=0,000$], mas não se observaram diferenças significativas quando se considera a localidade da escola [$F(3,120) 1,577$, valor- $p=0,198$]. Entretanto a interação idade e escola tampouco foi significativa (valor- $p=0,213$). Portanto o efeito da idade nas diferenças de desempenho no teste Raven é o mesmo para crianças das diferentes escolas. O índice do Eta Quadrado mostra que 18,0% da variância no teste Raven podem ser explicados pela idade. A localidade da escola explica apenas 3,8% da variância. A predição da variância no desempenho do teste Raven por ambos fatores (idade e localidade da escola) corresponde a 0,268.

Esse resultado é particularmente interessante porque mostra que, apesar de as crianças terem um pouco de acesso aos recursos de comunicação e transporte, não se encontraram diferenças substantivas no rendimento intelectual entre as escolas. As crianças das escolas do centro da vila rural encontravam-se quase no mesmo patamar cognitivo que as crianças das escolas das zonas periféricas.

Diferenças devido ao gênero

Investigou-se a possibilidade de ocorrer diferenças cognitivas devido ao gênero. Para tanto,

Tabela 2. Distorção entre série e idade.

Idade	Série	%	Freqüências absolutas
6 anos	Pré-escola	47,6	10
	1ª série	52,4	11
7 anos	1ª série	90,9	30
	2ª série	9,1	3
8 anos	1ª série	42,3	11
	2ª série	57,7	15
9 anos	1ª série	38,5	10
	2ª série	53,8	14
	3ª série	7,7	2
10 anos	1ª série	5,9	1
	2ª série	64,7	11
	3ª série	17,6	3
	4ª série	11,8	2
11 anos	1ª série	9,5	2
	2ª série	19,0	4
	3ª série	14,3	3
	4ª série	9,5	2
	5ª série	47,6	10

Tabela 3. Regressões de idade e série escolar nos dois grupos etários sobre o desempenho no teste Raven.

Grupo etário	Preditores	B	SEB	β	Variância explicada
6 - 9 anos	Idade	0,746	0,344	0,249*	$R^2 = 0,103$
	Série Escolar	0,486	0,526	0,106	
10 - 11 anos	Idade	1,938	1,571	0,166	$\Delta R^2 = 0,515$
	Série Escolar	2,706	0,571	0,638**	

*($N = 104$, $p < 0,05$); **($N = 37$, $p < 0,001$); β : Beta; SEB: *Standard Error Beta*

utilizou-se uma análise de variância univariada tendo como variável independente o gênero e como variáveis dependentes as pontuações no teste Raven Aritmética, Dígitos e Código. Os resultados de ANOVA para cada teste cognitivo apontaram não haver diferenças significativas entre os gêneros para nenhum dos testes cognitivos tanto no grupo etário de seis a sete anos quanto no grupo de oito a nove anos de idade. No caso do grupo etário de dez a onze anos de idade, identificaram-se diferenças significativas entre gêneros no teste Raven [F(1,37) 6,103; $p=0,018$] e no subteste Código [F(1,37) 11,127; $p=0,02$] a favor das meninas.

Comparação de desempenho cognitivo entre crianças rurais e crianças urbanas

Considerando que na amostra de estudo ocorreu forte associação entre série escolar e desempenho nos testes cognitivos, selecionou-se uma subamostra de crianças rurais que freqüentavam a série escolar esperada para a idade cronológica. O desempenho dessa subamostra foi comparado ao de uma amostra de crianças urbanas de uma escola pública de Belo Horizonte. A testagem da amostra urbana ocorreu em 2002 e é parte de um projeto longitudinal de avaliação intelectual patrocinado pelo Laboratório de Avaliação das Diferenças Individuais. Na amostra urbana não se aplicou Código, razão pela qual essa prova não fez parte das análises. A faixa etária possível de comparação foi a de sete a oito anos de idade (média= 7,44; DP= 0,50; $n= 59$ na amostra rural e média= 7,51; DP= 0,50 na amostra urbana; $n= 143$). As crianças de ambas as amostras freqüentavam a primeira e a segunda séries do ensino fundamental, sendo a maioria estudantes da primeira série escolar (69,5% da amostra rural e 58,0% da amostra urbana). As estatísticas descritivas de ambas as amostras relacionadas ao desempenho cognitivo são apresentadas na Tabela 4.

Tabela 4. Estatística descritiva do desempenho cognitivo de cada amostra.

Teste	Rural (n=59)		Urbana (n=143)	
	M	DP	M	DP
Raven	12,92	3,22	22,95	5,58
Dígitos	7,66	2,77	10,33	2,35
Aritmética	10,31	3,61	13,19	2,26

M: média; DP: desvio-padrão.

Antes de proceder à comparação de médias, correlacionou-se a pontuação dos três testes cognitivos em cada grupo. O intuito era verificar a homogeneidade do comportamento intelectual. Os resultados indicaram associações significativas entre todos os subtestes. Especificamente a associação entre Raven e Dígitos foi de 0,341 para a amostra rural e de 0,426 para a amostra urbana. A associação entre Raven e Aritmética foi de 0,464 para a amostra rural e de 0,497 para a amostra urbana. A associação entre Dígitos e Aritmética foi de 0,595 para a amostra rural e de 0,371 para a amostra urbana. Nesse sentido, pode-se inferir que o comportamento intelectual de cada amostra foi homogêneo com relação aos testes cognitivos.

Utilizou-se uma análise de variância univariada para cada teste cognitivo a fim de identificar diferenças cognitivas significativas entre as amostras. A análise apontou diferenças no teste Raven [F(1,201) 167,42; $p=0,000$], em Dígitos [F(1,201) 48,30; $p=0,000$] e em Aritmética [F(1,201) 46,98; $p=0,000$]. A observação das estatísticas descritivas mostra que as médias da amostra urbana são bastante superiores às médias da amostra rural.

Uma forma de observar a equivalência em QI das diferenças observadas entre as amostras é calcular o índice d (diferenças expressas em unidades de desvio-padrão), multiplicando-o por 15. Para obter o índice d se subtrai a média do primeiro grupo da média do segundo grupo e se divide o valor obtido pela média dos desvios-padrão de ambos os grupos (Jensen, 1998; pág. 403). A fórmula para tal cálculo é:

$$d = \frac{(\bar{x}_a - \bar{x}_b)}{\sqrt{[(N_a \sigma_a^2 + N_b \sigma_b^2) / (N_a + N_b)]}}$$

onde \bar{x} é a média, N é o tamanho da amostra e σ é o desvio-padrão. A Tabela 5 apresenta os índices d para cada teste cognitivo e seu equivalente em QI.

Os resultados mostram, em primeiro lugar, que há superioridade cognitiva da amostra urbana em relação à amostra rural. Em segundo lugar, que a

Tabela 5. Índices d e equivalência em QI.

Teste	d	QI
Raven	-2,001	30,00
Dígitos	-1,077	16,50
Aritmética	-1,058	15,87

diferença entre as amostras no teste de inteligência fluida (Raven) é quase o dobro da diferença obtida nos subtestes de inteligência cristalizada (Dígitos e Aritmética). Considerando que a distribuição intelectual compreende variabilidade em desvio-padrão de 15 pontos, os resultados aqui apresentados mostram distâncias entre 1 e 2 desvios-padrão entre a amostra urbana e a amostra rural.

Discussão e Conclusão

Vários pontos de interesse devem ser destacados. Em primeiro lugar, quando se considera a amostra total de crianças de zona rural não se encontra associação positiva entre idade e QI. Esse tipo de resultado pode ser encontrado em pesquisas antigas sobre comunidades isoladas da Inglaterra e dos Estados Unidos na primeira metade do século passado (Butcher, 1972). Nesses estudos, observou-se uma correlação negativa entre idade e QI em grupos de crianças. O índice era maior em comunidades de menor contato social e vice-versa: a correlação negativa entre idade e QI era menor em comunidades que permitiam maiores contatos sociais.

Entretanto quando se considera o padrão cognitivo de crianças de maior idade com sérios problemas de distorção entre série e idade e o de crianças novas frequentando a série escolar esperada da zona rural, as análises de regressão indicam que, nas crianças de maior idade (dez a onze anos de idade), a série escolar prediz fortemente o desempenho nos testes (51% da variância) e não a idade cronológica. A situação se inverte no grupo de crianças novas, em que a idade prediz melhor o desempenho nos testes (10% da variância) e não a série escolar.

Por que a idade cronológica não acompanha o aumento no desempenho dos testes de inteligência no grupo de crianças de maior idade enquanto a escolaridade o faz? Existem duas vias opostas de explicação. A primeira recorre a uma revisão clássica realizada por Ceci (1991) sobre escolaridade e QI. Segundo essa revisão, o QI sofre efeitos negativos de variáveis ambientais, como a frequência escolar intermitente, o início tardio ou o término precoce da escolaridade. Embora o presente estudo não tenha levantado o índice de absenteísmo escolar, dada a inexistência desse tipo de registro nas

escolas das zonas periféricas, a distorção entre série e idade constitui uma evidência de irregularidade no período da escolaridade das crianças com maior idade, podendo-se alegar, portanto, que fatores ambientais têm um peso decisivo sobre o QI (Tabela 2).

Contudo a outra via também é plausível, isto é, a correlação positiva e significativa entre escolaridade e QI em crianças com maior idade ($r=0,638$) pode significar que as crianças que obtiveram maior QI são aquelas que conseguiram obter maior sucesso escolar, sobrepondo-se ao efeito da maturação cuja variabilidade era bastante reduzida no grupo (apenas dez e onze anos). Nesse sentido, os resultados acompanham o conhecimento de que a associação entre nível educativo e inteligência é de 0,55, sendo ela menor nos primeiros anos de escolaridade (Gottfredson, 1997; Jensen, 1998).

Em segundo lugar, com relação a diferenças de gênero, os resultados mostraram o mesmo padrão registrado na literatura. As diferenças oscilam bastante na infância, havendo uma tendência para pontuações superiores das meninas aos dez e onze anos de idade (Lynn & Irving, 2004).

O terceiro ponto e que constitui o resultado mais preocupante, pela sua repercussão social, é a diferença de desempenho cognitivo entre crianças rurais e crianças urbanas. A explicação não pode estar na falta de entendimento das crianças rurais do que venha a ser um teste psicológico, pois 1) as amostras de comparação estavam igualadas em idade e série escolar, 2) as crianças da amostra urbana não tinham idade suficiente para ter, por exemplo, ampla experiência de testagem e, 3) os índices de correlação entre os resultados das provas cognitivas mostraram que ambas as amostras comportaram-se de maneira semelhante. As diferenças podiam estar muito provavelmente relacionadas ao grau de estimulação cognitiva e de cuidado nutricional recebido de forma diferenciada por ambas amostras antes do início formal da escolarização.

O amplo estudo de Gomes-Neto et al. (1997) em áreas rurais do Ceará, por exemplo, mostrou que 15% dos alunos tinham desnutrição crônica, 32% eram severamente desnutridos e 45% tinham alguma deficiência visual. Essa condição de nutrição e de saúde geral dos alunos rurais estava significativamente relacionada ao desempenho escolar. No presente estudo, a amostra rural pertence a uma área endêmica, em que a maioria

dos habitantes está infectada por um tipo de verminose que se propaga predominantemente em áreas sem condições sanitárias, não urbanas e em que, provavelmente, as pessoas andam descalças. Já a amostra urbana freqüenta uma escola pública bastante procurada pelas famílias de Belo Horizonte, com regular suporte médico, social e educativo devidos à sua inserção na universidade. Nesse sentido, é razoável supor que existam diferenças de nutrição e estimulação cognitiva entre as amostras (rural e urbana) desde antes do ingresso à escola e que essas diferenças seriam as que acompanham a variação intelectual das amostras.

Cognitivamente, a diferença é mais intensa no teste Raven (30 pontos de QI), uma medida de inteligência fluida, do que nos subtestes do WISC-III (média de 16,19 pontos de QI), conhecidos como medidas de inteligência cristalizada. Curiosamente, esse padrão de diferenças é o mesmo que se encontra nos estudos de diferenças cognitivas entre gerações. A literatura apresenta discordância quanto à natureza dos ganhos. Rushton (1999), analisando dados de padronização do WISC, alega que os ganhos de QI correspondem a ganhos de inteligência cristalizada (relacionada com educação e cultura) e não do fator g (ou seu similar "inteligência fluida"), razão pela qual o autor afirma que o ambiente não teria alterado a inteligência humana propriamente dita.

Flynn (1999), ao reanalisar os dados de Rushton (1999) e considerando os subtestes do WISC que maior associação apresentam com o Raven, encontrou correlação positiva entre ganhos de QI e inteligência fluida. O autor conclui que o aumento intelectual corresponde ao aumento da inteligência fluida e que o ambiente é o principal responsável. No caso das diferenças cognitivas intragerações, os resultados da presente investigação mostram que ambientes rurais, extremamente alheios aos avanços de comunidades urbanas, afetam com maior intensidade a inteligência fluida do que a inteligência cristalizada. É possível, portanto, que tanto a hipótese nutricional quanto a hipótese de estimulação cognitiva sejam ambas responsáveis pelas mudanças de QI na população humana.

Em países desenvolvidos, é difícil encontrar comunidades rurais com índice baixo de desenvolvimento humano. A evidência do papel ambiental,

portanto, pode ser encontrada em países em desenvolvimento. Contudo cabe destacar a variabilidade de desenvolvimento social existente entre as zonas rurais no Brasil. A zona rural que foi estudada no presente estudo mostra índices de desenvolvimento humano muito baixos. É provável, nesse sentido, que outras zonas rurais, dependendo do seu grau de avanço social, apresentem também taxas diferenciadas de desenvolvimento cognitivo, à semelhança dos resultados obtidos por Alderman et al. (1996). Os dados aqui mostrados refletem o impacto no desenvolvimento cognitivo da população infantil de um ambiente social extremamente precário. Trata-se de um tipo de informação psicológica que deve ser levado em consideração nas políticas de intervenção governamental.

Deve-se registrar, contudo, que a presente investigação tentou quantificar, pela primeira vez na literatura nacional, a fenda cognitiva existente entre crianças de zona rural e de zona urbana. Contudo ela não sistematizou informações que poderiam aumentar a compreensão das diferenças cognitivas. Essas informações se referem a medidas antropométricas, que forneceriam um índice nutricional individual preciso e entrevistas com os pais, que forneceriam dados sociofamiliares mais detalhados. Sugere-se que em próximas pesquisas ambas variáveis sejam, de fato, controladas.

Referências

- Alderman, H., Behrman, J. R., Khan, S., Ross, D. R., & Sabot, R. (1996). Decomposing the regional gap in cognitive skills in rural Pakistan. *Journal of Asian Economics*, 7 (1), 49-76.
- Angelini, A. L., Alves, I. C. A., Custódio, E. M., Duarte, W. F., & Duarte, J. L. M. (1999). *Manual das matrizes progressivas de Raven*. São Paulo: Centro Editor de Testes e Pesquisas em Psicologia.
- Butcher, H. J. (1972). *A inteligência humana*. São Paulo: Perspectiva.
- Carelli, A. (1994). O caráter urbano da habilidade mental. *Boletim de Psicologia*, 44 (100/101), 15-19.
- Cattell, R. B. (1971). *Abilities: their structure, growth, and action*. Boston: Houghton Mifflin.
- Ceci, S. (1991). How much does schooling influence general intelligence and its cognitive components? A reassessment of the evidence. *Developmental Psychology*, 27 (5), 703-722.

- Fahrmier, E. D. (1975). The effect of school attendance on intellectual development in Northern Nigeria. *Child Development, 46*, 281-285.
- Flores-Mendoza, C. E. (2006). O estudo das diferenças individuais no Brasil. In C. Flores-Mendoza, R. Colom, A. Andrés-Pueyo, R. J. Haier & S. A. Petrill. *Introdução à Psicologia das diferenças individuais* (pp.37-56). Porto Alegre: ArtMed.
- Flynn, J. R. (1999). Evidence against Rushton: the genetic loading of WISC-R subtests and the causes of between-group IQ differences. *Personality and Individual Differences, 26*, 373-379.
- Flynn, J. R. (2003). Movies about intelligence: the limitations of *g*. *Current Directions in Psychology, 12*, 95-99.
- Flynn, J. R. (2006). O efeito Flynn: repensando a inteligência e aquilo que a afeta. In C. Flores-Mendoza, R. Colom, A. Andrés-Pueyo, R. J. Haier & S. A. Petrill. *Introdução à Psicologia das diferenças individuais* (pp.387-411). Porto Alegre: ArtMed.
- Glewwe, P., & Jacoby, H. (1992). *Estimating the determinants of cognitive achievement in low-income countries. The case of Ghana*. Washington (DC): The World Bank.
- Gomes-Neto, J. B., Hanushek, E. A., Leite, R. H., & Frotta-Bezzera. (1997). Health and schooling: evidence and policy implications for developing countries. *Economics of Educational Review, 16* (3), 271-282.
- Gottfredson, L. S. (1997). Why *g* matters: the complexity of everyday life. *Intelligence, 24*, 79-132.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Departamento de População e Indicadores Sociais. (2000). Disponível em: www.ibge.gov.br
- Jensen, A. R. (1998). *The g factor. The science of mental ability*. London: Praeger.
- Lynn, R., & Vanhanen, T. (2002). *IQ and the wealth of nations*. London: Praeger.
- Lynn, R., & Irwing, P. (2004). Sex differences on the progressive matrices: a meta-analysis. *Intelligence, 32*, 481-498.
- Neisser, U. (1998). *The rising curve*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Neisser, U., Boodoo, G., Bouchard, T., Boykin, A., Brody, N., Ceci, S., Halpern, D., Loehlin, J., Perloff, R., Sternberg, R., & Urbina, S. (1996). Intelligence: knowns and unknowns. *American Psychologist, 51* (2), 77-101.
- Rushton, J. P. (1999). Secular gains in IQ not related to the *g* factor and inbreeding depression -unlike black-white differences: a reply to Flynn. *Personality and Individual Differences, 26*, 381-389.
- Sigman, M., & Whaley, S.E. (1998). The role of nutrition in the development of intelligence. In U. Neisser (Org.), *The Rising Curve*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Sternberg, R. J., Nokes, C., Geissler, L. W., Prince, R., Okatcha, E., Bundy, D. A., & Grigorenko, E. L. (2001). The relationship between academic and practical intelligence: a case study in Kenya. *Intelligence, 29*, 401-418.
- Wechsler, D. (2002). *WISC: escala de inteligência para crianças: manual* (3a.ed.). Adaptação e padronização para uma amostra brasileira realizada por Vera Lúcia Marques de Figueiredo. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- William, W. M. (1998). Are we raising smarter children today? school- and home-related influences on IQ. In U. Neisser (Org.), *The rising curve*. Washington, DC: American Psychological Association.

Recebido em: 2/3/2006
 Versão final respresentada em: 26/7/2006
 Aprovado em: 15/9/2006

Avaliação da qualidade de vida em soropositivos para o HIV¹

Life quality evaluation in HIV serum-positive individuals

Alessandra Ramos **CASTANHA**²

Maria da Penha de Lima **COUTINHO**²

Ana Alayde Werba **SALDANHA**²

Cristiane Galvão **RIBEIRO**²

Resumo

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida tem tratamento e possibilidades efetivas de controle, motivando estudos e intervenções profissionais direcionados para a melhoria da qualidade de vida. Este artigo objetiva avaliar a percepção da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida e da qualidade de vida por soropositivos para o Vírus da Imunodeficiência Humana. Participaram deste estudo 91 sujeitos de ambos os sexos. Foi utilizado o teste de associação livre de palavras, cujos dados foram processados pelo *software Tri-Deux-Mots* e interpretados por meio da análise fatorial de correspondência. A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida foi representada como uma doença que pode trazer inúmeras conseqüências psicossociais, profissionais, familiares e orgânicas. A qualidade de vida, por sua vez, foi representada em elementos que possuem características tanto subjetivas quanto objetivas, abrangendo, dessa maneira, diferentes domínios presentes no conceito de qualidade de vida preconizado pela Organização Mundial de Saúde, tais como: domínio psicológico, relações sociais, ambiente e aspectos espirituais. Os anti-retrovirais, apesar de propiciarem uma melhora global, não são suficientes, havendo, ainda, a necessidade de uma abordagem dos transtornos psicológicos para que haja uma qualidade de vida num sentido mais amplo.

Unitermos: avaliação; qualidade de vida; representação social; Síndrome da Imunodeficiência Adquirida.

Abstract

Acquired Immune Deficiency Syndrome has treatment and effective possibilities of control, hence motivating studies and professional interventions towards the improvement of the quality of life. To evaluate the perception of Acquired Immune Deficiency Syndrome and quality of life by Human Immunodeficiency Virus serum-positive individuals. Ninety-one subjects of both genders participated of this study. It was utilized the test of free association of words and the data were processed by the Tri-deux-mots software and interpreted through the factorial analysis of correspondence. The Acquired Immune Deficiency Syndrome was represented as a disease that can cause numerous consequences such as psycho-social, professional, family- and organic-related. The quality of life was represented by elements that have both subjective and objective characteristics, enclosing this way, different matters present in the concept of life quality advocated by the World Health Organization, such as: the psychological aspect, social relations, environment, and spiritual aspects. Even though the anti-retroviral drugs propitiate a general health improvement, they are not enough. Thus there is the necessity of an approach toward the psychological disturbs in order to obtain life quality in a more plentiful way.

Uniterms: evaluation; quality of life; social representation; Acquired Immune Deficiency Syndrome.

▼▼▼▼▼

¹ Artigo elaborado a partir da dissertação de A.R. CASTANHA, intitulada "Qualidade de vida no contexto da soropositividade para o HIV: um estudo das representações sociais". Universidade Federal da Paraíba, 2005, sob orientação de M.P.L. COUTINHO e co-orientação de C.G. RIBEIRO. Os autores agradecem o apoio financeiro da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior para a realização desta pesquisa.

² Universidade Federal da Paraíba, Centro de Ciências Humanas Letras e Artes, Departamento de Psicologia. Campus I, Cidade Universitária, 58000-000, João Pessoa, PB, Brasil. Correspondência para/Correspondence to: A.R. CASTANHA. E-mail: <alecas@bol.com.br>.

Tem havido, no contexto da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), uma preocupação crescente com a qualidade de vida das pessoas contaminadas devido ao aumento do tempo de vida proporcionado pela utilização da terapia anti-retroviral e à busca pelos sistemas de saúde, além de métodos de prevenção e controle, de estratégias para facilitar o ajustamento e aumentar o bem-estar dos portadores de Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV)/AIDS (Cruz & Brito, 2005).

Observa-se, no entanto, que a qualidade de vida de soropositivos não está relacionada apenas a uma possibilidade de vida mais longa, pois viver com HIV é se deparar com situações de discriminação, abandono, segregação, estigmatização, falta de recursos sociais e financeiros, ruptura nas relações afetivas e problemas com a sexualidade. Diante desse panorama, enfrentar a doença torna-se cada vez mais problemático e, como conseqüência, a qualidade de vida pode ser comprometida (Galvão, 2002; Galvão, Cerqueira & Marcondes-Machado, 2004).

É nesse sentido que se insere a importância de estudos na área de qualidade de vida no contexto da AIDS, que contemple uma dimensão psicossociológica. A saúde mental e física, o bem-estar e a qualidade de vida constituem uma preocupação cada vez maior. A saúde depende de fatores individuais e psicológicos, mas, também, de fatores ambientais, socioeconômicos, culturais, históricos e políticos das comunidades e dos países onde os indivíduos estão inseridos (Ramos, 2004).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define qualidade de vida como "a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações". Esse é um conceito multidimensional que envolve diferentes domínios (físico, psicológico, social e ambiental), cuja avaliação permite a verificação das dimensões nas quais os tratamentos serão efetivos, podendo direcionar medidas terapêuticas mais adequadas e, provavelmente, diminuir os custos de saúde (The WHOQOL Group, 1998).

O conceito de qualidade de vida no âmbito da saúde, quando visto no sentido mais amplo, baseia-se na compreensão das necessidades humanas fundamentais, materiais e espirituais e tem no conceito de promoção da saúde seu foco mais relevante (Minayo, Hartz & Buss, 2000).

O desenvolvimento de estudos na área de qualidade de vida poderá resultar em mudanças nas práticas assistenciais e na consolidação de novos paradigmas do processo saúde-doença. A avaliação de qualidade de vida pode melhorar a relação médico-paciente a partir de uma percepção mais ampla do processo de doença que localize as prioridades e melhore a compreensão, por parte do médico, e a confiança, por parte do paciente.

Na área de pesquisa, os instrumentos de qualidade de vida fornecem informações de como o processo de doença impede o bem-estar do paciente em várias áreas de sua vida, que podem ser direcionadas às políticas de saúde que visam à melhoria da qualidade de vida da população. No campo econômico, a avaliação de qualidade de vida auxilia a definição da relação custo-benefício no impacto que uma doença pode determinar na capacidade produtiva de um sujeito, além de avaliar a qualidade dos recursos de saúde disponíveis (Seidl & Zannon, 2004).

Dessa forma, o foco desta pesquisa é a qualidade de vida no contexto da AIDS, subsidiada pela teoria das representações sociais (TRS), que permite apreender uma riqueza de elementos figurativos, tais como: cognitivos, ideológicos, normativos, crenças, valores, atitudes, opiniões, imagens, entre outros. Diante da relevância do objeto de estudo para o campo da Psicologia Social e para ações que atendam aos problemas associados à qualidade de vida no contexto da AIDS, este estudo teve por objetivo avaliar a percepção da AIDS e da qualidade de vida por pessoas soropositivas para o HIV, visando intervenções que considerem os aspectos relevantes dos infectados.

Método

O estudo foi desenvolvido em organizações não-governamentais (ONG) e no Hospital Clementino Fraga, todos especializados no atendimento de soropositivos para o HIV, localizados na cidade de João Pessoa, Paraíba.

Participaram deste estudo 91 sujeitos soropositivos de ambos os sexos, selecionados aleatoriamente, (57% masculino e 43% feminino), com média de idade de 38 anos.

Instrumentos

Para a coleta dos dados foram utilizados dois instrumentos: um questionário sociodemográfico, visando a uma caracterização da amostra, e a técnica de associação livre de palavras, que, de acordo com Nóbrega e Coutinho (2003), possibilitou acesso aos conteúdos formadores de representações sociais, sem que ocorresse a filtragem da censura à sua evocação. É um instrumento que se apóia sobre um repertório conceitual, permitindo a unificação dos universos semânticos e a saliência de universos de palavras comuns diante de estímulos indutores utilizados no estudo.

Na aplicação da técnica de associação livre de palavras foram utilizados dois estímulos indutores: AIDS e qualidade de vida, previamente definidos, tendo como pressuposto o objeto social investigado. Foi estipulado o tempo máximo de um minuto para evocação das palavras associadas a cada estímulo indutor.

Procedimentos

Após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa, do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, realizou-se um estudo-piloto com o intuito de verificar a adequação do instrumento, confirmando sua validade semântica; em seguida, efetuou-se o estudo definitivo. Foi feita uma apresentação dos pesquisadores aos grupos, na qual se explicitaram os objetivos do estudo, garantindo o anonimato e a confiabilidade das respostas, indicando-lhes que seriam analisadas no seu conjunto; posteriormente, iniciou-se a aplicação dos instrumentos de forma coletiva.

Resultados

Os dados coletados pela técnica de associação livre foram processados pelo *software Tri-Deux-Mots* (Cibois, 1991), versão 2.2, que permite a visualização gráfica tanto das variáveis fixas (sexo e idade) como das de opinião (conhecimento prático enunciado pelos sujeitos diante do estímulo indutor), analisadas pela análise fatorial de correspondência (AFC).

O somatório de todas as palavras evocadas ($\Sigma = 1.047$) pelo coletivo dos participantes ($n=91$) que compõem a amostra da pesquisa, relativas a cada estímulo indutor, é analisado em função da frequência e da importância relativa às variáveis fixas (sexo e idade), determinando o espaço fatorial ou gráfico

A análise fatorial de correspondência é um procedimento estatístico que consiste em distinguir os vínculos estabelecidos entre as características dos participantes que constituem um grupo e suas respostas a uma determinada questão. Desse modo, verificaram-se grupos diferenciados quanto ao conteúdo das representações e de sua estrutura, explicitadas pelas pessoas soropositivas que se colocam em posições, simetricamente, opostas em função das variáveis sexo e idade (Figura 1).

O fator 1 (F1, negrito) explica 40,7% da variância total das modalidades (palavras-resposta) processadas; o fator 2 (F2, itálico) explica 31,7%, perfazendo um total de 72,4% da variância total, possuindo, portanto, parâmetros estatísticos com consistência interna e fidedignidade, tendo em vista pesquisas realizadas no âmbito das RS (Castanha, 2005; Castanha, Coutinho & Saldanha, 2005; Nóbrega & Coutinho, 2003). O espaço fatorial, constituído dos dois primeiros fatores (F1 e F2)

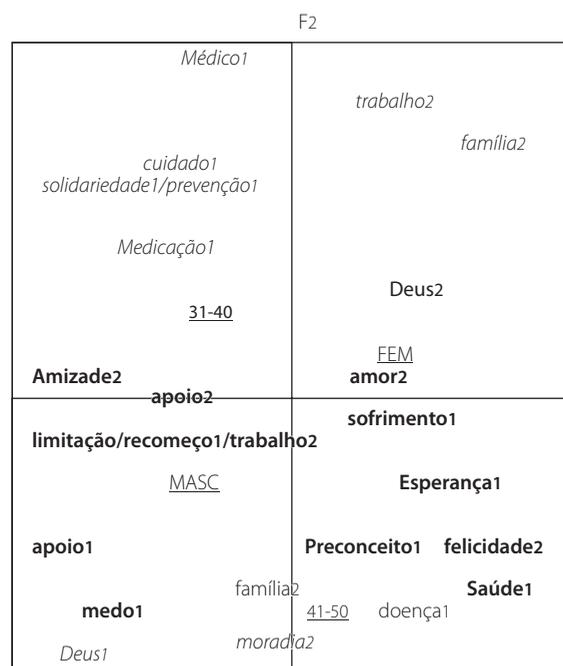


Figura 1. Plano fatorial dos eixos 1 e 2 das representações sociais da AIDS e da qualidade de vida.

e delimitado pelas respostas aos dois estímulos indutores (1 = AIDS e 2 = qualidade de vida), revela a existência de agrupamentos representacionais ou, o que se denomina em estatística, de nuvens, que evidenciam as semelhanças e as diferenças nos conteúdos e na estrutura das representações dos soropositivos (Figura 1).

Observa-se que a Figura 1 destaca com clareza dois campos semânticos configurados em oposição ao fator 1. No eixo à esquerda, em negrito, encontram-se aglomeradas as representações que caracterizam o grupo dos homens. Para esse grupo, a AIDS (estímulo 1) é representada como limitação, medo, recomeço e apoio. A qualidade de vida (estímulo 2), por sua vez, é representada como trabalho, apoio e amizade. Inversamente, nesse mesmo fator, à direita, configura-se o campo semântico elaborado pelas mulheres que associam a AIDS (estímulo 1) aos elementos de sofrimento, preconceito, esperança e saúde. Já a qualidade de vida (estímulo 2) foi associada aos elementos de felicidade e Deus.

Com relação ao fator F2, linha vertical, os grupos compreendidos na faixa etária de 31 a 40 anos e 41 a 50 anos, de ambos os sexos, encontram-se, diametralmente, distanciados, o que indica discordâncias representacionais. Na margem superior localizam-se as representações dos sujeitos soropositivos de ambos os sexos compreendidos na faixa etária de 31 a 40 anos, associadas à: prevenção, cuidado, médico, medicação e solidariedade, no que diz respeito à AIDS (estímulo 1); e trabalho e família no que diz respeito à qualidade de vida (estímulo 2). Na margem inferior, destacam-se as modalidades representacionais dos sujeitos soropositivos de ambos os sexos compreendidos na faixa etária de 41 a 50 anos, configuradas nos elementos: doença e Deus (AIDS); e moradia e família (qualidade de vida).

Os campos semânticos inseridos no fator 1 apontam a existência de representações similares entre esses dois grupos, dentre as quais podemos citar: doença, médico, medicação (AIDS) e família (qualidade de vida). Esses elementos são figurativos por representarem o que há de consensual nesses dois grupos, sendo chamados também de elementos do núcleo central. Além desses elementos consensuais, observam-se alguns elementos distintos. No grupo de 31 a 40 anos,

de ambos os sexos, surgiram os elementos cuidado, solidariedade, e prevenção (AIDS); e trabalho (qualidade de vida). Já no grupo de 41 a 50 anos emergiram os elementos Deus (AIDS); e moradia (qualidade de vida).

Denota-se, por meio desses resultados, que as representações sociais dos soropositivos, tanto homens como mulheres, estão dimensionadas em dois eixos: objetivo e subjetivo, respectivamente. Essa característica pode ser explicada pela diferença de gênero, que influencia a percepção e o comportamento diante da vida.

No grupo de homens (primeiro grupo) há um predomínio de elementos objetivos, em que os atores sociais representaram a AIDS (estímulo 1) como uma doença que causa medo, que acarreta algumas limitações, exigindo um novo recomeço de vida, sendo importante que haja apoio. No grupo de mulheres (segundo grupo) há um predomínio de elementos subjetivos, representando a AIDS como uma doença na qual se vivencia o preconceito, que acarreta muito sofrimento e para a qual se busca uma esperança de saúde.

Apesar da evolução terapêutica e de seu reflexo direto na reinterpretação da AIDS, observa-se, ainda hoje, que ela continua sendo associada à morte e a todo o sofrimento que lhe é pertinente. Segundo Tura (1998), a morte está nitidamente apresentada como elemento do núcleo central das representações sociais da AIDS e é organizadora de várias cognições. A morte é vista como terrível, premeditada, lenta, mobilizadora do medo, e discriminadora do *outro* que não se previne. Mesmo com o advento da terapêutica anti-retroviral, a AIDS ainda é uma doença potencialmente letal e conviver com a idéia de morte é sempre um fator gerador de estresse e sintomas psíquicos.

O sofrimento causado pela AIDS pode ser proveniente de diversos fatores, tais como: o diagnóstico, o processo do adoecer, a iminência de morte, a discriminação, as limitações e as perdas (Malbergier, 2000).

Com relação às limitações provocadas pelo HIV/AIDS, em vista do sofrimento provocado pela influência do medicamento e da própria evolução da doença, elas estão, muitas vezes, relacionadas ao aspecto psicossocial em que esses indivíduos se encontram.

Apesar de a terapêutica atual ter prolongado a vida dos pacientes infectados e melhorado bastante sua qualidade de vida, viver com AIDS impõe várias limitações: profissionais, de relações afetivas, dificuldade de manter relacionamentos sexuais, decisão de ter ou não filhos (Malbergier, 2000). A incapacidade trazida pelo adoecimento significa não corresponder às expectativas da família e da sociedade, concorrendo para frustração e interrupção de um projeto de vida pessoal, familiar e profissional.

Ainda nesse sentido, pode-se descrever uma série de alterações relacionadas às perdas físicas, psicológicas e sociais que o portador do HIV sofre, modificando os aspectos relacionados à qualidade de vida. A auto-estima diminui e o indivíduo fica sem crenças ou planos futuros, tomado pela tristeza e depressão. Nesse sentido, a intervenção psicológica é fundamental na tentativa de minimizar o sofrimento psíquico, dando suporte à adaptação às mudanças decorrentes da evolução da doença (Arpinelli, Visona, Bruno, De Carli, & Apolone, 2000).

A AIDS acarreta uma diversidade de sintomas dentre os quais pode-se citar os transtornos psicológicos e a deteriorização da qualidade de vida. Os anti-retrovirais, apesar de propiciarem uma melhora global dos pacientes, não são suficientes, existe as limitações, havendo, pois, a necessidade de uma abordagem desses transtornos para que haja uma qualidade de vida num sentido mais amplo (Martín et al., 2002).

No que diz respeito ao preconceito, Sousa (2001) afirmou que além da AIDS ser uma doença com graves conseqüências físicas e psicológicas, ela constitui-se também como um fenômeno de natureza social, acompanhado de processos de segregação social baseados em estigmas socialmente construídos e intimamente ligados às representações sociais da doença. Apesar da comprovação científica sobre os meios de transmissão da doença, ainda existe muito medo, preconceito e discriminação em relação aos portadores do HIV/AIDS, perpetuando aspectos levantados por Saldanha, Figueiredo e Coutinho (2004), tais como: o medo irracional, aspectos psicossociais desfavoráveis evidenciados por desinformações, discriminações e atitudes negativas.

Dessa maneira, contrair o vírus HIV implica uma transgressão que favorece uma estereotipia de

acusações e culpa de caráter subjetivo e revestida de caráter da alteridade, cujos comportamentos são representados como ameaças à sociedade por serem portadores de uma doença tão temida. Esses comportamentos seriam a conseqüência de um comportamento sancionado negativamente por certos grupos da sociedade, como forma de punição moral pelo pecado (Camargo, 2003).

As mulheres representaram a AIDS como uma doença que carrega com ela o preconceito, sendo a esperança e o suporte ancorado na religiosidade, objetivado na figura de Deus, uma das maneiras de enfrentá-la. A AIDS é vista também como um recomeço: após o impacto sofrido pelo diagnóstico, vem a necessidade da reestruturação e manutenção da vida em seus vários papéis.

A construção de uma nova identidade após o adoecimento e o retorno à normalidade - que não é saúde - constitui-se um processo dinâmico e complexo, que consiste em assimilar e produzir, de forma ativa, conhecimentos e formas de ação. Com o passar do tempo a doença é integrada às esferas da vida como um aspecto a mais, sem que isso implique sua banalização. "Trata-se de um tipo de gestão racional da doença, em que as angústias despertadas pelo diagnóstico são canalizadas para as questões do cotidiano" (Saldanha, 2003, p.45).

Percebeu-se, ainda em relação aos participantes, independentemente do sexo, que a qualidade de vida (estímulo 2) foi representada de forma objetiva e subjetiva, respectivamente. No grupo dos homens, a qualidade de vida está associada ao trabalho e ao apoio advindo da amizade. Já no grupo das mulheres, observou-se um predomínio de elementos subjetivos ao representarem a qualidade de vida associada ao amor, à felicidade e à figura de Deus, advinda na crença da religiosidade.

A qualidade de vida foi percebida como sendo composta de fatores objetivos e subjetivos. Essas características foram encontradas também em estudos sobre a subjetividade do bem-estar, que têm demonstrado que não são apenas as condições sociodemográficas (estado civil, idade, sexo, renda, etnia, etc.) que definem a sensação de bem-estar das pessoas, mas uma combinação de processos subjetivos próprios de cada indivíduo, isto é, as estruturas internas da pessoa

determinam a forma como são percebidos e internalizados os eventos externos, o que refletirá na auto-avaliação do seu estado de bem-estar (Diener, Suh, Lucas & Smith, 1999; Gouveia, Chaves, Dias, Gouveia & Andrade, 2003).

No contexto da soropositividade, o elemento trabalho se propaga em dois eixos: um de caráter mais positivo, que favorece uma melhor qualidade de vida ao propiciar melhores condições financeiras e oferecer estabilidade e credibilidade, e ocupação psicossocial, atribuindo ao indivíduo perante a sociedade o status de produtivo; e um outro eixo de caráter mais negativo, no qual o trabalho é associado à diminuição e/ou perda da capacidade. Essas premissas corroboram as investigações desenvolvidas por Laurell (1989), nas quais o trabalho encontra-se vinculado a vários atributos e funções morais. É por meio dele que o indivíduo atribui significado e sentido à própria existência. Tendo o trabalho um sentido tão amplo e estruturante na vida das pessoas, qualquer limitação que impeça de exercer uma atividade produtiva provoca alterações profundas na vida, tornando o indivíduo doente mais sujeitado e sem direitos, afetando diretamente a qualidade de vida daquele que, geralmente, é aposentado ou está desempregado em função de sua condição de soropositivo.

A qualidade de vida no contexto da soropositividade também perpassa pelo apoio e suporte social, que pode advir da família, dos amigos e da própria religião. O fortalecimento da rede social de apoio é uma das novas questões de natureza psicossocial vivenciadas por pessoas soropositivas (Seidl, Zannon & Truccoli, 2005).

No entanto, apesar dos avanços de pesquisas no contexto da soropositividade, as dificuldades oriundas do contexto sociocultural e familiar ainda persistem, haja vista o preconceito existente em torno da doença que faz com que os portadores se sintam culpados diante do que não podem reverter - culpa que a família, os amigos e a sociedade reforçam com cobranças, discriminação, isolamento e omissão. O suporte social é importante na diminuição do risco de doença e de mortalidade associados a certas doenças, e melhora o prognóstico e a qualidade de vida (Teixeira, 2000).

Os dados de modo geral mostram uma relação direta entre as representações sociais da AIDS e da qualidade de vida, deixando evidente como a soropositividade influencia diretamente na qualidade de vida. As mulheres, ao mesmo tempo em que representaram a AIDS em sofrimento, preconceito e esperança, representaram a qualidade de vida em felicidade, amor e Deus. Já os homens, ao mesmo tempo em que representaram a AIDS em medo, apoio, recomeço e limitação, representaram a qualidade de vida em apoio, amigos e trabalho.

Os grupos de sujeitos soropositivos compreendidos na faixa etária entre 31 e 40 anos e 41 e 50 anos não estão divididos em eixos, possivelmente por estarem constituídos por sujeitos de ambos os sexos, percebendo-se assim tanto elementos objetivos como subjetivos em ambos os grupos, independentemente da faixa etária.

O primeiro grupo (31 a 40 anos) representou a AIDS como uma doença que deve ser prevenida, cujo cuidado é feito pelo acompanhamento médico e medicamentoso, havendo ainda a necessidade de solidariedade dos integrantes de sua rede social. O segundo grupo (41 a 50 anos) representou a AIDS como uma doença que pode ser enfrentada pela esperança e pelo apoio que pode vir da religiosidade, objetivada na figura de Deus.

Dados semelhantes foram encontrados em estudo realizado por Camargo (2000) com estudantes universitários sobre a sexualidade e as representações sociais da AIDS, no qual foram identificados como elementos supostamente centrais no campo das representações sociais da AIDS: sexo, prevenção, drogas, doença e morte; e como elementos possivelmente periféricos: discriminação, promiscuidade, descuido, tristeza, preconceito e solidariedade. O autor afirmou, ainda, que duas noções passam a conviver quando se pensa em AIDS: doença mortal e doença sexualmente transmissível que pode ser evitada com a prevenção (sobretudo com a utilização de preservativos).

Os atores sociais da pesquisa mencionada acima representaram a AIDS como uma doença com toda uma gama de cuidados médicos e medicamentosos necessários para a manutenção da vida, indicando a luta dos soropositivos para melhorar a qualidade de vida.

Com relação aos elementos esperança, apoio e Deus, muitos estudos abordaram as diferentes estratégias pelas quais as religiões reinterpretem a experiência da doença e modificaram a maneira pela qual o doente e o meio social definem o problema. Segundo Gir (1997), as religiões são criadas como uma estrutura para um sistema de crenças, valores, códigos de condutas e rituais e apresentam os componentes de fé, ou crença, esperança e amor. O indivíduo com crenças religiosas sente em si mais força, seja para suportar as dificuldades da existência seja para vencê-las. Dessa maneira, os soropositivos encontram na crença religiosa um grande auxílio para suportar as privações e as angústias impostas pela doença.

Observou-se nesses dois grupos que os mais jovens (31 a 40 anos) estão mais ligados às questões concretas da AIDS e da busca, não de uma cura milagrosa, mas da manutenção da vida através de tratamento médico/medicamentoso, contando com o apoio não do divino, mas da solidariedade das pessoas que os cercam em suas vidas diárias. Já os mais velhos (41 a 50 anos) estão mais voltados à religiosidade, com a esperança e a fé de cura para essa doença que tanto os aflige. A característica encontrada no último grupo pode ser considerada positiva, quando servir de apoio, ou negativa, por poder levar a uma baixa adesão ao tratamento e, conseqüentemente, a uma baixa qualidade de vida.

A religião pode surgir como apoio, representando uma importante rede de suporte emocional, mas pode também atuar de forma negativa na vida de soropositivos. Saldanha (2003) observou em mulheres soropositivas um aumento, após a contaminação, da procura pela religião, através da qual alegaram receber grande conforto e esperança de cura. A autora afirma ainda que desde que as crenças não se tornem exacerbadas, prejudicando ou interrompendo o tratamento, a fé e a esperança de cura adquiridas contribuem para uma melhora no quadro geral do paciente.

No que diz respeito à qualidade de vida para o grupo dos sujeitos soropositivos compreendidos na faixa etária de 31 a 40 anos, de ambos os sexos, ela perpassa pelo trabalho e pela família. Já para o grupo dos soropositivos compreendidos na faixa etária de 41 a 50 anos, a qualidade de vida perpassa pela moradia e também pela família.

Observou-se, nesses grupos, que a qualidade de vida está relacionada a questões objetivas, tais como: o trabalho e a moradia, e ressaltou-se que a grande maioria dos atores sociais possui condição financeira precária que influencia diretamente na relevância dos fatores na qualidade de vida dos infectados pelo HIV. Observou-se, também, a importância da família como sendo um preditor de uma melhor qualidade de vida.

Nesse sentido, Brook (1999) afirmou que o suporte social familiar está positivamente associado ao bem-estar psicológico, e que o suporte dos amigos é útil para a mudança de hábitos de vida, nomeadamente no abandono de comportamentos sexuais de risco e do consumo de drogas, o que, conseqüentemente, contribuiu não só na prevenção, mas também na adesão ao tratamento. O modo como as famílias se adaptam à doença é um reflexo do seu relacionamento íntimo, de suas histórias e do contexto sociocultural em que estão inseridas. Quando a estrutura familiar apresentou um relacionamento satisfatório, o nível de receptividade e de compreensão se deu mais facilmente, trazendo ao membro que se encontrava fragilizado diante da doença um fortalecimento por meio das relações de ajuda e afeto (Saldanha, 2003).

O choque da família confirmou a fragilidade dos vínculos, levando à rejeição o paciente e negando-lhe qualquer tipo de ajuda ou auxílio, tratando-o como culpado de seu estado, considerando a doença como um castigo devido ao comportamento ou opção errada de vida. Outras famílias, ao contrário, superprotegem, tentando evitar o sofrimento, reforçando um comportamento onipotente, e dificultando o amadurecimento emocional do doente (Joffe, 2002).

Uma das maiores dificuldades ou limitações da nossa pesquisa, e que se observou também na literatura consultada, foi a evidência de que a discriminação sofrida pelos soropositivos ocorre, muitas vezes, no próprio núcleo familiar, o que dificulta a configuração de uma rede de apoio que propicie melhor qualidade de vida.

Conclusão

Por meio das representações sociais apreendidas neste estudo pode-se ter acesso às crenças, às interpretações, ao conjunto de relações sociais. Essas

representações ultrapassaram o aspecto biológico e atingiram os aspectos psicossociais nos quais o preconceito, a segregação, o estigma e a inserção social ainda estão bastante presentes no contexto da soropositividade.

A AIDS foi representada como uma doença que pode ocasionar inúmeras conseqüências psicossociais, profissionais, familiares e orgânicas, atingindo assim o ser humano em sua globalidade, e repercutindo em vários aspectos da vida, como na produtividade, na capacitação social e na qualidade de vida.

A qualidade de vida, por sua vez, foi representada em elementos que possuem características tanto subjetivas quanto objetivas: trabalho, moradia, apoio, amizade, felicidade, Deus e família. Essas representações estão de acordo com o conceito preconizado pela Organização Mundial de Saúde, em que a qualidade de vida se refere à percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e no sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (The WHOQOL Group, 1998), abrangendo, assim, diferentes domínios, tais como o psicológico, o das relações sociais, ambiente e aspectos espirituais.

A presente pesquisa não esgota a possibilidade de futuros estudos sobre o tema. No entanto espera-se que ela possa contribuir na formulação de novos questionamentos acerca da qualidade de vida de soropositivos para o HIV, de forma a preencher algumas lacunas até agora existentes, possibilitando melhor compreensão desse fenômeno biopsicossocial.

Referências

- Arpinelli, F., Visona, G., Bruno, R., De Carli, G., & Apolone, G. (2000). Health-related quality of life in asymptomatic patients with HIV. Evaluation of the SF-36 health survey in Italian patients. *Pharmacoeconomics*, 18 (1), 63-72.
- Brook D. W. (1999). Coping strategies of HIV positive and HIV negative female injection drug users: a longitudinal study. *AIDS Education and Prevention*, 11 (5), 373-88
- Camargo B. V. (2000). Sexualidade e representações sociais da AIDS. *Revista de Ciências Humanas*, 3 (Número temático: Representações sociais e interdisciplinariedade), 97-110.
- Camargo, B. V. (2003). A televisão como vetor de difusão de informações sobre a AIDS. In *Representações sociais: abordagem interdisciplinar* (pp.130-152). João Pessoa: UFPB.
- Castanha, A. R. (2005). *A qualidade de vida no contexto da soropositividade para o HIV: um estudo das representações sociais*. Dissertação de mestrado não-publicada, Centro de Ciências Humanas, Letras e Artes, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa.
- Castanha, A. R., Coutinho, M. P. L., & Saldanha, A. A. W. (2005). Depressão e soropositividade para o HIV: dois fenômenos em extensão. In M. P. L. Coutinho & A. A. W. Saldanha (Orgs.), *Representação social e práticas de pesquisa* (pp.173-190). João Pessoa: UFPB.
- Cibois, P. (1991). *L'analyse factorielle: collection "Que sais-je?"* (3a. ed.). Paris: Puf.
- Cruz, E. F., & Brito, N. (2005). Fios da vida: tecendo o feminino em tempos de AIDS. Brasília: Ministério da Saúde.
- Diener, E., Suh, E. M., Lucas, R. E., & Smith, H. L. (1999). Subjective well-being. Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125 (2), 276-302.
- Galvão, M. T. G. (2002). *Aplicação do instrumento HAT – QOL para análise da qualidade de vida de mulheres c/ infecção pelo HIV, ou com AIDS e sua correlação com as variáveis sócio-demográficas, epidemiológicas e clínicas*. Dissertação não-publicada, Centro de Pós-Graduação em Doenças Tropicais, Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, Botucatu.
- Galvão, M. T. G., Cerqueira, A. T. A. R., & Marcondes-Machado, J. (2004). Avaliação da qualidade de vida de mulheres com HIV/AIDS através do HAT-QOL. *Cadernos de Saúde Pública*, 20 (2), 430-437.
- Gir, E. (1997). *A sexualidade e a mulher portadora do vírus da imunodeficiência humana tipo 1 (HIV-1)*. Tese de doutorado não-publicada, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.
- Gouveia, V. V., Chaves, S. S. S., Dias, M. R., Gouveia, R. S. V., & Andrade, P. R. (2003). Valores humanos y salud general: Aportaciones desde la psicología social. In M. A. Vidal (Org.), *Psicosociología del cuidado* (pp.19-38). Moncada: CEU.
- Joffe, H. (2002). "Eu não, o meu grupo não": representações sociais transculturais da AIDS. In P. Guareschi & S. Jovchelovitch (Orgs.), *Textos em representações sociais* (pp.297-322). Petrópolis: Vozes.
- Laurell, C., & Noriega, M. (1989). *Processo de produção e saúde. Trabalho e desgaste operário*. São Paulo: HUCITEC.
- Malbergier, A. (2000). *AIDS e Psiquiatria: um guia para os profissionais de saúde*. Rio de Janeiro: Revinter.
- Martín, S. I., Cano, M. R., Pérez de Ayala, P., Aguayo, C. M., Cuesta, F., Rodríguez, P., & Pujol de la Llave, E. (2002). Calidad de vida, aspectos psicológicos y sociales en pacientes con infección VIH avanzada. *Anales de Medicina Interna*, 19 (8), 396-404.
- Minayo, M. C. S., Hartz, Z. M. A., & Buss, P. M. (2000). Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5 (1), 7-18.
- Nóbrega, S. M., & Coutinho, M. P. L. (2003). O teste de associação livre de palavras. In M. P. L. Coutinho (Org.),

- Representações sociais: abordagem interdisciplinar* (pp.67-77). João Pessoa: UFPB.
- Ramos, N. (2004). *Psicologia clínica e da saúde*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Saldanha, A. A. W. (2003). *Vulnerabilidade e construções de enfrentamento da soropositividade ao HIV por mulheres infectadas em relacionamento estável*. Tese de doutorado não-publicada, Pós-Graduação em Psicologia, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.
- Saldanha, A. A. W., Figueiredo M. A. C., & Coutinho, M. P. L. (2004). Atendimento psicossocial à AIDS: a busca pelas questões subjetivas. *DST-Jornal Brasileiro Doenças Sexualmente Transmissíveis*, 16 (3), 84-91.
- Seidl, E. M. F., & Zannon, C. M. L. C. (2004). Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e Metodológicos. *Cadernos Saúde Pública*, 20 (2), 580-588.
- Seidl, E. M. F., Zannon, C. M. L.C., & Truccoli, B. T. (2005). Pessoas vivendo com HIV/AIDS: enfrentamento, suporte social e qualidade de vida. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 18 (2), 188-195.
- Sousa, M. M. O. (2001). *SIDA: e a vida continua*. Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros.
- Teixeira, P. R. (2000). Experiências de adesão ao tratamento anti-retroviral em São Paulo. In P. R. Teixeira, V. Paiva & E. Shimma (Orgs.), *Tá difícil de engolir? Experiências de adesão ao tratamento anti-retroviral em São Paulo* (pp.115-123). São Paulo: NepAIDS.
- The WHOQOL Group. (1998). The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): development and general psychometric properties. *Social Science and Medicine*, 46 (15), 69-85.
- Tura, L. F. R. (1998). AIDS e estudantes: a estrutura das representações sociais. In D. Jodelet (Org.), *AIDS e representações sociais: a busca de sentidos* (pp.121-154). Natal: EDUFRRN.

Recebido em: 19/7/2005
Versão final reapresentada em: 1/8/2006
Aprovado em: 15/9/2006

Ansiedade de separação em adultos com transtorno de pânico: um tratamento cognitivo-comportamental¹

Separation anxiety in adults with panic disorder: a cognitive-behavior treatment

Ana Gabriela Pinheiro da Silva **ANNICCHINO**²

Evandro Gomes de **MATOS**³

Resumo

Este estudo foi desenvolvido com pacientes adultos, ambulatoriais, com transtorno de pânico segundo os critérios do Manual de Estatísticas e Diagnósticos-IV. O objetivo foi avaliar a incidência e a severidade de sintomas de ansiedade de separação e o efeito da terapia cognitivo-comportamental sobre eles. O processo psicoterapêutico baseou-se no manual "Vencendo o Pânico". Foram também utilizados Inventário Beck de Depressão, Escala Sheehan de Ansiedade, e o *Mood Anxiety Spectrum Project*. Os resultados demonstraram a minimização ou o desaparecimento dos sintomas de ansiedade de separação após o tratamento, bem como o decréscimo nos graus de ansiedade e depressão. Pode-se afirmar, portanto, que há sintomas da ansiedade de separação no adulto, e que a terapia cognitivo-comportamental apresenta-se como eficaz tanto quanto no tratamento do transtorno de pânico, provavelmente, por serem os mesmos sistemas que fundamentam os pensamentos em ambos os casos.

Unitermos: adulto; ansiedade da separação; terapia cognitivo-comportamental; transtorno de pânico.

Abstract

This study was developed with adult patients, all of them panic disorder clinically diagnosed according to the Manual de Estatísticas e Diagnósticos-IV criteria. The aim of the study was to investigate the incidence and severity of Separation Anxiety symptoms among these patients and the effect of Cognitive-Behavior Therapy on these symptoms. The psychotherapy process was based on the Panic treatment manual, "Overcoming Panic". Also used were the Beck Depression Inventory, Sheehan Anxiety Scale and the Mood Anxiety Spectrum Project. The results showed reduction or disappearance of Separation Anxiety symptoms after the treatment, as well as decrease in the degrees of anxiety and depression. It can be affirmed therefore, that there is Separation Anxiety in the adult, and that Cognitive-Behavior Therapy is efficient in the treatment of both Separation Anxiety and Panic Disorder, probably, because the same systems are at the base of the thoughts for both.

Uniterms: adult; separation anxiety; cognitive behavior therapy; panic disorder.

▼▼▼▼▼

¹ Artigo elaborado a partir da dissertação de A.G.P.S. ANNICCHINO, intitulada "Incidência e severidade da ansiedade de separação antes e após o tratamento cognitivo-comportamental, em pacientes com transtorno de pânico". Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, 2006.

² Consultório Particular. R. Bento Dias, 888, Pão de Açúcar, 16360-000, Capivari, SP, Brasil. Correspondência para/Correspondence to: A.G.P. S. ANNICCHINO. E-mail: <anagabrielaann@uol.com.br>.

³ Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria. Campinas, SP, Brasil.

Este trabalho teve como objetivo investigar a incidência de sintomas de ansiedade de separação (AS) em pacientes adultos com transtorno de pânico (TP), segundo o item A do domínio 1 do *Mood Anxiety Spectrum Project* (SCI-PAS) (Cassano et al., 1997) e submetê-los a um programa específico de tratamento cognitivo-comportamental, verificando se há redução e/ou remissão dos sintomas de AS.

Em 1980, o TP e o transtorno de ansiedade generalizada (TAG) surgiram como divisão da neurose de angústia no Manual de Estatísticas e Diagnósticos III - DSM III (APA, 1980). Os ataques de pânico (AP) assumiram importância como queixa e o seu papel na patogênese dos transtornos ansiosos, especialmente da agorafobia (AGO), foi ressaltado. O manual dividiu também a AGO em com e sem AP (Andrade et al., 1997).

Mais tarde, o DSM IV (APA, 1995) trouxe novas mudanças: considerou que AP e a esquivas fóbicas podem apresentar-se como sintomas em outros quadros clínicos além do TP e da AGO e ampliou o diagnóstico de TAG para a infância. Referiu ainda a existência de AP limitados, com presença de menos de quatro sintomas.

A AS foi descrita no DSM-IV como um transtorno da infância, no qual a separação de uma criança de sua figura de ligação, geralmente a mãe, é acompanhada de ansiedade excessiva. Deve ter duração mínima de quatro semanas e a presença de pelo menos três dos seguintes sintomas: sofrimento excessivo e recorrente diante da ocorrência ou previsão de afastamento de casa ou de figuras importantes de vinculação; preocupação persistente e excessiva a cerca de perder ou sobre possíveis perigos envolvendo figuras importantes de vinculação; de que um evento indesejado leve à separação de uma figura importante de vinculação; relutância ou recusa em ir para a escola ou a qualquer outro lugar por medo da separação; relutância em dormir sem estar próximo a uma figura importante de vinculação ou a pernoitar longe de casa; temor excessivo e persistente ou relutância em ficar sozinho ou sem as figuras importantes de vinculação em casa ou sem adultos significativos em outros contextos; pesadelos envolvendo o tema da separação; repetidas queixas de sintomas somáticos (tais como cefaléias, dores abdominais, náuseas ou vômitos) quando a separação de figuras importantes de vinculação ocorre ou é prevista. A perturbação deve iniciar-se antes dos dezoito anos; causar sofrimento

significativo, ou prejuízo no funcionamento social, acadêmico ou em outras áreas importantes da vida do indivíduo. Além disso, não deve ocorrer durante o curso de um transtorno invasivo do desenvolvimento, esquizofrenia ou outro transtorno psicótico e, em adolescentes e adultos, não é mais bem explicada por TP com AGO.

Souza e Matos (1996) descreveram que o transtorno de AS pode manifestar-se de várias maneiras, desde a dificuldade em dormir sozinho até a recusa em ir ou permanecer na escola.

Gutiérrez (1996) caracterizou como AP a reação apresentada por crianças com AS ao separarem-se de seus pais. A relação entre TP e AS vem sendo objeto de estudo de muitos autores, com diferentes resultados, entretanto muitos apontam para a existência de tal associação. Klein e Gittelman (1984) observaram a presença de taxas mais elevadas de AS e fobia escolar em pacientes com TP. Deltito, Perugi, Maremmani, Mignani e Cassano (1986) referiram que, em um estudo, 60% dos pacientes com TP e AGO apresentaram AS na infância. Kagan, Reznick, Snidman, Gibbons e Johnson (1988) observaram que no decorrer da vida o comportamento inibido assume expressões diferenciadas em cada faixa etária. Primeiro como AS na infância ou evitação social, mais tarde - na adolescência - como fobia social e TP na fase adulta. Souza (1996) descreveu que, de 68 pacientes com TP, 32% preenchiam critérios para o diagnóstico de AS na infância ou adolescência.

Embora fosse a AS um transtorno predominantemente da infância, Cassano et al. (1997), ao descreverem o espectro do pânico agorafóbico, mencionaram a presença de sintomas desse transtorno na vida adulta (Cyranowski et al., 2002). Definiram o espectro do pânico agorafóbico pela presença de sintomas atípicos, isolados ou parciais, que podem preceder ou acompanhar uma condição ainda não totalmente expressa. Para a sua avaliação são acessados sete domínios: sintomas de pânico; expectativa ansiosa; fobias e evitações; sensibilidade ao reassuramento; sensibilidade a substâncias; sensibilidade ao estresse; sensibilidade à separação.

Examinando a relação entre o espectro do pânico agorafóbico e os transtornos mentais da infância e da adolescência, supôs-se que os sintomas desses influenciam o comportamento adulto e, mais tarde, são vistos como atípicos (Pini, Maser, Dell'Osso & Cassano, 1998).

Segundo Cassano et al. (1997) a AS em adultos pode manifestar-se como dificuldade em sair de casa a trabalho ou a passeio, dormir sozinho ou longe de casa e por reações dramáticas a perdas ou antecipação delas. Esses indivíduos tendem a desenvolver relacionamentos caracterizados pela dependência.

A terapia cognitivo-comportamental (TCC) tem obtido sucesso no tratamento dos transtornos ansiosos. Caracteriza-se por ser breve e por ter objetivos claros a serem alcançados. É prática e tanto o terapeuta quanto o paciente têm papéis ativos nas tarefas propostas (Otto & Whittal, 1995). Pode ser utilizada sozinha ou em associação à medicação (Ham, Waters & Oliver, 2005).

Pesquisas demonstraram que a TCC é bem tolerada, apresenta boa relação custo-efetividade e produz importantes benefícios para indivíduos com TP a curto e longo prazo (Landon & Barlow, 2004).

Na TCC, a interpretação (pensamentos automáticos) feita pelo sujeito, diante de um estímulo ambiental, produz o sentimento (emoção) e por consequência o comportamento (Beck, 1998). Os sentimentos gerados evidenciam crenças e suposições que estruturam os pensamentos, tornando possível a descoberta das distorções cognitivas, específicas, que regem as doenças.

Nardi et al. (1996) ressaltaram que a terapia cognitiva, desenvolvida por Beck (1998), reconhece a ansiedade como resposta a uma ameaça, relacionando a ansiedade patológica aos processos de informação relativa ao perigo. A ansiedade é mantida pela falta de controle sobre o meio ambiente, dessa forma, pacientes ansiosos consideram-se incapazes e com poucos recursos para enfrentar ameaças.

No caso da ansiedade, o medo decorrente de uma situação na qual não há perigo denuncia distorções no processo cognitivo e indica a necessidade de intervenção (Rangé, 2001a). O tratamento consiste em eliminar padrões de funcionamento desadaptado, ou seja, o medo das sensações físicas, as evitações e as “estratégias de segurança” desenvolvidas pelo indivíduo (Otto & Whittal, 1995).

Método

Neste estudo utilizou-se o método quase experimental com medidas antes e depois.

A amostra contou com 22 sujeitos de ambos os sexos, na faixa etária entre 24 e 52 anos (idade média de

37 anos), portadores de TP segundo os critérios do DSM IV. Desses, 16 concluíram o tratamento. Os pacientes provinham do Núcleo de Atendimento dos Transtornos de Ansiedade (NATA) no ambulatório geral de psiquiatria adulto do Hospital das Clínicas da Universidade de Campinas (Unicamp).

O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp e aprovado sem restrições com o parecer de nº 038/2002. Os pacientes foram informados sobre os objetivos do estudo, assegurados quanto ao sigilo e convidados a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Os critérios de inclusão foram: atender os critérios diagnósticos para TP, segundo o DSM IV; assinar o termo de consentimento; ser maior de 18 anos; preencher o protocolo NATA; estar em vigência de AP; responder a todos os instrumentos de pesquisa; e ter a presença de sintomas de AS segundo o domínio I da *Structured Clinical Interview for Panic-Agoraphobic Spectrum* (SCI-PAS).

Foram excluídos deste estudo: pacientes com distúrbios psicóticos; uso ou abuso de substâncias psicoativas ou transtornos mentais orgânicos; e os que não aceitaram preencher o termo de consentimento.

Empregaram-se instrumentos de avaliação como o Inventário Beck de Depressão (BDI) - seguindo os escores: 0 a 9 - sem depressão ou mínima; 10 a 18 - depressão leve; 19 a 29 - depressão moderada e acima de 30 - depressão grave. A Escala de Sheehan de Ansiedade (Sheehan) avaliou subjetivamente a intensidade dos sintomas das ansiedades endógena (apenas essa foi utilizada neste trabalho) e exógena (Caetano, 1986), respeitando os escores referentes à ansiedade endógena: 0 a 30 - leve; 31 a 50 - moderada; 51 a 80 - marcada; e acima de 81 - severa. No domínio I da SCI-PAS (versão em português adaptada por Matos, Sardelli, Ravera, D'Agostino & Matos, 2005), o paciente responde sim ou não a dez questões, em dois momentos: *alguma vez na vida (lifetime)* e no *último mês*. Utilizou-se, também, o protocolo NATA para levantar dados de identificação, características sociodemográficas e idade do primeiro AP.

O processo de TCC baseou-se no manual de tratamento denominado "Vencendo o Pânico: instruções passo a passo para quem trata ataques de pânico (VP)" (Rangé, 2001b).

Os pacientes foram submetidos a uma sessão de TCC, individual, por semana, totalizando 12 sessões. Foram utilizadas estratégias terapêuticas consideradas efetivas, tais como: informações sobre o problema e o método de tratamento, treino de relaxamento, reestruturação cognitiva, exposição interoceptiva, reestruturação de crenças perfeccionistas e de padrões de comportamento não assertivo.

Tarefas de casa foram solicitadas e envolveram a prática dos exercícios trabalhados em sessão, leitura de textos relacionados ao assunto e a realização de atividades propostas.

A seguir, são detalhados os objetivos de cada sessão, segundo Rangé (2001b).

- 1ª Sessão - *pré-teste* - objetivos: avaliação geral do problema; informação sobre a pesquisa; preenchimento do Termo de Consentimento; preenchimento da Ficha de Caracterização de Casos.

- 2ª e 3ª Sessões - *pré-teste* - objetivos: aplicação de questionários que fazem parte do manual, mas que, contudo, não foram utilizados nesta pesquisa. Na 3ª sessão foi realizada também a aplicação da SCI-PAS.

- 4ª Sessão - *intervenção* - objetivos: *rapport*, informação ao paciente sobre o TP e o tratamento oferecido, coleta de informações e estabelecimento de metas para o tratamento, leitura dos textos: "*Transtorno de Pânico*"; "*Fisiologia da Hiperventilação*" e "*Fisiologia e Psicologia do Medo e da Ansiedade*".

- 5ª Sessão - *intervenção* - objetivos: treinamento de habilidades de manejo - aplicação da estratégia A.C.A.L.M.E.-S.E. e a introdução das técnicas comportamentais de exposição interoceptiva e de controle de respiração e iniciação do registro de pensamentos disfuncionais (RPD), que foi feito durante todas as semanas até o final do tratamento, tendo sido feitas, em cada sessão, as correções.

- 6ª Sessão - *intervenção* - objetivos: conscientização corporal - discussão dos textos; análise de RPD e proposta de respostas alternativas, relaxamento físico; exposição interoceptiva.

- 7ª Sessão - *intervenção* - objetivos: fortalecimento da auto-eficácia - análise de RPD; discussão, com o paciente, da primeira crença irracional de Ellis (1962): "É absolutamente necessário por mim ser amado e aprovado pelas pessoas que me são importantes". Início do treino assertivo que tem como primeiro passo fazer e receber elogios. Para pacientes com AGO, foi solicitada a construção da hierarquia de ansiedade para exposição situacional.

8ª Sessão - *intervenção* - objetivos: manejo existencial - checagem do RPD; segundo passo do treino de assertividade: dizer não a exigências consideradas não razoáveis; início do treino de exposição situacional à primeira situação da hierarquia criada pelo paciente; discussão da segunda crença de Ellis (1962): "Para se ter valor, é necessário ser competente e bem-sucedido em todos os aspectos da vida" e curtograma.

9ª Sessão - *intervenção* - objetivos: manejo existencial (continuação) - análise do RPD e do curtograma, novas exposições a situações da hierarquia de ansiedade; terceiro passo do treino de assertividade - a solicitação de coisas ou ajuda de outras pessoas; discussão da terceira crença de Ellis (1962): "É terrível e catastrófico quando as coisas não acontecem do jeito que eu queria". Execução da lista de desejos.

10ª Sessão - *intervenção* - objetivos: manejo existencial (continuação) - análise do RPD e da realização de atividades mencionadas como prazerosas no curtograma; incentivo ao planejamento de um futuro feliz e realizador baseado na lista de desejos; novas exposições situacionais; quarto passo do treino de assertividade que encoraja a solicitação de mudanças de comportamento a outras pessoas; discussão de situações negativas da vida e a idéia de pânico como "freio", baseando-se no texto de mesmo nome.

11ª Sessão - *intervenção* - objetivos: encerramento (manutenção e prevenção de recaída) - revisão das tarefas e repetição dos exercícios de relaxamento e exposição interoceptiva; informação sobre a prevenção de recaídas e avaliação do trabalho pelo paciente.

12ª Sessão - *pós-teste* - objetivos: avaliação do status do paciente em relação aos níveis de ansiedade, depressão, funcionamento global na vida e a alteração produzida na AS - reaplicação dos instrumentos: Sheehan; BDI e SCI-PAS.

Resultados

Dos 22 pacientes iniciais, 18 (81,82%) eram mulheres e 4 (18,18%) homens. A maioria (40,91%) tinha apenas o ensino fundamental, seguido pelo nível superior (31,82%) e pelo ensino médio (27,27%), respectivamente. Cinquenta e nove por cento tinham um (a) companheiro (a), enquanto 41,00% estavam sozinhos.

A intensidade da sintomatologia depressiva, ansiosa e de AS, antes e depois da intervenção, está registrada na Tabela 1.

Para a correlação entre os graus de depressão e ansiedade com os de AS (alguma vez na vida e último mês), aplicou-se a correlação de Spearman (Tabela 2).

Pode-se comprovar a existência de uma relação entre os graus de depressão (BDI) e ansiedade (Sheehan) com a AS no último mês, com os respectivos $r=0,55$ e $r=0,7168$, consideradas relações média e alta. Isso indica que o tratamento teve efeito positivo devido à existência da relação do decréscimo dos graus de ansiedade e depressão conjuntamente com os graus de AS.

Para fazer a relação entre a frequência de sintomas de AS antes e depois do tratamento, optou-se por criar categorias de acordo com o número de respostas afirmativas dadas pelo sujeito e que equivaleram à quantidade de sintomas apresentados, a fim de facilitar a análise. As categorias foram: 0 a 4; 5 a 7 e 8 a 10.

Em relação às frequências, observou-se que, após a intervenção, houve uma queda dos graus de AS devido ao aumento do número de pessoas no grupo 0 a 4 para a variável último mês depois. Para alguma vez na vida, como os valores são os mesmos, não houve alteração (Tabela 3).

Foi aplicado o teste de Wilcoxon pareado para verificar se após a intervenção houve queda significativa dos graus de AS de acordo com o último mês. Para alguma vez na vida, não foi aplicado, pois as colunas são iguais (Tabela 4).

Discussão

De acordo com o DSM IV, o grau de tolerância à separação aceitável pode ser determinado culturalmente, pois há culturas em que é valorizada a forte interdependência entre os membros da família.

Tabela 1. Médias (M) e desvios-padrão (DP) dos sintomas de depressão e ansiedade antes e após a intervenção.

Variáveis	n	M	DP
Depressão (BDI) antes	16	2,94 (moderada)	0,85
Depressão (BDI) depois	16	2,13 (leve)	1,15
Ansiedade (Sheehan) antes	16	3,19 (marcada)	0,75
Ansiedade (Sheehan) depois	16	2,06 (moderada)	1,24
Alguma vez na vida antes (SCI-PAS)	21	8,43	1,36
Último mês antes (SCI-PAS)	16	6,81	2,43
Alguma vez na vida depois (SCI-PAS)	21	8,43	1,36
Último mês depois (SCI-PAS)	16	3,31	2,91

Tabela 2. Estimativas de correlação entre sintomas de depressão e ansiedade com a ansiedade de separação (alguma vez na vida e último mês).

Variáveis	Correlações	
	Antes	Depois
Depressão vs alguma vez na vida	0,114 (p -valor=0,6743)	0,095 (p -valor=0,7258)
Depressão vs último mês	0,2459 (p -valor=0,3585)	0,55* (p -valor=0,0273)
Ansiedade vs alguma vez na vida	-0,1894 (p -valor=0,4823)	0,2623 (p -valor=0,3264)
Ansiedade vs último mês	-0,1546 (p -valor=0,5674)	0,7168* (p -valor=0,0018)

Tabela 3. Distribuição dos escores de ansiedade de separação antes e depois da intervenção.

Categorias	n	%
Alguma vez na vida (antes e depois)		
5 a 7	4	19,05
8 a 10	17	80,95
Total	21	100,00
Último mês (antes)		
0 a 4	2	12,50
5 a 7	7	43,75
8 a 10	7	73,75
Total	16	100,00
Último mês (depois)		
0 a 4	11	68,75
5 a 7	3	18,75
8 a 10	2	12,50
Total	16	100,00

Tabela 4. Comparação entre último mês antes e último mês depois.

Variáveis	n	M	DP	Mediana	Min.	Máx.	p
Último mês antes	16	6,81	2,43	7,0	3	10	
Último mês depois	16	3,31	2,91	2,5	0	9	0,0026*

M: média; DP: desvio-padrão; Min.: mínimo; Máx.: máximo.

A AS é mais freqüente em mulheres e acomete 4% das crianças e adolescentes jovens. Pode haver maior freqüência do transtorno em filhos de mães que apresentam TP e também em parentes biológicos de primeiro grau.

De acordo com o DSM IV, o TP sem AGO é duas vezes mais freqüente e, nas mulheres, o TP com AGO aparece com freqüência três vezes maior. A prevalência do TP durante a vida chega a 3,5%. Há um predomínio de seu surgimento entre o final da adolescência e os 30 anos. Parentes em primeiro grau de indivíduos portadores de TP apresentam uma chance de quatro a sete vezes maior de desenvolver o transtorno.

Deltito et al. (1986), em um grupo de pacientes com TP e AGO, observaram que 60% manifestaram AS na infância. Contudo essa associação não se aplicou ao grupo de pacientes com TP sem AGO.

Raskin, Peeke, Dickman e Pinsker (1982) encontraram, em 17 pacientes adultos com TP, 35% de AS.

Os resultados obtidos neste trabalho estão de acordo com estudos como o de Cassano et al. (1997), que descreveu a presença de sintomas de AS no adulto.

Manicavasagar, Silove e Curtis (1997) relataram que um terço de 44 pacientes que participaram de seus estudos referiram o início dos primeiros sintomas de AS já na vida adulta. Os autores sugeriram que há necessidade de examinar mais sistematicamente a forma como a AS pode ocorrer na vida adulta.

Cyranowsky et al. (2002) desenvolveram a *Strucutured Clinical Interview for Separation Anxiety Symptoms* (SCI-SAS) e destacaram a praticabilidade e a utilidade clínica de acessar os sintomas da AS, experimentados durante a vida adulta, com um instrumento apropriado à idade.

Manicavasagar, Silove, Wagner e Drobny (2003) também apontaram para a possibilidade de diagnóstico de AS na vida adulta. Os adultos podem demonstrar intensa ansiedade ao serem separados de esposas, filhos ou parentes. Essa experiência traz imposições à vida da pessoa, pela necessidade de proximidade com suas figuras de afeiçoamento.

Esses dados são consistentes ao que apresentou o DSM IV ao referir o transtorno em jovens - embora esse manual não reconheça AS na vida adulta. Nos

indivíduos mais velhos o transtorno pode limitar as suas capacidades em lidar com situações novas (mudança de emprego, casamento), além de criar uma preocupação excessiva em relação aos filhos ou cônjuge e manifestar intenso desconforto ao separar-se deles.

A resposta do transtorno de AS no adulto ao tratamento, baseado na TCC, reproduz a eficácia dessa abordagem constatada por Dia (2001). A TCC como coadjuvante no tratamento de transtornos ansiosos tem sido cada vez mais recomendada por apresentar resultados efetivos tanto para adultos como para crianças.

Apesar de demonstrar resultados satisfatórios aos seus objetivos, a pesquisa contou com uma amostra pequena, o que impossibilitou outras correlações, uma vez que estatisticamente não apresentaram significância. A realização de um estudo mais amplo, com um número maior de sujeitos e a utilização de um instrumento mais completo e específico para acessar a AS, como, por exemplo, a *Adult Separation Anxiety Semistructured Interview* (ASA-SI) (Manicavasagar et al., 2003) ou a SCI-SAS, forneceria novos dados e resultados mais seguros.

Conclusão

Estão presentes, no adulto, sintomas de AS, indicando que esse transtorno pode estender-se além da infância com características clínicas diferenciadas pela maturidade, e que há, portanto, necessidade de investigá-lo melhor nessa população.

A diminuição da sintomatologia de AS produziu também redução das sintomatologias ansiosa e depressiva (embora não significativa, talvez por ser uma amostra pequena).

A TCC e, mais especificamente, o VP, demonstraram-se eficazes tanto no tratamento do TP quanto da AS. Essa abordagem pode apresentar-se como uma interessante alternativa a ser utilizada tanto no serviço público quanto no privado.

Referências

American Psychiatric Association (APA). (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-III)*. 3rd ed. Washington, DC: American Psychiatric Association.

- Andrade, L. H. S. G., Lotufo-Neto, F., Gentil, V., Maciel, L. M. A., Shavitt, R. G., & Bernick, M. A. (1997). Classificação e diagnóstico dos transtornos ansiosos. In V. Gentil, F. Lotufo-Neto & M. A. Bernick. *Pânico, fobias e obsessões: a experiência do projeto AMBAN* (3a. ed., pp.37-53). São Paulo: Universidade de São Paulo.
- Associação Psiquiátrica Americana (APA). (1995). *Manual estatístico e diagnóstico de transtornos mentais (DSM IV)*. 4a. ed. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1998). *Terapia cognitiva da depressão*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Caetano, D. (1986). Comparação entre pacientes com desordem de pânico e prolapso da valva mitral e aqueles com desordem de pânico e sem prolapso de valva mitral. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 35 (1), 53-59.
- Cassano, G. B., Michelini, S., Shear, M. K., Coli, E., Maser, J. D., & Frank, E. (1997). The panic-agoraphobic spectrum: a descriptive approach to the assessment and treatment of subtle symptoms. *American Journal of Psychiatry*, 154 (6), 27-38.
- Cyranowski, J. M., Shear, M. K., Rucci, P., Fagiolini, A., Frank, E., & Grochocnski, V. J. (2002). Adult separation anxiety: psychometric properties of a new structured clinical interview. *Journal Psychiatric Research*, 36 (2), 77-86.
- Deltito, J. A., Perugi, G., Maremanni, I., Mignani, V., & Cassano, G. B. (1986). The importance of separation anxiety in the differentiation of panic disorder from agoraphobia. *Psychiatric Developments*, 4 (3), 227-236.
- Dia, D. A. (2001). Cognitive-behavioral therapy with a six-year-old boy with separation anxiety disorder: a case study. *Health & Social Work*, 26 (2), 125-128.
- Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. New York: Lyle Stuart.
- Gutierrez, A. J. L. (1996). Ansiedade de separação y transtorno de pânico. *Psiquiatria Biológica*, 4 (2), 109-112.
- Ham, P., Waters, D. B., & Oliver, M. N. (2005). Treatment of panic disorder. *American Family Physician*, 71 (4), 733-739.
- Kagan, J., Reznick, J. S., Snidman, N., Gibbons, J., & Johnson, M. O. (1988). Childhood derivatives of inhibition and lack of inhibition to the unfamiliar. *Child Development*, 59 (6), 1580-1589.
- Klein, D. F., & Gittelman, R. (1984). Relationship between separation anxiety and panic and agoraphobic disorders. *Psychopathology*, 17 (Suppl 1), 56-65.
- Landon, T. M., & Barlow, D. H. (2004). Cognitive-behavioral treatment for panic disorder: current status. *Journal Psychiatric Practice*, 10 (4), 211-226.
- Manicavasagar, V., Silove, D., & Curtis, J. (1997). Separation anxiety in adulthood: a phenomenological investigation. *Comprehensive psychiatry*, 38 (5), 274-282.
- Manicavasagar, V., Silove, D., Wagner, R., & Drobny, J. (2003). A self-report questionnaire for measuring separation anxiety in adulthood. *Comprehensive Psychiatry*, 44 (2), 146-1453.
- Matos, E. G., Sardelli, L. R., Ravera, L., D'Agostino, G., & Matos, T. M. G. (2005). Versão para o português de um novo instrumento para o diagnóstico do espectro do transtorno do pânico (PAS-SR). *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 54 (2), 108-113.
- Nardi, A. E., Mendlowicz, M., Figueira, I., Andrade, Y., Camisao, C., Marques, C., et al. (1996). Transtorno de ansiedade generalizada - I: questões teóricas e diagnósticas. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 45 (3), 173-178.
- Otto, M. W., & Whittal, M. L. (1995). Cognitive-behaviour therapy and the longitudinal course of panic disorder. *Psychiatric Clinics of North American*, 18 (4), 803-820.
- Pini S., Maser J. D., Dell'Osso L., & Cassano G. B. (1998). Origins of the panic-agoraphobic spectrum and its implications for comorbidity. *CNS Spectrums*, 4 (3), 49-56.
- Rangé, B. (2001a). *Vencendo o pânico: instruções passo-a-passo para quem sofre de ataques de pânico*. Rio de Janeiro: Instituto de Psicologia, Universidade federal do Rio de Janeiro.
- Rangé, B. (2001b). *Vencendo o pânico: instruções passo-a-passo para quem trata de ataques de pânico*. Rio de Janeiro: Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro.
- Raskin, M., Peeke, V. S., Dickman, W., & Pinsky, H. (1982). Panic and generalized anxiety disorders: developmental antecedents and precipitants. *Archives of General Psychiatry*, 39 (6), 687-689.
- SAS Institute Inc. (1999-2001). *SAS/STAT software changes and enhancements though release 8.2*. Cary, NC: SAS Institute, Inc.
- Snedecor, W. G., & Cochran, W. G. (1989). *Statistical Methods*. 8th ed. Iowa State.
- Souza, A. M. (1996). *Estudo da associação entre ansiedade de separação e transtorno de pânico*. Dissertação de mestrado não-publicada, Departamento de Psicologia e Psiquiatria Médica, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas.
- Souza, A. M., & Matos, E. G. (1996). Fobia escolar em gêmeos univetelínicos - um preditor para fobia social? *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 45 (12), 695-698.

Recebido em: 22/11/2005
Versão final reapresentada em: 21/8/2006
Aprovado em: 15/9/2006

Stress ocupacional em bombeiros: efeitos de intervenção baseada em avaliação de necessidades¹

Firefighters' occupational stress: intervention effects based on needs assessment

Sheila Giardini **MURTA**²
Bartholomeu Tórres **TRÓCCOLI**³

Resumo

Este estudo descreve os efeitos de uma intervenção para o manejo do stress ocupacional, baseada em avaliação de necessidades junto a sete bombeiros. Entrevistas grupais foram feitas para identificar estressores ocupacionais, estratégias de *coping* e sintomas de *stress*. Baseando-se em evidências de que a população-alvo apresentava um repertório restrito de *coping* e muitos sintomas de *stress*, implementou-se uma intervenção com 12 sessões, contendo informação, relaxamento, treino assertivo, treino em solução de problemas, manejo de tempo e reestruturação cognitiva. Medidas pré e pós-teste foram obtidas para imunidade, pressão arterial e respostas verbais de *stress*, saúde geral e *coping*. A comparação entre medidas pré e pós-intervenção evidenciou redução em *stress* e sintomas somáticos; aumento em auto-eficácia e em pressão arterial diastólica. Intervenções organizacionais ou combinadas foram recomendadas.

Unitermos: avaliação de necessidades; intervenção psicológica; *stress* ocupacional.

Abstract

This study describes effects of an occupational stress intervention based on needs assessment in seven firefighters. Group interviews were conducted to identify occupational stressors, coping strategies and stress symptoms. Based on evidences that the target-group presented a restrict coping repertoire and many stress symptoms, it was implemented a 12-sessions intervention, consisted by information, relaxation, assertive training, problem solution skills, time management and cognitive restructuring. Pre and post-test measures were obtained for immunity, blood pressure, and verbal responses of stress, general health and coping. The comparison of pre and post-measures showed stress and somatic symptoms decrease; and self-efficacy and diastolic blood pressure increase. Organizational or combined interventions were recommended.

Uniterms: *needs assessment; psychological intervention; occupational stress.*

▼▼▼▼▼

¹ Artigo elaborado a partir da tese de S.G. MURTA, intitulada: "Planejamento, implementação e avaliação de um Programa de manejo de *stress* ocupacional". Universidade de Brasília, 2005.

² Universidade Católica de Goiás, Departamento de Psicologia. Av. Universitária, 1440, Setor Universitário, 74605-010, Goiânia, GO, Brasil. Correspondência para/Correspondence to: S.G. MURTA. E-mail: <murta@cultura.com.br>.

³ Universidade de Brasília, Instituto de Psicologia, Departamento de Psicologia Social e do Trabalho. Brasília DF, Brasil.

Bombeiros e outros profissionais que lidam com situações de emergência em saúde estão mais susceptíveis ao desenvolvimento de *stress* no trabalho. Um estudo descritivo (Outtlinger, 1998) feito com 161 bombeiros americanos acerca de fontes de *stress* vivenciadas no trabalho identificou, como principais fontes estressoras, a morte ou o acidente com colegas de trabalho em serviço, a prestação de ajuda a pessoas jovens seriamente feridas ou mortas e o enfrentamento de problemas sobre os quais não se tem controle e que continuam existindo sem que providências sejam tomadas por outros para minimizá-los.

Além da exposição a riscos psicossociais, os bombeiros lidam também com riscos biológicos, como exposição a sangue contaminado e privação de sono por escala noturna de trabalho ou ciclos longos de trabalho-descanso. Há consenso na literatura de que a privação de sono está entre os estressores associados à diminuição de células do sistema de defesa imunológica (Cohen & Herbert, 1996; Kiecolt-Glaser, 1999; O'Leary, 1990), o que permite supor que esse grupo ocupacional seja particularmente susceptível a problemas em imunidade e conseqüente vulnerabilidade a doenças diversas.

Adicionalmente, há evidências de que bombeiros são particularmente expostos a fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardíacas, *stress* pós-traumático e *burnout* (Corneil, 1995; Harris, Baloglu & Stacks, 2002; Haslam & Mallon, 2003; Regehr, Hill, Knott & Sault, 2003).

O alto risco de *stress* que os bombeiros estão expostos demonstra que fazem parte de um grupo ocupacional que necessita de programas de manejo de *stress* ocupacional. Tais programas variam enormemente quanto ao foco, incluindo intervenções focadas no indivíduo (como intervenções baseadas em habilidades comportamentais e cognitivas de *coping*, meditação, educação em saúde e atividade física), na relação indivíduo-organização (como ações para melhoria da comunicação e trabalho em equipe), na organização (como treinamento e mudança das condições físico-ambientais) e intervenções combinadas (conjugação de dois ou mais tipos de intervenção com focos distintos) (van der Heck & Plomp, 1997).

Intervenções focadas em *coping* individual são, notadamente, as mais freqüentes na área (van der Klink, Blonk, Schene & van Dijk, 2001) provavelmente por terem

um custo menor com planejamento e implementação, por serem menos intrusivas na rotina organizacional e por não entrarem em confronto direto com práticas administrativas da organização e resistências à mudança (Bellarosa & Chen, 1997).

Adicionalmente, evidências acumuladas de que o uso de estratégias saudáveis de *coping* possa favorecer comportamentos de saúde, estados emocionais positivos, relações interpessoais gratificantes e melhor resposta imune (Salovey, Rothman, Detweiler & Steward, 2000) têm estimulado o desenvolvimento de programas com esse foco.

Há muito se discute que tipo de intervenção nessa área é mais efetivo (Newman & Beeher, 1979). Até meados dos anos 1990, achados inconclusivos foram encontrados devido aos problemas metodológicos existentes no campo, como ausência de controles e de *follow-up*. Recentemente, uma metanálise investigou a efetividade dos diferentes tipos de intervenções em manejo de *stress* ocupacional, utilizando dados de 48 estudos experimentais (van der Klink et al., 2001). Os resultados mostraram que intervenções multimodais com foco individual (junção de técnicas cognitivo-comportamentais e de relaxamento) e cognitivo-comportamentais são mais efetivas em comparação a intervenções focadas em relaxamento e intervenções organizacionais.

Esses autores salientam, todavia, que essas intervenções se mostraram mais efetivas em ambientes organizacionais que permitiam algum controle e decisão por parte do trabalhador. Esses contextos permitiriam maior escolha quanto ao uso e à variação em estratégias de *coping*.

Já em contextos com baixo controle e decisão por parte do trabalhador, intervenções organizacionais seriam as mais indicadas, juntamente com intervenções cognitivo-comportamentais. Por conseqüência, a inserção de um diagnóstico sobre os estressores ocupacionais e seus efeitos antes da intervenção parece um procedimento indispensável para o sucesso do programa, pois indicaria os focos sobre os quais se deveria intervir (Hawe, Degeling & Hall, 1990).

Embora tão expostos a fontes de *stress*, surpreendentemente, os bombeiros raramente têm sido inseridos em programas de manejo de *stress* rigorosamente avaliados (Murphy, 1996).

Um dos poucos estudos feitos nesse sentido foi desenvolvido por Calais (2004), que avaliou os efeitos de uma intervenção clínica para tratamento de *stress* pós-traumático em bombeiros de uma cidade do interior de São Paulo. Participaram 45 bombeiros, divididos em três condições: grupo experimental (n= 15), grupo-controle (n= 15) e grupo sem tratamento (n= 15). O grupo experimental participou de oito sessões, de duas horas cada uma, com técnicas cognitivo-comportamentais para controle de *stress* pós-traumático. O grupo-controle participou de oito palestras dadas por profissionais não psicólogos sobre a prevenção de doenças diversas; e o grupo sem tratamento não participou de qualquer intervenção. Todos os participantes responderam à Escala de Sintomas de *Stress* Pós-Traumático (Calais, 2004) antes e após a intervenção. Os resultados apontaram diminuição em sintomas de *stress* pós-traumático nos grupos experimental e sem tratamento e manutenção de sintomas no grupo-controle. A adoção de indicadores conjugados para avaliação de resultados em intervenções futuras foi recomendada por Calais (2004).

Grande parte dos estudos na área se baseia em medidas verbais, como escalas e questionários usados para avaliar sintomas de *stress*, depressão, ansiedade, assertividade, queixas em saúde e *coping*, algumas das variáveis dependentes mais investigadas nesse campo (van der Heck & Plomp, 1997).

Sabe-se, contudo, que como qualquer outra estratégia de coleta de dados usada isoladamente, as escalas e os questionários também têm limitações, sendo particularmente susceptíveis aos efeitos da desajustabilidade social (o respondente tende a dar a resposta que seria socialmente aprovada) e distorções de memória (por exemplo, o respondente pode não se lembrar com exatidão do seu real desempenho em uma dada situação).

Como resultado dos problemas nas medidas, as proporções do fenômeno avaliado podem não ser adequadamente acessadas e descritas. Esses problemas podem ser amenizados se aos indicadores verbais forem associados outros tipos de indicadores, como fisiológicos, observacionais e organizacionais, de modo a se obter um panorama mais amplo do objeto em questão.

Numa tentativa de contribuir para suprir as lacunas relativas à avaliação de necessidades e à combinação de diferentes indicadores, o presente estudo

implementou e avaliou efeitos de um programa de manejo de *stress* junto a bombeiros, baseado em avaliação de necessidades prévia, e no uso de indicadores verbais e fisiológicos. Tratou-se de um programa com formato grupal e psicoeducativo - por centrar no fornecimento de informações e estímulo à aprendizagem de novas habilidades de enfrentamento (Afonso et al., 2003) -, do tipo multimodal, por incluir técnicas cognitivo-comportamentais e de relaxamento.

Os objetivos do estudo foram: (a) implementar um programa de manejo de *stress* ocupacional junto a bombeiros; (b) descrever fontes de *stress*, estratégias de *coping* e impacto dos estressores sobre a saúde e; (c) identificar efeitos da intervenção comparando-se medidas pré e pós-intervenção das variáveis sintomas de *stress*, problemas em saúde geral, *coping* a problemas no trabalho, pressão arterial sistólica e diastólica e medidas de imunidade (linfócitos, neutrófilos e monócitos). Os linfócitos são células responsáveis pela produção de anticorpos e destruição de células cancerígenas e os macrófagos e neutrófilos são células que fazem fagocitose de microorganismos nocivos e invasores (O'Leary, 1990).

Método

Participantes

Participaram do estudo 22 bombeiros de um grupamento de resgate pré-hospitalar (GRPH), do Corpo de Bombeiros do Estado de Goiás. Desses, 15 participaram da primeira fase, destinada ao levantamento de necessidades, e sete participaram da intervenção propriamente dita. Os 15 participantes da fase de levantamento de necessidades eram de ambos os sexos, com tempo na instituição variando entre um mês e oito anos. Todos eram motoristas ou socorristas, isto é, tinham por tarefa atender a indivíduos vítimas de acidentes automobilísticos ou vítimas de outras condições clínicas que necessitavam de socorro hospitalar emergencial.

Os sete bombeiros participantes da intervenção foram voluntários. Cinco deles eram soldados, um era cabo e um outro sargento. Todos exerciam a função de motoristas ou socorristas. O tempo na função variava entre um mês e três anos e trabalhavam em média 67

horas semanais. Vários deles exerciam atividades profissionais outras que não a de bombeiro, em seus dias de folga. Seis eram do sexo masculino e um do sexo feminino, com idade variando entre 22 e 35 anos e instrução entre 2º grau e 3º grau incompleto. Todos os participantes cumpriam uma escala de trabalho de 24 horas consecutivas seguidas por 48 de descanso, sem horário fixo para as refeições durante o período de trabalho. Por força da ocupação, lidavam constantemente com situações imprevisíveis e eram exigidos a prestar atendimento com rapidez.

Avaliação de necessidades

O programa foi antecedido pela avaliação de necessidades, conduzida por meio de entrevistas grupais não estruturadas, em três grupos de cinco participantes cada um. O primeiro grupo entrevistado foi composto por bombeiros do sexo masculino e novatos no trabalho (até dois anos); o segundo grupo por bombeiros do sexo feminino e o terceiro por bombeiros homens veteranos no trabalho (entre dois e oito anos de trabalho).

Foram coletadas informações acerca das fontes de *stress* percebidas no trabalho, seu impacto sobre a saúde e estratégias de *coping* usadas diante dos estressores ocupacionais, cujo registro foi feito por escrito ao longo da entrevista. Cada entrevista teve a duração aproximada de 120 minutos.

Recrutamento

Finalizada a avaliação de necessidades, seguiu-se ao recrutamento para a intervenção. Os bombeiros foram convidados a participar da intervenção ao fim de uma palestra fornecida para todo o agrupamento (em torno de 80 participantes), quando foram abordados sucintamente o fenômeno do *stress* e as possibilidades de *coping* individual. Outros 15 bombeiros (que não aqueles participantes da avaliação de necessidades) se ofereceram como voluntários, seis de uma ala e nove de outra ala. Foi estabelecido de comum acordo com os participantes que as sessões seriam feitas no quartel, após o expediente, iniciando 30 minutos após o término da jornada devido à impossibilidade de usar o período de trabalho dada a sobrecarga constante.

Os participantes foram informados sobre o objetivo da intervenção, número e duração das sessões, procedimentos para avaliação e cuidados éticos, e expressaram sua concordância assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os 15 voluntários foram distribuídos em duas condições: intervenção 1 e lista de espera. Os seis voluntários da ala Y (nome fictício) foram designados para a intervenção 1 e os nove voluntários da ala Z (nome fictício) ficaram em lista de espera. Após o término da intervenção 1, os voluntários da ala Z foram também submetidos à intervenção, tal como ocorreu com o primeiro grupo. Como ocorreram desistências, participaram do programa até a avaliação final sete bombeiros, sendo três do primeiro grupo (ala Y) e quatro do segundo grupo (ala Z).

Programa de intervenção

O programa foi feito em 12 sessões. Na primeira e na penúltima sessões foram feitas a aplicação de escalas, a coleta de sangue e a aferição de pressão arterial. A última sessão foi destinada ao fornecimento de *feedback*, discussão de resultados e encerramento do trabalho. Desse modo, a intervenção foi feita em nove sessões, com duração de 90 minutos cada uma, num total de treze horas e trinta minutos. O conteúdo da intervenção incluiu a discussão de causas e efeitos do *stress*, fatores de risco e de proteção no curso do desenvolvimento, estabelecimento de metas, enfrentamento focado no problema e na emoção, manejo de tempo, habilidades sociais, solução de problemas, reestruturação de crenças irracionais, relaxamento e prevenção de recaída.

Tipicamente, todas as sessões seguiam uma ordem: (a) recordação e resumo do tema tratado no encontro anterior; (b) introdução ao tema do dia, com perguntas aos participantes acerca de suas concepções sobre o tema abordado; (c) uso de técnicas para aprofundamento no tema, incluindo exposição dialogada (Silva, 2002), relaxamento e visualização (Epstein, 2001), exercícios de automonitoramento, treino de papéis, modelagem e modelação (Gorayeb & Rangé, 1988) e (d) avaliação da sessão por meio da escolha de uma face impressa em folhas de papel que representasse os sentimentos provocados pela sessão do dia.

Além disso, foi parte da conduta terapêutica estimular o suporte social entre os participantes sempre que oportuno (ex.: pedindo aos integrantes do grupo que fornecessem *feedback* positivo acerca do desempenho do colega), a auto-observação e o relato das próprias emoções e ouvi-los empaticamente.

Instrumentos

Os instrumentos usados na avaliação de indicadores verbais foram:

Roteiro de entrevista não estruturada para levantamento de necessidades: Foi elaborado com o objetivo de identificar as necessidades a serem contempladas na intervenção. Contemplava os temas (a) as fontes de *stress* no trabalho, (b) o impacto percebido dos estressores ocupacionais sobre a saúde e (c) as estratégias de *coping* usadas para lidar com o *stress* no trabalho.

Inventário de sintomas de stress para adultos: A versão original desse instrumento é de autoria de Lipp (1998) e seu objetivo é identificar os sintomas de *stress* em adultos, a natureza do sintoma (física ou psicológica) e a fase de *stress* em que o respondente se encontra. É composto por três quadros: o primeiro com 15 itens ou sintomas de *stress* típicos da fase de alerta, a fase inicial do *stress* (por exemplo, “tensão muscular” e “vontade súbita de iniciar novos projetos”); o segundo quadro com 15 sintomas descritivos das fases de resistência e quase-exaustão, as fases intermediárias do *stress* (por exemplo, “sensação de desgaste físico constante” e “problemas com a memória”) e o terceiro quadro com 23 sintomas da fase de exaustão, a última e mais grave fase do *stress* (por exemplo, “angústia/ansiedade diária” e “problemas de pele prolongados”). Ao todo, são 53 sintomas de *stress*, sendo 19 psicológicos e 34 físicos. Apresenta um coeficiente alfa de 0,91. Aos participantes foi solicitado marcar os itens que descreviam os estados e as sensações vividas nas últimas 24 horas (no primeiro quadro), ou última semana (no segundo quadro), ou último mês (no terceiro quadro).

Escala de coping ocupacional: Foi criada originalmente por Latack (1986) e validada para o Brasil por Pinheiro, Tróccoli e Tamayo (2003). Seu objetivo é avaliar estratégias de enfrentamento utilizadas para lidar com problemas no trabalho. A versão brasileira contém 46

itens, agrupados em três fatores: controle (ações para lidar com a fonte geradora de *stress* e reavaliações cognitivas de tais fontes, como pedir ajuda para lidar com o problema), esquiva (ações ou cognições de evitação da fonte geradora de *stress*, como tentar não se preocupar com a situação) e manejo de sintomas (ações ou cognições usadas para lidar com os sintomas do *stress*, como prática de atividade física). Na versão usada neste estudo, o fator manejo de sintomas foi subdividido em dois fatores: manejo de sintoma (ações ou cognições usadas para lidar com os sintomas de *stress* sem efeitos colaterais potenciais, como relaxamento) e comportamentos aditivos (ações usadas para lidar com os sintomas de *stress* com efeitos colaterais potenciais, como comer em excesso). O índice de confiabilidade interna da escala está entre 0,77 e 0,81. O participante foi solicitado a responder conforme uma escala de cores, desde amarelo claro (nunca faço isso) até marrom (sempre faço isso).

Questionário de saúde geral de Goldberg: A escala original foi construída para avaliação de saúde mental por Goldberg na década de 1970. A versão adaptada para o Brasil (Pasquali, Gouveia, Andriola, Miranda & Ramos, 1996) conta com 60 itens agrupados em cinco fatores: stress psíquico (experiências de tensão, irritação, impaciência, cansaço e sobrecarga, que tornam a vida desgastante e infeliz), desejo de morte (desejo de acabar com a própria vida), desconfiança no desempenho (consciência de ser capaz de desempenhar as tarefas diárias de forma satisfatória), distúrbios do sono (tais como insônia e pesadelos) e distúrbios psicossomáticos (problemas de ordem orgânica, como dores de cabeça). Sua consistência interna, medida pelo alfa de Cronbach, é de 0,95. A versão utilizada neste estudo contava com 43 itens extraídos dos fatores distúrbios de sono, *stress* psíquico, desconfiança no desempenho e distúrbios psicossomáticos. Utilizou-se uma escala numérica de cinco pontos, de 1 (nunca) até 5 (sempre).

Medidas fisiológicas

Estudos em psiconeuroimunologia comumente utilizam como variáveis dependentes medidas funcionais ou quantitativas de células do sistema imune (O’Leary, 1990). No presente estudo, optou-se por realizar medidas quantitativas de células do sistema

imune em vez de medidas de funcionamento dessas células, em função do menor custo com procedimentos de mensuração. Amostras de sangue foram coletadas antes e após a intervenção por estagiários do curso de graduação em Biomedicina de uma universidade da cidade, e submetidas à contagem eletrônica por meio do contador eletrônico marca ABX Pentra 60. Foram em seguida submetidas a uma segunda quantificação, feita por um observador humano através de microscópio de ótica comum Nikon Eclipse E200. O número clinicamente normal de células do tipo linfócitos pode variar entre 900 e 3.300, células do tipo neutrófilos podem variar entre 2.295 e 6.500 e células do tipo monócitos podem variar entre 90 e 800 células (Abbas, Lichtman & Pober, 2003).

A pressão arterial foi aferida antes e após a intervenção por técnicas em enfermagem que utilizaram esfigmomanômetro do tipo oneróide da marca BD e estetoscópio. O primeiro instrumento foi calibrado junto ao INMETRO antes de proceder à aferição. Resultados clinicamente normais, em adultos, para pressão arterial sistólica situam-se abaixo de 120mmHg (pressão ótima) ou abaixo de 130mmHg (pressão normal) e, para pressão arterial diastólica situam-se abaixo de 80mmHg (pressão ótima) ou abaixo de 85mmHg (pressão normal). Resultados acima de 140mmHg para pressão arterial sistólica e acima de 90mmHg para pressão arterial diastólica são interpretados como indicadores de hipertensão (Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2004).

Os dados obtidos na etapa de avaliação de necessidades foram submetidos à análise de conteúdo. A autora da pesquisa e uma psicóloga previamente treinada realizaram de modo independente a categorização e contagem das frequências. Eventuais discordâncias foram discutidas e sanadas até se obter o sistema final de categorias. Em virtude do tamanho pequeno da amostra nas condições intervenção 1 e lista de espera, tornou-se inviável a comparação entre grupos. Por isso, para a avaliação dos resultados da intervenção, os dados dos três participantes da primeira condição com os dados dos quatro participantes da segunda condição (somente a primeira avaliação inicial) foram agrupados.

Também em função do pequeno tamanho da amostra, o teste Wilcoxon, não paramétrico, foi escolhido para verificar diferenças grupais entre medidas pré e pós-intervenção em sintomas de *stress*,

problemas em saúde geral, *coping*, pressão arterial e medidas de imunidade. O *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 10.0, foi usado para realização de todas as análises quantitativas.

Por ter o presente estudo um caráter clínico, análises de significância clínica foram feitas para identificar se os participantes haviam mudado suas classificações em pressão arterial (nível ótimo, normal, limítrofe e hipertenso) e em imunidade (abaixo do nível normal, normal, acima do nível normal), comparando-se as medidas individuais antes e após a intervenção de acordo com parâmetros normativos convencionais em Medicina. Significância clínica, segundo Jacobson, Follette e Revenstorf (1984), refere-se a mudanças relevantes clinicamente, identificadas quando o sujeito deixa de pertencer ao grupo disfuncional e passa a pertencer ao grupo funcional.

Resultados

Avaliação de necessidades

Análise de conteúdo acerca das fontes de *stress* relatadas durante as entrevistas grupais revelou quatro categorias, por ordem de frequência de relatos: fontes de *stress* relativas à organização do trabalho (42,5%), fontes de *stress* relativas às condições de trabalho (38,3%), fontes de *stress* relativas às relações interpessoais (12,8%) e fontes de *stress* relativas a conflitos trabalho-família (6,4%). As construções das três primeiras categorias e de suas respectivas subcategorias foram baseadas no sistema de classificação do contexto de produção de bens e serviços proposto por Ferreira e Mendes (2003).

A organização de trabalho foi descrita como estressante em virtude sobretudo da ocorrência de pressão de tempo (ex.: "não dá tempo de terminar a refeição, tem que sair para atender a ocorrência") e controle (ex.: "tem punição para tudo, sem conferir se é verdade ou não"), seguidos de demandas de produtividade (ex.: "cobram o tempo de resposta para atender o chamado, mas cobram para andar devagar na viatura"), problemas quanto às regras (ex.: "ao tocar a sirene tem que sair rápido e bem arrumado") e características da tarefa (ex.: "imprevisibilidade vivida no caminho entre o quartel e o local do socorro").

As condições de trabalho foram relatadas como estressantes no que se refere predominantemente à ausência de suporte organizacional (ex.: “a gente é como escravo, não tem direito a nada. A diferença é que recebe dinheiro”), seguida de problemas quanto ao ambiente físico (ex.: “barulho da sirene incomoda”), à matéria-prima (ex.: “levantamento de peso”), ao desenvolvimento pessoal (ex.: “não valorizam a mão-de-obra qualificada que têm”), aos instrumentos (ex.: “motorista não pode usar luva pra fazer assepsia de material; luva descartável é só pra procedimentos com pessoas”), aos equipamentos (ex.: “farda quente”) e à remuneração (ex.: “recebemos seis reais para comprar comida para cada 24 horas de trabalho”).

As relações sociais no trabalho foram descritas pelos participantes como estressantes na interação entre o grupo de trabalho (ex.: “existe ‘deduragem’ e ‘puxa-saquismo’ entre os colegas”) e também na interação com agentes externos ao grupo de trabalho (ex.: “o hospital não faz a parte dele”). Fontes de *stress* relativas a conflitos família-trabalho foram as relatadas com menor frequência (ex.: “o trabalho afeta a vida lá fora 100%: afeta a vida social e não pode ter filhos”).

Por meio da análise de conteúdo das estratégias de enfrentamento mencionadas pelos participantes durante as entrevistas grupais foi possível identificar duas categorias gerais de *coping*, que correspondem à classificação de Lazarus e Folkman (1984): *coping* focado na emoção (ações ou pensamentos destinados a remover ou amenizar efeitos emocionais decorrentes da situação estressora) e *coping* focado no problema (ações ou pensamentos destinados a lidar diretamente com a situação estressora). A maior parte das estratégias de *coping* relatadas foi do tipo focado na emoção (80%), incluindo, por ordem, o engajamento em: lazer (ex.: “assistir comédia”), relações afetivo-sexuais (ex.: “vou pra casa do meu namorado pra me aliviar, me afastar dos problemas”), esportes (ex.: “jogar futebol”), comportamentos aditivos (ex.: “muitos homens bebem e os mais antigos bebem no trabalho”), negação (ex.: “finjo que não está acontecendo comigo”), dormir (ex.: “dormir e esquecer o mundo”), humor (ex.: “brincar com os colegas”), usufruto das regalias da profissão (ex.: “ir ao cinema ou discoteca de graça”) e outros (ex.: “ir à igreja”).

A categoria *coping* focado no problema foi relatada com menor frequência (20%) e compreendeu

apenas três subcategorias, por ordem: resolução de problemas (ex.: “tentar resolver os problemas entre nós mesmos e dar menos trabalho às chefias”), desligamento emocional no tratamento à vítima (ex.: “evito me emocionar ao atender a vítima”) e redirecionamento do foco de atenção (ex.: “me concentro na satisfação que o trabalho me dá”).

Após análise de conteúdo de fontes de *stress* e estratégias de *coping* usadas, procedeu-se à análise de conteúdo dos problemas de saúde percebidos como decorrentes do trabalho, os quais puderam ser agrupados em seis categorias: comportamentais, ritmos biológicos, gástricos, osteomusculares, cardiovasculares e outros. Foram relatados com maior frequência problemas comportamentais (33,3%), como desmotivação para o trabalho e depressão, e problemas em ritmos biológicos (26,7%), incluindo bruxismo e horários desregulados para fome. As demais categorias tiveram uma frequência menor de relatos: problemas gástricos (8,9%), como úlcera nervosa; problemas osteomusculares (8,9%), como problemas de coluna; problemas cardiovasculares (6,7%), como varizes, e outros (15,5%), como alergia.

Análises preliminares do banco de dados foram feitas para identificar valores fora de escala, dados faltosos e dados extremos. Foram identificados três dados faltosos que foram estimados pelo SPSS por meio do procedimento *linear trend at point*, o qual utiliza as demais informações do banco de dados para estimar o dado faltoso. Dados extremos univariados e multivariados não foram identificados.

Resultados do teste Wilcoxon evidenciaram que as mudanças observadas no pós-teste foram estatisticamente significativas para sintomas de *stress* (alerta e resistência/quase-exaustão) e saúde geral (*stress* psíquico, auto-eficácia e somatização), mas não para *coping*. A Tabela 1 descreve os resultados do teste Wilcoxon (escores-Z e valores de *p*), bem como a mediana e a amplitude de cada variável medida no pré e pós-teste.

Os resultados do leucograma evidenciaram um aumento em neutrófilos para quatro dos participantes e diminuição para três deles. Diminuição em linfócitos e monócitos ocorreu em cinco dos participantes e aumento em dois participantes. Do ponto de vista da significância clínica, as análises de imunidade anteriores à intervenção evidenciaram valores em imunidade fora

dos limites de normalidade clínica para o participante "P1" (número de monócitos superior ao limite máximo desejável) e "P2" (número de neutrófilos inferior ao limite mínimo desejável). As análises em imunidade após a intervenção mostraram que todos os participantes apresentaram a quantidade de neutrófilos, linfócitos e monócitos dentro dos limites mínimo e máximo desejáveis. Esses resultados apontam, portanto, que as mudanças em imunidade observadas em P1 e P2 tiveram significância clínica. Conforme resultados do teste Wilcoxon apresentados na Tabela 1, tais mudanças não tiveram significância estatística.

A comparação dos resultados pré e pós-intervenção em pressão arterial sistólica mostrou um decréscimo em quatro dos participantes, aumento em dois deles e manutenção em um deles. A mesma comparação em pressão arterial diastólica evidenciou que todos os participantes apresentaram um aumento nessa variável. Do ponto de vista da significância clínica, todos os participantes encontravam-se tanto ao início quanto ao final da intervenção com pressão arterial

sistólica e diastólica na classificação ótima ou normal (Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2004). Desse modo, as mudanças em pressão arterial não tiveram significância clínica. Os resultados do teste Wilcoxon apontaram significância estatística somente para as mudanças observadas em pressão arterial diastólica (Tabela 1).

Discussão

A avaliação de necessidades indicou a existência de vários estressores ocupacionais ligados principalmente à organização e condições de trabalho, um repertório restrito de *coping* focado no problema e a presença de comportamentos aditivos como estratégias de *coping* focadas na emoção e inúmeras queixas de saúde relativas principalmente à depressão e à desmotivação para o trabalho, alterações nos ritmos biológicos e problemas no aparelho digestivo. A variabilidade de estressores ocupacionais identificados, relativos à organização do trabalho, as condições de trabalho e às

Tabela 1. Diferenças em escores grupais pré e pós-intervenção em sintomas de *stress*, saúde geral, *coping*, imunidade e pressão arterial e resultados do teste Wilcoxon (n=7).

	Pré-teste		Pós-teste		Z	p
	Mediana	Amplitude	Mediana	Amplitude		
<i>Sintomas de stress</i>						
Alerta	4,0	2 a 7	1,0	0 a 4	-2,232	.026
Resistência e quase-exaustão	6,0	3 a 10	2,0	0 a 4	-2,207	.027
Exaustão	7,0	2 a 13	3,0	0 a 9	-1,897	ns*
<i>Saúde geral</i>						
Sono	2,6	1,6 a 3,6	2,1	1,7 a 3,2	-1,364	ns
Stress psíquico	3,0	2,0 a 3,7	2,1	1,8 a 3,2	-2,028	.043
Auto-eficácia	2,9	2,0 a 3,2	2,5	1,7 a 3,1	-2,207	.027
Somatização	2,6	1,0 a 3,7	1,7	1,0 a 3,0	-2,023	.043
<i>Coping</i>						
Controle	3,6	3,1 a 4,4	3,3	2,6 a 4,8	-0,847	ns
Esquiva	2,8	1,9 a 3,3	2,7	2,0 a 3,0	-0,338	ns
Manejo sintomas	2,8	2,5 a 3,2	2,7	2,5 a 3,3	-0,632	ns
Comport aditivo	1,6	1,0 a 2,0	1,6	1,4 a 1,8	-0,343	ns
<i>Imunidade</i>						
Neutrófilos	2.697,0	2.250 a 3.304	2.916,0	2.652 a 4.632	-1,69	ns
Linfócitos	1.919,0	1.485 a 2.728	1.683,0	1.196 a 3.010	-1,352	ns
Monócitos	495,0	354 a 806	268,0	184 a 676	-1,521	ns
<i>Pressão arterial</i>						
Sistólica	106,0	94 a 124	104	80 a 110	-1,577	ns
Diastólica	68,0	60 a 70	71	62 a 78	-2,388	.017

Nota*: ns = não significativo.

relações sociais no trabalho, indicou que um programa de manejo de *stress* ocupacional focado em mudanças ambientais seria de alta prioridade para a situação. Além dos estressores ocupacionais presentes no ambiente de trabalho, vários bombeiros estavam também trabalhando em outras funções em seus horários de folga, o que resultava em mais de 40 horas de trabalho semanais e alta sobrecarga. Os resultados da avaliação de necessidades foram comunicados às chefias, que já estavam informalmente cientes do grau de *stress* vivido entre os bombeiros socorristas e motoristas e já estavam analisando possibilidades de mudanças nas condições de trabalho. As chefias receberam os dados da avaliação de necessidades como informações adicionais para fortalecerem seus argumentos junto às instâncias máximas da corporação de bombeiros para que fossem futuramente viabilizadas as mudanças organizacionais necessárias. Enquanto isso, implementou-se o programa de manejo de *stress* ocupacional focado em *coping* individual.

O programa foi oferecido para todo o agrupamento de resgate pré-hospitalar (aproximadamente 80 bombeiros), com participação voluntária e fora do horário de trabalho, haja vista a impossibilidade de realizar o programa durante o horário de trabalho, conforme se evidenciou durante a intervenção-piloto. As chefias afirmavam que não havia número de bombeiros suficiente para substituir os bombeiros que se ausentassem para a intervenção e, por outro lado, o trabalho não podia ser interrompido em nenhum momento, por ser um serviço de emergência em saúde.

Apenas 19% dos bombeiros convidados ($n=15$) se ofereceram para participar, e desses apenas 47% ($n=7$) permaneceram até o fim do programa. Acredita-se que um dos fatores responsáveis pela baixa adesão ao programa tenha sido o horário em que foi realizado: o programa ocorreu 30 minutos após o expediente, isto é, após 24 horas de trabalho consecutivas. Apesar de ser esse um momento em que os participantes estariam claramente cansados, foi o horário escolhido por eles próprios, já que muitos não poderiam retornar ao quartel em seu dia de folga por estarem estudando ou trabalhando em outra função ou mesmo descansando. A falta de suporte da organização para que seus integrantes pudessem participar fez com que a amostra fosse altamente seletiva. É certo que aqueles que se

ofereceram como voluntários e permaneceram até o pós-teste diferiam em algumas variáveis relevantes do restante da corporação, como no nível de motivação para participação ou no nível de *stress* ou de crença quanto à eficácia de tratamentos psicológicos. Isso restringe as possibilidades de generalização dos resultados para toda a população de bombeiros socorristas e motoristas dessa corporação de bombeiros.

Quanto aos resultados da intervenção, a comparação dos dados obtidos no pré e pós-teste revelou que houve redução em sintomas de *stress* e em problemas de saúde geral. Esses resultados estão em acordo com estudos anteriores (Bunce, 1997; Murphy, 1996; van der Klink et al., 2001), os quais também identificaram efeitos positivos de intervenções multimodais em manejo de *stress* ocupacional sobre respostas individuais de *stress*.

Todavia não é possível efetivamente estabelecer uma ligação causal entre os dados pós-intervenção e a intervenção, dada a ausência de grupo-controle e seleção aleatória dos participantes. Embora tenha havido uma melhora na condição de sono dos participantes, ela foi estatisticamente não significativa. É possível que a intervenção não tenha sido adequada para combater o impacto da escala noturna de trabalho e os ciclos prolongados de trabalho-descanso sobre a desorganização dos ritmos biológicos ligados aos processos de sono e vigília. O fato de essa intervenção não ter minimizado os problemas de sono, assim como a grande variedade de relatos nas entrevistas grupais acerca de problemas em saúde percebidos como decorrentes do trabalho, sugere novamente a necessidade de intervenções para manejo de *stress* focadas na organização como estratégia mais indicada para a redução desse tipo de problema.

As estratégias de *coping* a problemas no trabalho permaneceram inalteradas. Esses resultados podem ter ocorrido em resposta ao conteúdo da intervenção, que não forneceu treinamento em *coping* específico para estressores comuns na rotina de trabalho. Ao contrário, foi discutido *coping* a situações diversas da vida, nos múltiplos papéis desempenhados pelos participantes. Uma segunda explicação para esses resultados é que o contexto ocupacional não permitia escolhas aos participantes (van der Klink et al., 2001). Essa hipótese encontra sustentação nos resultados da avaliação de necessidades, que apontaram uma predominância do

uso de estratégias de *coping* focadas na emoção, em detrimento de estratégias focadas no problema. Segundo a literatura, estratégias focadas na emoção são usadas quando não há o que fazer para lidar diretamente com a situação estressora (Bond et al., 1984). Esse quadro é bastante similar ao ambiente de trabalho dos bombeiros, caracterizado por diversas e intensas fontes de *stress*, pouco passíveis de modificação por meio de *coping* individual.

Os resultados em imunidade e pressão arterial apontaram mudanças clinicamente significativas (em imunidade) e estatisticamente significativas (em pressão arterial). Contudo tais resultados devem ser interpretados com cautela devido ao fato de ter sido feita uma medida única antes e após a intervenção, além do tamanho pequeno da amostra e da ausência de grupo-controle. Conclusões mais sólidas acerca de efeitos benéficos de intervenções multicomponentes para manejo de *stress* deverão aguardar até que estudos futuros sejam conduzidos, com delineamentos mais favoráveis à validade interna.

Embora tenha sido planejado um estudo quase experimental, contando com uma lista de espera que cumpriria a função de grupo-controle, na prática isso não ocorreu. A intervenção foi implementada tal como planejada, mas se optou na avaliação por agregar os dados dos dois grupos, num delineamento pré-experimental com pré e pós-teste, em função do tamanho pequeno da amostra e da mortalidade experimental, o que impedia a comparação entre os grupos. Uma das possíveis causas da mortalidade experimental foi o alto custo para participar do programa: o horário em que a intervenção foi oferecida era o mesmo horário em que os bombeiros usavam para descansar ou trabalhar em outro local. A experiência da implementação desse programa sugeriu ser fundamental que os custos para participação na intervenção sejam reduzidos de modo a maximizar as chances de adesão, minimizar desistências e alcançar um número maior de pessoas. Isso requer um maior envolvimento da organização com o programa e que ela ofereça suporte necessário.

Considerando as várias limitações deste estudo relativas ao viés da seleção, a mortalidade experimental, a amostra pequena e a ausência de grupo-controle ou medidas repetidas intra-sujeito, torna-se inviável fazer afirmações de causalidade entre a intervenção e a

redução de indicadores verbais de saúde no pós-teste, bem como generalizar resultados da avaliação de necessidades e da intervenção para toda a corporação de bombeiros. Novos estudos com esse grupo ocupacional, com amostras maiores, são necessários para identificar em que extensão esses resultados são comuns nessa população ou se foram idiossincráticos dessa amostra. Sugere-se que estudos futuros incluam ações para controle de *stress* focadas na organização, ou ações combinadas, focadas tanto na organização quanto no indivíduo.

É provável que intervenções organizacionais ou intervenções combinadas sejam as mais adequadas para contextos com grande variabilidade de estressores. Estudos futuros poderão comparar efeitos entre essas modalidades de intervenção bem como monitorar o processo de intervenção a fim de identificar preditores de sucesso ou fracasso na implementação desses programas. Por fim, cabe salientar que os resultados da intervenção foram reportados às chefias, oralmente e por escrito, em conformidade com preceitos éticos. Benefícios, limitações da intervenção e implicações dos dados para mudanças em condições de trabalho foram discutidos extensamente em reunião com todos os membros da hierarquia superior da corporação. Assim, é possível que essa devolução de resultados, em particular da avaliação de necessidades, possa fomentar discussões e ações internas à corporação para prevenção dos estressores ocupacionais e promoção de saúde no trabalho desse grupo ocupacional.

Referências

- Abbas, A. K., Lichtman, A. H., & Pober, J. S. (2003). *Imunologia celular e molecular*. Rio de Janeiro: Revinter.
- Afonso, L., Abade, F. L., Akerman, D., Coelho, C. M. S., Medrado, K. S. Paulino, J. R., & Pimenta, S. D. C. (2003). *Oficinas em dinâmica de grupo na área da saúde*. Belo Horizonte: Edições do Campo Social.
- Bellarosa, C., & Chen, P. Y. (1997). The effectiveness and practicality of occupational stress management interventions. A survey of subject matter expert opinions. *Journal of Occupational Health Psychology*, 2 (3), 247-262.
- Bond, F. W., & Bunce, D. (2000). Mediators of change in emotion-focused and problem-focused worksite stress management interventions. *Journal of Occupational Health Psychology*, 5 (1), 156-163.
- Bunce, D. (1997). What factors are associated with the outcome of individual-focused worksite stress

- management interventions? *Journal of Occupational and Organizational Psychology*, 70 (1), 1-17.
- Calais, S. L. (2004). Stress pós-traumático: intervenção em vítimas secundárias. In M. E. N. Lipp (Org.), *O stress no Brasil: pesquisas avançadas* (pp.121-130). Campinas: Papirus.
- Cohen, S., & T. B. Herbert (1996). Health psychology: psychological factors and physical disease from the perspective of human psychoneuroimmunology. *Annual Review of Psychology*, 47, 113-142.
- Corneil, W. (1995). Traumatic stress and organizational strain in the Fire Service. In L. R. Murphy, J. J. Hurrell Jr., S. L. Sauter & C. P. Keita (Orgs.), *Job stress interventions* (pp.185-198). Washington, DC: American Psychological Association.
- Epstein, G. (2001). *Imagens que curam*. Campinas: Livro Pleno.
- Ferreira, M. C., & Mendes, A. M. (2003). *Trabalho e riscos de adoecimento: o caso dos auditores-fiscais da previdência social brasileira*. Brasília: L P & A.
- Gayeb, R., & Rangé, B. (1988). Metodologia clínica: técnicas comportamentais. In H. W. Lettner & B. P. Rangé (Orgs.), *Manual de psicoterapia comportamental* (pp.73-84). São Paulo: Manole.
- Harris, M. B., Baloglu, M., & Stacks, J. R. (2002). Mental health of trauma-exposed firefighters and critical incident stress debriefing. *Journal of Loss and Trauma*, 7, 223-238.
- Haslam, C., & Mallon, K. (2003). A preliminary investigation of post-traumatic stress symptoms among firefighters. *Work & Stress*, 17 (3), 277-285.
- Hawe, P., Degeling, D., & Hall, J. (1990). *Evaluating health promotion: a health worker's guide*. Sydney: MacLennan & Petty.
- Jacobson, N. S., Follete, W. C., & Revenstorf, D. (1984). Psychotherapy outcome research: Methods for reporting variability and evaluating clinical significance. *Behavior Therapy*, 15, 336-352.
- Kiecolt-Glaser, J. (1999). Stress, personal relationships, and immune function: health implications. *Brain, Behavior and Immunity*, 13, 61-72.
- Latack, C. J. (1986). Coping with job stress: measures and future directions for scale development. *Journal of Applied Psychology*, 71 (3), 377-385.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer Publishing Company.
- Lipp, M. E. N. (1998). *Inventário de Sintomas de Stress para Adultos (ISSL)*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Murphy, R. L. (1996). Stress management in work settings: a critical review of the health effects. *Stress Management*, 11 (2), 112-135.
- Newman, J. E., & Beeher, T. A. (1979). Personal and organizational strategies for handling job stress: a review of research and opinion. *Personnel Psychology*, 32, 1-43.
- O'Leary, A. (1990). Stress, emotion, and human immune function. *Psychological Bulletin*, 108 (3), 363-382.
- Outlinger, J. M. (1998). *Stress and firefighters: An exploratory study. Dissertation- Abstract-International*, 58 (8-B), 4503, S: 0419-4217.
- Pasquali, L., Gouveia, V. V., Andriola, W. B., Miranda, F. J., & Ramos, A. L. M. (1996). *QSG. Questionário de Saúde Geral de Goldberg* (adaptação brasileira). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Pinheiro, F. A., Tróccoli, B. T., & Tamayo, M. R. (2003). Mensuração de coping no ambiente ocupacional. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 19 (2), 153-158.
- Regehr, C., Hill, J., Knott, T., & Sault, B. (2003). Social support, self-efficacy and trauma in new recruits and experienced firefighters. *Stress and Health*, 19, 189-193.
- Salovey, P., Rothman, A. J., Detweiler, J. B., & Steward, W. T. (2000). Emotional states and physical health. *American Psychologist*, 55 (1), 110-121.
- Silva, R. C. (2002). *Metodologias participativas para trabalhos de promoção de saúde e cidadania*. São Paulo: Vetor.
- Sociedade Brasileira de Cardiologia. (2004). IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 82 (Suppl. 4), 1-14.
- Van der Hek, H., & Plomp, H. N. (1997). Occupational stress management programmes: a practical overview of published effect studies. *Occupational Medicine*, 47 (3), 133-141.
- Van der Klink, J. J. L., Blonk, R. W. B., Schene, A. H., & van Dijk, J. H. (2001). The benefits of interventions for work-related stress. *American Journal of Health Promotion*, 91 (2), 270-276.

Recebido em: 14/12/2005
 Versão final reapresentada em: 22/6/2006
 Aprovado em: 4/7/2006

Relação entre comportamento moral dos pais e dos filhos adolescentes¹

Relation between parents' and adolescents' moral behavior

Laísa Weber **PRUST**²
Paula Inez Cunha **GOMIDE**³

Resumo

A moralidade foi abordada neste estudo como uma das variáveis correlacionadas ao aparecimento de comportamentos anti-sociais. A literatura revisada indicou a presença de culpa, vergonha, empatia, honestidade, justiça e generosidade, opiniões positivas sobre o trabalho e ausência de práticas anti-sociais como determinantes do comportamento moral. O objetivo deste estudo foi avaliar se havia diferença entre escores de comportamento moral de famílias de risco e de não risco. O Questionário de Comportamento Moral foi respondido por dois grupos, um de risco e outro de não risco. Cada grupo foi formado por 30 adolescentes e seus pais; os dados propiciaram o cálculo do Índice de Comportamento Moral. O teste não-paramétrico de Maan-Whitney mostrou que as médias dos escores do Índice de Comportamento Moral para famílias de não risco e de risco são estatisticamente diferentes, e o teste de correlação de Spearman verificou que os escores dos adolescentes no Índice de Comportamento Moral correlacionam-se positivamente com os escores dos pais e mães.

Uniterms: desenvolvimento moral; práticas educativas parentais; comportamento moral.

Abstract

Morality, among the variables related to the development of antisocial behavior, was particularly approached in this study. The reviewed literature demonstrates that the presence of guilt, shame, empathy, honesty, generosity and positive opinions about working and absence of antisocial behavior determine moral behavior. This paper evaluated the moral behavior levels difference in two groups: Risk and Non-Risk of families. The Moral Behavior Questionnaire, containing the above-mentioned variables, was drawn up to assess this relation. This questionnaire was the base for the Moral Behavior Level calculation. Two distinct groups have filled it out (Risk Group and Non-Risk Group). Each group was made up by 30 adolescents and their parents. The non-parametric test of Maan-Whitney showed that the Moral Behavior Level meaning for both groups were different. The correlation analysis of Spearman showed that there was positive correlation between the adolescents' and their parents' Moral Behavior Levels.

Uniterms: moral development; parental practices; antisocial behavior.

▼▼▼▼▼

¹ Artigo elaborado a partir da dissertação de L.W. PRUST, intitulada "Efeito do comportamento moral dos pais sobre o comportamento moral dos filhos adolescentes". Universidade Federal do Paraná, 2004.

² Universidade Federal do Paraná, Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Infância e da Adolescência, Departamento de Psicologia, Setor de Ciências Humanas, Letras e Artes. Curitiba, PR, Brasil.

³ Faculdade Evangélica do Paraná, Curso de Psicologia. Rua Padre Anchieta, 2770, 80730-000, Curitiba, PR, Brasil. Correspondência para/Correspondence to: P.I.C. GOMIDE. E-mail: <pgomide@onda.com.br>.

A freqüência com que são noticiados os envolvimento de adolescentes em atos anti-sociais justifica a relevância de pesquisas que visam ao conhecimento mais profundo dos fatores que influenciam adolescentes a comportarem-se de maneira inadequada. Esses estudos poderão ser úteis para o desenvolvimento de programas sociais com fins profiláticos. Uma das maneiras de contribuir para isso é examinar as relações entre os estilos parentais e as variáveis envolvidas na pró-sociabilidade.

Este estudo abordou particularmente a moralidade e sua relação com as práticas parentais. Existe correlação entre estilos parentais e o comportamento moral pró-social da criança e do adolescente? Respostas apropriadas para essa questão poderão ajudar os pais a educarem seus filhos de modo a desenvolver mais eficazmente comportamentos morais em sua prole.

A literatura tem apontado o sentimento de culpa, vergonha e empatia, ações honestas, justas e generosas, ausência de práticas anti-sociais, de uso de álcool ou drogas e crenças positivas sobre o trabalho como importantes determinantes do comportamento moral (Araújo, 1999; Bandura, 1999; Comte-Sponville, 2000; Davis, 1983; Gewirtz & Peláez-Nogueras, 1991; Gomide 2003, 2004, 2006; Hoffman, 1975, 1979; Hoffman & Saltzstein, 1967; Loos, Ferreira & Vasconcelos, 1999; Schlinger, 1995; Smith, Webster, Parrott & Eyre, 2002; Weber, 2004).

A moralidade é predominantemente inspirada em teorias cognitivistas universalistas como a de Piaget (1932/1977), que considera os atos pró-sociais resultantes do desenvolvimento maturacional do indivíduo, além de outros aspectos, como as interações sociais com menor ênfase nos eventos ambientais antecedentes ou conseqüentes do comportamento. De forma diversa, a perspectiva comportamental (Gewirtz & Peláez-Nogueras, 1991; Schlinger, 1995) entende o comportamento moral, assim como qualquer outro comportamento, como produto de uma interação contínua entre o indivíduo e o meio ambiente. A história pessoal faz com que o indivíduo aja de determinada maneira, produzindo uma rede de relações com o ambiente, que conseqüentemente influencia a maneira como responderá ante os diversos estímulos. Assim, a relação entre homem e mundo pressupõe uma transformação recíproca, a qual garante que cada pessoa seja única na sua maneira de agir (Viega & Vanderberghe, 2001).

A teoria comportamental apresenta duas vertentes de estudo sobre moralidade predominantemente relevantes: a Teoria da Aprendizagem Social (Bandura, 1969/1979, 1999) e a Análise do Comportamento (Skinner, 1974/1982, 1953/1989). Bandura (1969/1979) considera impossível explicar a aquisição de novos comportamentos morais unicamente a partir do processo de reforçamento e punição ou do reflexo condicionado. Seus trabalhos enfatizavam o papel essencial da aprendizagem para o desenvolvimento de comportamentos pró-sociais, vitais para a vida em sociedade. A imitação (Bandura & Huston, 1961; Bandura, Ross & Ross, 1961) esteve entre os temas principais de estudo da teoria da aprendizagem social, a qual adota parâmetros relacionais para analisar a moralidade: fatores pessoais (pensamentos morais e reações afetivas) e fatores ambientais atuam influenciando-se bidirecionalmente.

Skinner (1974/1982) atribui o comportamento moral e ético às contingências ambientais. Para ele, uma pessoa age moralmente e a consideramos moral porque ela vive num tipo particular de ambiente, e não por ser possuidora de virtudes e consciente de seus semelhantes e de seus direitos.

Do ponto de vista skinneriano, ao analisar a moralidade, especial atenção deve ser dispensada ao comportamento regido ou governado por regras. A expressão "regido ou governado por regras" é comumente empregada para se referir a respostas instaladas ou mantidas sob controle de antecedentes verbais, sob a forma de instruções ou descrições de contingências, enquanto a expressão "controlado por contingências" refere-se em especial a respostas instaladas ou mantidas por suas conseqüências diretas (Nico, 2001a). Grande parte dos comportamentos morais é governada por regras, afinal a maioria dos indivíduos não passou por experiências negativas, tais como problemas com a lei, abuso de álcool ou drogas, e, mesmo sem ter cometido uma ação intensamente injusta ou desonesta, pode inferir que sentiria culpa ou vergonha se fosse responsável por ela.

A comunidade verbal fornece muito cedo no processo de socialização da criança uma infinidade de convenções sobre o que é certo e o que é errado. A possibilidade de descrever contingências e de responder sob controle dessas descrições permite que um indivíduo influencie outro a emitir respostas que podem ser reforçadas positiva ou negativamente, antes que as

conseqüências diretas dessas respostas possam operar, fortalecendo-as. A partir do mesmo processo, pode-se esperar que o indivíduo deixe de emitir respostas indesejadas, mas muito fortes no seu repertório, ou que poderiam causar dano (Amorim & Andery, 2002).

O autocontrole é outro aspecto relevante em relação à moralidade. Segundo Skinner (1953/1989), autocontrole se caracteriza pela possibilidade de o próprio indivíduo controlar seu comportamento, sendo capaz de fazer algo a respeito das variáveis que o afetam, isto é, de manipular as variáveis das quais o comportamento é função. Para Nico (2001b), o autocontrole será tanto mais necessário quanto maior for o conflito entre as contingências de reforço.

A dinâmica do grupo familiar é muito poderosa no processo de desenvolvimento da criança, pois é em casa que adquirirá quase todos os repertórios comportamentais básicos. Pais sensíveis, responsivos e pró-sociais exercem forte influência no desenvolvimento do senso de cooperação e reciprocidade das crianças despertando expectativas positivas sobre a disposição dos outros para dar e receber ajuda (Koller & Bernardes, 1997). Pode-se afirmar que os pais ou cuidadores representam a primeira e maior fonte de reforçamento e modelo para os filhos.

O comportamento moral como prática educativa é entendido por Gomide (2001, 2004) como o processo de modelagem de papéis sociais no que se relaciona principalmente à transmissão de normas e valores mediante modelo fornecido pelos pais. Ao interagirem com seus filhos de maneira afetuosa e empática, ao explicitarem sua opinião, aprovação ou desaprovação das situações vividas por eles próprios, pelos filhos ou por outras pessoas, ao responsabilizarem-se e repararem um dano causado a alguém, os pais estarão oferecendo modelos de valores esperados no ambiente familiar e que serão generalizados em outras circunstâncias.

Estudos empíricos têm corroborado a relação entre os estilos parentais e o comportamento moral. Diferenças entre a qualidade da relação afetuosa entre pais e as práticas parentais disciplinares têm sido associadas com a sofisticação de raciocínio moral de crianças (Dunn, Brown & Maguire, 1995). Pesquisadores encontraram correlação positiva entre comportamento pró-social de crianças e práticas maternas de educação voltadas para o desenvolvimento da empatia (Eisenberg

et al., 1993). Outros estudos apontam menor vulnerabilidade ao uso de drogas em adolescentes apegados à figura paterna, lar cujo ambiente é saudável, aceitação de crenças sobre o bom comportamento e desaprovação paterna específica a certos comportamentos (Nurco & Lerner, 1996). Patterson, Reid e Dishion (1992) apontam o uso apropriado de reforçamento positivo, a habilidade para resolver problemas de grupo, a supervisão e a monitoria dos pais como importantes fatores relacionados à pró-sociabilidade.

Por meio de estudo empírico, Wright e Cullen (2001) confirmaram os resultados de pesquisas anteriores que indicavam que o controle desempenha papel central para a etiologia de comportamentos anti-sociais. Práticas parentais como supervisão, estabelecimentos de limites, posicionamentos claros em relação a regras e relacionamento estreito entre os membros da família podem reduzir a possibilidade de engajamento em comportamentos de risco. Embora o controle seja uma importante variável a ser considerada diante de comportamentos anti-sociais, os autores ressaltam também a necessidade de incluir o suporte ou apoio nos estudos sobre o tema. Segundo eles, embora sejam variáveis distintas, suporte e controle estão relacionados e seriam algumas das características de pais cujas práticas inibem o desenvolvimento de comportamentos anti-sociais.

Comportamento anti-social é definido como todo aquele que causa prejuízo a si ou ao outro, incluindo aí a mentira, a piromania, a pixação de patrimônio, a evasão escolar, o uso de drogas, o comportamento agressivo, além dos delitos leves e graves (Gomide, 2003). Já comportamento pró-sócial é aquele que desenvolve as virtudes, como, por exemplo, o comportamento altruísta, como a justiça, a solidariedade, a generosidade, a empatia, a gratidão, etc. (La Taille, 2000). Dessa forma, as famílias de risco são aquelas que têm índices altos de comportamentos anti-sociais e, conseqüentemente, baixos de comportamentos pró-sociais (Gomide, 2003).

O uso de álcool pelos pais e sua relação com o desenvolvimento de comportamento anti-social nos filhos foi estudado por Eiden e Leonard (2000), que verificaram que o alcoolismo, acrescido de características associadas com comportamento anti-social e depressão por parte dos pais, tem papel significativo na predição de possíveis privações afetivas relacionadas ao apego em crianças pequenas, que podem afetar o

desenvolvimento de relações pró-sociais nas crianças. Nurco e Lerner (1996) apontam o modelo positivo do pai e sua presença na família como inibidores do uso de drogas e álcool em adolescentes.

O trabalho - outra variável relevante - parece ter relação com as práticas educativas utilizadas pelos pais. Uma pesquisa de Kerka (2000) indicou haver influência dos estilos parentais na escolha profissional dos filhos. Filhos de pais autoritários tendem a obter sucesso nos estudos, porém podem escolher a profissão em função do desejo dos pais. Filhos de pais negligentes tendem a ter dificuldade em discriminar seus próprios interesses e, por isso, ficam indecisos quanto à escolha profissional. Pais responsivos, cujas práticas educativas permitiram aos filhos desenvolver maior autonomia para tomar decisões e transmitem valores sobre o trabalho, habilidades de comunicação e de resolução de problemas, tendem a ser mais bem-sucedidos ao encaminhar os filhos para a busca da realização profissional e da independência financeira.

Tendo em vista que o comportamento moral é uma das variáveis que inibem o desenvolvimento de comportamento anti-social, o objetivo deste estudo foi avaliar se havia diferença entre os escores de comportamento moral de famílias de risco e de não risco. Para essa finalidade foi elaborado um Questionário de Comportamento Moral, que abordou as seguintes variáveis: culpa, vergonha, honestidade, justiça, generosidade, empatia, crenças sobre o trabalho, uso de álcool e frequência de comportamentos anti-sociais.

Método

Participantes

Participaram deste estudo 60 famílias, sendo 30 de risco e 30 de não risco. As famílias foram selecionadas como de risco ou não mediante a aplicação do Inventário de Estilo Parental (IEP) (Gomide, 2006) em adolescentes, de ambos os sexos, da 7ª e 8ª séries do ensino fundamental de escolas públicas e privadas de Curitiba. O grupo de famílias de não risco foi composto por pais que obtiveram índice de estilo parental igual ou maior a +7 para ambos os membros do casal e o grupo de risco foi formado por pais com índice de estilo parental igual ou menor que -3, para pelo menos um dos

membros do casal. À amostra de risco foi incluída a participação de três adolescentes autores de atos infracionais que cumpriam medidas socioeducativas na Vara de Infância e Juventude da Comarca de Curitiba e seus pais.

Os dados das 60 famílias foram coletados em suas residências, tendo sido utilizados dois instrumentos para coleta de dados:

1) Inventário de Estilo Parental (Gomide, 2006), utilizado para selecionar a amostra, é um instrumento que consta de 42 questões que abordam duas práticas educativas positivas e cinco negativas. O índice de estilo parental é calculado somando-se os pontos obtidos nas questões referentes às práticas positivas (monitoria positiva e comportamento moral) que são subtraídos do somatório dos pontos das práticas negativas (punição inconsistente, negligência, disciplina relaxada, monitoria negativa e abuso físico). O índice quando negativo informa a prevalência de práticas educativas negativas e, quando positivo, a presença de práticas positivas no processo educacional. Os adolescentes responderam a dois inventários, um sobre as práticas educativas adotadas pelo pai e outro pela mãe, separadamente.

2) Questionários de Comportamento Moral (elaborados pelos autores deste trabalho), sendo um respondido pelos adolescentes (contendo 27 questões) e outro pelos pais e mães (contendo 22 questões), aplicados individualmente. Cada questão apresentava múltiplas alternativas entre as quais o respondente deveria escolher as que mais se assemelham ao seu comportamento diante da situação proposta. As questões para o adolescente e para os pais eram equivalentes em conteúdo e se relacionavam às seguintes variáveis: honestidade, atos anti-sociais, trabalho, justiça, generosidade, culpa, vergonha, empatia, uso de álcool.

A cada uma das alternativas do questionário foi atribuído um valor não conhecido pelo respondente e que variou de acordo com o grau de adequação da conduta abordada (+2, +1, 0, -2, -1): quanto mais adequada a conduta, maior o valor atribuído e vice-versa. Os valores atribuídos às condutas foram obtidos por meio de julgamento de sete juízes⁴, e possibilitaram o cálculo do índice de comportamento moral (ICM) para

cada participante, registrado na folha de resposta.

A pontuação de cada questão variava de no mínimo -2 a no máximo +2; portanto se o respondente assinalasse mais de uma alternativa cujos valores somados resultassem maiores que +2, o valor atribuído à questão continuaria sendo +2. O mesmo ocorreu com as alternativas com valor negativo. Além disso, se o respondente assinalasse uma alternativa de valor positivo e outra de valor negativo, os valores seriam somados; por exemplo, assinalando uma alternativa de valor +2 e outra de valor -2, o resultado da questão seria 0, ou se fosse assinalada uma alternativa +2 e outra de valor -1, o valor atribuído à questão seria +1. Procedendo dessa forma, os valores do ICP variaram de -44 a +44 para os pais e de -54 a +54 para os adolescentes.

Procedimentos

Os participantes foram selecionados entre os estudantes submetidos ao IEP em pesquisa anterior (Gomide, 2003), e deveriam preencher os critérios estabelecidos na seção "Participantes". A fim de iniciar a coleta de dados, a pesquisadora pediu ao coordenador pedagógico dos colégios onde foi aplicado o IEP permissão para fazer contato com os adolescentes que foram selecionados na amostra, convidando-os a participar da pesquisa. Os adolescentes que aceitaram o convite receberam uma carta endereçada aos pais, tendo sido, posteriormente, agendado um horário para a aplicação do instrumento. Nessa ocasião, os pais e o adolescente foram solicitados a responder ao Questionário de Comportamento Moral, esclarecendo-se que se tratava de uma pesquisa sobre maneiras de educar os filhos. Os pais assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que explicava que os dados seriam utilizados somente para pesquisa, resguardado o sigilo apropriado.

Resultados e Discussão

Foi calculado para cada participante o Índice de Comportamento Moral (ICM) obtido mediante a aplicação do Questionário de Comportamento Moral. Primeiramente, buscou-se verificar se havia correlação entre os ICM dos pais e os ICM dos adolescentes, por meio do teste de correlação de Spearman. Em seguida,

por meio do teste de Maan-Whitney, compararam-se os ICM dos membros das famílias de risco com os dos membros das famílias de não risco, a fim de avaliar as possíveis diferenças entre os grupos.

A amostra foi constituída por 30 famílias de não risco e 30 de risco que apresentaram, na média, faixas etárias semelhantes. No grupo de não risco, a idade média das mães foi de 42,3 anos e a dos pais foi de 44,9 anos; a amostra de adolescentes desse grupo foi composta por 18 do sexo masculino e 12 do sexo feminino, com idade média de 13,6. No grupo de risco, a idade média das mães foi de 42,1 e a dos pais de 44,1; a amostra de adolescentes do grupo de risco foi formada por 16 do sexo masculino e 14 do sexo feminino, com idade média de 14,4 anos.

A escolaridade dos participantes da amostra diferiu entre os dois grupos. As mães do grupo de não risco tinham predominantemente nível superior (66,6%), as demais tinham nível médio (30,0%), apenas uma (3,0%) tinha nível fundamental incompleto. Os pais desse grupo apresentaram escolaridade semelhante à das mães, com 66,6% de nível superior; 26,6% de nível médio e apenas dois (6,6%) com nível fundamental. Entre os adolescentes, 63,3% possuíam ensino fundamental completo e 36,7%, fundamental incompleto, e apenas 13,3% deles estavam em defasagem escolar, ou seja, possuíam 15 anos e deveriam estar cursando o ensino médio, mas ainda se encontravam no ensino fundamental.

A escolaridade do grupo de risco mostrou-se rebaixada em relação ao grupo de não risco. Entre as mães, 40,0% possuíam nível superior; 50,0% nível médio e 10,0% nível fundamental. Entre os pais, 36,6% tinham nível superior; 60,0% nível médio e apenas 3,3% nível fundamental incompleto. A maioria, 76,6% dos adolescentes desse grupo, possuía o ensino fundamental completo e 20,0% o fundamental incompleto. Porém, 16,6% tinham escolaridade inferior à esperada para a idade; dois deles, com 16 anos, ainda não haviam ingressado no ensino médio. Os outros três, com 18 anos, ainda não haviam concluído o ensino fundamental. Esses últimos três casos, fortemente discrepantes, se referiam aos adolescentes em conflito com a lei.

O nível de escolaridade rebaixado dos pais do grupo de risco em relação aos de não risco (66,6% com nível superior para pai e mãe do grupo de não risco,

contra 36,6% e 40,0% para pai e mãe, respectivamente do grupo de risco) é apontado pela literatura como um fator de risco importante, uma vez que os estudos de Patterson et al. (1992) e de Gallo (2006) apontam para uma correlação positiva entre baixa escolaridade e desenvolvimento de comportamentos anti-sociais.

A fim de estabelecer a existência da correlação entre o ICM dos pais e o ICM de seus filhos adolescentes, aplicou-se o teste de correlação de Spearman com a hipótese nula de que não existia correlação entre os ICM dos membros da família.

Verificou-se que o ICM dos adolescentes correlacionou-se positivamente com os índices dos pais e das mães. A correlação obteve índices mais significativos entre os adolescentes e seus respectivos pais ($r=0,45$; $p<0,001$) do que entre os adolescentes e suas mães ($r=0,3$; $p=0,002$), porém ambos são significativos estatisticamente, indicando, por um lado, que quando os pais apresentam médias elevadas de comportamento moral, os filhos também as apresentam, e, por outro lado, que quando há baixos ICM entre os pais, o mesmo ocorre com os filhos.

Os estudos de Nurco e Lerner (1996) encontraram que a figura paterna está fortemente relacionada ao desenvolvimento de comportamentos morais na família. Em famílias em que o pai fala o que é certo ou errado e que apresenta bons modelos de comportamentos morais não foram encontrados filhos usuários de drogas. Os dados dos autores não mostraram as mesmas correlações com os comportamentos morais maternos. Poder-se-ia levantar a possibilidade de que o homem em nossa sociedade representa ainda a figura de autoridade dentro da família e que seu comportamento moral exemplar influencia mais o comportamento moral dos filhos do que o da mãe com o mesmo nível de comportamento moral.

O índice de comportamento moral de cada participante foi obtido pelo somatório dos valores atribuídos às respostas dadas ao questionário de comportamento moral que avaliou as seguintes variáveis: honestidade, atos anti-sociais, trabalho, justiça, generosidade, culpa, vergonha, empatia e uso de álcool.

Para avaliar se o índice de comportamento moral dos componentes das famílias de risco era semelhante ao dos componentes das famílias de não risco, escolheu-se o teste não paramétrico de Mann-Whitney, por se tratar de amostra com número de participantes no limite

mínimo de análises paramétricas, e por se lidar com categorias comportamentais. Para isso se considerou a hipótese nula de que os resultados do ICM seriam iguais entre os grupos de risco e de não risco, utilizando-se o nível de significância de 5%.

Os resultados indicaram a rejeição da hipótese nula, ou seja, ao nível de significância de 0,05, o teste não paramétrico de Mann-Whitney mostrou que as médias dos escores do ICM para famílias de não risco e de risco são estatisticamente diferentes, ou seja, na comparação entre os grupos de risco e os de não risco obteve-se para as mães $U=291$ ($p=0,02$); para os pais $U=216,5$ ($p=0,001$); para os adolescentes $U=70,5$ ($p<0,001$) e para a família $U=84$ ($p<0,001$). Isso significa que as famílias de não risco apresentaram médias de comportamento moral superiores às famílias de risco em todas as categorias (mãe, pai, adolescente e família), com especial diferença entre os adolescentes.

Pode-se observar essas diferenças de forma mais nítida na Figura 1, a qual mostra perfeitamente que a maior diferença encontrada foi entre o ICM dos adolescentes; as diferenças entre os ICM de pais e mães foram de menor amplitude, porém significativas estatisticamente, como já anteriormente descrito.

Segundo a teoria da desejabilidade social, o participante pode responder em desacordo com a realidade, mas de acordo com a resposta que ele acredita que seja desejada pelo investigador (Ellingson, Sackett & Hough, 1999). Isso pode ter influenciado as respostas

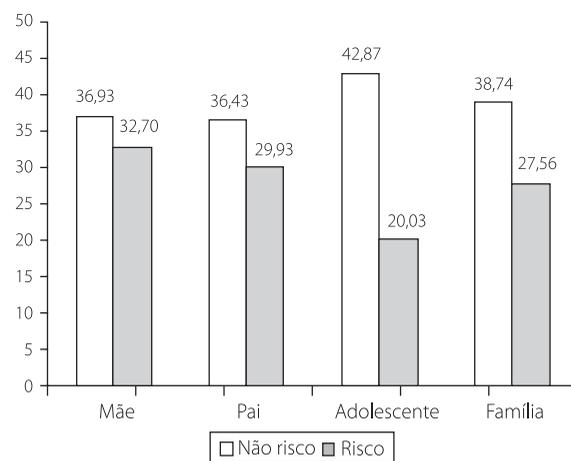


Figura 1. Média dos índices de comportamento moral dos integrantes das famílias estudadas.

das mães e dos pais da amostra, cujas médias variaram de maneira menos significativa entre os grupos. Entretanto, aparentemente, os adolescentes provavelmente se sentiram mais à vontade para responder ao questionário sem se preocupar com as implicações sociais de suas respostas. Essa é uma hipótese a ser investigada posteriormente.

Pinheiro (2003), avaliando qualitativamente famílias de risco e de não risco, encontrou que pais de risco não tinham argumentos morais e não davam oportunidades aos filhos de experienciarem as virtudes da solidariedade, justiça, empatia; e que pais do grupo de não risco realizavam suas tarefas educativas exercitando a empatia, a autocritica, a vergonha diante de atos anti-sociais. Tanto os dados de Pinheiro como os desta pesquisa foram obtidos através de entrevistas. Nas duas pesquisas todos os membros das famílias de risco se comportaram com baixos ICM, revelando que sem ensinamentos, modelos fornecidos pelos pais, os adolescentes também não desenvolvem um padrão de comportamento moral adequado. Pinheiro (2003) destaca que alguns pais que tiveram pais com práticas educativas negativas superaram suas dificuldades através de terapias, e afirmaram que procuraram não repetir com os filhos suas experiências. Essa informação é relevante, pois indica a possibilidade de reversão do ciclo da violência remetendo à violência.

Conclusão

Os estudos da prática educativa denominada comportamento moral estão intrinsecamente ligados ao desenvolvimento dos comportamentos inibitórios dos atos anti-sociais (Carvalho, 2003; Pinheiro, 2003; Weber, 2004). A aprendizagem das grandes virtudes, como salienta Comte-Sponville (2000), é mais bem ensinada através do exemplo do que das palavras.

Este estudo procurou verificar se havia correlação entre o ICM dos pais e de seus filhos e também, ao se comparar dois grupos, um de famílias de risco e outro de famílias de não risco, se havia diferença no ICM. Os dados demonstraram que as médias do ICM dos membros das famílias de não risco foram diferentes estatisticamente e maiores que as dos membros das famílias de risco, ou seja, para as mães (não risco = 36,9; risco = 32,7); para os pais (não risco = 36,4; risco = 29,97);

para os adolescentes (não risco = 42,9; risco = 20) e, finalmente, utilizando o índice que refletia a média das famílias, para a de não risco (38,7) e de risco (27,6).

O teste não paramétrico de Maan-Whitney mostrou diferenças estatisticamente significativas nos ICM das famílias, como indicado pelas pesquisas de Nurco e Lerner (1996) e de Pinheiro (2003). Um maior nível de comportamento moral entre as famílias de não risco indica que pais que fornecem modelos morais, exercitam a empatia e fazem a reparação do dano diante de atos anti-sociais têm filhos com melhores ICM e que não são usuários de drogas.

O teste de correlação de Spearman permitiu verificar que os escores de ICM dos adolescentes correlacionam-se positivamente com os escores do ICM de pais e mães. Resumidamente, os testes estatísticos de Maan-Whitney e de Spearman apontaram que os membros das famílias agem em relação à moralidade de forma semelhante, ou seja, quando os pais apresentam níveis elevados de comportamento moral, os filhos também os apresentam e vice-versa. Esses dados são bons indicadores de que é preciso que os pais incorporem entre suas tarefas educativas o exercício de atividades que desenvolvam as virtudes, tanto dando modelos apropriados como oportunidades aos filhos para experienciarem situações na quais os valores morais estão presentes.

Referências

- Amorim, C., & Andery, M. A. (2002). Quando esperar (ou não) pela correspondência entre comportamento e comportamento não-verbal. In H. J. Guilhardi, M. B. B. P. Madi, P. P. Queiroz & M. C. Scoz (Orgs.), *Sobre comportamento e cognição: Vol. 10. Contribuições para a construção da teoria do comportamento* (pp.37-48). Santo André: ESEtec.
- Araújo, U. F. (1999). *Conto de escola: a vergonha como um regulador moral*. São Paulo: Moderna.
- Bandura, A. (1979). *Modificação do comportamento*. Rio de Janeiro: Interamericana. (Originalmente publicado em 1969).
- Bandura, A. (1999). Moral disengagement in the perpetration of inhumanities. *Personality and Social Psychology Review*, 3 (3), 193-209.
- Bandura, A., & Huston, A. C. (1961). Identifications as a process of identification learning. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 63, 311-318.
- Bandura, A., Ross, D., & Ross, S. A. (1961). Transmission of aggressive through imitation of aggressive models. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 63, 575-582.

- Carvalho, M. C. N. (2003). *Efeito das práticas educativas parentais sobre o comportamento infrator de adolescentes*. dissertação de mestrado não-publicada, Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Infância e Adolescência, Universidade Federal do Paraná, Curitiba.
- Comte-Sponville, A. (2000). *Pequeno tratado das grandes virtudes*. São Paulo: Martins Fontes.
- Davis, M. H. (1983). Measuring individual differences in empathy: evidence for a multidimensional approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 44, 113-126.
- Dunn, J., Brown, J. R., & Maguire, M. (1995). The development of children's moral sensibility: individual differences and emotion understanding. *Developmental Psychology*, 31, 649-659.
- Eiden, R. D., & Leonard, K. (2000). Paternal alcoholism, parental psychopathology and aggravation with infants. *Journal of Substance Abuse*, 11 (1), 17-29.
- Eisenberg, N., Fabes, R. A. A., Carlo G., Speer L. A., Switzer G., Karbon, M., & Troyer, D. (1993). The relations of empathy-related emotions and maternal practices to children's comforting behavior. *Journal of Experimental Child Psychology*, 55 (2), 131-150.
- Ellingson, J. E., Sackett, P. R., & Hough, L. M. (1999). Social desirability corrections in personality measurement issues of applicant comparison and construct validity. *Journal of Applied Psychology*, 84, 155-166.
- Gewirtz, J., & Peláez-Nogueras, M. (1991). Proximal mechanisms underlying the acquisition of moral behavior patterns. In W. M. Kurtines & J. L. Gewirtz (Orgs.), *Handbook of moral behavior and development vol 1: theory* (pp.153-182). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Gallo, A. E. (2006). *Adolescentes em conflito com a lei: perfil e intervenção*. Tese de doutorado não-publicada, Universidade Federal de São Carlos.
- Gomide, P. I. C. (2001). Efeito das práticas educativas no desenvolvimento do comportamento anti-social. In M. L. Marinho & V. E. Caballo (Orgs.), *Psicologia clínica e da Saúde*. Londrina: UEL.
- Gomide, P. I. C. (2003). Estilos parentais e comportamento anti-social. In A. Del Prette & Z. A. P. Del Prette (Orgs.), *Habilidades sociais, desenvolvimento e aprendizagem: questões conceituais, avaliação e intervenção*. Campinas: Alínea.
- Gomide, P. I. C. (2004). *Pais presentes, pais ausentes: regras e limites*. Petrópolis: Vozes.
- Gomide, P. I. C. (2006). *Inventário de estilos parentais: modelo teórico, manual de aplicação, apuração e interpretação*. Petrópolis: Vozes.
- Hoffman, M. L. (1975). Moral internalization, parental power, and the nature of parent-child interaction. *Developmental Psychology*, 11, 228-239.
- Hoffman, M. L. (1979). Development of moral thought, feeling and behavior. *American Psychologist*, 34, 958-966.
- Hoffman, M. L., & Saltzstein, H. D. (1967) Parent discipline and the child's moral development. *Journal of Personality and Social Psychology*, 5, 45-57.
- Kerka, S. (2000). Parenting and career development. ERIC Clearinghouse on Adult, Career, and Vocational Educational. Washington, DC: Columbus Office of Educational Research and Improvement. (ERIC Digest, no 214).
- Koller, S. H., & Bernardes, N. M. G. (1997). Desenvolvimento moral pró-social: semelhanças e diferenças entre os modelos teóricos de Eisenberg e Kohlberg. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 2 (2), 223-262.
- La Taille, Y. (2000). Para um estudo psicológico das virtudes morais. *Educação e Pesquisa*, 26 (2), 109-121.
- Loos, H., Ferreira, S. P. A., & Vasconcelos, F. C. (1999). Julgamento moral: estudo comparativo entre crianças institucionalizadas e crianças de comunidade de baixa renda com relação à emergência do sentimento de culpa. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 12 (1), 47-70.
- Nico, Y. C. (2001a). Regras e insensibilidade: conceitos teóricos, algumas considerações teóricas e empíricas. In R. R. Kerbauy & R. C. Wielenska (Orgs.), *Sobre comportamento e cognição* (Vol.4, pp.31-39). Santo André: Arbytes.
- Nico, Y. C. (2001b). O que é autocontrole, tomada de decisão e solução de problemas na perspectiva de B. F. Skinner. In H. J. Guilhardi, M. B. B. P. Madi, P. P., Queiroz & M.C. Scoz (Orgs.), *Sobre comportamento e cognição* (Vol. 7, pp.62-70). Santo André: ESETec.
- Nurco, D., & Lerner, M. (1996). Vulnerability to narcotic addiction: family structure and functioning. *Journal of Drug Issues*, 26, 1007-1025.
- Patterson, G., Reid, J., & Dishion, T. (1992). *Antisocial Boys*. EUA: Castalia Publishing.
- Piaget, J. (1977). *O julgamento moral da criança*. São Paulo: Mestre Jou. (Originalmente publicado em 1932).
- Pinheiro, D. N. (2003). *Estilo parental: uma análise qualitativa*. Dissertação de mestrado não-publicada, Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Infância e Adolescência, Universidade Federal do Paraná, Curitiba.
- Schlinger, Jr. H. D. (1995). *A behavior analytic view of child development*. New York: Plenum Press.
- Skinner, B. F. (1982). *Sobre o behaviorismo*. São Paulo: Cultrix.
- Skinner, B. F. (1989). *Ciência e comportamento humano*. São Paulo: Martins Fontes. (Originalmente publicado em 1953).
- Smith, R. H., Webster, J. M., Perrod, P. W., & Eyre, H. L. (2002). The role of public exposure in moral and nonmoral shame and guilt. *Journal of Personality and Social Psychology*, 83 (1), 138-159.
- Viega, M., & Vanderberghe, L. (2001). Behaviorismo: reflexões acerca de sua epistemologia. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 3, 9-18.
- Weber, L. (2004). *Efeito do comportamento moral dos pais sobre o comportamento moral dos filhos adolescentes*. Dissertação de mestrado não-publicada, Universidade Federal do Paraná, Curitiba.
- Wright, P., & Cullen, F. (2001). Parental efficacy and delinquent behavior: do control and support matter? *Criminology*, 39 (3), 704-705.

Recebido em: 11/4/2006

Versão final reapresentada em: 13/6/2006

Aprovado em: 13/6/2006

Problemas enfrentados por terapeutas analítico-comportamentais em sua prática clínica

Behavior analytic therapists' clinical practice problems

Marina Gomes **WIELEWICKI**¹

Jocelaine Martins da **SILVEIRA**²

Carlos Eduardo **COSTA**³

Resumo

O artigo apresenta situações-problema encontradas na interação com o cliente, conforme o relato de cinco terapeutas analistas comportamentais e algumas soluções adotadas. Os relatos foram obtidos por meio de uma entrevista, cujas verbalizações foram registradas e transcritas. As categorizações das verbalizações foram estabelecidas e ajustadas com a ajuda da avaliação de quatro colaboradores. Os resultados sugerem que situações de difícil manejo tendem a surgir quando o cliente: (a) aproxima-se do terapeuta de modo indevido, (b) contesta o terapeuta após *feedback*, (c) coloca sua vida ou a de terceiros em risco ou (d) provoca choro no terapeuta. Discute-se a importância do preparo dos profissionais para gerenciarem situações na interação com o cliente que, entre outras coisas, ameacem a privacidade do terapeuta ou que apelem para a exposição de questões pessoais do profissional. São sugeridas utilizações dos resultados para fins didáticos na formação de terapeutas comportamentais e para elaboração de pesquisas futuras.

Unitermos: interação entre terapeuta - paciente; psicoterapia, terapia analítico-comportamental; treino de terapeuta.

Abstract

The paper provides an identification of some problems faced by five behavior analytic therapists in their clinical practice, according to their reports and some solutions they have adopted. The therapists were interviewed and their verbalizations were registered and transcribed. Categories of those verbalizations were set and refined according to four judges. Results have indicated that some difficult situations tend to arise, mostly, when client: a) approaches therapist in an improper way; b) confronts therapist after receiving feedback; c) exposes his/her or someone else life at risk; and d) makes therapist cry with his/her report. Some implications for therapist training and future research designs were discussed.

Uniterms: therapist patient interaction; psychotherapy; behavior analytical therapist; therapist trainees.

Constantemente, terapeutas se deparam com situações novas no contexto clínico. Algumas delas não chegam a constituir um desafio relevante para o repertório comportamental do

profissional; outras, entretanto, além de inusitadas, são especiais por não encontrarem, no conjunto de habilidades do terapeuta, uma resposta eficaz para seu manejo.

▼▼▼▼

¹ Mestranda em Análise do Comportamento, Universidade Estadual de Londrina. Londrina, PR, Brasil.

² Universidade Federal do Paraná, Departamento de Psicologia, Setor de Ciências Humanas, Letras e Artes. Praça Santos Andrade, 50, Prédio Central, 1º andar, Sala 126, Centro, 80060-240, Curitiba, PR, Brasil. Correspondência para/Correspondence to: J.M. SILVEIRA. E-mail: <jocelainesilveira@pop.com.br>.

³ Universidade Estadual de Londrina, Departamento de Psicologia Geral e Análise do Comportamento, Centro de Ciências Biológicas. Londrina, PR, Brasil.

Uma situação-problema, conforme concebida por Skinner (1953/1989), é aquela frente à qual "...o organismo não tem um comportamento imediatamente disponível que reduza a privação ou forneça um meio de fuga da estimulação aversiva" (p.238). Segundo Skinner, a situação-problema é particularmente caracterizada pela impossibilidade de emissão de uma resposta, o que, eventualmente, demanda uma estimulação discriminativa para determinar sua forma ou direção.

Tome-se o exemplo de um carro enguiçado. Essa situação é problemática se: "...nenhum comportamento que resulte na partida for disponível no momento e se o comportamento que anteriormente foi bem-sucedido ao dar partida for forte ou se tivermos outros indícios de o comportamento que depende do carro em funcionamento for forte" (Skinner, 1953/1989, p.238).

Logo "... a solução de um problema é simplesmente uma resposta que altera a situação de forma que a resposta com grande probabilidade de emissão possa ser emitida". No exemplo considerado, pôr gasolina no carro possibilitará o sucesso da resposta de acionar a ignição. Quando uma situação semelhante voltar a ocorrer, não será mais uma "situação-problema", já que "... a resposta que já tiver surgido como solução ocorrerá por ter sido reforçada em circunstâncias semelhantes" (Skinner, 1953/1989, p.239).

Skinner (1953/1989) prossegue analisando eventos que seriam apropriadamente chamados de "resolução" de um problema, distinguindo-os do surgimento fortuito de uma solução. Ou seja, nem sempre o aparecimento de uma solução equivale à resolução do problema. Uma solução acidental, por exemplo, poderá eliminar a situação-problema. Diversamente, resolver um problema implica manipular estímulos, arranjando-os ou rearranjando-os. Dar deixas, manipular níveis de privação e eliminar respostas que conflitem com a solução são exemplos de técnicas de resolução de problemas. O grau de dificuldade de um problema pode variar de fácil a insolúvel em razão da viabilidade de alteração das variáveis relacionadas ao surgimento da solução.

Ao longo de suas carreiras presume-se que o repertório comportamental dos terapeutas seja aprendido de tal forma que eles passem por cada vez menos situações-problema, já que as situações para as

quais uma resposta foi eficaz multiplicam-se paulatinamente.

A literatura sobre psicoterapia indica frequentemente algumas condições do cliente delicadas para o manejo clínico. O trabalho com pacientes em risco de suicídio é talvez o exemplo mais típico. Por isso, nota-se um esforço em compartilhar na comunidade de psicoterapeutas recomendações quanto à avaliação do risco de suicídio, o levantamento de fatores de proteção, a preparação para tomadas de decisão e o preparo para intervenções de emergência (Meichenbaum, 2005). Outras condições do paciente que são freqüentemente discutidas é o uso abusivo de substâncias (Futterman, Lorente & Silverman, 2005) ou ter sido vítima de abuso (Thomas, 2005).

Eventualmente, compara-se o comportamento ou características de terapeutas experientes e iniciantes durante as sessões de terapia, supondo que os primeiros apresentem habilidades a serem identificadas e ensinadas estrategicamente (Williams, Polster, Grizzard, Rockenbaugh & Judge, 2003). A aliança terapêutica também tende a ser estudada com o intuito de antever dificuldades na condução e no resultado da terapia (Bedi, Davis & Williams, 2005). Comparações entre estágios de treinamento em Psicologia Clínica também são documentadas presumindo que formas eficazes de treino habilitarão o terapeuta a lidar com situações complexas na clínica (O'Donovan, Bain & Dyck, 2005).

Por fim, vale mencionar os artigos que focam a integração em psicoterapia. De certo modo, esses documentos auxiliam a identificação de intervenções comuns a diversas abordagens em psicoterapia diante de problemas clínicos usuais e de difícil tratamento, como a depressão (O'Connor, 2003).

Mayfield, Kardash e Kivlighan Jr. (1999), sugerem que terapeutas experientes são mais parcimoniosos nas descrições dos dados obtidos, são mais rápidos para detectar informações e para planejar tratamentos. Em contrapartida, os menos experientes tendem a focar a atenção em detalhes pouco relevantes e a realizar intervenções mais superficiais.

De acordo com a análise comportamental, uma formação educacional adequada é aquela que habilita o estudante a resolver problemas que surgirão remotamente no tempo. Guilhardi (1988) propôs que se

rejeitasse a caracterização da análise do comportamento meramente pela aplicação de técnicas derivadas da sua análise experimental e indicou a primazia da análise funcional como ponto decisivo na identificação desse profissional. A habilidade de analisar funcionalmente o comportamento confere a versatilidade necessária ao profissional para solucionar problemas que possam surgir em situações clínicas remotas no tempo ou, de algum modo, distintas da atual.

Um exame da literatura brasileira indicou que os textos dirigidos à formação de terapeutas comportamentais enfocam habilidades básicas desses profissionais e abrangem um conjunto relativamente restrito delas (e.g., Marinho, Caballo & Silveira, 2003; Rangé, Guilhardi, Kerbauy, Ingberman & Falcone, 1998; Silveira & Gongora, 1998; Silveira & Silveira, 2003).

Pressupondo que exista uma gama mais ampla de situações relevantes nesse contexto, sua descrição poderá habilitar o profissional a manejá-las com êxito. Quando terapeutas se deparam com situações para as quais não têm uma resposta efetiva em seu repertório comportamental, isso se reflete, em maior ou menor grau, no tratamento psicológico oferecido.

Um modo de contribuir para a formação de terapeutas talvez seja possibilitar ao aprendiz o acesso a situações-problema e o modo como outros terapeutas lidaram com elas (Wielewicky, 2004). Nenhuma amostra de situações-problema poderá esgotar a miríade de possibilidades que um terapeuta pode, eventualmente, enfrentar no contexto clínico. Todavia, a categorização de algumas situações que possam ser problemáticas pode constituir um ponto de partida para discussões de problemas relacionados.

Portanto convém investigar quais são as situações-problema na interação entre terapeuta e cliente que os psicólogos comportamentais encontraram no contexto clínico e como as enfrentaram. O presente estudo visa identificar algumas situações-problema relatadas por terapeutas comportamentais na interação com alguns de seus clientes.

Método

Participantes

Foram entrevistadas cinco terapeutas comportamentais que atendiam há, pelo menos, cinco anos e, no

mínimo, seis casos por semana. As terapeutas foram identificadas pelas letras A, B, C, D e E, conforme a ordem de participação no estudo. Todas são mulheres na faixa etária entre 30 e 55 anos (média de 41,5). O tempo de experiência clínica variou entre 7 e 30 anos de atendimento (Tabela 1). A seleção das participantes foi baseada nos critérios: a) tempo de experiência e número mínimo de atendimentos clínicos por semana, b) orientação teórica comportamental e c) acesso dos pesquisadores ao local de atuação.

Instrumentos

Foram usados, um gravador e fitas cassetes, e uma folha impressa com o modelo da entrevista a ser conduzida.

Os encontros com as participantes ocorreram nas respectivas clínicas ou instituições de ensino em que elas exerciam suas atividades profissionais.

Procedimentos

- *Fase 1*: Essa fase consistiu em entrevistar cinco terapeutas comportamentais, utilizando-se o seguinte roteiro: a) dados de identificação; b) sexo; c) idade; d) ano de conclusão da graduação; e) tempo de atendimento; f) média de atendimentos por ano; g) local de atendimento: - clínica particular; - empresa; - instituição de ensino; - outros.

Você se lembra de alguma situação qualquer que tenha ocorrido na sua prática clínica, na interação com o cliente, para a qual você não tinha uma resposta eficaz em seu repertório (algo que fizesse você pensar: "Eu realmente não sei o que fazer")? Descreva-a.

Tabela 1. Tempo de atuação e média de atendimentos por semana de cada participante entrevistado na pesquisa.

Participantes	Tempo de atuação	Média de atendimentos por semana
A	7 anos	20
B	18 anos	40
C	12 anos	20
D	9 anos	6
E	30 anos	13

As entrevistas foram registradas em fita cassete e, posteriormente, todos os registros foram transcritos⁴. Após uma semana da realização da entrevista, voltou-se a entrevistar a participante do estudo, que foi questionada sobre a ocorrência de alguma outra situação a acrescentar ao que havia dito na entrevista. As transcrições foram realizadas na íntegra e pela própria pesquisadora.

Durante o registro da entrevista com a participante "B", houve problemas na gravação e a entrevista foi repetida cerca de uma semana depois.

- *Fase 2*: as categorias de situações-problema indicadas nas entrevistas pelas terapeutas foram elaboradas a partir da leitura das transcrições. As categorias foram listadas e definidas em um quadro no qual se denominou para cada terapeuta uma letra, conforme a ordem em que foram entrevistadas (A, B, C, D ou E) e um algarismo arábico para cada situação relatada, conforme a ordem em que foram descritas.

- *Fase 3*: duas colaboradoras com formação em Psicologia graduadas há dois anos, com média de seis atendimentos por semana, foram convidadas a ler (independentemente uma da outra) as transcrições e o quadro em que as categorias foram listadas e descritas. Não houve treinamento para a realização dessa tarefa. As colaboradoras foram solicitadas a opinar sobre a pertinência da categorização, considerando as transcrições. Duas categorias que evocaram interpretações imprecisas pelas colaboradoras, que discordaram de suas definições, foram redefinidas. A categoria III, previamente denominada como "Cliente resistente à psicoterapia", foi redefinida para "Cliente descrente da psicoterapia" e a categoria VIII, inicialmente designada "Terapeuta não tem controle da situação", foi redefinida para "Intervenção em intervalo determinado na vida do cliente".

- *Fase 4*: outras duas colaboradoras, uma com formação em Psicologia, graduada há três anos, com média de oito atendimentos por semana, e outra graduanda do quinto ano de Psicologia receberam as transcrições e o quadro com as categorias já revisadas na Fase 3, e foram solicitadas a indicar o número de vezes em que as situações-problema referentes a cada categoria foram mencionadas. Essas outras duas

colaboradoras também realizaram a tarefa independentemente uma da outra. Não houve treinamento para a realização da atividade, apenas uma descrição do trabalho a ser feito. Comparando o número indicado por cada colaboradora, das 20 situações relatadas, houve discordância em duas delas, portanto o índice de acordo foi de 90%. Uma colaboradora julgou que a situação-problema 2, citada pela terapeuta "E" (E 2), poderia pertencer tanto à categoria II "Cliente contesta verbalmente o terapeuta após *feedback*", como à categoria III "Cliente descrente da psicoterapia". A situação-problema foi mantida na categoria III, já que foi uma das opções dessa colaboradora e não foi questionada pela outra colaboradora. A outra colaboradora julgou que a situação-problema 5, citada pela terapeuta "A" (A 5), poderia pertencer à categoria II "Cliente contesta verbalmente terapeuta após *feedback*" ou à categoria IV "Cliente põe sua própria vida em risco ou a de terceiros". Como no caso anterior, a situação-problema foi mantida na categoria IV, já que foi uma das opções dessa colaboradora e não foi questionada pela outra colaboradora.

Resultados e Discussão

As categorias I e V apresentadas na Tabela 2 indicam que situações de difícil manejo tendem a surgir quando questões pessoais do terapeuta emergem na interação com o cliente, conforme relatado pelas próprias terapeutas nas entrevistas. Das 20 situações-problema relatadas, seis estão contidas nessas duas categorias. Isso chama a atenção para a importância do preparo formal de terapeutas para o manejo de situações em que aspectos de sua privacidade são abordados pelo cliente. A categoria II sugere que outro tipo de situação de difícil manejo emerge quando o cliente, de alguma maneira, parece questionar o desempenho profissional do terapeuta. As duas terapeutas com menor tempo de experiência (A e D, ver Tabela 1) foram as que relataram esse tipo de situação. Talvez terapeutas menos experientes tenham maior probabilidade de fornecer um *feedback* inadequado; talvez o cliente fosse contestador por estar sendo atendido por terapeutas jovens. Não é possível saber

Tabela 2. Numeração e definição das categorias elaboradas com base nas transcrições das entrevistas.

Numeração	Categoria	Descrição
I	Cliente aproxima-se do terapeuta de modo indevido	Cliente apaixonou-se pelo terapeuta, ou apresenta comportamentos imitativos exacerbados, ou apresenta risco de conduta imprópria na sessão (possibilidade de exibição de órgão genital) (A 1; C 2; D 5)
II	Cliente contesta verbalmente o terapeuta após <i>feedback</i>	Cliente discorda dos apontamentos do terapeuta, contestando-o (A 2; A 3; A 4; D 3; D 4)
III	Cliente descrente da psicoterapia	Cliente em sofrimento, mas sentindo-se contrariada em procurar ajuda psicoterapêutica, afirmando não acreditar em Psicologia (E 2)
IV	Cliente põe sua própria vida em risco ou a de terceiros	Cliente corre risco de morrer ou emite comportamentos que ameaçam a vida de terceiros (A 5; B 3; D 7)
V	Cliente provoca choro no terapeuta com seu relato	Terapeuta emociona-se intensamente com relato do cliente (B 1; B 2; C 3)
VI	Cliente chora copiosamente na sessão	Cliente apresenta choro intenso e ininterrupto na sessão, dificultando qualquer intervenção (D 1)
VII	Cliente relata ter sofrido abuso sexual	Cliente relata ter sido abusada sexualmente na infância por um familiar (D 2)
VIII	Intervenção em intervalo determinado na vida do cliente	Cliente grávida de oito meses com queixa de síndrome do pânico ou cliente aguardando um provável diagnóstico de doença grave (D 6; C 1)
IX	Cliente não apresenta condições de cuidar-se	Cliente que apresenta depressão severa (E 1)

exatamente os fatores que conduziram à situação relatada. De qualquer modo, independentemente da adequação do *feedback* fornecido pelas terapeutas, o ponto importante foi a falta de repertório delas para lidarem com a situação da contestação por parte do cliente, seja reconhecendo a própria inadequação da intervenção, seja levantando com o cliente outros motivos para a contestação.

Nota-se que a categoria I (Tabela 3) “cliente aproxima-se do terapeuta de modo indevido” foi mencionada pelas terapeutas “A”, “C” e “D”, e que as três profissionais foram surpreendidas com situações diversas. A primeira mencionou um caso em que o cliente se apaixonou por ela, a terapeuta “C” relatou o caso de um cliente com queixa de comportamentos de exibição dos genitais e a terapeuta “D”, de uma cliente que passou a imitá-la. De qualquer modo, o que parece relevante nesses relatos é a dificuldade das terapeutas para manejar algum tipo de aproximação indevida do cliente, que lhes cause desconforto. Nesse ponto, talvez caiba pensar na pertinência do treino de terapeutas para a tarefa de inibirem aproximações do cliente que lhes causem desconforto. Outras categorias mencionadas com frequência foram a II “cliente contesta verbalmente o terapeuta após *feedback*”; a IV “cliente põe a própria

Tabela 3. Número de situações relatadas por terapeuta e categorias relacionadas.

Terapeuta	Situação relatadas (n)	Categorias								
		I	II	III	IV	V	VI	VII	VIII	IX
A	5	1	3		1					
B	3				1	2				
C	3	1				1			1	
D	7	1	2		1		1	1	1	
E	2			1						1
Total	20	3	5	1	3	3	1	1	2	1

vida em risco ou a de terceiros” e a V “cliente provoca choro no terapeuta com seu relato”.

Um dado interessante na Tabela 3 é o número de situações relatadas pelas terapeutas. As com menor tempo de experiência (A e D) relataram um maior número de situações-problema do que a com maior tempo de experiência (E). Algumas razões pelas quais terapeutas com menor tempo de experiência têm mais facilidade em relatar os problemas que enfrentaram durante o exercício profissional podem ser: (a) a falta de repertório no início da carreira é maior do que quando já se acumularam muitos anos de profissão; (b) é mais fácil relatar casos mais recentes - terapeutas experientes podem ter enfrentado diversas situações-problema no

início da carreira que não são mais capazes de relatar. Essas alternativas não são mutuamente excludentes. Pesquisas futuras nessa linha deveriam levar em consideração o fato de que entrevistas com terapeutas menos experientes possam ser mais ricas em relatos de situações-problema.

As soluções encontradas pelas profissionais em cada uma das categorias indicam as soluções encontradas pelas terapeutas "A", "C" e "D" para a situação-problema em que o cliente aproxima-se de modo indevido do terapeuta.

As soluções encontradas foram diferentes, de acordo com a situação específica enfrentada. A solução encontrada pela terapeuta "A" foi encaminhar o cliente que se declarou apaixonado por ela. A profissional "C", que relatou dificuldades na interação com um cliente com queixa de exibicionismo, estabeleceu um contato mais formal com o cliente. A terapeuta "D" falou à cliente que havia notado que ela a estava imitando e discutiu o assunto. Caso se busque um denominador comum das soluções encontradas, aparentemente, elas são de dois tipos: ou o terapeuta distancia-se deliberadamente do cliente, ou explicita seu desconforto, tornando-o consciente para o cliente.

Procedimentos diversos também ocorreram diante da situação-problema em que o cliente agride verbalmente o terapeuta após um *feedback*. A terapeuta "D" explicou a análise, sendo empática com o cliente; a terapeuta A, relatou ter aplicado os procedimentos da Psicoterapia Analítico-funcional na sessão.

Aparentemente, nesse caso, a natureza do problema do cliente definiu o tipo de solução frente à agressão. De qualquer modo, ignorar a confrontação do cliente foi um procedimento comum adotado tanto pela terapeuta "A" quanto pela "D".

A categoria III refere-se às situações-problema em que o cliente manifestou descrédito em relação à psicoterapia. A solução encontrada para essa situação pela terapeuta "E" foi a de não reforçar esse comportamento do cliente, atentando para outros elementos relevantes do processo terapêutico.

Nos casos em que o cliente ameaçava sua própria vida ou a de terceiros, as profissionais "A" e "B" adotaram a conduta de alertar a família sobre o risco, tomando o cuidado de discutir antes o procedimento

com o cliente a fim de manter o vínculo terapêutico. A terapeuta "D", no entanto, procedeu de forma a manter-se à disposição da cliente para que lhe telefonasse no momento em que estivesse nessas situações. Na referida categoria de situação-problema, participar a família dos riscos detectados foi uma solução adotada por duas das três terapeutas.

Quanto às soluções encontradas pelas terapeutas nas situações-problema em que o relato do cliente provoca choro, as terapeutas "B" e "C", que relataram as situações dessa categoria, adotaram procedimentos distintos nesse aspecto. A profissional "B", que relatou dois casos dessa categoria, procedeu de forma a mostrar a emoção ao cliente, sem esconder ou conter o choro, falou de suas emoções para ele. Já a terapeuta "C" adotou o procedimento de evitar que o cliente percebesse sua emoção.

Possivelmente, a discrepância na resolução desse problema esteja relacionada à natureza do caso ou do cliente. A profissional "B" interagia com clientes adultos, enquanto a terapeuta "C" relatou o caso de uma criança. Enquanto o choro do terapeuta pudesse sinalizar proximidade e empatia para o cliente adulto, para aquela criança talvez sugerisse que o que ela relatara era grave demais. Portanto as soluções do problema referentes a essa categoria pareceram guiadas por certas características do cliente.

A terapeuta "D" não relatou o procedimento adotado diante da situação-problema em que o cliente chora copiosamente na sessão. No entanto a terapeuta relatou que em outras situações consideradas "problemáticas", como quando o cliente revela ter sido abusado sexualmente, optou por falar abertamente sobre o abuso em vez de ignorá-lo.

Na categoria da situação-problema "Intervenção em intervalo determinado na vida do cliente", as profissionais "C" e "D" relataram a dificuldade de adotar um procedimento em um intervalo curto de tempo, dada à situação do cliente. A terapeuta "C" relatou dificuldade ao precisar intervir em um período em que sua cliente aguardava o resultado de um exame anti-HIV. A terapeuta afirmou que sua dificuldade advinha do fato de saber que não poderia desamparar a cliente, mas pessoalmente ainda não se sentia preparada para ajudá-la a aceitar e conviver com o diagnóstico da síndrome. A terapeuta relatou ter tentado acalmar a

cliente, mas não descreveu como procurou fazer isso. A terapeuta “D” relatou ter sido difícil para ela intervir no caso de uma cliente gestante com crises de pânico. A profissional manteve-se à disposição da cliente para acompanhá-la no momento do parto, mas não iniciou a intervenção usual no tratamento de pânico por julgar que resultados positivos seriam improváveis em um período tão curto.

A terapeuta “E” relatou uma situação-problema em que a cliente, em razão de uma depressão severa, não apresentava condições de cuidar-se, ou seja, não fazia a higiene pessoal, não se alimentava, etc. A terapeuta elegeu uma cunhada da cliente para atuar como acompanhante terapêutico, auxiliando-a nas tarefas da vida diária, até que a cliente apresentasse condições de fazê-lo sozinha. Portanto, de modo semelhante a uma das soluções encontradas para a categoria IV (quando há ameaça à vida do cliente ou de terceiros), a solução para a categoria V “cliente não apresenta condições de cuidar-se” foi apelar para uma rede de apoio, recorrendo a familiares.

Considerações Finais

Situações-problema eventualmente ocorrerão na prática do psicólogo clínico. É possível que o treino de repertórios comportamentais versáteis na formação profissional ajude a manejar alguns eventos surpreendentes sem que se constituam situações-problema insolúveis.

O objetivo central desse estudo foi relatar situações difíceis para terapeutas de modo que, quando outras semelhantes ocorrerem, algumas soluções possam ter sido cogitadas por clínicos que leram os resultados e discussão. Para pesquisadores, o estudo indica que é possível categorizar, isto é, organizar eventos críticos que surpreendem terapeutas no contexto clínico. Aqui foram identificadas nove situações importantes. Resumidamente, os resultados e discussão indicaram alguns pontos:

a) Situações que envolvem assuntos pessoais do terapeuta foram consideradas difíceis pelos profissionais que participaram do estudo.

b) Quando a situação-problema se relacionava com a aproximação indevida do cliente, os terapeutas

tenderam a distanciar-se, encaminhando o caso ou estabelecendo certo grau de formalidade.

c) Quando o cliente agrediu verbalmente o terapeuta após um *feedback*, ignorar a agressão foi um procedimento adotado.

d) Havendo ameaça à vida do cliente ou de terceiros, os terapeutas optaram por comunicar o fato à família.

e) Quando o relato do cliente produziu choro na terapeuta, os procedimentos pareceram basear-se no critério do quanto a auto-exposição do terapeuta seria salutar para o cliente.

f) Diante da impossibilidade de intervir em um período extremamente curto, as terapeutas tenderam a, pelo menos, apoiar o cliente, dispondo-se a acompanhá-lo em momentos difíceis.

g) Finalmente, quando o problema consistiu na incapacidade do cliente de cuidar-se, o procedimento adotado foi envolver familiares no tratamento.

A consulta à literatura sobre psicoterapia indica que muitas das situações de difícil manejo na clínica requerem intervenções emergenciais por parte do terapeuta, as quais, muitas vezes, são atípicas. O manejo de risco de suicídio, da exposição da própria vida do paciente ou de outras pessoas, assim como do uso abusivo de substâncias pode requerer o envolvimento de agências, ou de pessoas que costumeiramente não participam em tratamentos psicológicos convencionais (Futterman, Lorente, & Silverman, 2005; Meichenbaum, 2005; O’Connor, 2003; Thomas, 2005). A identificação de eventos ambientais que se constituem fatores de proteção para a ocorrência de eventos indesejáveis ao paciente é também uma medida comumente adotada pelos clínicos nas situações de difícil manejo.

As idéias acima indicam algumas possibilidades de solução para diversas situações-problema enfrentadas por terapeutas. Todavia não devem ser encaradas como “procedimentos-padrão” a serem adotados sem outras considerações levantadas a partir de uma análise funcional do caso. Foge ao escopo do presente trabalho uma avaliação da adequação dos procedimentos adotados pelas terapeutas. A avaliação dessa adequação, como apontado anteriormente, envolveria uma análise funcional dos casos atendidos. Resta saber se situações-problema semelhantes seriam relatadas por outras

amostras de terapeutas também comportamentais, por terapeutas de orientação teórica diferente, terapeutas do sexo masculino ou terapeutas que atendam a populações específicas (crianças, adolescentes, adultos, casais ou usuários de substâncias de abuso, etc.). Com relação às perguntas feitas aos terapeutas do presente estudo, talvez fosse interessante perguntar também em que época da carreira do terapeuta ocorreu a situação-problema.

Os resultados do presente estudo indicam que pode ser bem-vinda a elaboração de manuais de preparação que descrevam para os clínicos, situações consideradas incomuns ou difíceis e formas de manejá-las. As situações aqui descritas poderiam também ser discutidas ou simuladas (por meio de *role-playing*) em supervisões ou disciplinas de prática clínica em cursos de graduação. Uma avaliação se tal procedimento melhoraria o desempenho de um terapeuta em outras situações-problema e em relação a terapeutas que não tenham sido submetidos a esse procedimento poderia indicar melhor a importância e a direção de estudos futuros sobre esse assunto.

Referências

- Bedi, R. P., Davis, M. D., & Williams, M. (2005). Critical incidents in the formation of the therapeutic alliance from the clients perspective. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 42 (3), 311-323.
- Futterman, R., Lorente, M., & Silverman, S. W. (2005). Beyond harm reduction: a new model of substance abuse treatment further integrating psychological techniques. *Journal of Psychotherapy Integration*, 15 (1), 3-18.
- Guilhardi, H. J. (1988). A formação do terapeuta comportamental. Que formação? In H. W. Lettner & B. P. Rangé (Orgs.), *Manual de psicoterapia comportamental* (pp.313-320). São Paulo: Manole.
- Mayfield, W. A., Kardash, C. M., & Kivlighan Jr, D. M. (1999). Differences in experienced and novice counselors' knowledge structures about clients: implications for case conceptualization. *Journal of Counseling Psychology*, 46, 504-514.
- Marinho, M. L., Caballo, V., & Silveira, J. M. (2003). Cuestiones olvidadas en la Terapia Conductual: las habilidades del terapeuta. *Psicologia Conductual*, 11 (1), 135-161.
- Meichenbaum, D. (2005). 35 years of working with suicidal patients: lessons learned. *Canadian Psychology*, 46 (2), 64-72.
- O'Connor, R. (2003). An integrative approach to treatment of depression. *Journal of Psychotherapy Integration*, 13 (2), 130-170.
- O'Donovan, A., Bain, J. D., & Dyck, M. J. (2005). Does clinical psychology education enhance the clinical competence or practitioners? *Professional Psychology: Research and Practice*, 36 (1), 104-111.
- Rangé, B., Guilhardi, H., Kerbauy, R., Ingberman, Y., & Falcone, E. (1998). Ensino, treinamento, e formação em psicoterapia comportamental cognitiva. In B. Rangé (Org.), *Psicoterapia comportamental e cognitiva: pesquisa, prática, aplicações e problemas* (pp.331-351). Campinas: Editorial Psyll.
- Silvares, E. F. M., & Gongora, M. A. N. (1998). *Psicologia clínica e comportamental: a inserção da entrevista com adultos e crianças*. São Paulo: Edicon.
- Silveira, J. M., & Silvares, E. F. M. (2003). Condução de atividades lúdicas no contexto terapêutico: um programa de treino de terapeutas comportamentais infantis. In M. Z. S. Brandão, F. C. S. Conte, F. S. Brandão, Y. K. Ingberman, C. B. Moura, V. M. Silva & S. M. Oliane (Orgs.), *Sobre comportamento e cognição: a história e os avanços, a seleção por conseqüências em ação* (Vol.11, pp.272-281). Santo André: ESETec Editores Associados.
- Skinner, B. F. (1989). *Ciência e comportamento humano*. São Paulo: Martins Fontes (Originalmente publicado em 1953).
- Thomas, P. M. (2005). Dissociation and internal models of protection: psychotherapy with child abuse survivors. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 42 (1), 20-36.
- Wielewicki, M. G. (2004). *Situações-problema encontradas por terapeutas comportamentais na interação com o cliente*. Monografia não-publicada, Universidade Estadual de Londrina.
- Williams, E. N., Polster, D., Grizzard, M. B., Rockenbaugh, J., & Judge, A. B. (2003). What happens when therapists feel bored or anxious? a qualitative study of distracting self-awareness and therapist's management strategies. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 33 (1), 5-18.

Recebido em: 27/9/2004

Versão final reapresentada em: 30/6/2006

Aprovado em: 5/9/2006

Stress entre calouros e veteranos de jornalismo

Journalism freshmen and veterans' stress

Sandra Leal **CALAIS**¹

Kester **CARRARA**¹

Maiara Medeiros **BRUM**¹

Karen **BATISTA**¹

Josiane Keyla **YAMADA**¹

Juliana Roman Santos **OLIVEIRA**¹

Resumo

A vida na universidade corresponde a um período no qual os indivíduos são expostos a influências psicossociais que podem desencadear situações estressoras, prejudicando a saúde e a qualidade de vida dos estudantes. Nessa perspectiva, o objetivo deste estudo foi analisar as diferenças de sintomas, níveis e presença de *stress* entre calouros (n=57) e veteranos (n=48), de ambos os sexos, do curso de jornalismo de uma universidade pública no interior do Estado de São Paulo. Foi aplicado aos participantes o "Inventário de Sintomas de *Stress* de Lipp". Dos resultados obtidos, destacam-se: predominância de *stress* entre as mulheres; maior número de alunos estressados e na fase de quase-exaustão no último ano; predomínio de sintomas físicos entre calouros e psicológicos entre veteranos. Pesquisas são necessárias para elaboração de políticas institucionais que promovam condições favoráveis a um melhor desenvolvimento das potencialidades acadêmicas dos alunos.

Unitermos: qualidade de vida; saúde; *stress*; universitários.

Abstract

University life corresponds to a period in which the individuals are exposed to several psychosocial influences that can lead to stressful situations, harming the students' health and quality of life. From this perspective, the objective of the present study was to analyze the symptomatic differences, levels and the presence of stress among freshmen (n=57) and veterans (n=48), of both genders, from a Journalism course of a public university in the countryside of São Paulo State. To the participants, it was delivered the Term of Free Consent, and applied the "Inventory of Symptoms of Stress for Adults of Lipp". In the obtained results, it was highlighted predominance of stress among women; a bigger number of students stressed and in the phase of barely-exhaustion in the last year; predominance of physical symptoms among freshmen and psychological ones among veterans. New researches are necessary to elaborate institutional policies that promote favorable conditions to the students' academic potentialities development.

Uniterms: quality of life; health; stress; college students.

O *stress*, um dos fenômenos que têm afetado as interações sociais, vem sendo discutido em diversas instâncias: no meio acadêmico-científico, nos veículos

de comunicação de massa, e nas diversas áreas do conhecimento, como Psicologia, Educação e Saúde. Durante o período de 1984 a 2004 foram publicados no

▼▼▼▼▼

¹ Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Ciências, Departamento de Psicologia. Av. Luiz Edmundo Carrijo Coube, 14-01, Vargem Limpa, 17033-360, Bauru, SP, Brasil. Correspondência para/Correspondence to: S.L. CALAIS. E-mail: <scalais@fc.unesp.br>.

Brasil 232 trabalhos sobre o *stress*, mostrando a importância do tema em nossa sociedade (Benzoni et al., 2004).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde e o Banco Mundial, uma em cada quatro pessoas do mundo sofre de doenças neuropsiquiátricas; representando os distúrbios relacionados ao *stress* 40% dessas doenças. O tema do *stress* tem atingido tamanha proporção, tanto na comunidade acadêmica como entre leigos, que se criou uma “indústria do *stress*”, que diariamente lança propostas de tratamento sem, no entanto, o mínimo de fundamentação teórica e validação científica (O’Gata, 2004).

Segundo Lipp e Malagris (2004) pode-se citar como principais fontes de informação sobre *stress* pesquisas dentro de instituições de ensino e em organizações não universitárias, pesquisas de populações clínicas e não clínicas e ações empresariais que envolvam levantamento do índice de *stress* entre os funcionários. O material produzido pode ser encontrado em anais de congressos e em artigos de revistas científicas, livros, internet e trabalhos de metanálise. A relevância da área é evidente: em 2003 ocorreu o I Congresso Brasileiro de *Stress* e foi fundada a Associação Brasileira de *Stress*. No Brasil, o Laboratório de Estudos Psicofisiológicos do *Stress*, criado em 1993, na PUC-Campinas, tem sido considerado uma iniciativa inovadora em função dos muitos estudos desenvolvidos nessa instituição: artigos, teses, dissertações e livros (Cusatis Neto & Andrade, 2004).

Resulta relevante, portanto, compreender com maior clareza e buscar especificar criteriosamente o conceito de *stress* e as variáveis que controlam sua ocorrência. Pode-se definir *stress* como uma reação do organismo diante de um evento estressor - algo que confunde, amedronta ou excita o indivíduo - que desencadeará efeitos físicos e psicológicos (Lipp, 2001).

O conceito de *stress* tem origem na Física, sendo entendido como o grau de deformidade que uma estrutura sofre quando é submetida a um determinado esforço. A partir desse conceito Selye (1970) define o *stress* no homem como um conjunto de reações que o organismo tende a desenvolver ao se deparar com uma nova situação que exige um esforço para a adaptação. Em outras palavras, pode-se dizer que o *stress* representa uma ruptura no equilíbrio do indivíduo, que diante de uma determinada situação é impelido a mudar, a

adaptar-se a uma nova realidade, mesmo que ela tenha sido almejada.

É importante ressaltar que o evento estressor pode estar relacionado a uma contingência prazerosa; não necessariamente o *stress* deve estar associado a condições aversivas. Nesse sentido, Selye define dois tipos de *stress*: o *eustress* e o *distress*. O *stress* é uma tensão diante de uma situação de desafio, que pode representar para o indivíduo uma ameaça ou uma possibilidade de conquista. O termo *eustress* é usado quando diante dessa condição o indivíduo consegue se adaptar de forma positiva, obtendo ganhos que irão melhorar seu desempenho diante dessa e de outras situações. O termo *distress* corresponde a uma má adaptação do indivíduo, podendo acarretar grandes prejuízos para ele (Selye, 1975).

A literatura indica Selye como precursor dos estudos sobre *stress* quando pesquisou padrões de excitação fisiológica identificados em animais de laboratório expostos a diversas fontes estressoras, tanto físicas quanto psicológicas: calor, frio, dor, choques leves e restrição. Selye constatou que os padrões fisiológicos apresentados pelos animais eram os mesmos, independentes da fonte de *stress* a qual haviam sido submetidos. Assim, esse autor denominou as reações ao *stress* de síndrome da adaptação geral, um modelo de resposta ao *stress* dividido em três fases: alarme, resistência e exaustão (Selye, 1970). Lipp e Malagris (2001) propõem um modelo quadrifásico, acrescentando ao modelo de Selye a fase de quase-exaustão, entre as fases de resistência e exaustão.

A fase de alerta, ou alarme, representa o ponto inicial no qual o indivíduo é colocado diante do evento estressor. Nesse momento, há a quebra da homeostase visando condições de enfrentamento da situação estressora, verificada através da produção de noradrenalina no sistema nervoso simpático e adrenalina pela medula da supra-renal (Lipp, 2001).

Quando o indivíduo é exposto a um estressor de longa duração, ou de grande intensidade, o organismo tende a restabelecer a homeostase rompida na fase anterior e entra na fase de resistência. Isso requer um grande gasto de energia, o que muitas vezes pode levar à sensação de desgaste que será proporcional à quantidade de esforço empregado em reequilibrar-se. Se o organismo é capaz de se readaptar plenamente, o

processo do *stress* é interrompido. Entretanto, quando isso não é possível, o organismo evolui para a fase de quase-exaustão (Lipp, 2004).

A fase de quase-exaustão compreende um período no qual o indivíduo não consegue resistir às tensões e nem recuperar a homeostase, porém ele ainda não sucumbiu totalmente aos agentes estressores. É uma fase de transição, na qual a pessoa oscilará entre momentos de desprazer e ansiedade e momentos tranquilos. Nesse estágio, o indivíduo pode apresentar-se bastante vulnerável física e psicologicamente, com surgimento de doenças leves que geralmente não oferecem risco de vida, permitindo-lhe ainda trabalhar e atuar na sociedade (Lipp, 2004).

Caso haja uma dificuldade significativa na tentativa de manter a homeostase, o indivíduo passará à fase de exaustão. Essa fase é representada pela exaustão física e psicológica podendo gerar doenças graves e até resultar na morte do indivíduo (Lipp, 2004).

A questão do *stress* ocupacional tem se sobressaído e algumas profissões vêm sendo pesquisadas. A relação entre ocupação e saúde e qualidade de vida tem sido debatida em diversas pesquisas sobre *stress* envolvendo professores (Rossa, 2003), juizes (Oliveira, 2004), enfermeiros (Stacciarini & Troccoli, 2001), policiais civis (Silveira et al., 2005), bancários (Palacios, Duarte & Camara, 2002) e vestibulandos (Calais, Andrade & Lipp, 2003). Apesar de haver pesquisas tratando desse tema, ainda se faz necessário ampliar a literatura, focando aspectos não só da saúde, como também educacionais e comunitários.

As pesquisas citadas foram realizadas com adultos, entretanto outras faixas etárias também estão sujeitas a agentes estressores, fazendo com que esses indivíduos desenvolvam um processo de *stress* que pode ser identificado tanto na população infantil (Lucarelli & Lipp, 1999) quanto em adolescentes (Tricoli, 2002).

A adolescência é um período psicossocial de transição entre a infância, onde há total dependência da família, e a adultez, estágio caracterizado tanto pela independência social como econômica em relação aos pais. O adolescente nessa fase é exposto a diversas mudanças: desenvolvimento da identidade psicosssexual, alterações hormonais, mudanças no comportamento, dismorfismo sexual e desenvolvimento de habilidades intelectuais mais complexas. Esses eventos,

muitas vezes, podem se tornar grandes fontes estressoras.

São colocadas diante do jovem várias tarefas e situações até então desconhecidas, tais como busca pela vocação e profissionalização, pela autonomia e estabilidade, por um relacionamento afetivo, pela identidade e pelo papel que esse jovem desempenhará na sociedade.

Partindo-se do pressuposto de que o adolescente e o adulto jovem pertencem a grupos significativamente expostos e vulneráveis às influências psicossociais, é necessário compreender como se manifesta o *stress* nessa parcela da população. Assim será possível desenvolver programas que trabalhem essa questão com eficiência, bem como um programa de prevenção dos efeitos negativos do *stress* no ser humano, uma vez que já se fez referência à ligação do *stress* com a ocorrência de várias doenças, além de sentimentos desagradáveis e comportamentos destrutivos (Aalto-Setälä, 2002).

O ingresso na universidade pode colocar os alunos em contato com estressores específicos, tais como medo, ansiedade e inseguranças geradas pelas possíveis dúvidas e desilusões com a carreira escolhida, aquisição de novas e maiores responsabilidades, problemas na moradia, distanciamento da família, dificuldade no estabelecimento de relacionamento afetivo.

Ross, Niebling e Heckert (1999) realizaram um estudo utilizando a escala *The Student Stress Survey* (SSS) para determinar as maiores fontes de *stress* entre universitários. Essa pesquisa contou com cem estudantes de ambos os sexos. Os dados encontrados foram distribuídos da seguinte forma: 38% das fontes de *stress* relativas ao âmbito intrapessoal, 28% ao ambiental, 19% ao interpessoal e 15% ao nível acadêmico. As respostas que mais apareceram foram relacionadas às complicações diárias. O âmbito intrapessoal foi a fonte mais comum de *stress*, sendo cinco os principais tipos de estressores: mudança de hábitos alimentares, do sono, novas responsabilidades, carga de trabalho mais pesada e férias e feriados. Dificuldades financeiras e mudanças nas atividades sociais também foram apresentadas como estressores.

Com a intenção de descrever fatores de *stress* entre estudantes, Polo, Hernández e Pozo (1996) realizaram um estudo com 64 universitários do curso

de Psicologia da Universidade Autônoma de Madri. Era apresentada aos estudantes uma lista com onze situações potencialmente geradoras de *stress* em um âmbito acadêmico. A cada situação os estudantes deveriam associar as respostas que eles acreditavam apresentar diante daquelas experiências estressoras - coração disparado, medo, insegurança, vontade de fumar, entre outras - a uma escala de um a cinco para maior ou menor intensidade da resposta. Entre as situações de maior intensidade de respostas de *stress* citadas pelos alunos, destacaram-se: "falta de tempo para cumprir as atividades acadêmicas", "sobrecarga acadêmica", "realização de uma prova", "exposição de trabalhos em classe", "realização de trabalhos obrigatórios para nota", "tarefas de estudo" e "intervenção em aula" (responder a uma pergunta do professor ou realizar perguntas).

Polo et al. (1996) e Gregorio, Rodríguez, Borda e Río (2003) realizaram uma investigação que visava analisar a influência e a relação existente entre *stress* e rendimento acadêmico de estudantes universitários. Entretanto os resultados não demonstraram haver correlações significativas entre o desempenho e o nível de *stress* vivenciado pelos graduandos, e sim relacionaram as qualificações acadêmicas dos estudantes com outras variáveis, tais como padrões de conduta e idade.

Misra e Mckean (2000) analisaram, dentre outros aspectos, o *stress* em estudantes de uma universidade do centro-oeste americano. Nessa pesquisa, os estudantes mais novos, de primeiro e segundo ano, foram os que apresentaram maior nível de *stress*.

Em um estudo longitudinal com 308 calouros, Wei, Russel e Zakalik (2005) analisaram a auto-eficácia social, sentimentos de solidão e depressão, chamando a atenção para a adaptação de estudantes que iniciam a vida universitária.

O último ano da graduação também pode apresentar situações estressoras, como trabalhos de conclusão de curso e pressões do mercado de trabalho. Dessa maneira, é relevante para os profissionais que atuam com adolescentes e adultos jovens conhecer quais as manifestações do *stress* no jovem, quais queixas são esperadas para calouros e veteranos e quais fatores poderiam ser determinantes ou influenciar no nível de *stress*.

Buscando-se comparar a exposição a estressores acadêmicos, bem como as formas de reação a esses

estressores entre estudantes universitários norte-americanos e de outras nacionalidades, Misra e Castillo (2004) realizaram uma pesquisa em duas universidades dos Estados Unidos com alunos cuja idade média era 21 anos entre os americanos, e 25 entre os demais. Consideraram como estressores acadêmicos básicos presentes na vida universitária: a pressão familiar, as exigências do curso, a competição com colegas, o apoio financeiro e o denso conteúdo a ser assimilado em pouco tempo. Os estudantes estrangeiros, além desses fatores, sofriam também com a falta de comunicação com suas famílias (e possível privação de suporte afetivo), as dificuldades de adaptação a uma nova cultura e as limitações de financiamento de seus estudos, uma vez que esses benefícios são destinados prioritariamente aos estudantes nativos.

Contrariando a própria hipótese, os dados de Misra e Castillo (2004) mostraram que os estudantes norte-americanos percebiam um maior *stress* acadêmico que os estudantes estrangeiros. Os norte-americanos demonstraram como maior fonte de *stress* acadêmico a autocobrança, que pode ser atribuída tanto ao fato de terem crescido num país onde competir e vencer é valorizado, quanto à hipótese de eles terem sido incentivados a relatar seus sentimentos e assim reconhecer estressores.

Chapell et al. (2005), pesquisando 4 mil estudantes quanto ao desempenho acadêmico e ansiedade, identificaram que as mulheres não só apresentavam melhor desempenho do que os homens, mas também maior ansiedade.

Calais et al. (2003) também indicaram em seu estudo a diferença de sexo na manifestação de *stress*, apontando o sexo feminino como o que apresenta maior incidência de sintomas, mesmo considerando os aspectos socioculturais.

Estudos sobre o tema são importantes para o desenvolvimento de programas que promovam o controle do *stress*, tanto para prevenir quanto para tratar daqueles que já se apresentam estressados.

Nesse contexto, foi objetivo do presente estudo comparar os níveis, os sintomas e a presença de *stress* em universitários calouros e veteranos, de modo a investigar a associação do *stress* com escolaridade e sexo.

Método

Participantes

Participaram da pesquisa 105 alunos, sendo 57 do primeiro ano do curso de Jornalismo, com idade variando entre 18 e 24 anos, 36 mulheres e 21 homens, e 48 alunos último-antistas (quarto ano) também de Jornalismo, com idade entre 21 e 26 anos, com 35 mulheres e 13 homens, estudantes de uma universidade pública do interior do Estado de São Paulo. A escolha pelo curso de Jornalismo foi por conveniência, além de ser um curso no qual o número de homens e de mulheres é mais equilibrado do que o de outros da mesma universidade.

Material

Na avaliação do *stress* foi utilizado o Inventário de Sintomas de Stress de Lipp (ISSL) (2000), constituído de uma lista de sintomas físicos - nó no estômago, sensação de desgaste físico constante, insônia - e psicológicos - entusiasmo súbito, irritabilidade excessiva, hipersensibilidade emotiva - divididos em três quadros, correspondendo cada quadro a uma das fases do modelo. O respondente deve indicar primeiramente quais sintomas do primeiro quadro experimentou nas últimas 24 horas. A seguir, deve assinalar que sintomas sentiu na última semana dentre os apresentados no quadro 2 e, finalmente, deve assinalar, dentre os sintomas físicos e psicológicos do quadro 3, quais apresentou no último mês. O ISSL permite diagnosticar se a pessoa tem *stress*, em que fase do processo se encontra (alerta, resistência, quase-exaustão e exaustão) e se sua sintomatologia é mais típica da dimensão física ou psicológica.

Foi anexada ao ISSL uma ficha de identificação que solicitava os seguintes dados básicos dos participantes: iniciais dos nomes, sexo, data de nascimento, religião, profissão, situação amorosa, situação de moradia, e, para aqueles que não moravam com a família, frequência de visita à família.

Procedimentos

A pesquisa foi realizada em conformidade com a resolução MS 196/96 do Conselho Nacional de Saúde

e a Resolução CFP nº 016/2000 de 20 de Dezembro de 2000, que trata da ética em pesquisas com seres humanos e deliberação do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade onde foi realizado o estudo e registro no Sisnep - FR - 105787. Todos os participantes colaboraram por livre vontade e subscreveram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A coleta foi feita durante o período letivo, próxima ao fim do primeiro semestre, sendo o inventário aplicado no início ou término da aula, conforme permissão do professor presente na sala. Foi dada uma explicação prévia de como responder ao instrumento, não havendo tempo estipulado para o seu preenchimento.

Foram verificadas as relações entre presença de *stress* e escolaridade, presença de *stress* e sexo, nível de *stress* e escolaridade ($gI=1$) e prevalência de sintomas e escolaridade ($gI=2$) através do teste de qui-quadrado (χ^2), adotando-se uma significância de 5%.

Resultados

A análise da ficha de identificação não indicou diferença estatisticamente significativa nas informações sociodemográficas entre os respondentes com e sem *stress*, exceto pelo sexo.

A amostra pode ser caracterizada em sua maioria por estudantes do sexo feminino (65%), de religião católica (43%), solteiros, o que inclui não ter namorado(a) (70%), moradores de república (61%) e que visitam suas famílias com uma frequência quinzenal (32%).

Os estudantes foram identificados como apresentando ou não *stress*, segundo os critérios estabelecidos no Inventário de Sintomas de Stress de Lipp. Dos 105 participantes da pesquisa, 54% apresentavam *stress*; sendo desse total, 51% da amostra de alunos do primeiro ano e 60% de quarto-antistas. De acordo com a análise estatística ($\chi^2=1,339$), esses números não são suficientes para estabelecer uma relação significativa entre ano escolar e presença de *stress*.

Diferenças também foram notadas entre as quantidades de homens e mulheres avaliados como tendo *stress*. Entre as mulheres, 56% o apresentavam, porém, entre os homens, essa taxa caiu para menos da metade: apenas 27% apresentavam *stress*. Estatística-

mente, os dados ($\chi^2=13,882$) corroboram essa relação, mostrando que a variável sexo exerce influência na presença do *stress*, estando as mulheres mais suscetíveis a ele.

No primeiro ano, 61% das mulheres tinham *stress* contra 29% dos homens. Entre os alunos do quarto ano a diferença ainda é maior: são 75% de mulheres com *stress* para 31% dos homens.

Os alunos estressados se enquadraram em apenas duas das quatro fases relatadas no ISSL: resistência e quase-exaustão. Entre os calouros apenas um aluno estava na fase de quase-exaustão, já no grupo dos veteranos cinco encontravam-se nessa fase. Apesar de haver um número maior de veteranos nessa fase, estatisticamente os números obtidos ($\chi^2=2,725$) também não são relevantes para sugerir que alunos que se encontram no último ano sejam mais propensos a maiores níveis de *stress*.

Em relação à sintomatologia, 14 alunos do primeiro ano em fase de resistência tiveram predominância de sintomas físicos, enquanto o calouro em quase-exaustão apresentou uma frequência igual de tipos de sintomas. No quarto ano, dos 24 alunos em fase de resistência, seis expressaram prevalência de sintomas físicos e 13, de psicológicos. Os cinco estudantes em fase de quase-exaustão apresentaram predominância de sintomas psicológicos, mas o teste do qui-quadrado não aponta nenhuma relação significativa nesses dados ($\chi^2=6,182$).

Nos dados da ficha de identificação não houve diferenças expressivas entre os alunos com e sem *stress*. Houve pequena diferença para as respostas de tipo de moradia e visita à família. A maioria dos estudantes morava em repúblicas, 57% no primeiro ano e 64% no quarto ano. Para os calouros, a quantidade de alunos com e sem *stress* moradores em república é quase a mesma, 17 sem *stress* e 16 com *stress*. Os dados dos alunos veteranos mostram 13 alunos sem *stress* contra 18 com *stress*, para o mesmo tipo de moradia.

Diferenças também podem ser observadas em relação à frequência de visita à família. Quando a visita é feita quinzenalmente, notam-se nove estudantes sem *stress* e cinco com *stress* para os alunos do primeiro ano. Para os alunos quarto-anistas, em relação ao mesmo intervalo de tempo, têm-se três alunos sem *stress* e 13 com *stress*.

Discussão

Independente da idade ou área de atuação, as mulheres normalmente apresentam os maiores níveis de *stress*, o que pode ser notado na pesquisa de Lipp e Tanganelli (2002), na qual foram analisados os níveis de *stress* e qualidade de vida em magistrados da justiça do trabalho. Esse fato também pode ser confirmado pela pesquisa de Calais et al. (2003), e pela pesquisa de Misra e McKean (2000), na qual se verificou a prevalência de *stress* em mulheres.

Misra e Castillo (2004) também obtiveram nos resultados de sua pesquisa que tanto as estudantes universitárias norte-americanas quanto aquelas de outras nacionalidades apresentaram mais reações ao *stress* do que os estudantes do sexo masculino.

Misra, Crist e Burant (2003) investigaram as relações presentes no *stress* cotidiano, suporte social, estressores acadêmicos e reações a estressores em universitários estrangeiros que estudam nos Estados Unidos, e de acordo com seus resultados não houve diferenças significativas entre os sexos quanto aos estressores cotidianos. Entretanto, em relação ao tipo de reação ao *stress* (psicológica, comportamental, cognitiva e emocional), foram verificadas diferenças bastante expressivas, comparando-se os estudantes de ambos os sexos.

Na presente pesquisa, esses dados também podem ser observados, ou seja, entre os calouros e veteranos do curso de Jornalismo analisados, o número de mulheres com *stress* foi maior do que o de homens, conforme diferença significativa apontada através do teste de qui-quadrado disposto nos resultados.

A prevalência de sintomas físicos nos alunos do primeiro ano, contrapondo-se à predominância de sintomas psicológicos presentes nos quarto-anistas, pode ser respaldada com informações encontradas na literatura mundial, como a revisão bibliográfica realizada por Mori (2000), que aponta que os estudantes americanos tendem a manifestar reações emocionais ao *stress*, ao contrário dos estudantes estrangeiros que manifestam, na maioria, reações físicas.

Esses dados sugerem que os veteranos brasileiros podem estar expostos a variáveis semelhantes aos estudantes americanos e, portanto, desenvolvem a mesma tipologia sintomática. Da mesma forma, os

calouros brasileiros e os estudantes estrangeiros, ambos inseridos num contexto marcado pela necessidade de adaptação a uma situação nova, apresentariam uma tendência semelhante quanto ao tipo de reação ao *stress*, a psicológica. No entanto essa variável precisaria ser melhor analisada.

A mudança das solicitações do ambiente acadêmico aos estudantes já no início de seus estudos universitários pode gerar um aumento de responsabilidade, ansiedade e competição bem como possíveis incertezas em relação à escolha profissional, o que pode tornar o contexto universitário um ambiente que favoreça a condição de *stress*.

Os dados da presente pesquisa, embora não exibam a mesma significância estatística dos resultados de Calais et al. (2003), que relatam que os alunos do quarto ano do ensino superior do curso de Odontologia em uma escola particular apresentaram uma prevalência de *stress* em relação aos alunos do primeiro ano, evidenciam resultados com tendência semelhante. Neste trabalho houve uma ligeira predominância de alunos com *stress* no quarto ano, sugerindo assim que haja outras variáveis, como curso, cidade, instituição pública ou privada e tamanho da amostra, que poderiam ser analisadas em novos estudos.

Pode-se atribuir o menor número de alunos com *stress* no primeiro ano a fatores como aumento de responsabilidade, ansiedade e competição, que podem ser equilibrados pelas situações prazerosas também proporcionadas pelo ingresso na vida acadêmica, tais como liberdade, autonomia, aquisição de novas experiências e desenvolvimento de habilidades sociais. Essa situação já não é novidade para os alunos do quarto ano e variáveis como a rotina, a convivência das repúblicas e maiores responsabilidades podem sobrepor-se a elas.

Porém esses dados diferem daqueles obtidos por Misra e McKean (2000) que apontavam os anos iniciais como mais estressores. Segundo os mesmos autores, os estudantes mais velhos conseguem organizar de forma mais efetiva seus compromissos acadêmicos, apresentando assim conseqüentemente menos *stress* e ansiedade. Há que se considerar que os contextos universitário e social diferem de um país para outro.

Há um dado sugestivo quanto à moradia dos estudantes. Durante o primeiro ano as pessoas que

“montam a república” ainda não se conhecem totalmente, as relações ainda são de descobertas e não há grandes conflitos. Ao chegar ao quarto ano, supondo que a república ainda seja formada pelos mesmos moradores, eles já estão mais íntimos. Defeitos, modos e costumes não antes revelados são agora conhecidos entre a maioria, o que poderia ocasionar desordens e intrigas. Tais dificuldades poderiam ser fatores influentes no aparecimento da situação de *stress*. Essa condição poderia ser mais bem revista em outro estudo.

Interessante também o dado sobre as visitas às famílias, que levanta a questão do suporte familiar no princípio e no final do curso. Neste estudo, os formandos que visitam suas famílias quinzenalmente apresentaram maior freqüência de *stress*, sendo aventadas algumas hipóteses quanto à condição estressora: as horas perdidas em viagem impediriam a dedicação necessária aos estudos, e a dificuldade de readaptação ao estilo de vida da família uma vez que esses estudantes aprenderam novas formas de comportamento. Por outro lado, o maior nível de *stress* os levaria a buscar o aconchego familiar, aumentando o número de visitas à família. Em virtude do número de variáveis, outras pesquisas são necessárias.

Considerações Finais

Pesquisas vêm demonstrando que os estudantes universitários têm apresentado níveis de *stress* no decorrer de suas vidas acadêmicas pelo fato de se depararem com mudanças que podem ser consideradas fontes estressoras, como, por exemplo, o aparecimento de novas responsabilidades.

No primeiro ano, quando o calouro ingressa na faculdade, há uma série de expectativas, não só em relação ao curso, mas também à vida universitária em geral. Tendo sido a pesquisa realizada em uma universidade pública, há uma grande quantidade de estudantes vindos de diversas regiões, o que os leva a deixar de morar com a família, gerando a necessidade de criar novas habilidades, como aprender a cozinhar, limpar a casa, pagar as contas e fazer compras.

Além disso, os estudantes têm que conciliar essas tarefas com a vida acadêmica (provas, trabalhos) e a vida social (festas, reuniões com os amigos). Tudo

isso sem o aconchego e suporte familiar. No entanto esses fatores que poderiam ser desencadeadores de *stress* são contrabalançados pelas situações prazerosas também proporcionadas pela vida acadêmica, tais como liberdade, autonomia, aquisição de novas experiências e desenvolvimento de habilidades sociais.

Entre os alunos do quarto ano, as situações antes prazerosas talvez não estejam mais em evidência: o que era novidade pode ter se transformado em rotina, além das diversas responsabilidades que vão se acentuando com o decorrer dos anos.

O dado estatístico de maior relevância encontrado neste trabalho foi a presença de *stress* dominante entre as mulheres, corroborando outros trabalhos e alertando para uma condição que não vem sendo cuidada pela saúde pública com programas especiais tanto de orientação quanto de prevenção.

Este estudo foi possível notar além das diferenças em incidência de *stress* relacionado ao momento acadêmico dos participantes, diferentes variáveis de relativa influência na sua constatação. Dessa forma, novas pesquisas são necessárias de modo a investigar as diferentes fontes estressoras no ambiente acadêmico para que a universidade possa apresentar políticas institucionais que promovam condições para que seus alunos desenvolvam suas potencialidades acadêmicas sem arcar com o custo do *stress* em sua saúde, garantindo-lhes, assim, uma melhor qualidade de vida.

Referências

- Aalto-Setälä, T. (2002). Depressive disorders among young adults. Helsinki: *Publications of the National Public Health Institute*.
- Benzoni, P. E., Carneiro, B. V., Ribeiro, D. P. S. A., Peres, M. R., Marchi, R., & Milaré, S. A. (2004). Tipologia das pesquisas sobre *stress* no Brasil. In M. E. N. Lipp (Org.), *O stress no Brasil: pesquisas avançadas* (pp.205-213). Campinas: Papirus.
- Calais, S. L., Andrade, L. M. B., & Lipp, M. E. N. (2003). Diferenças de sexo e escolaridade na manifestação de *stress* em adultos jovens. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 16 (2), 257-263.
- Chapell, M. S., Blanding, Z. B., Silverstein, M. E., Takahashi, M., Newman, B., Gubi, A., & McCann, N. (2005). Test anxiety and academic performance in undergraduate and graduate students. *Journal of Educational Psychology*, 97 (2), 268-274.
- Cusatis Neto, R., & Andrade, V. C. G. (2004). Análise da produção científica de *stress* da Pontifícia Universidade Católica de Campinas. In M. E. N. Lipp (Org.), *O stress no Brasil: pesquisas avançadas* (pp.197-204). Campinas: Papirus.
- Gregorio, M. A. P. S., Rodríguez, M., Borda, M., & Río, C. (2003). Estrés y rendimiento académico en estudiantes universitarios. *Cuadernos De Medicina Psicosomática y Psiquiatria de Enlace*, (67/68), 26-33.
- Lipp, M. E. N., & Malagris, L. E. N. (2001). O *stress* emocional e seu tratamento. In B. Rangé (Org.), *Psicoterapias cognitivo-comportamentais*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Lipp, M. E. N., & Malagris, L. E. N. (2004). O *stress* no Brasil de hoje. In M. E. N. Lipp (Org.), *O stress no Brasil: pesquisas avançadas* (pp.215-220). Campinas: Papirus.
- Lipp, M. E. 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.
- Lipp, M. E. N. (2000). *Inventário de sintomas de stress para adultos de Lipp - ISSL*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Lipp, M. E. N. (2001). *Stress*: conceitos básicos. In M. E. N. Lipp (Org.), *Pesquisas sobre stress no Brasil: saúde, ocupações e grupos de riscos* (2a.ed., pp.17-29). Campinas: Papirus.
- Lipp, M. E. N. (2004). *Stress* emocional: esboço da teoria de "temas de vida". In M. E. N. Lipp, (Org.), *O stress no Brasil: pesquisas avançadas* (pp.17-28). Campinas: Papirus.
- Lucarelli, M. D. M., & Lipp, M. E. N. (1999). Validação do inventário de sintomas de *stress* infantil - ISS - I. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 12 (1), 71-88.
- Misra, R., & Castillo, L. G. (2004). Academic stress among college students: comparison of American and International students. *International Journal of Stress Management*, 11 (2), 132-148.
- Misra, R., & Mckean, M. (2000). College students' academic stress and its relation to their anxiety, time management, and leisure satisfaction. *American Journal of Health Studies*, 16 (1), 41-51.
- Misra, R., Crist, M., & Burant, C. J. (2003). Relationships among life stress, social support, academic stressors, and reactions to stressors of international students in the United States. *International Journal of Stress Management*, 10 (2), 137-157.
- Mori, S. C. (2000). Addressing the mental health concerns of international students. *Journal of Counseling and Development*, 78, 137-144.
- O'Gata, A. (2004). Prefácio. In M. E. N. Lipp (Org.), *O stress no Brasil: pesquisas avançadas* (pp.11-13). Campinas: Papirus.
- Oliveira, J. B. (2004). *Fontes e sintomas de stress em juizes e servidores públicos: diferenças entre homens e mulheres*. Dissertação de mestrado em Psicologia Clínica não-publicada, Pontifícia Universidade Católica de Campinas.
- Palacios, M., Duarte, F., & Camara, V. M. (2002). Trabalho e sofrimento psíquico de caixas de agências bancárias na cidade do Rio de Janeiro. *Caderno de Saúde Pública*, 18 (3), 843-851.

- Polo, A., Hernández, J. M., & Pozo, C. (1996). Evaluación del estrés académico en estudiantes universitarios. *Ansiedad y Estrés*, 2 (2-3), 159-172.
- Ross, S. E., Niebling, B. C., & Heckert, T. M. (1999). Sources of stress among college students. *College Student Journal*, 33 (2), 312-317.
- Rossa, E. G. O. (2003). *Relação entre o stress e o burnout em professores do ensino fundamental e médio*. Dissertação de mestrado em Psicologia não-publicada, Pontifícia Universidade Católica de Campinas.
- Selye, H. (1970). The evolution of the stress concept: stress and cardiovascular disease. In L. Levi. *Society, stress and disease* (Vol.1, pp.299-311). London: Oxford University Press.
- Selye, H. (1975). Stress and distress. *Comprehensive therapy*, 1 (8), 9-13.
- Silveira, N. M., Vasconcellos, S. J. L., Cruz, L. P., Kiles, R. F., Silva, T. P., Castilhos, D. G., & Gauer, G. J. C. (2005). Avaliação de *burnout* em uma amostra de policiais civis. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 27 (2), 159-163.
- Stacciarini, J. M. R., & Troccoli, B. T. (2001). O *stress* na atividade ocupacional do enfermeiro. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 9 (2), 17-25.
- Tricoli, V. A. C. (2002). Escala de *stress* para adolescentes: construção e validação. Tese de doutorado não-publicada, Programa de Pós Graduação em Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de Campinas.
- Wei, M., Russell, D. W., & Zakalik, R.A. (2005). Adult attachment, social self-efficacy, self-disclosure, loneliness, and subsequent depression for freshman college students: a longitudinal study. *Journal of Counseling Psychology*, 52 (4), 602-614.

Recebido em: 24/5/2006

Versão final reapresentada em: 1/9/2006

Aprovado em: 14/9/2006

Investigação das propriedades psicométricas de uma escala de metas de realização

Investigation of the achievement goals scale psychometrics properties

José Maurício Haas **BUENO**^{1,2}
Rita da Penha Campos **ZENORINI**²
Acácia Aparecida Angeli dos **SANTOS**²
Alice Yuriko **MATUMOTO**³
Juliana **BUCHATSKY**³

Resumo

A motivação para aprender é um fenômeno complexo e relevante, muito discutido na literatura estrangeira, mas pouco explorado no Brasil, principalmente em relação à sua mensuração. O objetivo deste trabalho foi investigar a estrutura fatorial, a precisão e as correlações entre os fatores de uma escala de metas de realização. Os participantes foram 156 estudantes de Psicologia, de ambos os sexos, com 22,3 anos em média, de duas universidades paulistas. Por meio de análise fatorial extraíram-se quatro fatores com precisões de 0,57 a 0,86. O primeiro fator foi relacionado à *meta performance-aproximação*, o segundo à *meta aprender* e o terceiro e quarto fatores a aspectos distintos da *meta performance-evitação*. Com base na análise das cargas fatoriais, correlações entre os fatores e estruturas lingüísticas das frases, foram feitas sugestões que devem auxiliar na continuidade do trabalho para obtenção de uma escala validada e fidedigna para avaliação das metas de realização.

Unitermos: análise fatorial; avaliação psicológica; propriedades psicométricas; teste de validade.

Abstract

The motivation to learn is a complex and relevant phenomenon largely discussed by the foreign literature, but not very much explored in Brazil. Thus, the objective of this study was to investigate the factorial structure, the reliability and the correlations among the factors of a goals achievement scale. Subjects were 156 undergraduate students of Psychology from two universities of São Paulo State, of both genders, whose mean age was 22.3 years. A factorial analysis extracted four factors with reliabilities varying from 0.573 to 0.860. First factor was related to performance approach goal, the second to learning goal, and the third and fourth factors were related to distinct aspects of performance avoidance goal. Based on the factorial loadings, correlations between factors and linguistic structure phrases, suggestions were made to help other studies to obtain a valid and reliable scale to assess the achievement goals.

Uniterms: factor analysis; psychological assessment; psychometric properties; test validity.

▼▼▼▼▼

¹ Universidade Presbiteriana Mackenzie. São Paulo, SP, Brasil.

² Universidade São Francisco, Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Psicologia. R. Alexandre Rodrigues Barbosa, 45, Centro, 13251-900, Itatiba, SP, Brasil. Correspondência para/Correspondence to: J.M.H. BUENO. E-mail: <jmhbueno@uol.com.br>.

³ Psicólogas, graduadas pela Universidade Presbiteriana Mackenzie. São Paulo, SP, Brasil.

A motivação para aprender é um fenômeno bastante complexo e relevante, tornando-se um assunto bastante discutido na literatura estrangeira, mas que no Brasil necessita ser mais explorado. Como bem aponta Ruiz (2005), a sua relevância pode ser apreciada por diferentes ângulos, tendo em vista que esse é um tema incluído entre as principais preocupações de estudiosos direta ou indiretamente ligados à Psicologia e à Educação.

Pintrich e Schunk (2002) enfatizam que a motivação deve ser encarada como um processo e não um produto, embora só seja possível estudá-la pelos comportamentos que ela produz. Eles ressaltam que a motivação envolve objetivos ou metas que requerem esforço, persistência, planejamento, tomada de decisões, solução de problemas, entre outros, além de exigir o conhecimento de como cada um responde às dificuldades, problemas e fracassos encontrados. Os autores chamam a atenção para o fato de que são as expectativas, atribuições e sentimentos que irão ajudar o sujeito a superar as dificuldades e sustentar a motivação.

A teoria de metas de realização surgiu no final da década de 1970 e tem contribuído para o entendimento dos fatores motivacionais que influenciam o comportamento do aluno. O conceito de meta refere-se ao aspecto qualitativo do envolvimento do aluno com situações de aprendizagem, expressando em nível hierárquico o propósito ou o porquê de uma pessoa envolver-se em uma tarefa. Assim, a meta de realização que a pessoa adota representa o motivo ou a razão pela qual ela irá realizar determinada tarefa. Essa teoria vem sendo utilizada amplamente em pesquisas estrangeiras que buscam compreender como os estudantes pensam em si próprios, nas suas tarefas e no seu desempenho (Ames, 1992; Anderman & Maehr, 1994; Dweck & Leggett, 1988; Elliott & Dweck, 1988; Maehr & Midgley, 1991; Meece, Blumenfeld & Hoyle, 1988; Weiner, 1990).

O termo "metas de realização" é definido por Ames (1992) como um conjunto de pensamentos, crenças, propósitos e emoções que traduzem as expectativas dos alunos ao realizarem determinadas tarefas, o que significa que as metas são representadas por modos diferentes de enfrentar as atividades acadêmicas. A autora resalta que quando o aluno desenvolve a crença de que essas metas têm valor e são significativas, bem como quando percebe que suas ações contribuem para alcançar os objetivos pretendidos, ele passa a

direcionar seu comportamento cognitivo e emotivo à realização.

Dois tipos básicos de metas são focalizados nas pesquisas com base na teoria de metas de realização, a saber: a *meta aprender* e a *meta performance* (Dweck & Elliott, 1983; Dweck & Leggett, 1988). Na literatura da área também são encontradas outras denominações, dependendo do autor que as refere, como envolvimento na tarefa e envolvimento do ego (Duda & Nicholls, 1992; Nicholls, 1984) e meta domínio e meta performance (Ames, 1992, Ames & Archer, 1988).

O aluno caracterizado pela *meta aprender* é aquele que acredita que os resultados positivos das atividades acadêmicas são decorrentes de seu esforço, que é um fator interno e sob seu controle. Em razão disso, direciona mais energia às suas atividades, enfrenta os desafios acadêmicos, interpreta os erros como um alerta para adotar novas estratégias e como uma oportunidade de crescimento, utiliza estratégias cognitivas e metacognitivas, o que se aproxima muito do conceito de motivação intrínseca (Ames, 1992).

Já o aluno caracterizado pela *meta performance* necessita comprovar a sua capacidade, sente necessidade de se mostrar inteligente, de se destacar entre os colegas ou de não parecer incapaz, crê que sua capacidade é evidenciada pelo fato de fazer melhor que os outros. Dessa forma, valoriza o reconhecimento público de que foi mais capaz que os demais. Assim, prefere tarefas nas quais possa se sobressair; encara os erros como falta de capacidade, apresentando sentimentos negativos diante do fracasso (Ames, 1992; Anderman & Maehr, 1994; Dweck & Elliot, 1983; Maehr & Midgley, 1991).

Bzuneck (1999) observa que os dados referentes à *meta aprender* têm recebido comprovação em pesquisas mais recentes, proporcionando maior consistência histórica aos resultados comprovados dessa meta. No entanto isso não acontece com a *meta performance*. Muitas pesquisas apontam para seus efeitos prejudiciais enquanto outras descobriram nela aspectos positivos, principalmente quando acompanhada da orientação à *meta aprender*.

Nesse sentido, Elliot e Harackiewicz (1996); Skaalvik (1997) e Urdam (1997) identificaram dois componentes independentes na *meta performance*, quais sejam: o de *aproximação* (buscar parecer inteligente ou de ser o primeiro) e o de *evitação* (não querer parecer incapaz). Tais resultados demonstraram

que o aspecto negativo da *meta performance* pode estar restrito ao componente de *evitação*. Autores como Bouffard, Boisvert, Vezeau e Larouche (1995) acreditam que a orientação adequada é aquela na qual o estudante não está preocupado somente com o conhecimento, mas também em alcançar e demonstrar um desempenho melhor.

Estudos que questionam os aspectos positivos da *meta performance aproximação*, como o de Midgley, Kaplan e Middleton (2001), referem-se a evidências de que essa meta é encontrada mais freqüentemente em meninos do que em meninas, em estudantes mais velhos do que nos mais jovens, e em ambientes de aprendizagem competitivos. Os autores questionam se, diante do fracasso, o aluno orientado à *meta performance aproximação* pode tender à *meta performance evitação*.

Em um trabalho de revisão sobre essa teoria, Harackiewicz, Barron, Pintrich, Elliot e Thrash (2002) destacam os benefícios da *meta performance aproximação* associada à *meta aprender*. Os autores apontam três razões importantes para essa revisão: (a) a importância de separar os componentes *aproximação* e *evitação* da *meta performance* (Elliot, 1999; Elliot & Harackiewicz, 1996; Pintrich, 2000); (b) o potencial positivo da *meta performance aproximação* em relação à *meta aprender* (Harackiewicz, Baron & Elliot, 1998) e (c) a identificação de modelos nos quais a *meta performance aproximação* se combina com a *meta aprender* para promover uma ótima motivação (Barron & Harackiewicz, 2000, 2001; Pintrich, 2000). Essas pesquisas endossam uma perspectiva de que é importante a aceitação da existência de metas múltiplas para a compreensão da motivação para a realização.

Grant e Dweck (2003) consideram que os estudos que abordam as metas de realização têm esclarecido os processos básicos da motivação, ressaltando que há controvérsias com relação aos impactos dessas metas. Relatam um estudo longitudinal realizado em um curso de preparação de alunos para o curso de medicina, cujo resultado demonstrou que o impacto das *metas aprender* e *performance* depende de como elas são operacionalizadas. Os resultados obtidos indicaram a *meta aprender* como uma forma ativa de lidar com situações desafiadoras e a *meta performance* associada à desistência diante de dificuldades e a um desempenho mais baixo.

Com o objetivo de investigar os três tipos de metas - *aprender*, *performance aproximação* e *perfor-*

mance evitação - e suas relações com exames de alunos não graduados, McGregor e Elliot (2002) encontraram um modelo indicador diferencial para cada uma das metas. A *meta aprender* relacionou-se com processos positivos (enfrentamento de desafios, concentração na preparação para uma atividade, por ex.), a *meta performance aproximação* apresentou-se relacionada a um conjunto mais limitado de processos positivos (avaliações dos desafios, aspiração às notas), e a *meta performance-evitação* relacionou-se a processos negativos (análise de ameaças, ansiedade antecipada a exames).

A motivação do estudante do ensino superior é um tema que vem sendo estudado por alguns pesquisadores brasileiros, tais como: Boruchovitch e Costa, (2001), Boruchovitch e Martini (1997), Bzuneck (1999, 2001), Cardoso (2002), Gombi (1999), Guimarães (2001, 2003), Guimarães, Bzuneck e Sanches (2002), Zenorini e Santos (2003), Ruiz (2005). Essas pesquisas utilizam diferentes enfoques, entre os quais a teoria de metas de realização.

O estudo realizado por Zenorini, Santos e Bueno (2003) buscou estabelecer evidências de validade da Escala de Sensibilidade às Diferentes Metas de Realização, desenvolvida por Midgley et al. (1998), que inclui os três tipos de metas referidas. Os autores identificaram a presença de um índice de precisão satisfatório para a *meta aprender* ($\alpha=0,72$) e para a *meta performance* ($\alpha=0,84$). No entanto, quando submetidas à análise fatorial, as metas se agruparam diferentemente do previsto, separando os itens em apenas dois fatores (*meta aprender* e *meta performance*). Os autores ressaltam que uma possível interpretação pode estar no fato de os sujeitos não terem percebido diferenças nos componentes *aproximação* e *evitação* da *meta performance*, impossibilitando a análise do aspecto positivo desse tipo de meta.

Os resultados encontrados por Zenorini et al. (2003) foram consistentes com os encontrados em outras pesquisas e revelaram uma alta correlação entre a *meta aprender* e o uso de estratégias de aprendizagem mais complexas. No entanto a *meta aprender* não apresentou correlação significativa com o desempenho acadêmico dos alunos. Um outro dado importante encontrado no estudo foi a diferença significativa na variável gênero. As participantes do sexo feminino mostraram-se mais orientadas à *meta aprender*, utili-

zando-se mais freqüentemente de estratégias de aprendizagem e apresentando melhor rendimento acadêmico.

Um ponto recorrente destacado pelas pesquisas citadas é a necessidade de intensificar estudos que levem em conta os diferentes efeitos das metas de realização. No entanto ainda não existe um instrumento brasileiro capaz de discriminar as modalidades *aproximação* e *evitação* da *meta performance*. Diante disso, este trabalho foi proposto com os objetivos de investigar a estrutura fatorial da Escala de Sensibilidade às Diferentes Metas de Realização, sua precisão e eventuais correlações entre os fatores.

Método

Participantes

Participaram da coleta de dados 156 sujeitos, dos quais 93 (59,6%) pertenciam ao curso de Psicologia, período diurno, de uma instituição de ensino superior (IES) da cidade de São Paulo, de nível socioeconômico mais alto, e 63 (40,4%) pertenciam ao curso de Psicologia, período noturno, de uma IES de uma cidade do interior de São Paulo, de nível socioeconômico mais baixo. A amostra é predominantemente do sexo feminino (84,6%). A idade dos sujeitos variou de 18 a 45 anos, com a média em 22,3 e desvio-padrão de 4,5.

Instrumentos

Foi utilizada a Escala de Sensibilidade às Diferentes Metas de Realização (Zenorini et al., 2003), composta por 17 itens que devem ser avaliados pelos sujeitos através da atribuição de pontos de 1 a 4, conforme concordem plenamente (4 pontos), concordem (3 pontos), discordem (2 pontos) ou discordem plenamente (1 ponto). A pontuação máxima possível é de 68 pontos e a mínima de 17 pontos.

Procedimentos

A aplicação dos instrumentos foi realizada pelos próprios pesquisadores, em situação de sala de aula, após a informação sobre as características da pesquisa

e a obtenção do consentimento livre e esclarecido dos sujeitos que concordaram em participar. Os dados foram armazenados em uma planilha eletrônica, e para atingir os objetivos propostos, foram realizadas análises de estatística descritiva, fatorial, correlacional e do coeficiente alfa de Cronbach. Foram considerados significativos os resultados que obtiveram $p < 0,05$.

Resultados

A medida de adequação da amostra de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) foi de 0,81, que indicou uma boa adequação dos dados à análise fatorial. Ao lado disso, o teste de esfericidade de Bartlett foi significativo ao nível de 0,001 ($\chi^2=831,7$; $gl=136$), mostrando que houve correlações suficientes entre as variáveis para o emprego da análise fatorial.

Os dados foram então submetidos a uma análise fatorial exploratória, com extração dos fatores por análise dos componentes principais e rotação varimax. Foram obtidos quatro fatores com *eigenvalues* acima de um, capazes de explicar 59,1% da variância total. Na Tabela 1 são apresentadas as cargas fatoriais superiores a 0,30, os *eigenvalues* e os coeficientes alfa de Cronbach dos fatores.

Observou-se que o primeiro fator, com *eigenvalue* igual a 3,9, explicou 23,0% da variância total por meio de nove itens, cujas cargas fatoriais foram de 0,427 a 0,827, e com uma consistência interna de 0,86. O segundo fator, com *eigenvalue* 3,0, explicou 17,6% da variância total por meio de seis itens, com cargas fatoriais de 0,56 a 0,81, e com uma consistência interna de 0,78. O terceiro fator apresentou *eigenvalue* igual a 1,8, explicando 10,3% da variância total, por meio de quatro itens, com cargas fatoriais que vão de -0,32 a 0,82, e consistência interna de 0,57. Finalmente, o quarto fator reuniu cinco itens, com cargas fatoriais que vão de -0,39 a 0,79, resultando em um *eigenvalue* de 1,4, correspondente a 8,2% da variância total, e com uma consistência interna de 0,61.

As pontuações do fator 1, que teoricamente poderiam variar de 9 a 36, na realidade variaram de 9 a 34, abrangendo quase que toda a amplitude possível e com boa variabilidade (4,6). A média desse fator (15,4)

Tabela 1. Cargas fatoriais, *eigenvalues* e coeficientes alfa de Cronbach.

Itens	1	2	3	4
10. Sucesso na escola, para mim, é fazer as coisas melhor que a maioria da classe.	0,827			
12. É muito importante, para mim, fazer as tarefas melhor que os colegas.	0,805			
6. Na minha turma, eu quero me sair melhor que todos os demais.	0,778			
15. Gostaria de mostrar aos meus professores que eu sou mais inteligente do que os outros.	0,757			0,437
11. A razão pela qual me dedico às tarefas escolares é para que os professores não fiquem pensando que eu sei menos que os outros.	0,630			0,336
7. Uma razão importante pela qual eu estudo é que eu não quero passar vexame.	0,581			
3. Eu me sentiria bem se eu fosse o único que pudesse responder às perguntas do professor em classe.	0,471			
14. Uma razão pela qual eu faço minhas tarefas escolares é que eu gosto delas.		0,814		
13. Faço minhas tarefas escolares porque estou interessado nelas.		0,793		
8. Uma importante razão pela qual eu estudo pra valer é porque eu quero aumentar meus conhecimentos.		0,696		-0,315
4. Uma razão importante pela qual eu faço as tarefas escolares é porque eu gosto de aprender coisas novas.		0,684	-0,316	
2. Gosto dos trabalhos escolares com os quais eu aprendo algo, mesmo que cometa um bocadinho de erros.		0,574		
5. Eu gosto mais das tarefas quando elas me fazem pensar.		0,556		-0,394
1. É muito importante para mim que eu não apareça como burro na minha classe.			0,821	
16. Procuro sair-me bem nas tarefas escolares para que os outros não fiquem pensando que eu sou burro.	0,427		0,665	
17. Um dos meus principais objetivos é nunca dar a impressão de que eu não consigo dar conta da tarefa.	0,438		0,553	
9. Uma razão pela qual eu não participo da aula é evitar parecer ignorante.				0,790
<i>Eigenvalue</i>	3,900	3,000	1,800	1,400
Coeficiente Alfa de Cronbach	0,860	0,780	0,573	0,612

ficou bem abaixo do ponto central da amplitude total (22,5). No fator 2, as pontuações podiam variar de 6 a 24, mas a amplitude obtida foi de 13 a 24, com média (19,5) situada acima do ponto central da amplitude total (15), e baixa variabilidade (2,7). No fator 3, as pontuações podiam variar de 4 a 16, mas nesse grupo de sujeitos variaram de 4 a 14, com média (8,3) pouco abaixo do ponto central da amplitude total (10), e baixa variabilidade (2,1). No fator 4, as pontuações podiam variar de 5 a 20, mas variaram de 5 a 18, com média (8,3) ficando bem abaixo do ponto central da amplitude total (12,5), e apresentando baixa variabilidade (2,1). A Tabela 2 apresenta os coeficientes de correlação de Pearson entre os quatro fatores obtidos.

Constatou-se que não houve correlação estatisticamente significativa entre os fatores 1 e 2. No entanto houve correlações significativas e positivas entre os fatores 1, 3 e 4, correlações significativas e negativas entre o fator 2 e o fator 3, bem como entre o fator 2 e o fator 4.

Tabela 2. Coeficientes de correlação de Pearson entre os fatores.

Fator	Fator		
	1	2	3
2	-0,140		
3	0,633*	-0,357*	
4	0,598*	-0,551*	0,418*

* Correlações significativas ao nível de 0,01.

Discussão

A análise fatorial revelou a possibilidade de agrupamento dos itens em quatro fatores, com a preservação de uma boa porcentagem da variância total (59,1%). No entanto os dois primeiros fatores podem ser considerados como mais importantes, pois apresentaram *eigenvalues* mais significativos e foram responsáveis pela explicação de 41,6% da variância total.

Os índices de fidedignidade dos dois primeiros fatores podem ser considerados razoáveis, enquanto os dois últimos são considerados insuficientes (Anastasi &

Urbina, 2000; Pasquali, 2003). Os dois primeiros fatores apresentaram os melhores resultados, indicando que possuem uma quantidade de variância verdadeira maior que a variância de erro. Nos fatores 3 e 4 isso não ocorreu, sugerindo que nesses fatores os itens ainda estejam avaliando outras coisas (desconhecidas) que não as desejáveis. A análise mais pormenorizada dos fatores pode ajudar a compreender a causa desse resultado.

O primeiro fator apresentou cinco itens com carga superior a 0,3 exclusivamente nesse fator, dois com carga também no quarto fator e dois com carga no terceiro fator. A análise de conteúdo dos itens exclusivos do fator 1 permite interpretá-lo como compatível à definição de *meta performance aproximação* (Elliot & Harackiewicz, 1996; Skaalvik, 1997; Urdam, 1997), especialmente em relação ao desejo de se sair melhor do que os demais. A estrutura dessas frases envolve a descrição de uma ação (estudar, dedicar-se, mostrar aos outros) que tem como consequência um efeito positivo em termos de desempenho escolar (ser melhor do que os demais).

Seis itens apresentaram carga superior a 0,3 no segundo fator. Três deles apresentaram carga exclusivamente no segundo fator, um apresentou carga negativa e menor no terceiro fator e outros dois itens também apresentaram cargas negativas e menores no quarto fator. A análise do conteúdo desses itens sugere claramente a interpretação compatível com o conceito de *meta aprender* (Dweck & Elliott, 1983; Dweck & Leggett, 1988), com frases que descrevem uma ação (estudar, fazer tarefas escolares) realizada por algum tipo de envolvimento com a própria tarefa (gosto delas, quero aumentar meus conhecimentos, me fazem pensar, estou interessado nelas).

Os fatores 3 e 4 apresentaram algumas características semelhantes. Ambos se constituíram predominantemente por itens que também apresentaram cargas nos fatores 1 e 2, apresentaram apenas um item com carga elevada e exclusiva em cada um dos fatores, e a análise de conteúdo dos itens sugere a interpretação compatível com o conceito de *meta performance evitação* (Elliot & Harackiewicz, 1996; Skaalvik, 1997; Urdam, 1997). Porém há uma distinção significativa a ser feita com relação às estruturas das frases. A que apresentou carga elevada e exclusivamente no fator 3 descreve uma situação em que o sujeito considera importante evitar uma consequência negativa (parecer "burro" perante a

classe), enquanto o item exclusivo do fator 4 descreve uma situação em que o sujeito evita uma ação (não participa da aula) para evitar uma consequência negativa (parecer ignorante).

A falta de um número maior de frases com estruturas semelhantes às exclusivas dos fatores 3 e 4 só nos permite levantar uma hipótese quanto ao acréscimo de um fator relacionado à *meta performance evitação*. Nesse caso, poderia haver um fator relacionado a considerar importante evitar consequência negativa ou agir para evitar consequência negativa (É muito importante para mim que eu não apareça como burro na minha classe), e outro relacionado à evitação da ação para evitar consequência negativa (Uma razão pela qual eu não participo da aula é evitar parecer ignorante). Outros estudos poderiam investigar essa questão específica, verificando o efeito que o acréscimo de itens com estruturas lingüísticas semelhantes a essas causaria tanto na estrutura fatorial quanto na fidedignidade desses fatores.

Outra observação interessante diz respeito aos itens que apresentaram cargas em mais de um fator. Quando isso acontece, o item, em geral, é considerado ruim por apresentar variância concomitantemente com dois fatores distintos. Portanto uma análise desses itens pode ser importante no sentido de mostrar o que deve ser evitado em uma futura revisão do instrumento.

Os itens que apresentaram carga no fator 1 e também nos fatores 3 ou 4 possuem o mesmo tipo de estrutura lingüística do fator 3, relacionada ao fato de que o estudante faz algo para evitar consequência negativa, ou considera importante evitar consequência negativa. Ou seja, esses itens parecem ter apresentado carga em ambos os tipos de *meta performance* porque uma parte da frase se refere à implementação de uma ação, enquanto outra parte se refere à evitação de uma consequência. Dito de outra forma, é possível que esses itens estejam interferindo negativamente na distinção entre os dois tipos de *meta performance*: *aproximação* e *evitação*. Ao lado disso, alguns itens que apresentaram carga mais elevada no fator 2 também apresentaram carga menor e negativa nos fatores 3 ou 4. Esse dado sugere a existência de correlação negativa entre *meta aprender* e *meta performance- evitação*.

De fato, as correlações entre os fatores mostram que não houve relação entre *meta performance aproximação* e *meta aprender* (F1 e F2), houve relação

entre *meta performance aproximação* e *meta performance evitação* (F3 e F4), e também houve relação inversa entre *meta aprender* (F2) e os dois fatores relacionados à *meta performance evitação* (F3 e F4). Por este estudo não é possível saber qual tipo de meta ou qual associação entre as metas produz um bom desempenho escolar, já que esse não foi o objetivo deste trabalho, mas mostra que a *meta aprender* pode estabelecer uma relação mais estável e negativa com a *performance evitação* e não com a *performance aproximação*.

Esse achado teria uma implicação de natureza prática, já que alguns estudos prevêm que o melhor desempenho escolar seja fruto de uma associação entre a *meta aprender* e a *meta performance aproximação* (Bouffard et al., 1995; Harackiewicz et al., 1998), e no presente trabalho estaria mostrando que essa associação, embora desejável, não necessariamente ocorre de maneira natural. A forma como a Psicologia poderia ajudar os alunos a encontrar a medida adequada de associação entre essas duas metas é uma questão a ser respondida por meio da realização de outras pesquisas.

Com base nos índices de correlações observadas, os fatores 1, 3 e 4, todos relacionados à *meta performance*, estão altamente correlacionados entre si. Ao lado disso, o fator 2 (*meta aprender*) correlacionou-se negativamente com os fatores 3 e 4, relacionados à *meta performance evitação*. Ou seja, a *meta performance evitação* associa-se tanto com a *meta performance aproximação* (positivamente) quanto com a *meta aprender* (negativamente) mas as *metas aprender* e *performance aproximação* não se correlacionam entre si. Esse dado nos permite levantar a hipótese de que a *meta performance evitação* seja o elemento balizador entre as *metas aprender* e *performance aproximação*.

Nesse sentido, a associação da *meta performance evitação* com a *meta performance aproximação* poderia trazer resultados negativos, como sugere o estudo de Midgley et al. (2001), com a hipótese de que, diante do fracasso, o aluno orientado à *meta performance aproximação* poderia tender à *meta performance evitação*. Entretanto, a associação inversa (negativa) entre *meta performance evitação* e *meta aprender* poderia estar associada ao prazer encontrado no estudo.

Uma vez que essas duas variáveis apareceram associadas negativamente, pode-se supor que o

aumento da *meta performance evitação*, acompanhado pela diminuição da *meta aprender*, levaria à percepção do estudo como uma tarefa desprazível. Ao lado disso, a diminuição da *meta performance evitação* e o consequente aumento da *meta aprender* levariam à percepção do estudo como uma tarefa mais prazerosa. Essas questões também ficam como sugestões para investigação futura.

Considerações Finais

Considerando a relação entre as metas de realização e os fatores motivacionais que interferem no sucesso e no fracasso dos estudantes em sua vida escolar, e o impacto que a possibilidade de mensurar essas variáveis poderia ter no desenvolvimento de estratégias de intervenção psicoeducacional, a realização deste estudo foi proposta com os objetivos de: investigar a estrutura fatorial da Escala de Sensibilidade às Diferentes Metas de Realização, sua precisão e as correlações entre os fatores.

Os resultados encontrados confirmam a estruturação das metas de realização em *meta aprender*, *meta performance aproximação* e *meta performance evitação*, e acrescentam a sugestão de que a *meta performance evitação* possa ser subdividida em um fator relacionado a “considerar importante a evitação de consequência negativa” (fator 3) e outro relacionado a “evitar uma ação para evitar sua consequência negativa” (fator 4). Diante disso, sugere-se a realização de outro estudo para a inclusão de itens com essas estruturas e a eliminação de itens com a estrutura “fazer algo para evitar consequência negativa”, já que esse tipo de estrutura lingüística parece interferir negativamente na distinção entre os aspectos *aproximação* e *evitação* da *meta performance*.

Dessa forma, este trabalho aponta caminhos possíveis para a continuidade do desenvolvimento de um instrumento para avaliação das metas de realização. Deve ser compreendido como uma etapa do processo e não como seu resultado final. Mostra como o trabalho de construção de um instrumento de avaliação psicológica é árduo e complexo, e, muitas vezes, deve ser realizado em etapas para que os problemas possam ser superados.

Referências

- Ames C., & Archer, J. (1988). Achievement goals in the classroom: student's learning strategies and motivational processes. *Journal of Educational Psychology, 80* (3), 260-267.
- Ames, C. (1992). Classrooms: goals, structures, and student motivation. *Journal of Education Psychology, 84* (3), 261-271.
- Anastasi, A., & Urbina, S. (2000). *Testagem psicológica*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Anderman, E. M., & Maehr, M. L. (1994). Motivation and schooling in the middle grades. *Review of Education Research, 64* (2), 287-309.
- Barron, K. E., & Harackiewicz, J. M. (2000). Achievement goals and optimal motivation: a multiple goals approach. In I. C. Sansone & J. M. Harackiewicz (Orgs.), *Intrinsic and extrinsic motivation: the search for optimal motivation and performance* (pp.229-254). New York: Academic Press.
- Barron, K. E., & Harackiewicz, J. M. (2001). Achievement goals and optimal motivation: testing multiple goal models. *Journal of Personality and Social Psychology, 80* (5), 706-722.
- Boruchovitch, E., & Costa, E. R. (2001). O impacto da ansiedade no rendimento escolar e na motivação de alunos. In E. Boruchovitch & J. A. A. Bzuneck (Orgs.), *A motivação do aluno. Contribuições da psicologia contemporânea* (pp.134-147). Petrópolis: Vozes.
- Boruchovitch, E., & Martini, M. L. (1997). As atribuições de causalidade para o sucesso e o fracasso escolar e a motivação para a aprendizagem de crianças brasileiras. *Arquivos Brasileiros de Psicologia, 49* (3), 59-71.
- Bouffard, T., Boisvert, J., Vezeau, C., & Larouche, C. (1995). The impact of goal orientation on self-regulation and performance among college students. *British Journal of Educational Psychology, 65*, 317-29.
- Bzuneck, A. (1999). Uma abordagem sócio-cognitivista à motivação do aluno: a teoria de metas de realização. *Psico-USF, 4* (2), 51-66.
- Bzuneck, J. A. (2001). A motivação do aluno: aspectos introdutórios. In E. Boruchovitch & J. A. A. Bzuneck (Orgs.), *A motivação do aluno. Contribuições da psicologia contemporânea* (pp.9-36). Petrópolis: Vozes.
- Cardoso, L. R. (2002). *Uso de estratégias de aprendizagem e suas relações com metas de realização: um estudo no ensino superior*. Dissertação de mestrado em Educação não-publicada, Universidade Estadual de Londrina.
- Duda, J. L., & Nicholls, J. G. (1992). Dimensions of achievement motivation in school work and sport. *Journal of Education Psychology, 84* (3), 290-299.
- Dweck, C. S., & Elliott, E. S. (1983). Achievement Motivation. In E. H. Hetherington & P. H. Mussen. *Handbook of child Psychology: socialization, personality and social development* (pp. 643-692). New York: Wiley.
- Dweck, C. D., & Leggett, E. L. (1988). A social-cognitive approach to motivation and personality. *Psychological Review, 95* (2), 256-273.
- Elliot, E. S., & Dweck, C. S. (1988). Goals: an approach to motivation and achievement. *Journal of Personality and Social Psychology, 54* (1), 5-12.
- Elliot, A. J., & Harackiewicz, J. M. (1996). Approach and avoidance achievement goals and intrinsic motivation: a mediational analysis. *Journal of Personality and Social Psychology, 70* (3), 461-475.
- Elliot, A. J. (1999). Approach and avoidance motivation and achievement goals. *Educational Psychologist, 34*, 169-189.
- Gombi, R. B. O. (1999). *Orientações motivacionais e emprego de estratégias de aprendizagem no estudo da disciplina de Sociologia em cursos superiores*. Dissertação de mestrado em Educação não-publicada, Universidade Estadual de Londrina.
- Grant, H., & Dweck, C. S. (2003). Clarifying achievement goals and their impact. *Journal of Personality and Social Psychology, 85* (3), 541-553.
- Guimarães, S. E. R. (2001). Motivação intrínseca, extrínseca e o uso de recompensas. In E. Boruchovitch & J. A. A. Bzuneck (Orgs.), *A motivação do aluno: contribuições da psicologia contemporânea* (pp. 37-57). Petrópolis: Vozes.
- Guimarães, S. E. R. (2003). *Avaliação do estilo motivacional do professor: adaptação e validação de um instrumento*. Tese de doutorado não-publicada, Universidade Estadual de Campinas.
- Guimarães, S. E. R., Bzuneck, J. A. A., & Sanches, S. F. (2002). Psicologia educacional nos cursos de licenciatura: a motivação dos estudantes. *Psicologia Escolar e Educacional, 6* (1), 11-19.
- Harackiewicz, J. M., Barron, K. E., & Elliot, A. J. (1998). Rethinking achievement goals: when are they adaptive for college students and why? *Educational Psychologist, 33*, 1-21.
- Harackiewicz, J. M., Barron, K. E., Pintrich, P. R., Elliot, A., & Thash, T. M. (2002). Revision of achievement goal theory: necessary and illuminating. *Journal of Educational Psychology, 94* (3), 638-645.
- Maehr, M. L., & Midgley, C. (1991). Enhancing student motivation: a school wide approach. *Educational Psychologist, 26* (3/4), 399-427.
- McGregor, H. A., & Elliot, A. J. (2002). Achievement goals as predictors of achievement-relevant processes prior to task engagement. *Journal of Educational Psychology, 94* (2), 381-395.
- Meece, J. L., Blumenfeld, P. C., & Hoyle, R. H. (1988). Student's goal orientation and cognitive engagement in classroom activities. *Journal of Educational Psychology, 80* (4), 514-523.
- Midgley, C., Kaplan, A., & Middleton, M. (2001). Good for what, for whom, under what circumstances, and at what cost? *Journal of Educational Psychology, 93* (1), 77-86.
- Midgley, C., Kaplan, A., Middleton, M., Maehr, M. L., Urdan, T., Anderman, L. H., Anderman, E., & Roeser, R. (1998). The development and validation of scales assessing students' achievement goals orientations. *Contemporary Educational Psychology, 23*, 113-131.

- Nicholls, J. G. (1984). Conceptions of ability and achievement motivation. In R. Ames & C. Ames (Orgs.), *Research on motivation in education: student motivation* (pp.39-73). New York: Academic Press.
- Pasquali, L. (2003). *Psicometria: teoria dos testes na Psicologia e na Educação*. Petrópolis: Vozes.
- Pintrich, P. R., & Schunk, D. H. (2002). *Motivation in education: theory research and applications*. New Jersey: Pearson Education Inc.
- Pintrich, P. R. (2000). Multiple goals, multiple pathways: the role of goal orientation in learning and achievement. *Journal of Educational Psychology*, 92 (3), 544-555.
- Ruiz, V. M. (2005). *Aprendizagem em universitários: variáveis motivacionais*. Tese de doutorado não-publicada, Pontifícia Universidade Católica de Campinas.
- Skaalvick, E. M. (1997). Self-enhancing and self-defeating ego orientation: relations with task and avoidance orientation, achievement, self-perceptions, and anxiety. *Journal of Educational Psychology*, 89 (1), 71-81.
- Urda, T. C. (1997) Achievement goal theory: Past results, future diretions. In M. L. Maehr & P. R. Pintrich (Orgs.), *Advances in motivation and achievement* (pp.99-141). Greenwich, CT.: JAI Press.
- Zenorini, R. P. C., & Santos, A. A. A. (2003). A motivação e a utilização de estratégias de aprendizagem em universitários. In E. Mercuri & S. A. J. Polydoro. *Estudante universitário: características e experiências de formação* (pp. 67-86). Taubaté: Cabral Editora.
- Zenorini, R. P. C., Santos, A. A. A., & Bueno, J. M. H. (2003). Escala de avaliação das metas de realização: estudo preliminar de validação. *Avaliação Psicológica*, 2 (2), 165-173.

Recebido em: 25/5/2006
Aprovado em: 16/8/2006

A prática do psicólogo hospitalar em equipe multidisciplinar¹

The practice of hospital psychologist in a multidisciplinary team

Aline Maria **TONETTO**²
William Barbosa **GOMES**³

Resumo

Este trabalho analisa a interação estabelecida no hospital entre a Psicologia e a Enfermagem para identificar aspectos capazes de promover a ação multidisciplinar. Foram entrevistadas sete psicólogas hospitalares, três enfermeiras, e observadas várias situações de intervenção psicológica. Os conteúdos obtidos foram analisados qualitativamente através de três etapas sinérgicas: descrição, análise indutiva e análise crítica. A descrição e a análise indutiva trazem a questão do poder hierárquico e da visão reducionista do médico como obstáculo à prática multidisciplinar. A Enfermagem reconhece a importância da intervenção psicológica, mas avalia que o psicólogo nem sempre consegue justificar a pertinência de um atendimento à equipe. A análise crítica destacou que a prática multidisciplinar depende de o psicólogo deslocar o foco da doença em si para uma visão mais integrada do processo saúde-doença, o que implica ser capaz de justificar procedimentos psicológicos de forma clara e objetiva.

Unitermos: enfermagem; hospitais; intervenção psicológica.

Abstract

The interaction between hospital psychologists and nursing professionals is examined in order to identify the multidisciplinary activity aspects. Seven hospital psychologists and three nurses were interviewed. Also, the psychologists' activities carried out in different hospital settings were observed. The results were analyzed qualitatively through three synergic steps: description, inductive analysis and critical analysis. The description and the inductive analysis brought up the hierarchical power and doctors' reduced vision as obstacles to the multidisciplinary practice. While nursing acknowledges the importance of the psychological intervention, they consider psychologists rarely justify its importance to the team. The critical analysis showed that the multidisciplinary practice depends on the psychologist to displace the focus from the illness towards a more integrated vision of the health-illness process. Such a displacement involves the competency to justify psychological procedures in a clear and objective way.

Uniterms: nurses; hospitals; psychological intervention.

O trabalho em equipe é hoje uma prática crescente no atendimento à saúde (Bucher, 2003; Maclean, Plotnikoff & Moyer, 2000; Moré, Crepaldi, Queiroz, Wendt & Cardoso, 2004; Remor, 1999; Seidl & Costa, 1999; Wild, Bowden & Bell, 2003). As equipes se caracterizam pelo

modo de interação presente na relação entre profissionais (Chiatton, 2000; Maclean et al., 2000), que pode ser interdisciplinar, multidisciplinar e transdisciplinar.

A interação é interdisciplinar quando alguns especialistas discutem entre si a situação de um paciente

▼▼▼▼

¹ A pesquisa contou com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior e do Conselho Nacional do Desenvolvimento Científico e Tecnológico (Proc. nº 471273/2003-1)

² Mestre em Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Porto Alegre, RS, Brasil.

³ Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Instituto de Psicologia. Rua Ramiro Barcelos, 2600, 90035-003, Porto Alegre, RS, Brasil. Correspondência para/Correspondence to: W.B. GOMES. E-mail: <gomesw@ufrgs.br>.

sobre aspectos comuns a mais de uma especialidade. É multidisciplinar quando existem vários profissionais atendendo o mesmo paciente de maneira independente. É transdisciplinar quando as ações são definidas e planejadas em conjunto. Na prática, poucos são os trabalhos que contemplam essa diferenciação. Independente do termo empregado, há expectativas de que profissionais da saúde sejam capazes de ultrapassar o desempenho técnico baseado em uma única arte ou especialização (Bucher, 2003; LoBianco, Bastos, Nunes & Silva, 1994).

Reconheça-se, contudo, que o interesse pelo trabalho em equipe multidisciplinar vem se fortalecendo, tendo como base a crescente aceitação do modelo biopsicossocial de saúde. Nesse modelo, saúde é definida como o bem-estar físico, mental e social, em contraste com o modelo biomédico tradicional para o qual saúde é a ausência de doença (Organização Panamericana da Saúde, 1996).

A organização ou mobilização de equipes está associada à complexidade da demanda (Crepaldi, 1999). Nessas situações, os profissionais se deparam com seus próprios limites e encontram nos colegas de outras formações subsídios para a compreensão e atendimento do caso em questão. No entanto, tal atitude não é uma conduta padrão, podendo variar conforme a tradição profissional, a característica do grupo de trabalho e o tipo de intervenção (Chiattonne, 2000). Na verdade, o trabalho em equipe traz novos desafios, exigindo competências e habilidades para o trabalho em grupo e para a justificação clara e objetiva de procedimentos técnicos pertencentes à dada especialidade.

No âmbito hospitalar, a falta de clareza quanto às atribuições dos diferentes profissionais, principalmente em profissões emergentes, é um dos fatores que dificulta o trabalho em equipe. O hospital é uma instituição complexa, que envolve um grande número de especialidades. Esses profissionais são preparados para tomar decisões importantes em curto espaço de tempo. Tradicionalmente, tais decisões competem aos médicos. No entanto, com o aparecimento de novas especialidades, os médicos contam hoje com o auxílio de diversos profissionais de campos emergentes. Um desses campos é a Psicologia.

A crescente inserção da Psicologia em equipes de saúde é hoje um fato reconhecido (LoBianco et al.,

1994). No âmbito hospitalar, sabe-se que a Psicologia vem participando mais ativamente na definição de condutas e tratamentos (Romano, 1999). Contudo, há queixas entre psicólogos de que muitas das suas observações clínicas não são prontamente aceitas pelas equipes. Tais dificuldades têm gerado discussões sobre qual o modo mais apropriado da Psicologia se inserir nas equipes multidisciplinares.

Uma primeira condição para o trabalho multidisciplinar efetivo do psicólogo é a clareza de suas atribuições e das expectativas concernentes a sua especificidade (Romano, 1999). No caso de estarem esclarecidas as atribuições do psicólogo, espera-se que ele seja capaz de se mostrar competente o suficiente para que sua prática seja vista como necessária (Chiattonne, 2000; Moré et al., 2004).

Uma das dificuldades apontadas na relação do psicólogo com a equipe é a ausência de linguagem clara e objetiva. Em contraste, Seidl e Costa (1999) informaram que tais dificuldades diminuem quando o psicólogo é pós-graduado, desenvolve atividades de pesquisa e participa de eventos científicos.

Em estudo realizado na Escócia, Wild et al. (2003) verificaram que o baixo índice de encaminhamento para tratamento psicológico estava mais relacionado à falta de compreensão da prática do que à desconfiança dos métodos. A partir desses resultados, os autores concluíram que há necessidade dos psicólogos hospitalares investirem em canais de comunicação que permitam divulgar e esclarecer o trabalho que realizam ou podem realizar em hospitais.

Apesar dos avanços obtidos, o trabalho em equipe ainda constitui um importante desafio para o desenvolvimento da Psicologia Hospitalar (Seidl & Costa, 1999; Yamamoto & Cunha, 1998). Gavião e Pinto (2000) ouviram 80 psicólogos que trabalhavam em hospital e concluíram que o compromisso interprofissional é ainda muito idealizado. Com efeito, a intervenção multidisciplinar não ocorre de modo freqüente e sistemático (Bucher, 2003; Crepaldi, 1999), podendo ser prejudicada por uma rígida discriminação hierárquica (Romano, 1999). A discriminação hierárquica ocorre quando não se diferencia *status* de função, substituindo-se as especificidades de cada membro da equipe pelas relações de poder. A dinâmica de trabalho em equipe, fundamentada na diferença de cada especialista, depen-

de da autonomia e do compartilhamento de responsabilidades. Em uma equipe bem-sucedida, o diálogo é aberto e cooperativo, favorecendo o rodízio natural de lideranças situacionais (Romano, 1999).

Este estudo é uma proposta de inserção na prática da Psicologia em hospitais através de dois olhares: a reflexão da Psicologia sobre a própria prática em equipes multidisciplinares e a observação da Enfermagem sobre a participação da Psicologia nessas interações. Epistemologicamente, o estudo estabelece uma conversa entre a primeira pessoa do psicólogo (como eu faço e como eu sinto) com a terceira pessoa do enfermeiro (como ele faz e eu vejo).

Espera-se que esta pesquisa revele aspectos da rotina psicológica em hospitais e aponte exemplos de inserções bem-sucedidas e aspectos que requerem maior atenção e pesquisa.

Método

Participantes

Participaram deste estudo sete psicólogas (Tabela 1) e três enfermeiras (Tabela 2), procedentes de quatro instituições da cidade de Porto Alegre, RS: A) particular (hospital confessional com atendimento a particulares e a convênios); B) público-escola (hospital

vinculado à universidade pública); C) público (hospital gerenciado pelo Sistema Único de Saúde – SUS), e D) misto-escola (hospital confessional com atendimento a particulares, a convênios e ao SUS).

As psicólogas foram selecionadas a partir do núcleo de psicólogos hospitalares de cada instituição. Nos locais com mais de dois psicólogos envolvidos com atendimento de pacientes, familiares e equipe, foram solicitadas a participarem do estudo aquelas com mais tempo na instituição. Uma instituição consultada não indicou um profissional da Psicologia, inviabilizando a inclusão na pesquisa. Todos os hospitais consultados ofereciam estágio de Psicologia para cursos de graduação, embora nem todas as psicólogas participantes fossem supervisoras de estágio. Quanto às enfermeiras, uma foi indicada por trabalhar com psicólogos em equipe multidisciplinar há vários anos. As demais foram indicadas pelas psicólogas participantes. No hospital público as psicólogas informaram não haver enfermeiras dispostas a colaborar com a pesquisa.

Instrumentos

O contato com as profissionais se deu por meio de entrevistas e observações. Antes da entrevista, as psicólogas foram observadas em situações de atendimento psicológico. As observações incluíam a

Tabela 1. Perfil das psicólogas entrevistadas.

Psicóloga	Idade (anos)	Tempo de serviço (anos)	Carga horária hospitalar	Natureza do hospital	Outra atividade
A1	37	6	40 h/semanais	Particular	Clínica
A2	33	4	40 h/semanais	Particular	Clínica
B1	29	5	30 h/semanais	Público/escola	Consultório
B2	37	12	30 h/semanais	Público/escola	Consultório
C1	45	19	30 h/semanais	Público	-
C2	45	16	30 h/semanais	Público	Consultório
D1	23	4*	20 h/semanais	Misto/escola	Consultório

*Seis meses como psicóloga e três anos e meio como estagiária

Tabela 2. Perfil das enfermeiras entrevistadas.

Psicóloga	Idade (anos)	Tempo de atuação (anos)	Unidade de atuação	Natureza do hospital	Função
A3	32	13	Maternidade	Particular	Enfermeira
B3	47	25	UTI Neonatal	Público/escola	Enfermeira
D3	48	26	Pediatria	Misto	Enfermeira

descrição do local de atendimento e as verbalizações da profissional. Em algumas das situações observadas, as atividades foram executadas por estagiários que estavam sob supervisão da psicóloga participante. As entrevistas orientaram-se por roteiros tópicos flexíveis elaborados especialmente para este estudo. A entrevista com as psicólogas focalizou as experiências, opiniões, conhecimentos e sentimentos dessas profissionais sobre o trabalho em hospitais. Como perguntas típicas da entrevista podem-se mencionar: Que tipo de atividades tem realizado na instituição em que trabalha? Qual a demanda e quais os objetivos do trabalho realizado? Quais as atividades que considera peculiar do trabalho em Psicologia Hospitalar? Qual a relação das atividades que desenvolve com os demais serviços oferecidos pela instituição em que trabalha? Se for o caso, que estratégias são utilizadas para integrar-se aos demais profissionais? Quais os maiores desafios enfrentados na prática da Psicologia Hospitalar? Como percebe a valorização do que faz pelos demais profissionais da instituição?

A entrevista das enfermeiras abordou as experiências, opiniões, conhecimentos e sentimentos das profissionais em relação ao trabalho das psicólogas. As perguntas da entrevista foram: Qual a sua formação profissional? Há quanto tempo você trabalha na instituição? E no setor que atualmente desenvolve suas atividades? Você costuma exercer sua profissão a partir do trabalho em equipe? A sua formação foi orientada para o trabalho em equipe? Como você avalia a implementação do trabalho em equipe na área da saúde? Quais os profissionais que você considera importantes para compor as equipes na área da saúde? Qual a sua experiência de trabalho com psicólogos? Como foi ou está sendo? O que você concebe como sendo função do psicólogo nos trabalhos em equipe? Que aspectos você destacaria do trabalho dos psicólogos que você trabalhou? A quais aspectos você acredita que os psicólogos deveriam dar mais atenção? Como você avalia a inserção dos psicólogos nas equipes de saúde?

Procedimentos

As observações e as entrevistas foram agendadas conforme consentimento e disponibilidade dos

participantes. As observações foram autorizadas apenas em dois hospitais: no público/escola e no misto/escola. Todas as observações foram registradas em diário de campo para posterior análise. O tempo médio de duração de cada atividade observada foi de 60 minutos. Em ambos os hospitais, o local de realização das atividades observadas variou conforme seu objetivo e público-alvo. A pesquisadora (primeira autora) encontrava com as psicólogas ou estagiárias, responsáveis pelo desenvolvimento das atividades observadas, na sala do serviço de Psicologia, momentos antes do início de cada atividade.

No hospital público/escola puderam ser acompanhadas somente as atividades realizadas ou supervisionadas pelas psicólogas participantes que não sofressem interferências com a presença do pesquisador. Foram observadas as seguintes atividades consideradas multidisciplinares: grupo de pais da UTI neonatal; grupo de portadores de osteoartrose; grupo de gestantes; grupo de mulheres portadoras do vírus HIV.

No hospital misto/escola foi possível acompanhar as diversas atividades multidisciplinares realizadas pela Psicologia: grupo de pais da UTI infantil; grupo de pacientes do SUS; grupo de pais de pacientes de convênios e particulares; reunião da equipe de cirurgia torácica e reunião do comitê gestor do hospital.

As psicólogas dos hospitais público e particular não permitiram que fossem realizadas as observações porque as atividades consistiam basicamente em atendimentos individuais. As profissionais do hospital particular alegaram ainda que a presença do pesquisador nas atividades realizadas em grupos poderia constranger os participantes e, portanto, prejudicar o desenvolvimento dos trabalhos.

As entrevistas com as psicólogas e as enfermeiras foram realizadas nos hospitais, depois de concluídas as observações. O relato das entrevistadas foi gravado em áudio e transcrito na íntegra. O tempo médio de duração das entrevistas com as psicólogas foi de 70 minutos, e com as enfermeiras de 40 minutos. Todas as participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Critérios de análise

O conteúdo das observações e das entrevistas foi analisado qualitativamente em três etapas siste-

máticas e sinérgicas, conhecidas como descrição, análise indutiva e análise crítica (Gomes, 1998). Na descrição procura-se relatar o fenômeno estudado conforme vivenciado pelos participantes, de modo direto e não avaliativo. Na análise indutiva escolhem-se partes da descrição que se mostrem essenciais ao esclarecimento da questão que se quer compreender. A escolha entre partes segue a técnica da variação imaginativa livre, processo de sucessivos questionamentos sobre as presenças e ausências que compõem o relato da descrição (Lanigan, 1988). Nessa fase, o pesquisador revê sua compreensão inicial do problema, demarcando aquelas experiências consideradas essenciais.

Na análise crítica os pesquisadores propõem uma compreensão possível ao fenômeno estudado, tendo em vista propostas de mudanças ou de apropriação dos aspectos positivos encontrados. As recorrências (repetições de certo tema ou observação em várias entrevistas) serão tratadas qualitativamente como possibilidades potenciais e não como quantidades reais.

As etapas de análise deste estudo são informadas a seguir. Inicialmente preparou-se uma exaustiva descrição compreensiva do que havia sido documentado em observações e entrevistas (1ª etapa). Procedeu-se então à análise indutiva com a definição dos temas tratados na entrevista, seja por associação às perguntas, seja por introdução espontânea das entrevistadas. Cada tema foi documentado por excertos retirados das observações e das entrevistas (2ª etapa). O resultado dessa operação foi, portanto, a primeira interpretação qualitativa do estudo (3ª etapa).

A primeira interpretação qualitativa foi tomada, então, como descrição, no caso documentado por excertos previamente selecionados (1ª etapa) para servir de base aos questionamentos da análise indutiva (2ª etapa). A análise crítica abarcou o conjunto das análises indutivas, dialogando com o contexto geral das entrevistas e com a literatura (3ª etapa). Para maiores informações sobre essa modalidade de análise qualitativa ver Oliveira e Gomes (2004) e Souza, Gomes e McCarthy (2005).

Resultados

A apresentação dos resultados está organizada em duas partes. A primeira focaliza a perspectiva das psicólogas e a segunda a das enfermeiras.

Primeira parte: prática multidisciplinar na perspectiva das psicólogas

As psicólogas consideram que o modo de interação que estabelecem com os demais profissionais em um hospital depende de questões hierárquicas; do grau de importância atribuída aos aspectos emocionais; e do conhecimento existente sobre o trabalho da Psicologia. Sendo assim, as condições de trabalho variam de hospital para hospital, e em um mesmo hospital entre as diversas unidades. Por sua vez, o atendimento pode variar da ação isolada em uma unidade à ação integrada em outra.

Os depoimentos obtidos foram agrupados em dois temas: 1) inserção em equipes e 2) prática multidisciplinar. As etapas reflexivas serão abertas com uma pergunta para orientação do foco a ser considerado. Cada pergunta procurará estabelecer uma relação entre o olhar do pesquisador e as falas obtidas nas entrevistas.

Descrição do primeiro tema: a inserção da Psicologia em equipes multidisciplinares

Quais são as questões de hierarquia, de importância emocional, e de conhecimento sobre a Psicologia na percepção das psicólogas, no contexto das equipes multidisciplinares?

- A questão da hierarquia:

O hospital é a casa do médico e a psicóloga está aqui pagando aluguel, no sentido assim de estar aqui pra contribuir, pra ajudar porque os médicos sabem que não dão conta sozinhos. Mas quem realmente é importante na história são eles, isso é algo bem visível (B1).

Como lidar com isso assim, no sentido de não desvalorizar nosso trabalho e também de não interferir na questão do médico? (A2).

Há [médicos] que querem, que fazem questão, que nos procuram. Mas há outros que surpreendem de chegar [e dizer] olha eu não quero: o que tu podes fazer pelo meu paciente se ele está morrendo? Talvez pelo paciente, indiretamente, mas pela família muito né? Tem muito de desinformação (A2).

Eu tenho um médico aqui que diz assim, mas vocês estão sempre falando o óbvio, a gente sabe que o paciente que recebe psicólogo é tudo de bom. Mas me prova que é tudo de bom. E tu ficas numa reunião lá da diretoria assim, tu achando que tu tá fazendo um baita dum

projeto e aí eles chegam eu quero números, me mostra, e aí a gente fica olhando pra eles (A1).

A Psicologia questionou se há realmente uma estrutura familiar neste momento para realizar o transplante, considerando que isto implicaria em estar levando para o bloco cirúrgico o pai, a mãe e o menino, sendo que outro irmão está internado na UTI. Segundo a psicóloga, a mãe não tem claro a possibilidade de perder o filho no transplante. ... Vários médicos manifestaram-se contrários ao exposto pela Psicologia, alegando terem conversado com a mãe e avaliado que a família está preparada. (Registro de observação em reunião de equipe multidisciplinar de transplante).

- A importância do emocional:

Os psicólogos ainda trazem muito assim, ah tudo emocional, tudo tem um fundo emocional, e tudo não sei o quê. E claro que eu também acredito nisso, acho que como causa ou consequência, a questão emocional tá sempre implicada. Mas sempre achei que as pessoas eram muito reducionistas assim. O médico acha que tudo é do corpo, e tudo é o corpo que produz (D1).

A minha frustração assim em relação a essa trajetória é que demora bastante tempo, a gente tem um quadro clínico de médicos credenciados em torno de três mil e seiscientos, quatro mil médicos né. A gente tem o que, nós não temos 10% dessa população que solicita atendimento sempre quando o paciente está depressivo, né. É só quando eles não estão conseguindo manejar uma situação, que o paciente está ali deixando eles de cabelo em pé, bom então passa pro psicólogo que ele tem, ele tem condições de dar conta disso né, idealizando a figura do psicólogo como se fosse uma pessoa milagrosa, que vai conseguir botar tudo no lugar (A1).

- Conhecimento do trabalho do psicólogo:

Basicamente é fazer o contato com esse médico e explicar, o que tu estás fazendo por ele. Te posicionar, dizer olha eu acredito que é isso, isso, e isso. E pra isso tu tem que estudar muito, tu tem que poder discutir com o médico, tem que poder entender o que ele está dizendo. ... tem que saber qual é essa linguagem, pra poder trocar com esse médico e ele entender o quê que tu tá falando. Então é, eu entendo que é buscar por aí, né. Buscar a capacitação e poder mostrar pra esse médico, porque é pra ele que tu tem que mostrar, porque se tu não mostra, ele vai barrar (A1).

- *Análise indutiva:* As psicólogas consideram que para se inserir no hospital e conseguir desenvolver seu trabalho é preciso ser persistente na defesa de suas idéias e buscar interagir com os demais profissionais. É preciso indicar quais benefícios podem ser obtidos com a

intervenção psicológica para que o serviço passe a ser solicitado. Com esses cuidados, o trabalho tende a ser aceito e valorizado por parte daqueles profissionais que reconhecem a interferência de aspectos emocionais no quadro clínico de seus pacientes.

Os reducionismos profissionais e as diferenças hierárquicas são identificados como fatores que impedem o desenvolvimento da prática multidisciplinar. O reducionismo está tanto do lado da Psicologia, exacerbando-se a defesa do emocional, quanto do lado da medicina, limitando-se ao tratamento do corpo. Nesses impasses, uma saída tem sido a promoção de amplas discussões sobre as relações mente-corpo. No entanto, para que esse tipo de discussão avance e traga benefícios práticos, é preciso que as psicólogas reconheçam as implicações orgânicas no estado emocional dos pacientes, e os médicos acatem a relevância do psiquismo na recuperação dos pacientes.

As psicólogas reconhecem as dificuldades que sentem para expor e sustentar seus posicionamentos perante os médicos. Há realmente um desafio à capacitação. Um psicólogo para manter um diálogo produtivo com o médico precisa dispor de uma visão ampla da sua ciência e da linguagem do médico. No entanto, a falta de consenso sobre o papel da ciência na formação em Psicologia parece dificultar o desenvolvimento de habilidades profissionais para a atualização científica.

Descrição do segundo tema: prática multidisciplinar na perspectiva da Psicologia

Como se constitui a rotina e a realidade vivida na prática multidisciplinar? As falas escolhidas são apresentadas nos excertos que seguem:

Se eu estou atendendo, eu participo do round quando eu tenho assim, alguma paciente que eu preciso falar alguma coisa com alguém da equipe, que a gente precisa trocar. E na verdade, o chefe da equipe gostaria da minha presença na equipe todos os dias. Só que assim, são 24 leitos e eu não consigo dar cobertura pra todos. Então se eu fico ali no round, é demorado, é muito tempo que eu perco, eu não perco né, mas assim, eles estão discutindo questões médicas né. Então eu participo quando eu vou poder dar alguma assessoria do ponto de vista assim, ah como é que vai conduzir aquele caso (C2).

Tem grupos que a gente compartilha e olhe lá né. Eu sinto isso é nos andares né, na internação de clínica, cirurgia,

porque os médicos eles são, eles estão muito mais preocupados com a questão do paciente estar bem, se a ferida operatória tá bem, se tá curada. Difícil eles verem um paciente como um todo assim, uma pessoa que precisa de ajuda, que se estiver deprimida não vai melhorar e a ferida não vai fechar (B1).

Eu posso dizer que a equipe que o trabalho multidisciplinar mais acontece é com a psiquiatria. Tem toda uma proposta deles também de trabalhar assim, de poderem se dar conta que muitas vezes fica tudo centralizado no médico, mas que não deve ficar. Até tem um processo que é de gerenciamento de pacientes, então eu sou responsável por alguns pacientes, a assistente social por outros, e todo mundo fica mais ou menos no mesmo nível assim de responsabilidade. Não é só o médico que tem que arcar com tudo, vai ter alta, não vai ter alta, vai fazer isso, fazer aquilo (B1).

O trabalho multidisciplinar aqui não acontece, aqui dentro, aqui não acontece. De longe isso que é pra ser, que a gente entende, não acontece. O que a gente tenta é trocar assim com um ou outro profissional (A2).

Não temos muito tempo para estar nessas reuniões assim. Mas tem acontecido, tem um desejo deles em que a gente esteja inserida ali, bem marcada (A2).

- *Análise indutiva:* é notório nas falas que apesar do elogio ao multidisciplinar, tal prática paira no ideário futuro da prática hospitalar. No caso da Psicologia aparecem dois limitadores. Um deles é o reduzido número de psicólogos e, por conseguinte, a limitação de tempo, refletida nas dificuldades em conciliar o acompanhamento às visitas médicas, a discussão de casos, e o atendimento psicológico. O outro limitador é a disposição dos chefes de serviços em conceder espaço ao trabalho da equipe. A adesão de mais médicos ao trabalho em equipe é certamente uma questão de tempo, tendo em vista a necessidade de o profissional desenvolver uma visão sistêmica e integrada do ser humano e do processo saúde/doença. Enquanto isso, espera-se que os psicólogos se disponham a compartilhar seus conhecimentos com os demais profissionais.

Segunda parte: a inserção da Psicologia no trabalho multidisciplinar na percepção da Enfermagem

Como realizado na secção anterior, a descrição será composta com excertos procedentes das entrevistas com as enfermeiras. O foco é o reconhecimento, por parte da Enfermagem, das contribuições da Psicologia

para o desenvolvimento do trabalho multidisciplinar e o tratamento dos pacientes. A narrativa desdobra-se em três temas:

1) Descrição do primeiro tema: reconhecendo a Psicologia

Qual a percepção da Enfermagem sobre o trabalho realizado pela Psicologia?

Foi na maternidade [que] eu pude acompanhar bem de perto essa situação, juntamente com a Psicologia. A gente fica entendendo [como se dá] a troca entre profissionais ... do psicólogo com a enfermeira. A gente começa a entender um pouco melhor do paciente, também, e pode ajudar até na questão do cuidado (A3).

Eu comecei a perceber que aquelas mães e aqueles casais que eram acompanhados pela psicóloga, não que eles não sentissem, eles sentiam todo o processo que os outros sentiam, só que de uma forma mais, ah, não tão ansiosa, sabe, o processo ele era mais lento talvez, não, não é mais lento que eu quero dizer, era mais brando, né. Ele não era uma coisa que vinha assim de qualquer jeito. E também aliviava pra Enfermagem, bem como se diz assim, aliviava pra Enfermagem por que as angústias, os anseios, a ansiedade daqueles pais elas eram minimizadas (A3).

Nós profissionais sentimos necessidade também do psicólogo nos ajudando em alguns momentos, tipo, numa situação de extrema gravidade do paciente, numa situação de morte. A gente sente muita falta também, pra equipe também. Algumas decisões que tem que serem tomadas. Eu acho que o psicólogo seria muito bom se ele pudesse trabalhar com essa equipe... e ajudando na situação, tipo não tem mais nada pra fazer com esse paciente e aí. Como é que vai ser tratado isso com os pais, como é que vai ser tratado com os médicos, com a equipe de Enfermagem. Então acho que um profissional que tá fazendo falta, tanto pro paciente quanto pra equipe (B3).

- *Análise indutiva:* os profissionais da Enfermagem consideram que as atribuições da Psicologia consistem no atendimento a pacientes e familiares que enfrentam situações de crise, risco de vida e de morte, isto é, em trabalhar a aceitação da doença e a adesão ao tratamento com pacientes crônicos; preparar crianças para cirurgia; trabalhar alta hospitalar com crianças que apresentam hospitalismo; trabalhar implicações familiares e risco de morte com pacientes candidatos a transplante; preparar gestantes de alto risco para o

pós-operatório e possível internação de seu filho na UTI neonatal; trabalhar fantasias e sentimentos de culpa de pais que têm filhos com anomalia; oferecer apoio aos familiares na comunicação de más notícias, tais como risco de vida e ausência de tratamento; e facilitar o processo de luto dos familiares que enfrentam situações de óbito.

A Enfermagem também tem expectativas claras com relação à contribuição da Psicologia às equipes. Espera-se que a Psicologia assessore na definição de condutas e tratamentos, trazendo conhecimentos sobre a influência dos aspectos emocionais no quadro clínico dos pacientes. Desse modo, é atribuída ao psicólogo a função de qualificar a equipe para ser capaz de tomar decisões condizentes com as necessidades dos pacientes. Isso implica tornar a equipe mais autônoma, já que nem sempre o profissional da Psicologia tem disponibilidade para atendê-la. É interessante notar que na última fala foi introduzido o trabalho em equipe que será tema da próxima descrição.

2) Descrição do segundo tema: a equipe multidisciplinar na perspectiva da Enfermagem

Como a Enfermagem percebe e vivencia a multidisciplinaridade?

Logo que a gente se forma, isso não é muito claro dentro da tua cabeça, né, porque tu queres trabalhar, tu queres fazer técnica. Mas tu vais amadurecendo e tu vais percebendo cada vez mais a importância da atuação da equipe interdisciplinar, e o quanto isso é importante pra poder fazer o cuidado (A3).

Particpei de um grupo de maus tratos, onde eram vários profissionais, era médico, era psicólogo, serviço social, e a enfermagem que fazia o trabalho. E aí conheci como funcionava cada profissional. E aí que eu fiquei viciada, eu não sei mais trabalhar sem estar em grupo, não sei, não sei mesmo, eu sinto falta quando eu não posso contar com alguém. Porque eu consegui me dar conta que o meu serviço tem sempre um momento que ele tem limite. Ele chega a um ponto que não está mais em mim em resolver, por falta de conhecimento na área e outra talvez por habilidade profissional, que depende de outro profissional (D3).

Normalmente quem faz e acontece [trabalho em equipe] são os médicos mais simpáticos, mais

agradáveis pra atender, porque eles mesmos se propõem a isso. Tem uns que não participam, não adianta, mas normalmente vem algum. Vem algum médico, mesmo que ele venha contrariado, mas a gente mostra a importância. Esse é o profissional que a gente tem mais dificuldade pra trazer pra equipe (D3).

- *Análise indutiva:* As enfermeiras reconhecem as contribuições da equipe multidisciplinar e distinguem, com clareza, as vantagens para a análise do caso clínico quando ocorrem interações entre profissionais das desvantagens decorrentes do distanciamento do trabalho da equipe. Aquelas que vivenciaram ambas as situações dizem valorizar ainda mais a possibilidade de poder contar com o apoio de colegas com outra formação.

3) Descrição do terceiro tema: demanda por Psicologia

Como a Enfermagem vê a participação da Psicologia nas equipes multidisciplinares?

Que pudesse ter um momento que a Psicologia pudesse trazer isso pra equipe, que não fosse só pro enfermeiro, mas pra equipe em si, assim o médico juntamente né, que a gente pudesse entender um pouquinho mais né. Por mais que a enfermeira possa fazer esse link, né, mas que pudesse também a Psicologia participar de uma reunião juntamente com a Enfermagem, médicos (A3).

No início assim, como era menos áreas acho que o psicólogo teria que atender, até a presença dele era mais freqüente aqui. Hoje em dia é mais aluno, com a supervisão da Psicologia, da psicóloga, mas aqui conosco quem trabalha mais é o aluno. E isso a gente sente muita falta. Por que o aluno na verdade ele tá aprendendo. Teria que na verdade o psicólogo que tá, o orientador dele estar mais presente, e a gente sente muito (B3).

As acadêmicas de Enfermagem comentaram sobre a importância de escolher um lugar calmo para amamentar a criança, por ser este um momento de intimidade entre a mãe e o bebê, em que um conhece o outro. A estagiária de Psicologia não comentou nada. (Registro de observação de atendimento multidisciplinar de um grupo de gestantes).

- *Análise indutiva:* foram mencionados dois tipos de demandas psicológicas. A primeira requer maior presença do psicólogo na equipe, explicitando suas posições e intervenções para todo o grupo e não

somente para enfermeiras por ocasião de visitas a pacientes. A segunda traz um aspecto positivo, o reconhecimento da demanda, e um aspecto preocupante, a inserção prematura de estagiários no serviço. As enfermeiras reconheceram a limitação de tempo da Psicologia para atender toda a demanda existente. No entanto consideram que as intervenções psicológicas seriam mais eficazes se esses profissionais atendessem a um menor número de unidades e investissem mais nas situações cuja atuação está consolidada.

Discussão

Conforme indicado anteriormente (LoBianco et al., 1994; Romano, 1999), o trabalho da Psicologia vai se consolidando na prática hospitalar. Tal impressão é corroborada pelas psicólogas entrevistadas nesta pesquisa. Para elas, a efetividade do trabalho depende da conduta na equipe multidisciplinar e da capacidade de mostrar os resultados obtidos. O trabalho da Psicologia é mais bem compreendido em instituições com predomínio do modelo biopsicossocial.

No entanto não se pode desprezar a tradição histórica do modelo biomédico e nem assumi-lo como obstáculo ao trabalho. Por sua vez, os avanços da prática psicológica estão associados à qualificação do psicólogo, mais especificamente à capacidade de justificar procedimentos e ações (Wild et al., 2003). Nesse sentido, espera-se que os psicólogos sejam críticos o suficiente para avaliar quando é pertinente aceitar a argumentação dos demais profissionais e quando realçar a especificidade de sua atuação. O trabalho em grupo requer objetividade, clareza e evidências empíricas. Nesse sentido, Gorayeb e Guerelhas (2003) apresentaram um belo estudo sobre como registrar e analisar as intervenções psicológicas em hospitais. Do mesmo modo, Sheridan (1999) relatou que há evidências empíricas confiáveis indicando que a Psicologia contribui tanto para a qualificação do atendimento quanto para a redução de custos em hospitais.

O aparente consenso da Psicologia sobre suas funções e da Enfermagem sobre as atribuições do psicólogo confirmam que o trabalho em equipe é fundamental para o reconhecimento das diferentes áreas de atuação. O relato das enfermeiras reitera a percepção das psicólogas de que a valorização dos

serviços depende dos resultados obtidos. De relance, tal interpretação pode parecer óbvia. Contudo o reconhecimento pela Psicologia da necessidade de mostrar resultados é recente. Durante muito tempo, acreditou-se que a satisfação com as intervenções psicológicas era medida pela subjetividade de cada um. Entretanto a prática psicológica em hospitais precisa ser ampliada, o que requer maior presença em diferentes equipes, mesmo naquelas não muito receptivas. Por exemplo, Hallas (2004) reconhece, em um texto didático e informativo sobre as aplicações psicológicas no cuidado à saúde na Inglaterra, que o trabalho multidisciplinar, apesar de intenso e efetivo, ocorre principalmente em nível informal.

Considerações Finais

Os serviços de saúde contam hoje com um conjunto diversificado de profissionais em condições de oferecer atendimentos de altíssima qualidade. A articulação desses atendimentos em equipes multidisciplinares sistematiza o trabalho, melhora os resultados e reduz os custos. As falas deste estudo mostram que tal diversificação pode em um primeiro momento trazer confusão, dificuldade de comunicação, e até frustração. Nesse momento, as entrevistadas enfatizam que a clareza que cada profissional tem de suas funções e a habilidade para comunicar-se com os colegas são fatores preponderantes para a apropriação gradativa e segura da ação multidisciplinar. O interesse pelo trabalho psicológico em hospitais vem crescendo e a Psicologia, como ciência, está preparada para contribuir de modo eficiente e seguro. A ação multidisciplinar, apesar dos desafios, apresenta-se como uma forma promissora e irreversível de atendimento na área da saúde.

Referências

- Bucher, J. S. N. F. (2003). Psicologia da saúde no contexto da saúde pública: uma complexidade crescente. In O. H. Yamamoto & V. V. Gouveia (Orgs.), *Construindo a psicologia brasileira: desafios da ciência e prática psicológica* (pp.213-239). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Chiattonne, H. B. C. (2000). A significação da psicologia no contexto hospitalar. In V. A. Angerami (Org.), *Psicologia da saúde: um novo significado para a prática clínica* (pp.73-158). São Paulo: Pioneira.

- Crepaldi, M. A. (1999). Bioética e interdisciplinaridade: direitos de pacientes e acompanhantes na hospitalização. *Paidéia*, 9 (16), 89-94.
- Gavião, A. C. D., & Pinto, K. O. (2000). Representação da interdisciplinaridade: um estudo através do procedimento do desenho-história tema. *Revista Brasileira Psicologia Hospitalar*, 3 (1), 3-12.
- Gomes, W. B. (1998). A entrevista fenomenológica e o estudo da experiência consciente. In W. B. Gomes (Org.), *Fenomenologia e pesquisa em psicologia* (pp.19-44). Porto Alegre: Editora da Universidade/UFRGS.
- Gorayeb, R., & Guerelhas, F. (2003). Sistematização da prática hospitalar em ambientes médicos. *Revista Brasileira Terapia Comportamental*, 5 (1), 11-19.
- Hallas, C. N. (2004). Professional health psychology applied within healthcare services. In S. Michie & C. Abraham (Orgs.), *Health psychology in practice* (pp. 353-371). London: Blackwells University Press.
- Lanigan, R. L. (1988). *Phenomenology of communication*. Pittsburgh, PA: Duquesne University Press.
- LoBianco, A. C., Bastos, A. V. B., Nunes, M. L. T., & Silva, R. C. (1994). Concepções e atividades emergentes na psicologia clínica: implicações para a formação. In Conselho Federal de Psicologia (Org.), *Psicólogo brasileiro: práticas emergentes e desafios para a formação* (pp.7-79). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Maclean, L. M., Plotnikoff, R. C., & Moyer, A. (2000). Transdisciplinary work with psychology from a population health perspective: an illustration. *Journal of Health Psychology*, 5 (2), 173-181.
- Moré, C. L. O., Crepaldi, M. A., Queiroz, A. H., Wendt, N. C., & Cardoso, V. S. (2004). As representações sociais do psicólogo entre os residentes do programa de saúde da família e a importância da interdisciplinaridade. *Psicologia Hospitalar*, 1 (1), 59-75.
- Oliveira, V. Z., & Gomes, W. B. (2004). Comunicação médico-paciente e adesão ao tratamento em adolescentes portadores de doenças orgânicas crônicas. *Estudos de Psicologia* (Natal), 9 (3), 459-470.
- Organização Pan-Americana de Saúde (1996). *Promoción de la salud: una antología* (Publicación Científica, 557). Washington, DC: OPAS.
- Romano, B. W. (1999). *Princípios para a prática da psicologia clínica em hospitais*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Remor, E. A. (1999). Psicologia e saúde: apresentação, origens e perspectivas. *Psico*, 30 (1), 205-217.
- Seidl, E. M. F., & Costa, A. L. Jr. (1999). O psicólogo na rede pública de saúde do Distrito Federal. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 15 (1), 27-35.
- Sheridian, E. P. (1999). Psychology's future in Medical School's and academic health care centers. *American Psychologist*, 54 (4), 267-271.
- Souza, M. L., Gomes, W. B., & McCarthy, S. (2005). Reversible relationship between quantitative and qualitative data in self-consciousness research: a normative semiotic model for the phenomenological dialogue between data and capta. *Quality and Quantity*, 39, 199-215.
- Wild, M. R., Bowden, K., & Bell, N. (2003). The provision of clinical psychology services within a general hospital: an analysis and interpretation of referral rates. *Scott Medical Journal*, 48 (3), 76-81.
- Yamamoto, O. H., & Cunha, I. M. F. F. O. (1998). O Psicólogo em hospitais de Natal: uma caracterização preliminar. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 11 (2), 345-362.

Recebido em: 31/1/2006

Versão final reapresentada em: 2/5/2006

Aprovado em: 28/8/2006

Religião, enfrentamento e cura: perspectivas psicológicas

Religion, coping, and cure: psychological perspectives

Geraldo José de **PAIVA**¹

Resumo

Discute-se, a partir da etimologia da palavra, mas do ponto de vista da Psicologia, o conceito de cura como cuidado e como recuperação da doença, relacionando-o em particular com o enfrentamento religioso, forma específica de cuidado consigo e com outrem. Distinguem-se várias possíveis relações entre cura e religião, que determinam o sentido da pergunta de Pargament acerca da singular eficácia do enfrentamento religioso na cura da doença. Defende-se que a Psicologia, como ciência empírica, não é competente para se pronunciar quanto à eficácia do religioso no enfrentamento, embora o possa fazer quanto à eficácia do sagrado. Reconhecem-se, daí, competências diversas ao psicólogo, ao teólogo e ao agente pastoral.

Unitermos: cura; enfrentamento religioso; psicologia da religião.

Abstract

The concept of cure, as care and as recovery from illness, is discussed according to its etymology from a psychological perspective especially in relation to religious coping, which is a particular manner of care. Several possible relations between cure and religion are distinguished and frame out the meaning of Pargament's question about the unique efficacy of religious coping in the cure process. It is argued that psychology, as an empirical science, is unable to assess the religious coping efficacy, although it may do about the sacred efficacy. Diverse competences are, therefore, acknowledged to psychologists, theologians and pastoral agents.

Uniterms: cure; religious coping; psychology of religion.

Um antigo provérbio latino dizia *medicus curat, Deus sanat*, isto é, o médico cura, Deus sara. Se o médico cura, ainda haverá lugar para Deus sarar?

Uma reflexão psicológica acerca das relações entre religião, enfrentamento e cura poderia começar pela etimologia da palavra cura. Curar, em latim, significa literalmente "cuidar". Muitos termos do português conservaram esse sentido literal: curador, curatela, curioso. Outros termos há, como procurar, descurar, segurar (de se-curus, sem cuidado), que literalmente

significam cuidar de alguma coisa ou estar dela descuidado.

Sem dúvida, no caso da saúde e da doença o verbo curar/cuidar é muito apropriado. Cuidar da saúde, por exemplo, sugere atenção com a saúde antes da instalação da doença. Cuidar da doença, ou do doente, significa ter cuidado para a saúde não se deteriorar ou o doente não piorar.

Como o resultado do cuidado é muitas vezes o retrocesso da doença e a melhora do organismo, curar,

▼▼▼▼▼

¹ Universidade de São Paulo, Instituto de Psicologia, Departamento de Psicologia Social e do Trabalho. Av. Prof. Mello Moraes, 1721, 05508-020, São Paulo, SP, Brasil. E-mail: <gjdpaiva@usp.br>.

curar-se, passou, por metonímia, a significar sarar. “Eu me curei” atualmente não quer dizer “eu me cuidei”, mas “eu sarei”. Quando se diz que o médico cura, geralmente se entende que ele consegue fazer a pessoa sarar. O remédio cura porque contribui para que o organismo reaja e se recupere. Aplica-se um curativo não simplesmente porque se cuida de uma ferida, mas porque se aplica um elemento ativo que contribui para a reação restauradora do organismo. A cura, então, pode ser entendida como cuidado e como resultado desse cuidado, a recuperação da saúde.

O conhecimento moderno aí está para esclarecer que a saúde se recupera com os cuidados higiênicos, alimentares e outros que se prestam ao enfermo, e que a doença é impedida com os cuidados que se prestam à saúde. Nesse sentido, tanto a remediação como a prevenção são formas de cuidar ou de curar.

Há um estudo notável do sociólogo da religião Rodney Stark, “O crescimento do cristianismo” (*The rise of Christianity*) (Stark, 1997), com o subtítulo “como o obscuro e marginal movimento de Jesus tornou-se, dentro de poucos séculos, a força religiosa dominante no mundo ocidental”. Segundo Stark, uma poderosa razão da mortalidade dos pagãos, da sobrevivência dos cristãos e da conversão dos pagãos ao cristianismo foi a maneira de os cristãos e os pagãos, respectivamente, cuidarem ou deixarem de cuidar de seus doentes por ocasião das grandes epidemias que assolaram o império romano nos primeiros séculos da era cristã. A caridade, ou seja, o amor ao próximo induziu os cristãos, diferentemente dos pagãos, a providenciar para os irmãos de fé cuidados elementares, como “simples provisão de comida e água que permitem aos temporariamente enfraquecidos lutar por si mesmos pela recuperação em vez de perecer miseravelmente” (McNeill, 1976, citado em Stark, 1997, p.88). Esse cuidado, segundo Stark, não só preservou proporcionalmente muito mais vidas de cristãos do que de pagãos como encaminhou conversões de pagãos ao cristianismo.

Como cuidado, a cura pode suscitar a indagação do porquê e pode ser encarada pela Psicologia como um comportamento motivado. A variável motivadora ora é a pressão grupal para a coesão e a sobrevivência do pequeno grupo, ora o altruísmo que leva alguém a se sacrificar pelo bem do outro, ora um senso de dívida e retribuição, como o gerado pelas relações parentais e

outras mais. Para a Psicologia da religião, no caso do cristianismo, a motivação é impregnada pelo valor da caridade e da fraternidade.

Não há dúvida de que na história do cristianismo, ontem e hoje, o cuidado pelos enfermos é uma das manifestações mais patentes de sua presença no mundo. Se, muito em função do desconhecimento geral no campo da saúde, esse cuidado foi, no passado, mais remediativo do que preventivo, hoje, em razão dos novos conhecimentos e de novas sensibilidades, a psicologia em geral e a psicologia da religião apontarão novos ou renovados elementos motivacionais, como responsabilidade social, senso de justiça, direitos da pessoa, respeito ecológico, elementos que adquirem uma dimensão religiosa caso incluam uma intencionalidade religiosa. É, com efeito, a relação com o objeto religioso que torna religiosa uma variável, e não sua categorização em alguma classe especial de comportamentos.

Saúde/doença, religião e cura

Há numerosos estudos a respeito da correlação entre religião e saúde, religião e doença, religião e cura (Paiva, 1998a). Além da tradicional relação geral entre religião e saúde (Amundsen, 1987; Sullivan, 1987), alguns autores chegam a se perguntar pela existência de um fator religioso na saúde e na doença (Levin & Schiller, 1987; Piedmont, 1999, para uma discussão não da religiosidade mas da espiritualidade). Outros estudiosos estão interessados com a relação, do tipo que for, entre religião e saúde/doença mental (Pargament, 1997, 2001), paralelamente àqueles que se interessam pela relação entre religião e saúde/doença física (Argyle, 1993; Argyle & Beit-Hallahmi, 1975; McIntosh & Spilka, 1990). Há, contudo, os que acautelam para a falta de uma metodologia realmente epidemiológica, isto é, ampla o suficiente para abarcar longitudinal e transversalmente os entrelaçamentos de religião e doença, capaz de estabelecer a relação ou a ausência de relação entre saúde/doença e religião (Stenger, 2002; Weaver, 2002).

Em evidente conexão com essas discussões, coloca-se a questão da cura pela religião. Note-se que essa questão não é apenas psicológica e médica, mas também teológica. Há religiões essencialmente de cura, como a religião délfica. Há outras, como o budismo,

em que a cura é desnecessária. E outras, como o cristianismo, consideram a cura às vezes fim em si mesma, embora parcial, e às vezes sinal de outra realidade final.

A psicologia da religião tem de haver-se com essas várias modalidades religiosas: ela não tem uma palavra única para a relação entre religião e cura porque o comportamento religioso é variado em sua significação. Em outras palavras, como as formas religiosas são históricas, a psicologia só se aplicará com competência a uma modalidade religiosa se apreender seu sentido. Numa cultura, por exemplo, em que saúde e doença são consideradas holisticamente extensões da relação com a divindade, como na antigüidade organizada ao redor da religião (Vergote, 2001), a cura só pode ser religiosa, pela definição dos termos.

Numa cultura moderna, em que se reconhece a autonomia dos diversos segmentos da vida individual e social, a saúde e a doença não têm de passar pela definição religiosa ou, se o fazem, é num sentido bastante peculiar. Se tomarmos o caso do cristianismo, encontraremos entendimentos diversos dessa relação na antigüidade e na modernidade. O interessante é que subsistem em geral nas pessoas dimensões antigas e modernas, de modo que idealmente às vezes nos comportamos como pré-modernos, vendo por exemplo na saúde a bênção de Deus e na doença sua punição, e às vezes como modernos, vendo na saúde o resultado de feliz disposição genética, de recursos econômicos e de conhecimento para cuidar da higiene e da alimentação.

E é também interessante que antigüidade e modernidade ainda hoje se encontram no campo das próprias religiões. As religiões assentadas na comunhão com a natureza e com as forças cósmicas e semelhantes tendem a uma visão pré-moderna, que não circunscreve limites às várias áreas da existência. Nessas religiões, a análise psicológica do comportamento religioso ligado à saúde não se poderá basear no pressuposto "moderno" que distingue o aspecto religioso do aspecto da saúde. No âmbito da cultura cristã contemporânea, o caráter moderno revela-se nos estudos predominantemente correlativos entre religião, doença e saúde. Nexos causais tendem a reduzir a distinção entre os vários segmentos da experiência humana, ao passo que nexos correlacionais mantêm, em princípio, essa distinção.

Um bom resumo da situação atual é oferecido por Ellison (1998), coordenador do Simpósio Religião, Saúde e Bem-Estar, no *Journal for the Scientific Study of Religion*. Ellison registra que "embora os achados empíricos não sejam inequívocos, as resenhas sistemáticas [dos estudos] têm registrado consistentemente que vários aspectos do envolvimento religioso estão ligados a resultados desejáveis da saúde mental" e que "várias investigações recentes, ... usando rigorosos métodos analíticos, também registram efeitos salutares de diversos indicadores de envolvimento religioso numa ampla gama de resultados de saúde física e mental" (1998, p.692).

A explicação desses achados pode ser buscada, do ponto de vista psicológico, na eficácia da religião em promover comportamentos saudáveis e restringir comportamentos nocivos; na influência da religião nos estilos de vida pessoal; na integração e apoio, favorecidos pelos atos religiosos sociais; na intensificação dos sentimentos de auto-estima e de auto-eficácia providos pela religião; no enfrentamento das situações estressantes num quadro de referência religioso e, possivelmente, nas alterações das conexões psiconeuroimunológicas ou neuroendócrinas que afetam os sistemas fisiológicos (Cohen & Herbert, 1996; Ellison, 1998; Kiecolt-Glaser, McGuire, Robles & Glaser, 2002).

A discussão psicológica da cura pelo enfrentamento religioso

Um dos enfrentamentos possíveis da situação das doenças física e mental, ao lado do profano, ou secular, é o enfrentamento religioso (Pargament, 1997), que utiliza recursos da ordem religiosa para entender a doença e lidar com ela. Frequentemente as urgências pessoais ou situacionais são enfrentadas pelas pessoas, ao menos em parte, com o recurso religioso de orações, promessas, peregrinações, exercícios ascéticos e ações rituais, conforme as várias religiões, inclusive cristãs. No cristianismo, em particular, uma das manifestações mais indicativas da presença do reino de Deus foram as curas físicas e algumas curas que hoje chamaríamos de psíquicas ou de psicossomáticas, curas essas muitas vezes solicitadas pelo doente ou por outras pessoas. É notável que essas curas geralmente não terminavam no bem-estar físico ou psicológico, mas apontavam para

um tipo de bem-estar religioso, concretamente a libertação do pecado e a união com Deus.

A pergunta "Será possível à Psicologia estabelecer a existência e a eficácia do enfrentamento religioso?" tem como ponto de partida o reconhecimento, por parte de Kenneth Pargament (Pargament, 1996), do extraordinário poder da religião, que o levou a indagar "se a religião não acrescenta ao enfrentamento algo além do que é fornecido pelo mundo secular" (Pargament, 1996, p.231). Ele cita, com efeito, alguns estudos que demonstram efeitos singulares do enfrentamento religioso. Um exemplo é o seu estudo realizado em 1990, que evidenciou a diferença, pequena mas estatisticamente significativa, no comportamento de esquiva segundo a utilização do enfrentamento profano ou do enfrentamento religioso (Pargament et al., 1990).

Nesse estudo, o enfrentamento secular levou a uma esquiva que apenas desviou a atenção de pensamentos penosos, ao passo que o enfrentamento religioso conferiu sentido, estabilidade e conforto. Pargament se pergunta em que consiste a singularidade do enfrentamento religioso e responde com duas ordens de argumento. No artigo de 1990 apela para a versatilidade das religiões que as faz "adaptar-se às mudanças do tempo, das circunstâncias e das necessidades" exatamente graças a seu "caráter abstrato, simbólico e misterioso" (Pargament, 1990, p.205). O caráter protéico e não trivial da religião tornaria possível recorrer a ela em qualquer situação. Em texto posterior, de 1996, apela ao que denomina "a característica mais singular" das religiões, isto é, o sagrado. Do sagrado detalha alguns componentes: "ligação com os antepassados, mistério, sofrimento, esperança, finitude, entrega, propósito divino, redenção" (Pargament, 1996, p.232), e propõe que o sagrado, em virtude de não se subordinar a nenhuma finalidade psicológica ou social, confere à pessoa religiosa um entendimento e uma capacidade de reação peculiares frente aos acontecimentos que fogem a seu controle.

Como ciência moderna, a Psicologia tem estabelecido como seu objeto os fenômenos que ocorrem na faixa da realidade humana situada entre o puramente lógico e o puramente biológico, ou seja, o psíquico, e tem avançado no entendimento desse objeto

com conceitos, modelos e métodos próprios. No caso do enfrentamento, a psicologia tem buscado interagir com disciplinas biológicas, como a fisiologia e a psiconeuroimunologia, e com disciplinas sociais, como a antropologia.

Quando se depara com o comportamento religioso utilizado em situações de urgência pessoal e social, a Psicologia, em virtude de seus próprios princípios, está autorizada a emitir um juízo acerca do comportamento, da motivação e da eficácia desse comportamento. Se, como ciência empírica moderna, a Psicologia se abstém de incluir qualquer transcendência em seus pressupostos epistemológicos e metodológicos, penso que lhe escapa pronunciar-se acerca do propriamente religioso do comportamento. Desse ponto de vista, não penso que lhe seja possível responder à pergunta de Pargament relativa a uma eficácia distinta da eficácia secular alcançada pelo enfrentamento religioso. Em outras palavras, parece-me uma pergunta mal situada. Não se negam os resultados das pesquisas que apontam uma eficácia diferente e superior do enfrentamento religioso (Pargament, 1990), mas nega-se a possibilidade de a Psicologia alcançá-lo em sua qualidade religiosa. A Psicologia deverá contentar-se, como ciência secular, com uma avaliação secular do enfrentamento religioso. Segundo Aletti (2004), não se trata de perguntar se Deus ajuda, mas se crer em Deus ajuda. Esclareça-se que o crer a que Aletti se refere não é o crer religioso, mas o crer psíquico.

Penso que o problema de Pargament surgiu, quase inevitavelmente, da população estudada, a saber: norte-americanos ligados à cultura moderna do cristianismo. Em parte reagindo à delimitação dessa cultura e em parte suspeitando de um enquadramento mais amplo possível para sua questão, Pargament se refere ao conceito de sagrado como capaz de explicar a singularidade do enfrentamento religioso (Pargament, 1990, 1996). Seria o sagrado que faria a procura religiosa da significância, isto é, do sentido e da relevância, peculiar e potencialmente tão poderosa? Se a pessoa, em outras palavras, consegue dar ao evento que a aflige uma significação e uma importância garantidas pelo sagrado, ela certamente haure um sentido novo e uma força sobre-humana.

Em parte podemos reconhecer tal explicação como boa. Pargament (1996), entretanto, parece atribuir ao sagrado características de ordens diversas: fim em si mesmo, ligação com os antepassados, mistério, esperança, finitude, entrega, propósito divino, redenção. Algumas dessas características são propriamente sagradas, outras são religiosas, de fato cristãs. A ligação com os antepassados, o mistério que envolve o sofrimento e a finitude e um fim não subordinado a finalidades psicológicas ou sociais são qualificações do sagrado que se pode descrever como o domínio transicional entre o mundo profano e o Deus da religião (Vergote, 1974, 1997). Mas propósito divino, redenção e, nesse contexto, esperança parecem claramente qualificações religiosas, que apontam para o Deus cristão. Enquanto, pois, Pargament situa-se no terreno do sagrado, acredito que ele permaneça no território do empírico, do natural, embora de grande profundidade, que a Psicologia como ciência pode alcançar (Vergote, 1997).

Certamente, as pessoas cujo enfrentamento “religioso” tem a natureza de um enfrentamento “sagrado” mobilizam cognições, motivações, pulsões que dispõem uma nova configuração da existência e podem atingir, mediante o sistema imunológico, a faixa do biológico no homem. Penso que as religiões naturais e, até certo ponto, as religiões da palavra embutidas num sistema de pré-modernidade ensejam o recurso ao sagrado e podem, por isso, ser objeto de um juízo psicológico, inclusive quanto a sua eficácia singular. O enfrentamento propriamente religioso, ao contrário, penso que escape do alcance do olhar psicológico. O juízo da eficácia desse enfrentamento será da alçada de quem administra a realidade religiosa como tal.

Subjacente a essa discussão está, naturalmente, a conceituação de sagrado, profano e religioso (Paiva, 1998b; Paiva et al., 2004). Sagrado não apenas se contrapõe a profano, desde a definição de Durkheim (Durkheim, 1960/1912; Eliade, s/d), mas também a religioso. Pode-se dizer, em substância, que o sagrado, como substantivo, designa “realidades que representam valores essenciais e ideais, das quais o homem se vê beneficiário e garante”. Essas realidades “comportam o interdito de transgressão, porque sua violação destruiria o próprio sentido de existência solidário desses valores” (Vergote, 1974, p.475).

Essas realidades são percebidas como inerentes ao mundo e reveladoras de um mistério (Vergote, 1997). Em comparação, por meio do diferencial semântico com o Deus cristão, o sagrado é percebido na dimensão de profundidade, ao passo que Deus é percebido tanto na dimensão de profundidade como na de altura. Associações com profundidade são, por exemplo, “tocar no que temos de mais pessoal, íntimo, secreto; revelar ao homem seu valor único; invadir todo o ser; ser encontrado quando o homem entra em si; fazer aceder à autenticidade, fonte e origem; dar seriedade e peso às coisas; enraizar-se nas forças vitais; mistério”. Associações com altura são, entre outras, ligações positivas com “força, excesso, potência, soberania, majestade, dominação, sublimidade, fascínio, glória, admiração” (Vergote, 1997).

Percebe-se, pois, o sagrado como realidade essencialmente humana mas aberta, o que lhe dá o caráter de “domínio transicional” (Vergote, 1974) para o religioso, percebido como transcendente à realidade humana. Com base nesse entendimento, foi possível atribuir ao sagrado de Pargament não só grande profundidade psicológica e transicionalidade para o religioso como o *status* de objeto da ciência psicológica. Esse mesmo entendimento, todavia, levou a manter fora do alcance da Psicologia certas características por Pargament atribuídas ao sagrado, que se revelaram características propriamente religiosas. A questão da eficácia do enfrentamento religioso da doença é deslindada segundo essas orientações conceituais.

Tanto teórica como profissionalmente a não distinção entre religioso, sagrado e profano tem conduzido a mal-entendidos. Tem-se colocado a religião sob a Psicologia ou a Psicologia sob a religião, de alguma forma à revelia da consciência moderna. Há religiosos que enxergam o pecado na raiz de toda doença e, como religiosos, habilitam-se a atender dinâmicas psicológicas. Há psicólogos que não reconhecem autonomia à religião, e identificam o religioso com o psíquico, freqüentemente patológico. E felizmente há os que fazem as distinções, adquirem as respectivas competências ou respeitam em outrem a competência que não possuem, na Psicologia ou na religião. Dessa última forma, será possível aos religiosos continuar usando os recursos do enfrentamento religioso, aos religiosos e aos não religiosos usar os

recursos do enfrentamento sagrado, aos teólogos e pastores discriminar a adequação do comportamento religioso e aos psicólogos ajuizar da adequação psíquica do comportamento, religioso ou não.

Para concluir, penso que a questão da eficácia singular do enfrentamento religioso como tal não pode ser avaliada pelo psicólogo, embora o psicólogo possa avaliar a eficácia do sagrado, inclusive do sagrado que possibilita no homem a inserção do religioso.

Referências

- Aletti, M. (2004). A representação de Deus como objeto transicional ilusório. Perspectivas e problemas de um novo modelo. In G. J. Paiva & W. Zangari (Orgs.), *A representação na religião: perspectivas psicológicas* (pp.19-50). São Paulo: Loyola.
- Amundsen, D. W. (1987). Medicine and religion in western traditions. In M. Eliade (Org.), *The Encyclopedia of Religion* (Vol.9, pp.319-324). New York: MacMillan.
- Argyle, M. (1993). *The social psychology of everyday life*. London: Routledge.
- Argyle, M., & Beit-Hallahmi, B. (1975). *The social psychology of religion*. London: Routledge & Kegan Paul.
- Cohen, S., & Herbert, T.B. (1996). Health Psychology: Psychological factors and physical disease from the perspective of human Psychoneuroimmunology. *Annual Review of Psychology*, 47, 113-142.
- Durkheim, E. (1960). *Les formes élémentaires de la vie religieuse*. Paris: PUF. (Originalmente publicado em 1912).
- Eliade, M. (s/d). *O Sagrado e o profano. A essência das religiões*. Lisboa: Livros do Brasil.
- Ellison, C. G. (1998). Introduction to Symposium on Religion, Health and Well-Being. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 27 (4), 692-694.
- Kiecolt-Glaser, J. K., McGuire, L., Robles, T. F., & Glaser, R. (2002). Emotions, morbidity, and mortality: new perspectives from psychoneuroimmunology. *Annual Review Psychology*, 53, 83-107
- Levin, J. S., & Schiller, P. L. (1987). Is there a religious factor in health? *Journal of Religion and Health*, 26 (1), 9-36.
- McIntosh, D., & Spilka, B. (1990). Religion and physical health. The role of personal faith and control beliefs. In D. Moberg & M. Lynn (Orgs.), *Research in the social scientific study of religion*, (Vol.2, pp167-194). London: JAI Press.
- Paiva, G. J. (1998a). AIDS, Psicologia e religião: o estado da questão na literatura psicológica. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 14 (1), 27-34.
- Paiva, G. J. (1998b). Estudos psicológicos da experiência religiosa. *Temas em Psicologia*, 6 (2), 153-160.
- Paiva, G. J., Garcia, A., Gonçalves, A. K., Scala, C. T., Faria, D. G. R., Gómez, M. L. T., Jordão, J. P., Barbosa, R. C., & Franca, S. M. S. (2004). Experiência religiosa e experiência estética em artistas plásticos: perspectivas da psicologia da religião. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 17 (2), 223-232.
- Pargament, K. I. (1990). God help me: toward a theoretical framework of coping for the psychology of religion. In D. McIntosh, B. Spilka, D. Moberg & M. Lynn (Orgs.), *Research in the social scientific study of religion* (Vol.2, pp.195-224). London: The JAI Press.
- Pargament, K. I. (1996). Religious methods of coping: resources for the conservation and transformation of significance. In E. P. Schafranske (Org.), *Religion and the clinical practice of psychology* (pp.215-239). Washington, DC: APA Books.
- Pargament, K. I. (1997). *The Psychology of religion and coping. Theory, research, practice*. New York: The Guilford Press.
- Pargament, K. I., Ensing, D. S., Falgout, K., Olsen, H., Reilly, B., van Haitsma, K., & Warren, R. (1990). Gold help me: (I) Religious coping efforts as predictors of the outcomes to significant negative life events. *American Journal of Community Psychology*, 18 (6), 793-824.
- Pargament, K. (2001). Research suggests correlation between religion and well-being. *Research News & Opportunities in Science and Theology*, 1 (11/12), 37.
- Piedmont, R. L. (1999). Does spirituality represent the sixth factor of personality? Spiritual transcendence and the five-factor model. *Journal of Personality*, 67 (6), 985-1013.
- Stark, R. (1997). *The rise of Christianity*. How the obscure, marginal Jesus Movement became the dominant religious force in Western world in a few centuries. San Francisco: HarperCollins.
- Stenger, V. J. (2002). Victor J. Stenger on the epidemiology of religion. *Research News & Opportunities in Science and Theology*, 2 (5), 26.
- Sullivan, L. E. (1987). Diseases and cures. In M. Eliade (Org.), *The Encyclopedia of Religion* (Vol.4, pp.366-371). New York: MacMillan.
- Vergote, A. (1974). Equivoques et articulation du sacré (pp.471-492). Rome: Istituto di Studi Filosofici.
- Vergote, A. (1997). *Religion, belief and unbelief. A psychological study*. Amsterdam: Rodopi.
- Vergote, A. (2001). Necessidade e desejo da religião na ótica da psicologia. In G. J. Paiva (Org.), *Entre necessidade e desejo. Diálogos da psicologia com a religião* (pp.9-24). São Paulo: Loyola.
- Weaver, A. J. (2002). Research on Religion and Health: a second opinion. *Research News & Opportunities in Science and Theology*, 2 (5), 33.

Recebido em: 6/1/2006

Versão final reapresentada em: 9/5/2006

Aprovado em: 24/7/2006

A perspectiva desenvolvimentista para a intervenção precoce no autismo

The developmental approach for early intervention in autism

Carolina LAMPREIA¹

Resumo

A intervenção precoce no autismo tem-se tornado possível graças a sua identificação cada vez mais cedo. A abordagem desenvolvimentista caracteriza-se por procurar compreender os desvios do desenvolvimento da criança autista, a partir do desenvolvimento típico. O objetivo deste artigo é analisar alguns programas de intervenção precoce que seguem a perspectiva desenvolvimentista. Em seguida, são apresentadas cinco áreas consideradas fundamentais pelos diferentes programas que seguem essa orientação: comunicação não verbal, imitação, processamento sensorial, jogo com pares e família. Na conclusão, são comentados os resultados relativos à eficácia dos tratamentos.

Unitermos: crianças autistas; intervenção precoce; desenvolvimento infantil.

Abstract

Early intervention in autism has become possible as a result of early identification. The developmental approach tries to understand the pervasive impairment of the developmental process in autism. The objective of this article is to analyze some early intervention programs that adopt this approach. The different programs main characteristics are presented by the five most important areas: nonverbal communication, imitation, sensory processing, peer play and family. In conclusion, results concerning treatments effectiveness are commented.

Uniterms: autistic children; early intervention; childhood development.

A intervenção precoce no autismo tem-se tornado possível graças a sua identificação cada vez mais cedo, a partir dos 18 meses de idade. A identificação tem sido feita basicamente com base em dificuldades específicas na orientação para estímulos sociais, contato ocular social, atenção compartilhada, imitação motora e jogo simbólico (Baron-Cohen, Allen & Gillberg, 1992).

Uma revisão de oito programas de intervenção precoce para crianças autistas entre três e meio e quatro anos de idade, realizada por Dawson e Osterling (1997),

conclui que todos foram eficazes em proporcionar a colocação de 50% das crianças em uma escola regular. Segundo as autoras, para assegurar um resultado positivo, certos aspectos fundamentais devem estar presentes. Os elementos comuns desses programas foram: currículo abrangendo cinco áreas de habilidades (prestar atenção a elementos do ambiente, imitação, compreensão e uso da linguagem, jogo apropriado com brinquedos e interação social), ambiente de ensino altamente favorecedor e estratégias para a genera-

▼▼▼▼▼

¹ Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Departamento de Psicologia. Rua Marquês de São Vicente, 225, 22453-900, Rio de Janeiro, RJ, Brasil. E-mail: <lampreia@psi.puc-rio.br>.

lização para ambientes naturais, programas estruturados e rotina, abordagem funcional para comportamentos considerados problemáticos, transição assistida para a pré-escola.

Além disso, também procurou-se assegurar o envolvimento dos pais, através do ensino de técnicas de terapia e grupos de pais, o envolvimento de pares com desenvolvimento típico como promotores de comportamento social e modelos, assim como a terapia ocupacional.

A formulação e a adoção de um programa de intervenção precoce se dá sempre dentro de um referencial teórico que lhe dá coerência e organicidade. Dessa maneira, para melhor compreendê-lo e adotá-lo, é importante conhecer esse referencial.

Kanner (1943) concebeu o autismo como um distúrbio do contato afetivo, acarretando um isolamento social. Nas décadas de 1970 e 1980, houve um afastamento da visão de Kanner e o autismo passou a ser visto como se devendo a um prejuízo cognitivo. Em 1980, ele passou a ser classificado como um transtorno que levaria a um desvio do desenvolvimento e não a um atraso. A partir dos anos 1990, com um retorno a Kanner, os prejuízos sociais voltaram a ser enfatizados por um número crescente de pesquisadores. Passou, então, a ganhar força uma abordagem desenvolvimentista do autismo.

Tal abordagem tem como característica mais central procurar compreender as peculiaridades e desvios do desenvolvimento da criança portadora de autismo a partir, ou à luz, do desenvolvimento típico. Essas peculiaridades envolvem, primordialmente, uma falha no desenvolvimento dos precursores da linguagem, isto é, da comunicação não verbal.

Alguns pesquisadores que defendem o enfoque desenvolvimentista consideram que o distúrbio do desenvolvimento típico ocorre devido a problemas biológicos, mas sem adotar uma visão determinista. Isso significa que os distúrbios comportamentais não podem ser explicados exclusivamente pelos déficits biológicos. Segundo essa perspectiva, o desenvolvimento típico deve ser compreendido a partir da articulação entre as capacidades biológicas iniciais para o engajamento social, com as quais todo bebê humano vem equipado, e as interações sociais posteriores. Como

o bebê que virá a ser diagnosticado como autista apresenta prejuízos biológicos primários, suas interações sociais serão prejudicadas, acarretando déficits secundários característicos.

Essa perspectiva pressupõe a ênfase na plasticidade cerebral e é de particular importância para a intervenção precoce no autismo. De acordo com Trevarthen, Aitken, Papoudi e Robarts (1998), por exemplo, o autismo se deve a um distúrbio do mecanismo inato para se relacionar com pessoas, o que afeta o desenvolvimento da linguagem porque as funções de atenção e intersubjetividade com desenvolvimento precoce estariam prejudicadas. Ou seja, o autismo é visto como uma condição que afeta o desenvolvimento do sistema interativo pré-lingüístico inato. Da mesma forma, Hobson (2002) acredita que subjacente ao autismo está uma falta de comportamento inato para a coordenação com o comportamento social de outras pessoas. Faltaria ao bebê que irá desenvolver um quadro autista a responsividade emocional que permite o engajamento pessoa a pessoa, as habilidades para a conexão emocional e a comunicação não verbal. Em suma, para esses autores, e para o enfoque desenvolvimentista no autismo, uma falha biológica impediria o bebê de relacionar-se social e afetivamente, o que acarretaria um prejuízo no desenvolvimento da linguagem e, conseqüentemente, no cognitivo.

Um programa de intervenção precoce, segundo o enfoque desenvolvimentista, procura basicamente estabelecer o caminho de desenvolvimento dos precursores da linguagem que não foi possível percorrer, independentemente da etiologia.

O objetivo deste artigo é analisar alguns programas de intervenção precoce que seguem a perspectiva desenvolvimentista em termos das diferentes áreas por eles enfocadas e das suas recomendações mais gerais para qualquer programa. Em um primeiro momento, será caracterizado esse enfoque.

Em seguida, serão apresentadas cinco áreas consideradas fundamentais pelos diferentes programas que seguem essa orientação: comunicação não verbal, imitação, processamento sensorial, jogo com pares e família. Isso será feito a partir de dois programas mais abrangentes que incluem todas as cinco áreas, embora seu foco esteja na comunicação não verbal e cinco trabalhos mais específicos voltados para uma das cinco

áreas. Serão apresentadas também as principais recomendações do enfoque desenvolvimentista para qualquer programa de intervenção precoce no autismo, assim como considerações gerais sobre a eficácia da intervenção precoce no autismo.

O enfoque desenvolvimentista

O enfoque desenvolvimentista aqui apresentado caracteriza-se mais especificamente por uma abordagem eminentemente pragmática e social de desenvolvimento. Prizant, Wetherby e Rydell (2000), cujo programa de intervenção será visto adiante, afirmam que a abordagem desenvolvimentista pragmática enfatiza a necessidade de focalizar a linguagem pré-verbal e verbal assim como as habilidades de comunicação funcional. Ela gerou, através de estudos sobre o desenvolvimento da linguagem e da comunicação em contextos sociais, princípios que orientaram a prática clínica e educacional. E autores como Hobson (2002) e Tomasello (2003) recorrem inúmeras vezes ao pensamento sociopragmático de Vygotsky e Wittgenstein para apoiar seus argumentos.

Nesse contexto, Hobson (2002) considera que o bebê humano vem preparado para ser sensível e responsivo à emoção dos outros, assim como emocionalmente expressivo. Isso permite, desde o nascimento, seu engajamento afetivo e social nas interações face a face que caracterizam a fase de intersubjetividade primária. Por volta dos nove meses, inicia-se a fase de intersubjetividade secundária. Começa uma 'revolução' no desenvolvimento do bebê porque é introduzido um objeto ou evento na relação mãe-bebê. Ele passa a ser o foco da atenção de ambos e ensina o compartilhar interesses através da atenção compartilhada. O bebê desenvolve, então, diversas habilidades, tais como: seguir o apontar e o olhar da mãe, apontar, mostrar e dar para a mãe e a imitação (Carpenter, Nagell & Tomasello, 1998).

A atenção compartilhada tem sido considerada a habilidade mais importante dessa fase por ser um precursor da compreensão das intenções comunicativas dos outros, da imitação com inversão de papéis e da linguagem. Carpenter e Tomasello (2000) afirmam que as habilidades de linguagem parecem emergir de atividades não lingüísticas de atenção compartilhada. Para adquirir um símbolo, a criança precisa ser capaz

de determinar a intenção comunicativa do outro e se engajar em imitação com inversão de papéis. Isso significa que a criança precisa ser capaz de compreender as intenções do adulto com relação à sua própria atenção - ou seja, em que o adulto quer que ela focalize - estabelecendo atenção compartilhada. Ela também precisa ser capaz de usar o novo símbolo com relação ao adulto da mesma maneira e com o mesmo objetivo comunicativo que o adulto.

Em suma, os comportamentos de atenção compartilhada refletem a tendência dos bebês se orientarem socialmente, enquanto observam um objeto ou evento, para compartilhar sua experiência com os outros. Pesquisas mostram que o desenvolvimento da atenção compartilhada é capaz de prever o desenvolvimento da linguagem (Tomasello, 1995; Tomasello & Farrar, 1986).

O distúrbio da atenção compartilhada tem sido considerado um dos indicadores mais poderosos do autismo, junto com o jogo simbólico, permitindo diferenciar crianças autistas de crianças com outros tipos de atraso no desenvolvimento (Carpenter & Tomasello, 2000; Mundy & Stella, 2000).

Baron-Cohen et al. (1992) avaliam a atenção compartilhada a partir do apontar protoimperativo - o apontar para pedir que um objeto seja alcançado - e do apontar protodeclarativo - o apontar para compartilhar o interesse em um objeto ou evento - e verificam que a criança autista apresenta déficits em ambos, mas principalmente ausência do apontar protodeclarativo. Mais especificamente, a capacidade de atenção compartilhada reflete a culminação de quatro componentes de desenvolvimento: o orientar-se e prestar atenção para um parceiro social; o coordenar a atenção entre pessoas e objetos; o compartilhar afeto ou estados emocionais com pessoas; o ser capaz de chamar a atenção dos outros para objetos ou eventos para compartilhar experiências.

A criança autista pode apresentar dificuldades em todos esses componentes. Isto não significa que ela não se comunique, mas que não o faz com objetivos sociais. Ela se comunica principalmente para regular o comportamento dos outros e pode desenvolver, para se comunicar, comportamentos idiossincráticos e indesejáveis como a agressão, a birra e a auto-agressão. O que lhe falta é a capacidade para chamar a atenção

para um objeto ou evento (Wetherby, Prizant & Schuler, 2000). Em suma, um distúrbio no desenvolvimento da atenção compartilhada pode ser compreendido como parte de um prejuízo de orientação fundamental e pode privar a criança autista de experiências sociais críticas, distorcendo seu desenvolvimento simbólico típico (Dawson & Lewy, 1989; Hobson, 2002; Mundy & Stella, 2000).

Medidas de atenção compartilhada e outras habilidades sociocomunicativas não verbais têm sido particularmente importantes no desenvolvimento e avaliação de métodos de intervenção precoce no autismo. Programas eficazes de intervenção devem dirigir-se ao progresso nesses déficits centrais e documentá-lo. E a precocidade da intervenção é de suma relevância já que o nível de competência comunicativa atingido pela criança autista aos cinco anos de idade é um importante preditor de resultados posteriores mais favoráveis (Wetherby et al., 2000).

Principais áreas de um programa de intervenção precoce

Embora a comunicação não verbal seja o principal alvo dos programas de intervenção precoce que seguem uma perspectiva desenvolvimentista pragmática, pelas razões acima apontadas, outras áreas também são incluídas nesses programas. Crianças autistas apresentam falhas na habilidade de imitar e peculiaridades no processamento sensorial que precisam ser consideradas e trabalhadas para que um programa de intervenção para a comunicação não verbal possa ser bem-sucedido. Além disso, a ênfase no contexto natural sociopragmático exige a participação da família e recomenda a inclusão de pares em tais programas. São essas as áreas que serão vistas a seguir.

Comunicação não verbal

Os programas de intervenção precoce que seguem um enfoque desenvolvimentista têm como objetivo geral a promoção da linguagem pré-verbal e verbal e das habilidades de comunicação funcional em contextos sociais naturais. Isso é feito através da construção da intencionalidade, da alternância de turno, da atenção compartilhada e das habilidades de iniciação.

Procuram também expandir o repertório das funções comunicativas além da instrumental em vários contextos naturais (Mirenda & Erickson, 2000; Prizant et al., 2000).

Prizant et al. (2000) defendem um modelo sociopragmático desenvolvimentista (*Developmental Social-Pragmatic Model - DSP*) e apresentam o modelo de intervenção *Social-Communication, Emotional Regulation, Transactional Support model of intervention (SCERT)* (modelo de intervenção comunicação-social, regulação emocional, apoio transacional) para aumentar as habilidades socioemocionais e de comunicação.

O modelo DSP defende que é preciso focalizar a iniciação e a espontaneidade na comunicação, seguir o foco de atenção e motivação da criança, construir a partir do seu repertório comunicativo atual e usar atividades e eventos mais naturais como contextos. O modelo SCERTS dirige-se aos déficits subjacentes centrais que afetam as crianças autistas: déficits em comunicação e linguagem, déficits no relacionamento social e reciprocidade socioemocional, déficits de processamento sensorial. Os déficits em comunicação e linguagem são abordados através da terapia da linguagem sociopragmática que enfatiza o uso funcional das habilidades pré-verbais e verbais de comunicação nas interações naturais e semi-estruturadas. Inclui estratégias para o uso de sistemas de comunicação não verbais como imagens simbólicas.

Os déficits no relacionamento social e reciprocidade socioemocional são abordados pelas estratégias desenvolvidas pelo modelo *Developmental, Individual-difference, Relationship-based Model (DIR)* (modelo desenvolvimentista, de diferença individual, baseado no relacionamento) de Greenspan, que será visto a seguir. E os déficits de processamento sensorial são abordados pela terapia de integração sensorial e adaptações e apoios ambientais que envolvem técnicas para ajudar o processamento do *input* sensorial, mantendo assim estados ótimos de atenção, ativação e regulação emocional.

A abordagem do modelo SCERTS é altamente individualizada dado que o perfil das crianças é muito heterogêneo e as famílias variam muito em termos de habilidades, recursos e apoio. O tratamento envolve estratégias clínicas na escola e em casa, incluindo apoio e treinamento da família.

O modelo DIR (Greenspan & Wieder, 2000) adota uma abordagem desenvolvimentista e tem como objetivo principal permitir que a criança forme um sentido de si como indivíduo intencional, interativo e desenvolva capacidades lingüísticas e sociais. Ele considera habilidades de desenvolvimento tais como atenção e foco, engajamento e relacionamento social, gesto não verbal, afeto, resolução de problemas, comunicação simbólica, pensamento abstrato e lógico. Essas habilidades são chamadas de processos emocionais funcionais por terem em sua base as interações emocionais iniciais. O tratamento visa ajudar a criança a estabelecer a seqüência de desenvolvimento que foi prejudicada e ajudá-la a tornar-se mais intencional e afetivamente conectada.

Três áreas são enfocadas pelo DIR. Além do nível funcional de desenvolvimento que abrange as habilidades de desenvolvimento anteriormente citadas, ele também trata dos padrões motores, sensoriais e afetivos. Aqui é visto o grau em que a criança é super ou sub-reativa em cada modalidade sensorial, o que abrange a modulação e o processamento sensorial, o processamento sensório-afetivo, o planejamento motor e a seqüenciação. A terceira área envolve relacionamento e padrões de interação afetiva, avaliando em que medida os pais e outros compreendem o nível funcional da criança e suas diferenças individuais.

A programação levada a cabo em casa é fundamental e envolve três tipos de atividades. O primeiro inclui interações espontâneas e criativas que ocorrem no chão (*floor-time*). Elas visam encorajar a iniciativa da criança e o comportamento intencional, assim como aprofundar o engajamento e a atenção mútua, desenvolver as capacidades simbólicas através do jogo de faz-de-conta e conversações. O segundo tipo de atividades em casa abrange interações semi-estruturadas de solução de problemas para aprender novas habilidades e conceitos. Por fim, há atividades de jogo motor, sensorial e espacial para fortalecer as habilidades de processamento sensorial como a modulação e a integração sensório-motora, desafios perceptuais e motores, atividades de processamento visuoespacial, discriminação tátil e brincadeiras com pares. Além da programação em casa, são proporcionados programas terapêuticos específicos como terapia da linguagem-fala, terapia ocupacional de integração sensorial e um programa educacional.

O programa de Klinger e Dawson (1992) é mais restrito e abrange apenas a área de comunicação não verbal. Utiliza padrões de interação social inicial que ocorrem naturalmente e procura facilitar as habilidades sociais através de uma situação de jogo em vez do ensino explícito. O programa observa as seqüências do desenvolvimento típico e proporciona uma estimulação próxima, ou um pouco acima, do nível atual de desenvolvimento da criança, exagerando e simplificando aspectos relevantes de interação de maneira a torná-los mais salientes e facilmente assimiláveis. Ao mesmo tempo procura minimizar a possibilidade de superestimulação de maneira a proporcionar uma estimulação ótima.

Klinger e Dawson (1992) propõem um programa de 'facilitação do desenvolvimento social e comunicativo inicial' no qual se procura desenvolver na criança autista, passo a passo, cada um dos precursores da comunicação não verbal inicial. O primeiro passo consiste em aumentar a atenção da criança em relação aos outros. Isso é feito através da imitação exagerada, simultânea e exata das ações da criança pelo adulto. Em seguida, procura-se promover o contato ocular da criança, colocando-se a face do adulto na linha de visão da criança. O passo seguinte consiste no estabelecimento da alternância de turno entre as ações da criança e as ações do adulto. Esse deve pausar antes de imitar a ação da criança. Em seguida, procura-se estabelecer interações contingentes, utilizando-se ações imitativas um pouco diferentes das ações da criança.

Nesse primeiro nível do programa, é o adulto quem tem um papel mais ativo, na medida em que ele imita a criança. No segundo nível, é exigido um papel mais ativo por parte da criança. O primeiro passo, aqui, envolve a imitação de esquemas familiares - a criança deve imitar ações familiares do adulto. Como segundo passo, procura-se estabelecer a comunicação para atingir um objetivo desejado - a criança deve se engajar em comunicação espontânea para pedir ajuda. Em seguida, procura-se promover atividades compartilhadas e a criança deve pedir ao adulto que participe de uma atividade compartilhada. Os dois últimos passos do programa envolvem a promoção da utilização do contato ocular no contexto da comunicação, por parte da criança, e a sua atenção a deixas não verbais de outros, assim como a direção da atenção dos outros.

Mas, além da comunicação não verbal, outras áreas requerem uma atenção especial para favorecer, ou garantir, o sucesso de uma intervenção precoce. É o que será visto a seguir.

Imitação

Alguns autores têm colocado a hipótese de que um prejuízo na habilidade de imitar os movimentos de outra pessoa é uma parte central do perfil neuropsicológico do autismo. Um déficit práxico e imitativo severo no bebê pode prejudicar as coordenações físicas envolvidas nos intercâmbios sociais e interferir no estabelecimento e na manutenção da conectividade emocional. Conseqüentemente, a passagem da intersubjetividade primária para a secundária pode ser prejudicada (Rogers & Bennetto, 2000).

De acordo com Klinger e Dawson (1992), nos primeiros seis meses, a mãe se comunica com o bebê imitando seus movimentos corporais, expressões faciais e vocalizações. E o bebê responde com interesse visual, sorrisos e também imitando. Assim, como ato comunicativo, a imitação serve para facilitar a interação social.

Como a criança autista apresenta um atraso na imitação motora, vários programas têm usado a imitação pelos pais como um de seus componentes centrais, como visto no programa de Klinger e Dawson (1992). Dentre as principais funções sociais da imitação pelos pais podem ser citados o aumento da atenção para a interação social, a facilitação da alternância de turno, o desenvolvimento do sentido de eu e a modelagem da expressão e consciência emocional. Como o bebê autista é incapaz de igualar o parceiro pela imitação e reciprocidade, ele não tem experiências de contágio emocional e o sentido de correspondência eu-outro que se desenvolvem a partir do compartilhar físico e afetivo. Dessa maneira, os problemas na imitação impedem o estabelecimento da sincronia emocional que está por trás do déficit de relacionamento no autismo (Rogers & Bennetto, 2000).

Pesquisas têm revelado que melhoras na imitação aumentam o uso do olhar e a responsividade da criança autista (Klinger & Dawson, 1992) e também levam a experiências de contágio emocional e coordenação afetiva, permitindo o desenvolvimento de alguns aspectos da atenção compartilhada, comunicação

intencional, empatia e jogo simbólico (Rogers & Bennetto, 2000). Por essa razão, e porque há uma relação entre imitação e desenvolvimento da linguagem, muitos enfatizam a imitação como uma parte central do tratamento no autismo. Tanto Rogers e Bennetto (2000) como Klinger e Dawson (1992) usam a instrução direta da imitação de movimentos motores. E Klinger e Dawson (1992) lançam mão da imitação exagerada e simplificada das ações da criança de maneira que os aspectos relevantes da interação social se tornem salientes e mais facilmente assimiláveis.

Processamento sensorial

Autistas relatam uma super ou sub-reatividade sensorial que leva a uma indisponibilidade afetiva (Grandin, 1995; Williams, 1996). A evidência empírica confirma a existência de dificuldades sensoriais e motoras muito cedo no desenvolvimento de muitos autistas, com variabilidade nos sintomas. São notados problemas de processamento auditivo podendo ocorrer hipo ou hiper-respostas na mesma criança e respostas sensoriais anormais a estímulos sociais. Autistas também podem apresentar problemas em modular suas respostas ao *input* sensorial e em manter um nível ótimo de ativação e atenção focalizada. É difícil para a criança autista com déficits sensoriais engajar-se em transações sociais devido à pobre regulação da ativação, atenção, afeto e ação (Anzalone & Williamson, 2000; Baranek, 2002).

Dentro desse quadro, muitas vezes a mãe tenta uma ampla gama de intervenções que podem sobrecarregar sensorialmente a criança e exacerbar sua resposta. A criança também pode ficar arredia, com medo da superestimulação, e apresentar comportamentos desafiadores, de auto-estimulação e estereotípias. Por isso, a intervenção para autistas com problemas sensoriais deve ajudar os pais a compreender a função do comportamento idiossincrático da criança e modificar o ambiente para adequá-lo a ela. Depois de reconhecer o padrão da criança, o adulto deve antecipar suas necessidades e proporcionar uma "dieta" sensorial apropriada (Anzalone & Williamson, 2000).

Além disso, é importante considerar que o mesmo comportamento pode ter funções diferentes em crianças diferentes. Por exemplo, uma criança hiper-reativa pode bater as mãos para ter um foco seletivo,

acalmado-a e organizando-a. Uma outra criança, hipo-reativa, pode usar a mesma resposta para aumentar a sua ativação, enquanto uma terceira criança pode bater as mãos para descarregar a tensão. As intervenções devem considerar as necessidades individuais de processamento sensorial para otimizar a participação da criança. Por isso, é fundamental que o profissional descubra a função dos comportamentos da criança que indicam como o *input* sensorial deveria ser alterado. No caso da hiper-reatividade deve-se procurar diminuir ou evitar o excesso sensorial, ajudar a criança a modular suas sensações e criar um ambiente social e físico seguro e previsível (Anzalone & Williamson, 2000; Baranek, 2002).

Os tipos de intervenção mais conhecidos são a terapia de integração sensorial e o treinamento de integração auditiva.

Jogo com pares

O jogo é um recurso para facilitar as habilidades sociais em crianças autistas, pois, mais do que o ensino explícito, ele as utiliza de forma natural (Klinger & Dawson, 1992). O jogo com pares é uma estratégia importante para expandir e diversificar o repertório comunicativo de autistas, proporcionando um contexto para a coordenação de ações conjuntas e para a referência social. Assim, o jogo com pares pode servir de veículo principal para as crianças aprenderem a se dar conta das necessidades e perspectivas dos outros porque envolve a atenção compartilhada, a alternância de turno e a imitação recíproca (Schuler & Wolfberg, 2000).

Uma estratégia de intervenção é envolver pares mais experientes. Schuler e Wolfberg (2000) desenvolveram um programa de intervenção no qual são utilizados grupos de jogo de três a cinco pares familiares - experientes e principiantes. O papel dos pares experientes é ajudar os principiantes a compreender os comportamentos comunicativos e criar estratégias para engajá-los. A compreensão de atos comunicativos envolve a compreensão de diferentes funções comunicativas como pedir, protestar, declarar, comentar e demonstrar afeto. Envolve também a atenção a diferentes meios comunicativos, como a expressão facial, o olhar, a manipulação do corpo e da face, gestos, entonação, ecolalia. No início, um adulto serve de intérprete para ajudar o par experiente a compreender o que o

principiante quer significar. Depois essa responsabilidade é transferida para o próprio par experiente. Ao interpretar as deixas verbais e não verbais dos principiantes como atos significativos e intencionais, os pares experientes aprendem a responder e a favorecer essas iniciações de jogo.

Outras características do programa envolvem o proporcionar um ambiente de jogo previsível e organizar espaços com apoios visuais, isto é, brinquedos bem posicionados. Além disso é importante utilizar afeto exagerado assim como ritualização e dramatização de eventos e emoções. Schuler e Wolfberg (2000) também recomendam a criação de cenários de jogo e narrações para o desenvolvimento da linguagem.

Família

A participação dos pais como co-terapeutas é uma exigência dos programas de intervenção. Grande parte da programação é levada a cabo em casa por eles e deve ocorrer diariamente. O modelo DIR, por exemplo, prevê uma média de, pelo menos, sete horas diárias em casa (Greenspan & Wieder, 2000). Para isso, o programa prevê treinamento e apoio aos pais.

Mas um programa de intervenção precoce, além de engajar os pais no próprio programa, deveria também considerar os estressores familiares e seu impacto sobre a criança com problemas no desenvolvimento. Guralnick (2000) tem dedicado-se a esse tema e identifica quatro estressores em potencial que afetam essas famílias. Em primeiro lugar, a grande quantidade de informação sobre o processo de diagnóstico, os problemas de saúde, a identificação de profissionais e programas e as recomendações e atividades terapêuticas. Em segundo, todo o processo de diagnóstico e avaliação e as diferentes perspectivas dentro da família podem resultar em sofrimento interpessoal e familiar, contribuindo para um isolamento social. Além disso, há a necessidade de se alterar horários e rotinas, além da necessidade de tempo e energia para a identificação de serviços terapêuticos, para o transporte da criança para esses serviços, assim como a falta ao trabalho e os gastos financeiros. Todos esses fatores podem afetar a forma como os pais lidam com a criança, pela perda de sentido de controle e confiança, e pode ter efeitos adversos sobre as relações entre todos os membros da família.

Guralnick (2000) considera importante analisar não só o impacto dos estressores sobre o desenvolvimento da criança, mas também os mecanismos através dos quais eles operam. Ele analisa alguns padrões importantes de interação familiar. O primeiro envolve a qualidade das transações entre adulto e criança em termos de responsividade e afeto, intercâmbios apropriados para o desenvolvimento e utilização do discurso. O segundo diz respeito às experiências orquestradas pela família em termos de seleção de brinquedos estimulantes apropriados, o proporcionar atividades externas e contato com adultos e crianças de seu meio social. Em suma, os estressores familiares podem levar à falta de um relacionamento afetivo ideal com a criança e a uma tendência ao isolamento social que limita suas experiências.

De acordo com Guralnick (2000), um verdadeiro sistema de intervenção precoce deve proporcionar recursos de apoio que facilitem a consciência de serviços disponíveis, acesso a eles e coordenação, permitindo, assim, que a família devote sua atenção e energia para atividades mais produtivas em termos de padrões ótimos de interação familiar. Além disso, é importante proporcionar um conjunto de apoio social para a família, como grupo de pais, serviço de aconselhamento familiar e mobilização de amigos e comunidade. Esse apoio é fundamental para amenizar o estresse familiar e garantir a motivação para um engajamento satisfatório na programação.

Considerações Finais

Os programas de intervenção precoce no autismo que seguem uma perspectiva desenvolvimentista enfatizam alguns princípios gerais básicos que serão agora sintetizados. Esses programas devem ser altamente individualizados não apenas no que diz respeito ao perfil de habilidades comunicativas da criança-alvo, mas também quanto a outras características, como as de processamento sensorial e formas não convencionais de comportamento.

O modelo SCERTS de Prizant et al. (2000) e o modelo DIR de Greenspan e Wieder (2000) são importantes porque enfocam as diferentes áreas deficitárias da criança autista. Eles não se restringem apenas ao treinamento de comportamentos ausentes

de seu repertório, mas procuram desenvolver primeiro os seus precursores em situações naturais ótimas para a criança autista. Em outras palavras, esses modelos procuram criar as condições de desenvolvimento que crianças com desenvolvimento típico encontram naturalmente, adequando-as às peculiaridades encontradas no autismo. Deve ser salientada a importância dada por esses dois modelos aos problemas afetivos e sensoriais da criança autista, quando da elaboração dos programas. E, em certa medida, esses problemas também são contemplados no programa de Klinger e Dawson (1992) no seu recurso à imitação, que procura promover uma sintonia emocional levando em conta o nível ótimo de estimulação para a criança em questão.

Mais especificamente, o objetivo principal de um programa de intervenção precoce deve ser o desenvolvimento de habilidades comunicativas. Em termos mais gerais, ele deve ter como foco o aumento das habilidades comunicativas e sociais de maneira que a criança saiba como iniciar as interações. E deve também focalizar a aquisição de meios não simbólicos, como gestos e vocalizações, para comunicar intenções. Isso deve ser feito observando-se a seqüência de desenvolvimento típico e proporcionando à criança uma estimulação próxima de seu nível atual.

No que diz respeito à forma como proceder, é fundamental a utilização de padrões de interação social que ocorrem naturalmente. Deve ser dado à criança o papel de iniciador, seguindo-se seu foco de atenção e sua motivação. É importante também oferecer escolhas e alternativas à criança nas atividades assim como reconhecer e responder a sua intenção. Além disso, dois aspectos nem sempre suficientemente considerados devem ser observados. O primeiro diz respeito ao reconhecimento de formas não convencionais de comportamento que deve ser ensinado a pais e pares. E o segundo refere-se à atenção para a possibilidade de super-estimulação não apenas física mas principalmente social. A esse respeito, também torna-se importante ajudar a criança a pedir ajuda para regular sua atividade emocional.

Finalmente, as estratégias clínicas devem ocorrer em rotinas naturais em casa e na escola assim como em ambientes comunitários. Família e pares devem ser apoiados e treinados. O recurso ao jogo pode ser uma excelente estratégia para a facilitação de habilidades

sociais assim como o exagerar e o simplificar os aspectos relevantes da interação.

Os artigos aqui revistos apresentam uma descrição dos programas sem, contudo, mencionar dados quanto à sua eficácia. São tantas as variáveis envolvidas que se torna praticamente inviável um maior controle experimental. Outro problema envolvido na avaliação da eficácia de intervenções precoces no autismo diz respeito à impossibilidade de reversão à situação anterior à intervenção. Como, atualmente, o diagnóstico ainda não é possível em uma idade muito precoce, não se pode afirmar que as mudanças comportamentais observadas se devem à intervenção e não ao próprio desenvolvimento da criança. Essas mudanças poderiam ter ocorrido mesmo sem intervenção. De qualquer forma, no presente momento, seu enfoque ainda parece mais voltado para a clínica do que para a investigação.

Mas existem pesquisas de avaliação geral de diferentes programas de intervenção precoce no autismo em áreas específicas. Tais pesquisas podem oferecer subsídios para julgar a viabilidade de mudanças nas diferentes habilidades de crianças autistas. Há intervenções eficazes para ensinar habilidades de comunicação a autistas. As intervenções que procuram promover habilidades sociais, com inclusão de comportamentos comunicativos, apresentam um aumento das iniciativas de comunicação e sua eficácia é considerada muito boa. Intervenções de comunicação para substituir comportamentos não convencionais também são bem-sucedidas. Observa-se uma substituição desses comportamentos por habilidades de linguagem com a mesma função comunicativa (Goldstein, 2002).

A avaliação de programas na área social mostra que os mais bem-sucedidos são aqueles que utilizam pares como parceiros de jogos. Observa-se também que interações sociais podem ser ensinadas e aprendidas em ambientes naturais e que a promoção dessas interações deve ser um componente rotineiro de qualquer programa (McConnell, 2002).

Na área sensorial, os resultados parecem ser menos afirmativos por não haver evidência empírica para avaliar a eficácia de intervenções sensoriais e motoras em autistas. Embora vários estudos de integração sensorial, estimulação sensorial e treinamento em integração auditiva apresentem resultados positivos, eles

são modestos. Além disso, não se sabe se os efeitos dos tratamentos refletem a intervenção ou se há outros efeitos secundários, como, por exemplo, as expectativas dos pais (Baranek, 2002).

Em suma, a área de intervenção precoce no autismo apresenta alguns dados positivos quanto à sua eficácia. E os programas da abordagem desenvolvimentista são bastante abrangentes, o que proporciona uma perspectiva animadora quanto à possibilidade de recuperação ou, pelo menos, grande melhora naquelas habilidades que caracterizam o quadro autístico. Contudo parece importante não esquecer a grande heterogeneidade de perfis apresentados. Tomando-se os diferentes subgrupos de crianças autistas especificados por Wing (1988) - "isoladas", "passivas", "ativas mas bizarras" - parece claro que as expectativas de tratamento não podem ser idênticas.

Referências

- Anzalone, M. E., & Williamson, G. G. (2000). Sensory processing and motor performance in autism spectrum disorders. In A. M. Wetherby & B. M. Prizant (Orgs.), *Autism spectrum disorders. A transactional developmental perspective* (pp.143-166). Baltimore: Paul H. Brookes.
- Baranek, G. T. (2002). Efficacy of sensory and motor interventions for children with autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 32 (5), 397-422.
- Baron-Cohen, S., Allen, J., & Gillberg, C. (1992). Can autism be detected at 18 months? The needle, the haystack, and the CHAT. *British Journal of Psychiatry*, 161, 839-843.
- Carpenter, M., & Tomasello, M. (2000). Joint attention, cultural learning, and language acquisition. Implications for children with autism. In A. M. Wetherby & B. M. Prizant (Orgs.), *Autism spectrum disorders. A transactional developmental perspective* (pp.31-54). Baltimore: Paul H. Brookes.
- Carpenter, M., Nagell, K., & Tomasello, M. (1998). Social cognition, joint attention, and communicative competence from 9 to 15 months of age. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, Serial Nº 255, 63 (4).
- Dawson, G., & Lewy, A. (1989). Arousal, attention, and the socioemotional impairments of individuals with autism. In G. Dawson (Org.), *Autism: nature, diagnosis and treatment* (pp. 49-74). New York: Guildford Press.
- Dawson, G., & Osterling, J. (1997). Early intervention in autism. In M. J. Guralnik (Org.), *The effectiveness of early intervention* (pp.307-326). Baltimore: Paul H. Brookes.
- Goldstein, H. (2002). Communication intervention for children with autism: a review of treatment efficacy. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 32 (5), 373-396.

- Grandin, T. (1995). *Thinking in pictures: and other reports from my life with autism*. New York: Vintage Books.
- Greenspan, S. I., & Wieder, S. (2000). A developmental approach to difficulties in relating and communicating in autism spectrum disorders and related syndromes. In A. M. Wetherby & B. M. Prizant (Orgs.), *Autism spectrum disorders. A transactional developmental perspective* (pp.279-306). Baltimore: Paul H. Brookes.
- Guralnick, M.J. (2000). Early childhood intervention: evolution of a system. *Focus on autism and other Developmental Disabilities*, 15 (2), 68-79.
- Hobson, P. (2002). *The cradle of thought*. London: Macmillan.
- Kanner, L. (1943). Autistic disturbances of affective contact. *Nervous Child*, 2, 217-250.
- Klinger, L. G., & Dawson, G. (1992). Facilitating early social and communicative development in children with autism. In S. F. Warren & J. Reichle (Orgs.), *Causes and effects in communication and language intervention* (pp.157-186). Baltimore: Paul H. Brookes.
- McConnell, S. R. (2002). Interventions to facilitate social interaction for young children with autism: review of available research and recommendations for educational intervention and future research. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 32 (5), 351-372.
- Mirenda, P., & Erickson, K. A. (2000). Augmentative communication and literacy. In A. M. Wertherby & B. M. Prizant (Orgs.), *Autism spectrum disorders. A transactional developmental perspective* (pp.333-367). Baltimore: Paul H. Brookes.
- Mundy, P., & Stella, J. (2000). Joint attention, social orienting, and nonverbal communication in autism. In A. M. Wetherby & B. M. Prizant (Orgs.), *Autism spectrum disorders. A transactional developmental perspective* (pp.55-77). Baltimore: Paul H. Brookes.
- Prizant, B. M., Wetherby, A. M., & Rydell, P. J. (2000). Communication intervention issues for children with autism spectrum disorders. In A. M. Wetherby & B. M. Prizant (Orgs.), *Autism spectrum disorders. A transactional developmental perspective* (pp.193-224). Baltimore: Paul H. Brookes.
- Rogers, S. J., & Bennetto, L. (2000). Intersubjectivity in autism: the roles of imitation and executive function. In A. M. Wetherby & B. M. Prizant (Orgs.), *Autism spectrum disorders. A transactional developmental perspective* (pp.79-107). Baltimore: Paul H. Brookes.
- Schuler, A. L., & Wolfberg, P. J. (2000). Promoting peer play and socialization: the art of scaffolding. In A. M. Wetherby, & B. M. Prizant, (Orgs.), *Autism spectrum disorders. A transactional developmental perspective* (pp.251-277). Baltimore: Paul H. Brookes.
- Tomasello, M. (1995). Joint attention as social cognition. In C. Moore & P. J. Dunham (Orgs.), *Joint attention. Its origins and role in development* (pp.103-130). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Tomasello, M. (2003). *Origens culturais da aquisição do conhecimento humano*. São Paulo: Martins Fontes.
- Tomasello, M., & Farrar, M. J. (1986). Joint attention and early language. *Child Development*, 57 (6), 1454-1463.
- Trevarthen, C., Aitken, K., Papoudi, D., & Robarts, J. (1998). *Children with autism. Diagnosis and interventions to meet their needs* (2nd ed.). London: Jessica Kingsley.
- Wetherby, A. M., Prizant, B. M., & Schuler, A. L. (2000). Understanding the communication nature of communication and language impairments. In A. M. Wetherby & B. M. Prizant (Orgs.), *Autism spectrum disorders. A transactional developmental perspective* (pp.109-141). Baltimore: Paul H. Brookes.
- Williams, D. (1996). *Autism. An inside-out approach*. London: Jessica Kingsley.
- Wing, L. (1988). The continuum of autistic characteristics. In E. Schopler & G. B. Mesibov (Orgs.), *Diagnosis and assessment in autism* (pp.91-110). New York: Plenum Press.

Recebido em: 16/2/2006
 Versão final reapresentada em: 26/7/2006
 Aprovado em: 28/8/2006

Autismo infantil e vínculo terapêutico

Infantile autism and therapeutic process

Carla Fernandes Ferreira da Costa **MARQUES**¹

Sérgio Luiz Saboya **ARRUDA**¹

Resumo

Objetiva-se descrever e discutir a formação do vínculo terapêutico entre uma criança com diagnóstico de autismo infantil e sua psicoterapeuta. Trata-se de um estudo de caso que utiliza o método clínico-qualitativo, apoiando-se em autores e textos de orientação psicodinâmica. Discute-se e analisa-se o material clínico proveniente da história de vida de uma criança de oito anos de idade, e da psicoterapia lúdica realizada semanalmente, por 16 meses, em um ambulatório público. São comentados alguns aspectos que foram fundamentais para a formação do vínculo, a saber: a configuração do *setting* terapêutico, o processo de discriminação eu/não-eu, o processo de construção da identidade da criança, a função de *holding* materno assumida pela psicóloga. O acolhimento da terapeuta foi fundamental para a psicoterapia e para o desenvolvimento psicológico do paciente, permitindo que a criança estabelecesse e desenvolvesse algum tipo de vínculo afetivo.

Unitermos: crianças autistas; psicoterapia da criança; psicoterapia psicodinâmica.

Abstract

The purpose of this study is to describe and discuss the therapeutic relationship between a child diagnosed with infantile autism and the psychotherapist. This is a case study that used the clinical-qualitative method and supported from psychodynamically-oriented authors and texts. The clinical material obtained from the eight year-old child's life history and the weekly play therapy conducted over a period of 16 months was discussed and analyzed. An analysis was performed about the therapeutic setting, the "I/not I" discrimination process, the identity construction process, the patient-therapist relationship, and the function of maternal holding. The fact that a child with autism could establish and develop a relationship with the psychotherapist was fundamental to psychotherapy and psychological development.

Uniterms: autistic children; child psychotherapy; psychodynamic psychotherapy.

Neste artigo, objetiva-se relatar e discutir os seguintes aspectos clínicos: configuração do *setting*, discriminação eu/não-eu, processo de construção da identidade, e função *holding* assumida pela psicóloga - que foram fundamentais na formação do vínculo terapêutico na psicoterapia de uma criança com diagnóstico de autismo infantil. O paciente tinha oito

anos de idade quando do início da terapia, e foi atendido semanalmente, durante 16 meses, em um ambulatório de um serviço público gratuito.

Trata-se de um atendimento psicológico de alta complexidade, que necessita de profissionais devidamente preparados para trabalhar com todas as dificuldades existentes para estabelecer vínculo



¹ Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria. Caixa Postal 6111, Barão Geraldo, 13081-970, Campinas, SP, Brasil. Correspondência para/Correspondence to: S.L.S. ARRUDA. E-mail: <saboya@unicamp.br>.

afetivo e terapêutico com crianças com esse diagnóstico.

De acordo com a Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10 (Organização Mundial de Saúde [OMS], 1993), o autismo é classificado na categoria dos transtornos invasivos do desenvolvimento. O autismo infantil manifesta-se antes da idade de três anos. Caracteriza-se por anormalidades qualitativas nas três áreas seguintes: interação social, comunicação e comportamento, que é restrito e repetitivo (OMS, 1993).

A partir do que será discutido neste artigo, o presente estudo de caso indica que a participação de psicólogos de orientação psicodinâmica pode trazer contribuições para o atendimento de algumas crianças com fenômenos autísticos. Para se indicar psicoterapia lúdica psicodinâmica a esses pacientes, é fundamental que eles sejam e continuem sendo avaliados por equipe multiprofissional que contenha psiquiatra de criança, equipe a quem cabe a indicação para a ludoterapia.

Portanto, a psicoterapia lúdica psicodinâmica não deve ser entendida como um referencial antagônico, mas como um recurso terapêutico complementar, que pode ser agregado ao atendimento psiquiátrico e multiprofissional de determinadas crianças com autismo.

Antes de discutir o caso relatado, é feita uma contextualização sobre a terapia lúdica de crianças com autismo. Em continuação, discorre-se sobre a formação do vínculo e sobre a diferenciação eu/não-eu, temas centrais para este estudo, utilizando-se textos de autores de orientação psicodinâmica e psicanalítica.

Psicoterapia lúdica psicodinâmica e autismo

Em tratados de psiquiatria de criança, atualmente predomina a visão organicista para a gênese e para a explicação dos transtornos invasivos do desenvolvimento, categoria diagnóstica que inclui o autismo infantil (Assumpção Jr, 2003). Como consequência dessa idéia, existem textos em que não há qualquer menção da psicoterapia lúdica psicodinâmica na conduta terapêutica do autismo infantil.

Segundo a “teoria da mente”, a maneira como se sente e se entende a mente dos outros, o autismo seria

decorrente de um comprometimento cognitivo na capacidade de metarrepresentação. Essa capacidade é necessária para a criança atribuir estados mentais a si própria e aos outros, tais como suposições e pensamentos, bem como para predizer aquilo que ela e que o outro desejam. A metarrepresentação é necessária para as habilidades sociais e simbólicas (Baron-Cohen, Leslie, & Frith, 1985; Caixeta, & Caixeta, 2005; Grael, 2006).

Autores de orientação organicista afirmam que, com o reconhecimento da base biológica do transtorno autista, veio a percepção de que a psicoterapia psicodinâmica em crianças de pouca idade não era apropriada. Entretanto eles postulam que a psicoterapia individual, com ou sem medicação, pode ser apropriada para pacientes com autismo de funcionamento superior, que, à medida que ficam mais velhos, podem tornar-se ansiosos ou deprimidos, quando vão se tornando conscientes de suas diferenças e das dificuldades no relacionamento com outras pessoas (Campbell & Shay, 1999).

Apesar de a psicoterapia lúdica psicodinâmica ser atualmente questionada para o tratamento da criança com autismo, há vários autores de orientação psicanalítica que trabalharam terapeuticamente com crianças com fenômenos autísticos, dentre os quais: Alvarez (1994); Laznik-Penot (1997); Lisondo (2001); Mahler (1977, 1983); Mélega (1999); Meltzer (1989); Toledo (2003); Tustin (1975, 1984). Ao relatarem sua experiência profissional, alguns desses autores desenvolveram idéias e formularam teorias que ajudaram a compreender o autismo e o atendimento de crianças com fenômenos autísticos.

Fonseca, Barros e Almeida (2001) defendem que a técnica psicanalítica descrita por Tustin para tratar crianças com “autismo psicogênico” (sem quadro orgânico) pode ser igualmente usada na terapia do autismo com dano cerebral. Heimburger (1998) afirma que em vez de discutir se o déficit é primariamente cognitivo ou emocional, o melhor é trabalhar com um déficit que pode ser tanto emocional como cognitivo.

É importante assinalar que a psicanálise entende o diagnóstico como o estabelecimento de algumas chaves de leitura orientadoras da ação terapêutica, e não como uma afirmação categórica e conclusiva a respeito do autismo infantil (Kupfer, 2003). Diferentemente da psiquiatria, a psicanálise não sustenta seu

diagnóstico clínico em um modelo nosográfico baseado na sintomatologia. Para algumas correntes da psicanálise, o diagnóstico apóia-se na noção de estrutura, com suas leis específicas de funcionamento mental, com mecanismos próprios para se defender do real (Sielski & Cardoso, 2004).

O atendimento de crianças com autismo ocorre a partir da construção de uma relação primordial com o terapeuta. É importante que a criança possa fazer-se ouvir, fazer-se ver, para que, então, possam ser realizadas as construções que deveriam ter acontecido nos primeiros anos de vida (Sielski & Cardoso, 2004).

A terapia de uma criança com autismo se faz ao avesso da cura analítica clássica. O objetivo do analista não é interpretar os fantasmas do inconsciente já constituído, mas permitir o advento do sujeito; de se fazer intérprete, no sentido de tradutor de uma língua estrangeira, do sujeito (Laznik-Penot, 1997).

De acordo com Araújo (2004), a teoria winnicottiana permite a compreensão do autismo como uma questão de imaturidade emocional. De alguma forma, o amadurecimento da criança foi interrompido pela inadequação ou insuficiência do ambiente perante suas necessidades.

Essa compreensão pode evitar que o autismo seja tomado como uma doença nos termos da psiquiatria, como uma entidade nosológica na qual, muitas vezes, retira-se a importância da relação ambiente-indivíduo na constituição do problema. Portanto o atendimento da criança com transtorno autista pode ser auxiliado por técnicas psicodinâmicas. De acordo com o pensamento winnicottiano, qualquer um dos muitos elementos descritivos do autismo pode ser examinado separadamente e pode ser encontrado em muitas crianças que são chamadas de normais e sadias (Araújo, 2004).

Formação do vínculo terapêutico e diferenciação eu/não-eu

Klein (1955/1991b) escreve o seguinte: “descobri que as relações de objeto iniciam-se quase no nascimento e surgem com a primeira experiência de alimentação. Descobri, além disso, que todos os aspectos da vida mental estão intimamente ligados a relações de objeto” (p.167).

Segundo Klein (1952/1991a), os processos primários de projeção e introjeção, por serem inextricavelmente ligados com as emoções e ansiedades do bebê, iniciam as relações de objeto. Pela projeção, isto é, pela deflexão da libido e da agressão em direção ao seio da mãe, fica estabelecida a base para as relações de objeto. Pela introjeção do objeto, em primeiro lugar o seio, as relações com os objetos internos passam a existir.

O uso que Klein faz do termo “relações de objetos” baseia-se na sua asserção de que o bebê, desde o início da vida pós-natal, tem com a mãe uma relação imbuída dos elementos fundamentais de uma relação de objeto, isto é, amor, ódio, fantasias, ansiedades e defesas.

Durante a maior parte do primeiro ano de vida, o bebê ainda não é capaz de diferenciar eu/não-eu, mundo interno/mundo externo. A mãe e o corpo dela são inicialmente considerados pelo bebê como uma parte, uma extensão do seu próprio corpo (Winnicott, 1975).

Uma mãe suficientemente boa pode compreender as necessidades básicas do bebê, adaptando-se de modo gradativo à sua crescente capacidade em lidar com frustrações. À medida que o bebê vai tendo um desenvolvimento das funções perceptivas e da sua capacidade egóica, ele vai podendo distinguir entre fantasia e fato, entre objetos internos e objetos externos, desde o puramente subjetivo até a objetividade (Winnicott, 1975).

Todo ser humano tem uma tendência para a maturação, processo que é facilitado pelos cuidadores do bebê. Os processos de maturação fazem com que “a criança repudie o que é não-EU, vindo a constituir o EU” (Winnicott, 1988).

O vínculo inicial com a mãe (ou com a pessoa que assuma as funções maternas) influencia, basicamente, todos os outros relacionamentos, inclusive com o pai. Esse vínculo fundamenta a capacidade para formar toda ligação profunda e intensa com uma pessoa. Aliás, o pai (ou quem assume as funções paternas) também é importante nesse processo de diferenciação eu/não-eu, ao aparecer como uma terceira pessoa, distinta da mãe.

Ao discutirem as idéias de Bion (1966) sobre aspectos do relacionamento, Grinberg, Sor e Bianchedi (1973) comentam que a palavra vínculo descreve uma

experiência emocional em que duas pessoas ou duas partes de uma mesma pessoa estão relacionadas uma com a outra. Amor, ódio e conhecimento são intrínsecos ao vínculo entre dois objetos, já que uma experiência emocional não pode ser concebida isoladamente de uma relação.

Zimerman (1999) introduz o vínculo do reconhecimento, que sempre está presente nas inter-relações pessoais. O reconhecimento alude a uma necessidade crucial de todo ser humano de sentir-se reconhecido e valorizado pelos demais, e de que ele realmente exista como individualidade.

Segundo Zimerman (1999), cabe ao analista a delicada tarefa de reconhecer e suplementar as eventuais falhas que, desde a infância, o paciente teve em sua ânsia de ser acolhido, contido, compreendido, e em ser reconhecido nas suas manifestações de ilusão onipotente, de amor e de agressividade. Esses aspectos são inerentes aos processos de diferenciação, separação e individuação.

Método

Para o desenvolvimento deste estudo de caso, utilizou-se o método clínico-qualitativo, apoiando-se em autores e textos de orientação psicodinâmica. Dentre as principais características desse método, citam-se: “a pesquisa é naturalística; tem dados descritivos; a preocupação é com o processo; ... a questão da significação é essencial” (Turato, 2003, p.245).

Portanto é utilizado um modelo de pesquisa que se propõe a lidar com questões de foro íntimo, que normalmente vêm acompanhadas de angústia e ansiedade (Turato, 2003). Em consonância com o método clínico-qualitativo, os aspectos teóricos são discutidos e analisados a partir da clínica e da relação paciente-terapeuta (Calil & Arruda, 2004).

Por estudo de caso, entende-se uma investigação que se detém sobre uma situação específica, supostamente única em muitos aspectos, com o intuito de descobrir o que é essencial e característico no caso estudado (Ponte, 1994). Por referencial psicodinâmico, entende-se trabalhar essencialmente com a noção dos princípios e leis que regem o inconsciente dinâmico: fantasias, angústias e defesas inconscientes (Zimerman, 2001).

No presente estudo é relatado o caso de uma criança do sexo masculino de oito anos de idade com diagnóstico de autismo infantil, atendida semanalmente em psicoterapia lúdica, por 16 meses, em um serviço ambulatorial público de saúde. As sessões duravam 40 minutos e eram supervisionadas sempre que a terapeuta solicitasse.

No processo de psicoterapia lúdica, foram adaptados ao contexto institucional alguns fundamentos da técnica psicanalítica descrita por Klein (1955/1991b) e por Aberastury (1992): ofereceu-se à criança uma caixa com brinquedos e materiais gráficos, que poderiam ser usados livremente durante as sessões. A caixa é individual e constitui, desde o primeiro momento, o símbolo do segredo profissional: o sigilo.

No serviço em que o estudo foi realizado, a psicoterapia lúdica de crianças com diagnóstico de autismo infantil ou com fenômenos autísticos costuma ser voltada, inicialmente, para a construção de um vínculo entre a criança e o psicoterapeuta. Durante a parte inicial e a maior parte do processo psicoterápico, procura-se facilitar o desenvolvimento da parte não autista (Alvarez, 2003). Entretanto, enquanto não forem trabalhados os mecanismos responsáveis pelos fenômenos autísticos, não é efetuada qualquer interpretação das fantasias e angústias inconscientes do paciente. Para Tafuri (2000), assumir uma postura continente, sem interpretar no início da análise, sem se preocupar com as significações dos atos da criança com autismo, ajuda a criar uma relação terapêutica.

O anteprojeto desta pesquisa foi apresentado a um Comitê de Ética em Pesquisa, e respeita a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. O responsável assinou um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo assegurado o sigilo de identidade.

Dentre os principais aspectos que limitam este estudo, citam-se: a) o fato de as discussões, as análises e as conclusões apresentadas não deverem ser generalizadas por se tratar de um estudo de caso; b) o fato de ser o relato de uma pequena parte da ludoterapia, o que nem sempre permite uma compreensão integral de todos os conteúdos e significados presentes no processo terapêutico; c) as limitações decorrentes de ter sido um atendimento em serviço público, com apenas uma sessão por semana, num período pré-determinado de 16 meses.

Resultados e Discussão

Os poucos dados sobre a história de Pedro, sobre a queixa e a dinâmica familiar foram obtidos em entrevistas realizadas com a avó materna, que não é boa informante. Portanto não foi possível obter dados fidedignos dos primeiros anos de vida de Pedro. A principal informação é que a mãe o abandonou quando ele tinha quatro anos de idade. Quem alertou a família das dificuldades psiquiátricas da criança foi uma conhecida. A avó não soube dizer quando os sintomas começaram. Conta que, com cinco anos de idade, Pedro balançava o corpo e olhava para as mãos, sempre brincava sozinho, apresentava momentos de agitação e agressividade. "Ele não olha no rosto para falar." O diagnóstico de autismo infantil foi feito por um serviço terciário especializado em psiquiatria de criança, serviço que o encaminhou com a indicação para a ludoterapia.

No início, havia resistência da família para com a psicoterapia. Pedro ou faltava, ou chegava atrasado vinte minutos. No decorrer de 16 meses, foram realizadas 47 sessões semanais. Em todas as sessões, Pedro efetuou grande número de produções gráficas. Como o material clínico e gráfico da psicoterapia foi muito extenso, para este estudo, optou-se por focar alguns temas e processos que foram marcantes para a formação do vínculo terapêutico. Inicialmente é discutida a configuração do *setting* terapêutico e, depois, as brincadeiras de discriminação eu/não-eu. Em seguida, são descritos e comentados alguns desenhos, os quais ilustram o processo de formação do vínculo terapêutico, com ênfase no primitivo processo de construção da identidade do paciente, e na sua fantasia de que a psicóloga o acolhesse e o sustentasse.

Às vezes, um desses temas (*setting*, discriminação eu/não-eu, construção da identidade, função *holding* da terapeuta) podia predominar durante uma sessão ou durante períodos do atendimento. Não obstante, durante a terapia, não houve uma seqüência cronológica e linear no aparecimento e no manejo dos temas.

Configuração do *setting* terapêutico

O atendimento psicológico de uma criança com autismo não é fácil e costuma exigir contínuas super-

visões. O terapeuta terá que aprender a conviver com uma série de comportamentos, atitudes e rituais - alguns muito particulares - que, normalmente, estão ausentes em outras crianças. É importante que o psicólogo respeite esses comportamentos e que possa assegurar um *setting* contínuo, seguro, protetor e acolhedor.

Deve-se procurar manter o horário das sessões, o mesmo consultório, com os móveis da sala mantidos na mesma posição. É importante que a criança possa brincar e desenhar livre e criativamente. O estabelecimento de um *setting* protetor e acolhedor pode representar o primeiro passo para a formação do vínculo terapêutico.

Nas primeiras sessões, quando a terapeuta o chamava, Pedro parecia não ouvir seu nome. A avó o alertava, ele levantava-se da cadeira sem receio algum, segurava na mão da terapeuta e deixava-se levar, como se a psicóloga fosse uma extensão sua, não diferenciada dele. Não olhava para ela. Parecia usá-la como uma ferramenta que o conduzia à sala de atendimento.

As brincadeiras pareciam isoladas e eram de pouca duração. Costumava brincar com os animais e com a família, dizendo: "Beija esse, beija. Abraça, abraça". Durante a maior parte da sessão, ficava desenhando e pedia para que a terapeuta fizesse o mesmo: "Desenha cachorro, desenha." A psicóloga tomava parte e desenhava o solicitado.

Após um mês de psicoterapia, quando Pedro pediu para que desenhasse, ela disse: "Não!" Pela primeira vez, ele levantou a cabeça e dirigiu o olhar para a terapeuta. Então ela disse: "Você olhou para mim, Pedro!" Ele sorriu.

Assim começavam a ser rompidas algumas barreiras que dificultavam a comunicação entre Pedro e a psicóloga. Olhar para a terapeuta foi entendido como um canal de comunicação com a terapeuta em relação ao seu mundo autista, permitindo e suportando o olhar dela. Estavam se iniciando o processo de diferenciação entre o eu e o não-eu, o trabalho da individuação e também a vinculação terapeuta-paciente.

Na análise de crianças com autismo, Ahumada e Ahumada (2005) relatam um momento do processo transferencial em que o olhar da criança auxiliou a terapeuta a compreender o que poderia estar acontecendo.

Pozzi (2003) comenta que o olhar era uma fonte de ansiedade, que foi especulado como estando relacionado com o olhar para o rosto e para os olhos da mãe, na sua infância. Essa criança aceitava olhar para a terapeuta, quando ela acertava os nomes e os números de uma brincadeira que faziam.

Deve-se assinalar que a troca de olhares entre Pedro e a psicóloga representou um importante momento na formação do vínculo entre ambos. No entanto isto é algo muito particular e não pode ser generalizado para o atendimento de outras crianças com autismo.

O desabrochar de Pedro e o início da formação do vínculo terapeuta-paciente puderam ser percebidos com o andamento das sessões. O que antes parecia apatia quando chamado para a sessão, tornou-se então um grande interesse e prazer por estar ali.

Discriminação eu/não-eu

A partir da vigésima sessão, a terapeuta iniciou brincadeiras de diferenciação: tocar nos pés, braços e rosto de Pedro; nomear partes de seu corpo. Quando não queria, ele dizia: "Não, sai!" Em outros momentos, perguntava: "Você está de sapato, está?" e encostava o seu pé no da terapeuta. Pedro também adquiriu o costume de deixar cair o lápis no chão e cutucar o pé da psicóloga quando o pegava.

O trabalho de discriminação de partes do corpo vai ao encontro do pensamento de alguns autores que apresentaram estudos de caso sobre autismo. Haag et al. (2005) enfatizam que as crianças com autismo costumam ter sérios problemas no desenvolvimento corporal (físico), resultantes de ansiedades primitivas. Manzotti (2001) estabelece estratégias para o manejo do corpo, da voz, do olhar. Houzel (2004) destaca a importância do trabalho com as fantasias da criança em relação ao corpo da mãe.

Nas últimas sessões, Pedro já nomeava partes do seu próprio rosto e da terapeuta; colocava a mão no rosto dela, como se a estivesse acariciando. Para ela, o paciente parecia um bebê no segundo semestre de vida, que, quando a mãe o pega no colo, ele acaricia seu rosto.

Mahler (1977) refere-se à diferenciação como uma subfase do processo de separação e individuação.

Comportamentos característicos, que tornam possível a demarcação entre o eu e o não-eu, são a exploração visual e tátil do rosto e do corpo da mãe; afastar-se da mãe para examinar o mundo mais amplo e olhar para ela; confrontar a mãe com os outros. A diferenciação de uma imagem corporal parece ocorrer.

A terapeuta passou a brincar com Pedro de bater suas mãos na dele. Ele correspondia, mas logo voltava a desenhar. Para a surpresa da psicóloga, Pedro interrompia o desenho e levantava a mão como se solicitasse para ela bater. Então a brincadeira de baterem as mãos iniciava-se novamente.

Pedro tinha algumas reações próprias, que a terapeuta foi aprendendo aos poucos, à medida que podia conhecê-lo mais, à medida que se desenvolvia o vínculo terapêutico. Quando queria chamar a atenção e se comunicar, ele "tossia", às vezes, ria. Expressava sua raiva, ou xingando a terapeuta ou dizendo: "Bateu na professora!". Algumas vezes, chegava a cuspir na psicóloga e, em seguida, falava: "Quero colo! Volta aqui, volta!"

Processo de construção da identidade de Pedro, função *holding* e outros aspectos associados

Os desenhos de Pedro representavam uma leitura de sua realidade interna, de aspectos de seu mundo interno. As produções gráficas contínuas, presentes em todas as sessões, seriam um sucedâneo do seu brincar.

Nos primeiros meses de terapia, a maioria dos desenhos era centrada em torno de uma figura, que foi entendida como a representar ele próprio. Essa figura costumava apresentar um apêndice (como um guarda-chuva, ou um patinete acoplados ao corpo), uma continuidade dele. Não parecia haver uma ligação entre a(s) figura(s) e outros objetos de um mesmo desenho, mostrando uma fragmentação (Figura 1).

Com essa figura central, tinha-se a impressão de que Pedro se colocava como centro de atenção dos seus desenhos, e da atenção da psicoterapeuta. Era como se, por meio dessa figura, estivesse mostrando a sua pessoa, em um processo primitivo de discriminação da identidade, ainda que fragmentada. Ao tornar-se o centro

de atenção da terapeuta, ia permitindo a formação do vínculo.

Segundo Sielski e Cardoso (2004), na criança com autismo, não se efetua a construção de uma imagem corporal, a inscrição de significantes e a organização pulsional. Seu corpo fica fragmentado, pois não há nada que o delimite, que marque suas bordas, seu contorno. Assim, não há possibilidade de diferenciação entre seu corpo e o mundo externo. Seincman (2000) valoriza a subjetivação do sujeito como eixo para o tratamento do autismo, ou seja, o analista antecipa, no paciente, um sujeito que para muitos não existe.

Na sexta sessão, a terapeuta dá continuidade ao processo de transpor as dificuldades que existiam na comunicação e no vínculo entre ambos. Em vez de deixar que ele efetuasse os desenhos que quisesse, pediu para Pedro desenhar uma pessoa e uma árvore. Ou seja, solicitou que ele se mostrasse por meio daquilo que pudesse projetar nos desenhos. O paciente desenhou uma pessoa e uma árvore com o mesmo formato e tamanho (Figura 2).



Figura 1. Desenho de uma pessoa com guarda-chuva e patinete.

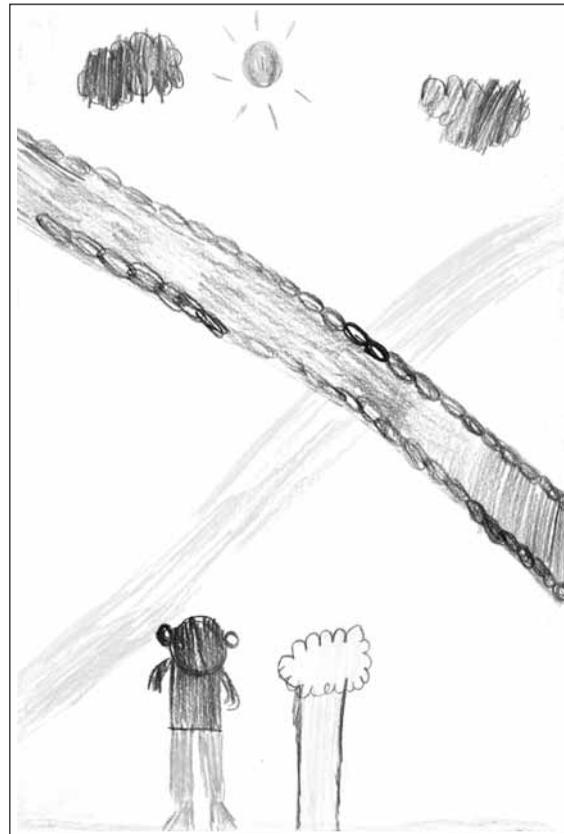


Figura 2. Desenho de árvore e pessoa sem detalhes do rosto.



Figura 3. Desenho de objetos de casa, quase todos aos pares.

A pessoa desenhada, cujo rosto não tinha olhos, nariz e boca, apenas ouvidos, foi entendida como sendo o próprio Pedro. O paciente se comunicava com a terapeuta mais pelo que dela ouvia do que pelo que ele próprio falava ou enxergava.

Pedro faltou a cinco sessões e, em seguida, a terapeuta ausentou-se por mais três semanas. Quando do reinício da terapia, ele mudou o conteúdo das suas produções gráficas. Os desenhos passaram a ter unicamente coisas (objetos), sem a presença de quaisquer pessoas, o que foi entendido como uma intensificação das defesas devido à interrupção de oito semanas no processo vincular e terapêutico. Desenhava utensílios de casa (chuveiro, mesa, cadeira, entre outros), como se quisesse presentear a terapeuta (Figura 3).

Pedro estava construindo e mobiliando uma casa, como se estivesse reconstruindo o seu espaço terapêutico com a psicóloga. Quase todos os objetos eram aos pares, como se fizesse um para ele e outro para a terapeuta, como se a casa fosse para ambos, com a psicóloga colaborando no processo de reconstrução da sua identidade. Isso foi entendido como associado a uma fantasia de ser acolhido pela terapeuta, acolhimento relacionado com o *holding* materno (sustentação).

Na teoria winnicottiana, é a partir do *holding* materno, ou seja, do olhar integrador, do calor, do cheiro e dos cuidados da mãe, que o bebê tem a possibilidade de sentir-se uno e de constituir-se - por intermédio desse contato - numa linha de continuidade do *self*, base de genuinidade do ser (Winnicott, 1983; Silva, 1997).

Apoiando-se nos comentários de Zimerman (1999) sobre o reconhecimento do outro: no início da vida [no início da psicoterapia], o bebê [paciente Pedro] não tem a consciência de si, não tem consciência da existência do outro, não discrimina o que é "eu" e "não-eu". O outro [o terapeuta] é representado como sendo uma extensão do bebê e que deve estar permanentemente à sua disposição, para prover suas necessidades, para o acolher e o proteger.

Muitos sujeitos permanecem fixados nessa posição sem conseguirem conceber que o outro seja diferente dele. Para o crescimento mental e para o processo ludoterápico, é fundamental que o sujeito desenvolva - com o terapeuta e com as demais pessoas - um tipo de vínculo no qual reconheça que o outro não é um espelho seu, reconheça o outro como alguém diferente dele.

O desenho do varal de camisetas foi entendido como relacionado com a dificuldade de Pedro se mostrar como sujeito: não há pessoas, somente roupas, parece haver uma necessidade de se agarrar em algo. O varal e o pedido de colo representariam o quanto Pedro ainda necessitava do apoio do outro, de *holding* materno, no caso da terapeuta e do vínculo para construir sua história (Figura 4).



Figura 4. Desenho do varal com camisetas.

Pedro parecia pedir que a psicóloga o auxiliasse a construir sua história, a nomeá-lo e reconhecê-lo; que o ajudasse a conhecer a verdade acerca de si mesmo, a construir sua identidade, a descobrir qual era o seu papel e lugar em sua família e no processo terapêutico.

Considerações Finais

Ao se tratar de criança com diagnóstico de autismo infantil, uma grande dificuldade está no

reconhecimento de que há o encontro de dois mundos aparentemente tão distintos: o da terapeuta e o da criança.

Durante o processo psicoterápico do paciente, foram comentados alguns aspectos fundamentais para a formação do vínculo terapêutico: a configuração do *setting* terapêutico e o momento em que o paciente pode trocar olhares com a terapeuta; o processo de discriminação eu/não-eu, por meio de brincadeiras de discriminação das partes do corpo e por meio de produções gráficas; o primitivo e fragmentado processo de construção da identidade da criança; a relação paciente-psicoterapeuta e a função de *holding* materno assumida pela terapeuta. Isso permitiu o reinício, a retomada do processo de construção psíquica do paciente e o estabelecimento e desenvolvimento de um vínculo terapêutico.

A psicoterapia lúdica com crianças com diagnóstico de autismo infantil deve ser voltada, inicialmente, para a construção de um vínculo entre a criança e o psicoterapeuta. No atendimento relatado, foi fundamental que a terapeuta assumisse uma postura protetora e acolhedora, o que contribuiu para a formação do vínculo terapêutico.

Este estudo é um exemplo de um trabalho realizado em uma instituição pública e, apesar da limitação de ser um atendimento semanal, mostra que a inclusão de um psicoterapeuta de orientação psicodinâmica pode auxiliar a todos os profissionais envolvidos no atendimento de crianças com autismo infantil.

Espera-se que o método clínico-qualitativo empregado e que as reflexões levantadas com o relato desse caso clínico possam vir a contribuir para outros atendimentos que envolvam crianças com o diagnóstico de autismo infantil.

Referências

- Aberastury, A. (1992). *Psicanálise da criança: teoria e técnica* (8a. ed.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Ahumada, L. C. B., & Ahumada, J. L. (2005). From mimesis to agency: clinical steps in the work of psychic two-ness. *International Journal of Psychoanalysis*, 86 (3), 721-736.
- Alvarez, A. (1994). *Companhia viva: psicoterapia psicanalítica com crianças autistas, borderline, carentes e maltratadas*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Alvarez, A. (2003). A psicanálise com crianças autistas e crianças maltratadas. *Percurso*, 30(1), 101-106. (Entrevista).
- Araújo, C. A. S. (2004). A perspectiva winicottiana sobre o autismo no caso de Vitor. *Psychê* (São Paulo), 8 (13), 43-60.
- Assumpção Jr, F. B. (2003). Transtornos abrangentes do desenvolvimento. In F. B. Assumpção Jr. & E. Kuczynski (Orgs.), *Tratado de psiquiatria da infância e adolescência* (pp.265-280). São Paulo: Atheneu.
- Baron-Cohen, S., Leslie, A. M., & Frith, U. (1985). Does the autistic child have a "theory of mind"? *Cognition*, 21 (1), 37-46.
- Bion, W. R. (1966). O aprender com a experiência. In W. R. Bion. *Os elementos da psicanálise* (pp.5-117). Rio de Janeiro: Zahar.
- Caixeta, M., & Caixeta, L. (2005). *Teoria da mente: aspectos psicológicos, neurológicos, neuropsicológicos e psiquiátricos*. Campinas: Átomo.
- Calil, R. C. C., & Arruda, S.L.S. (2004). Discussão da pesquisa qualitativa com ênfase no método clínico. In S. Grubits, & J. A. V. Noriega (Orgs.), *Método qualitativo: epistemologia, complementariedades e campos de aplicação* (pp.173-213). São Paulo: Vetor.
- Campbell, M., & Shay, J. (1999). Transtornos invasivos do desenvolvimento. In H. I. Kaplan & B. J. Sadock (Orgs.), *Tratado de psiquiatria* (Vol. 3, 6a.ed., pp. 2477-2494). Porto Alegre: Artmed.
- Fonseca, R. J. R. M., Barros, I. G., & Almeida, O. M. P. (2001). Three ways of understanding Ida. *Journal of Child Psychotherapy*, 27 (2), 139-157.
- Grael, P. M. (2006). *Traços de personalidade em genitores masculinos com filho portador de autismo*. Dissertação de mestrado não-publicada, Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas.
- Grinberg, L., Sor, D., & Bianchedi, E. T. (1973). *Introdução às idéias de Bion*. Rio de Janeiro: Imago.
- Haag, G., Tordjman, S., Duprat, A., Urwand, S., Jardin, F., Clément, M. C., Cukierman, A., Druon, C., Du Châtellier, A. M., Tricaud, J., & Dumont, A. M. (2005). Psychodynamic assessment of changes in children with autism under psychoanalytic treatment. *International Journal of Psychoanalysis*, 86 (2), 335-352.
- Heimburger, S. H. D. C. (1998). Abordagem e tratamento das psicoses infantis: controvérsias e convergências. *ALTER Jornal de Estudos Psicodinâmicos*, 17 (2), 113-117.
- Houzel, D. (2004). The psychoanalysis of infantile autism. *Journal of Child Psychotherapy*, 30 (2), 225-237.
- Klein, M. (1991a). Sobre a observação do comportamento de bebês. In M. Klein. *Inveja e gratidão e outros trabalhos 1946-1963* (pp.119-148). Rio de Janeiro: Imago. (Originalmente publicado em 1952).
- Klein, M. (1991b). A técnica psicanalítica através do brincar: sua história e significado. In M. Klein. *Inveja e gratidão e outros trabalhos 1946-1963* (pp. 149-168). Rio de Janeiro: Imago. (Originalmente publicado em 1955).

- Kupfer, M. C. M. (2003). Intervenções no autismo a partir da psicanálise. In *Temas sobre desenvolvimento, II Encontro do desenvolvimento humano em condições especiais*, v. 12, suplemento especial (pp.25-27). São Paulo, SP.
- Laznik-Penot, M. C. (1997). *Rumo à palavra: três crianças autistas em psicanálise*. São Paulo: Escuta.
- Lisondo, A. B. D. (2001). Na simbiose patológica, uma concha autística para dois: na psicanálise, nasce o ser e a linguagem. In R. B. Graña & A. B. S. Piva (Orgs.), *A atualidade da psicanálise de crianças: perspectiva para um novo século* (pp.165-180). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Mahler, M. S. (1977). *O nascimento psicológico da criança: simbiose e individuação*. Rio de Janeiro: Zahar Editores.
- Mahler, M. (1983). *As psicoses infantis e outros estudos*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Manzotti, M. (2001). Para la lógica de la cura del autismo y la psicosis infantil, el valor de lo imprevisto está en su cálculo. *Psicoanálisis* (Buenos Aires), 23 (3), 641-656.
- Mélega, M. P. (1999). *Pós autismo: uma narrativa psicanalítica*. Rio de Janeiro: Imago.
- Meltzer, D. (1989). *O desenvolvimento kleiniano-II: desenvolvimento clínico de Melanie Klein*. São Paulo: Escuta.
- Organização Mundial de Saúde (1993). *Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Ponte, J. P. (1994). O estudo de caso na investigação em educação matemática. *Quadrante*, 3 (1), 3-18.
- Pozzi, M. E. (2003). The use of observation in the psychoanalytic treatment of a 12-year-old boy with Asperger's syndrome. *International Journal of Psychoanalysis*, 84 (5), 1333-1349.
- Seincman, M. (2000). O psicanalista, o autista e o autismo. *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 3 (1), 117-130.
- Sielski, M., & Cardoso, C. G. (2004). Sobre o autismo: o real, a repetição e a transferência. *Psicologia Argumento*, 22 (37), 39-44.
- Silva, M. H. B. (1997). Uma contribuição de D. W. Winnicott para a clínica do autismo: a noção de angústia impensável. In P. S. Rocha (Org.), *Autismos* (pp.91-96). São Paulo: Escuta.
- Tafuri, M. I. (2000). O início do tratamento psicanalítico com crianças autistas: transformação da técnica psicanalítica? *Revista Latinoamericana de Psicopatologia Fundamental*, 3 (4), 122-145.
- Toledo, M. H. (2003). *Um certo sorriso: considerações sobre a formação do vínculo com uma menina autista*. Tese de doutorado não-publicada, Pós-Graduação em Psicologia, Centro de Ciências da Vida, Pontifícia Universidade Católica de Campinas.
- Turato, E. R. (2003). *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas*. Petrópolis: Vozes.
- Tustin, F. (1975). *Autismo e psicose infantil*. Rio de Janeiro: Imago.
- Tustin, F. (1984). *Estados autísticos em crianças*. Rio de Janeiro: Imago.
- Winnicott, D. W. (1975). *O brincar e a realidade*. Rio de Janeiro: Imago.
- Winnicott, D. W. (1983). *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Winnicott, D. W. (1988). *Os bebês e suas mães*. São Paulo: Martins Fontes.
- Zimerman, D. E. (1999). *Fundamentos psicanalíticos: teoria, técnica e clínica: uma abordagem didática*. Porto Alegre: Artmed.
- Zimerman, D. E. (2001). *Fundamentos básicos das grupoterapias* (2a. ed.). Porto Alegre: Artmed.

Recebido em: 16/12/2005
 Versão final reapresentada em: 26/7/2006
 Aprovado em: 28/8/2006

Resenha

*Stress e o turbilhão da raiva*¹

Stress and anger eddy

Ana Carolina de Queiroz **CABRAL**²

A presente publicação tem como objetivo propor um tratamento cognitivo para a raiva, baseado na abordagem cognitivo-comportamental. Essa obra surgiu a partir das pesquisas que sua autora, Marilda Emmanuel Novaes Lipp, vem desenvolvendo na área do *stress*, da raiva, da qualidade de vida, e no campo do tratamento não farmacológico da hipertensão, trabalho esse de grande reconhecimento.

A autora brinda o público com um texto inovador que reflete sua vasta experiência na área. Ela tem contribuído sistematicamente para enriquecer o conhecimento sobre o tema tanto no Brasil como nos Estados Unidos. Acadêmica, orientou até o momento 56 dissertações e teses de mestrado e doutorado, escreveu 14 livros sobre o *stress* e dezenas de artigos sobre o tema, desenvolveu o Inventário de Sintomas de *Stress* para Adultos e é co-autora da Escala de *Stress* Infantil e da Escala de *Stress* para Adolescentes.

A obra é composta por uma breve introdução seguida de oito capítulos, além de referências e indicações bibliográficas selecionadas. No decorrer do livro a autora inseriu testes breves e objetivos que permitem o autoconhecimento do leitor, o que foi, certamente, um de seus objetivos.

Em "Por que nos preocupamos com a raiva?" a autora chama a atenção para os aspectos mais relevantes

da raiva e sua influência na saúde física e mental, ressaltando ser um fator de risco para o desenvolvimento de doenças coronarianas, do aparelho digestivo, além da sua associação com quadros de depressão, obesidade, problemas de relacionamentos interpessoais, violência na família, divórcio, perda de emprego e suicídio.

Além de explicar a importância da expressão de raiva para a saúde emocional e orgânica, classifica a expressão de raiva em: raiva para dentro; raiva para fora; raiva acompanhada de cinismo. Tendo por suporte uma farta bibliografia, Lipp apresenta evidências das relações entre as expressões de raiva, *stress* e pressão arterial. Trata de relações muito presentes no cotidiano das pessoas na pós-modernidade.

No capítulo 2, a autora responde à pergunta de seu título, definindo a raiva como um sentimento decorrente de uma grande frustração, ou de uma oposição, e a diferencia da hostilidade quando explica que essa última pode ser concebida como uma característica de personalidade de avaliação das situações e das pessoas de forma negativa. Segundo ela, a hostilidade possui três componentes: cognitivo, ao realizar as avaliações; afetivo, por tratar-se também de um sentimento; e comportamental.

Levando em consideração a proposta de Spielberger, Lipp reforça o aspecto da raiva como

▼▼▼▼

¹ Lipp, M.E.N. (2005). *Stress e o turbilhão da raiva*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

² Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Centro de Ciências da Vida, Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Av. John Boyd Dunlop, s/n., Prédio Administrativo, Jardim Ipaussurama, 13060-904, Campinas, SP, Brasil.

mecanismo de proteção contra a perda de poder real ou imaginário. Em seguida, ela faz um histórico das manifestações de raiva desde os tempos bíblicos, preparando assim o leitor para entrar em contato com alguns dos aspectos positivos da raiva, e posteriormente inserir o mecanismo fisiológico desse sentimento.

Nesse mesmo capítulo os tipos de raiva são expostos após a discussão acerca dos hábitos de vida e sua forte influência no comportamento humano. Lipp explica que os hábitos são fortalecidos através da prática e que a reação raivosa pode se tornar um traço de raiva caso se transforme em uma tendência a reagir com raiva em consequência de uma interpretação disfuncional da realidade; ou um temperamento raivoso, caso torne-se uma propensão geral daquele indivíduo a vivenciar a raiva sem uma provocação específica anterior. Ressalta, ainda, as hipóteses cultural, familiar e do meio quanto à expressão de raiva. Por fim, defende a existência de vulnerabilidades psicológicas e físicas à raiva, bem como ao *stress*.

Em seguida, ela aponta os vários aspectos do desenvolvimento da raiva: evento desencadeador e sua interpretação, *stress* emocional, reavaliação do evento sob a perspectiva da raiva, e escalonamento da raiva. Assim, à luz dos conceitos da abordagem cognitivo-comportamental, é postulado que são as interpretações não funcionais do evento que levam a conclusões equivocadas e, conseqüentemente, à raiva.

O *stress* é uma reação adaptativa do organismo para a manutenção do seu equilíbrio com o meio que o cerca, garantindo, assim, a homeostase. Tendo por base a produção científica na área, Lipp lembra que qualquer tensão aguda ou crônica que produza mudança no comportamento físico e no estado emocional do indivíduo, ocorrendo uma resposta de adaptação psicofisiológica, é considerada *stress*. No capítulo 3 a autora aborda a influência do *stress* na expressão de raiva, bem como ressalta o mecanismo cognitivo e fisiológico desse fenômeno, suas fases, fontes, e seus desdobramentos, como, por exemplo, o *stress* ocupacional, as possibilidades de ação, a doença da pressa, o padrão de comportamento tipo A e o *stress* infantil. No texto a autora reforça a importância da aquisição de repertório para enfrentamento de problemas.

Num capítulo específico, Lipp em “A raiva no trânsito” expõe os riscos que a raiva pode oferecer ao

indivíduo, especialmente naqueles com nível de *stress* elevado. Ela explica que, quando da prevalência de *stress* elevado e raiva mal administrada, ocorre uma hipersensibilidade diante das situações, o que impulsiona a incidência de reações sem grande avaliação prévia, ou também chamadas as reações impulsivas.

Em “A raiva em crianças”, a autora explica que a expressão intensa de raiva em crianças pode, assim como nos adultos, se relacionar a uma sensibilidade genética maior do sistema límbico, ou também pode ser o resultado delas terem sido vítimas diretas ou secundárias de violência doméstica ou abuso sexual. A autora expõe as implicações da raiva mal administrada durante a infância, e faz uma explicação do comportamento agressivo, bastante comum nessa fase da vida. É feita uma explanação dos aspectos positivos da raiva referentes à defesa do indivíduo e sua relevância no universo infantil. Além disso, a autora aponta que a maioria das pessoas cronicamente estressadas apresenta dificuldades em lidar com frustrações, respondendo hostilmente, e que um trabalho terapêutico de controle do *stress* se faz também necessário.

A autora ressalta que a família pode contribuir para a incidência do *stress* e da raiva. Tal contribuição pode ser caracterizada como múltipla, visto que abrange as áreas cognitiva, social e biológica, desde a estruturação dos esquemas e crenças, até a configuração biológica. Sabe-se que a reação de *stress* ou de raiva durante a gestação implica conseqüências significantes para o bebê. A autora destaca que o *stress* pré-natal não pode ser descartado. Baseada em literatura científica, enuncia que a perturbação emocional da gestante proporciona, como conseqüência das alterações bioquímicas sofridas, a liberação da catecolamina, neuro-hormônio liberado em níveis elevados pelo organismo materno em situação de *stress* e que provoca no feto um estado de perturbação semelhante ao de sua mãe. Como efeito dessa vivência a probabilidade de o futuro bebê apresentar alterações em seu desenvolvimento é alta, como comprovam os estudos realizados com animais cujas mães foram submetidas a fontes de *stress* durante a gestação. Assim, no 6º capítulo, o tema da raiva dentro da família é abordado e são feitas indicações para o controle emocional.

No capítulo 7, são expostos os objetivos do treino cognitivo da raiva: (1) apaziguar a excitabilidade

orgânica gerada pela ação dos hormônios do *stress*; (2) reestruturar o pensamento pré-raiva; e (3) levar à tomada de ações responsáveis para substituição de reações com raiva por processos conscientes e racionais para o crescimento emocional. Em seguida, são revistos os conceitos e sugeridas técnicas de apoio para o gerenciamento da raiva no momento em que ela ocorre. Dentre essas técnicas, Lipp expõe: a) técnica da mochila para esquecer e reduzir a raiva, um relaxamento que aborda conflitos que, apesar de terem sido vivenciados no passado, têm influência significativa no presente, como, por exemplo, mágoas e ressentimentos; b) estratégia para reduzir a ansiedade, um procedimento de reestruturação cognitiva focado na ansiedade e seu controle; c) técnica do pinheiro, exercício direcionado para o controle da raiva; d) técnica do *time out*, ou também chamado de férias mentais, cuja proposta é retirar-se da situação que eliciou raiva; e) técnica da ação responsável, focada na solução do problema estruturada em termos cognitivos e emocionais; f) parada do pensamento, proposta para interromper o processo disfuncional do pensamento; g) respiração profunda, técnica básica de relaxamento; h) técnica do relaxamento, exercício físico e mental que propicia o autocontrole; e exercício físico, responsável pelo equilíbrio neuro-hormonal que é, conforme mencionado anteriormente, fundamental para o controle do *stress*.

Para finalizar, no capítulo "Especial para quem quiser saber mais sobre a Terapia Comportamental

Cognitiva (TCC) recomendada no transtorno do *stress* e da raiva", foram feitos apanhados teóricos que situam o leitor nos termos utilizados por essa abordagem teórica da Psicologia. Primeiramente, a autora introduz a TCC através de um breve histórico, para então lançar mão dos pressupostos teóricos que fundamentam a abordagem. Dentre os pressupostos, mereceram destaque a relevância da interpretação (pensamento) dos eventos, e os procedimentos comportamentais e emocionais utilizados para a mudança dos comportamentos e reações emocionais disfuncionais. Em seguida, faz-se uma comparação entre as teorias cognitivas de Beck e de Albert Ellis, que posteriormente recebeu algum detalhamento. O encerramento da obra se dá através da exposição teórica da técnica angular da TCC: a reestruturação cognitiva.

O livro *Stress e o Turbilhão da Raiva* contribui para uma melhor compreensão dessa reação que tanta preocupação e problemas traz para a sociedade, no geral, e para o próprio indivíduo especificamente, não só enfocando o ponto de vista da vítima da raiva, mas também o referencial da pessoa que sente raiva com frequência excessiva e não a sabe entender, controlar ou usar adequadamente.

Recebido em: 2/5/2006

Versão final reapresentada em: 26/7/2006

Aprovado em: 16/8/2006

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 Laloni (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

Prêmio do melhor pôster

Prêmio 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 da 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 appraisal, 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 be 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 not exceeding three lines. In this paragraph must be the study origin, and other information, such as other publication events where it has been, if it is any thesis or essay derivative, the database process, etc.

Portuguese abstract in a separate sheet

The abstract must have at least 100 words and no more than 150. It may have from 5 to 10 lines. Exception to the books review, every text needs an abstract. The abstract may present from 3 to 5 keywords that describe the study 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

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

In press Scientific journal article

Indicate where the study is in press. Include the journal name underlined, followed by the title. The volums and pages should not be mentioned. The study in press should be mentioned.

Books

Witter, G. P. (2004). *Educação e Psicologia: cinqüenta 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: Papyrus.

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:

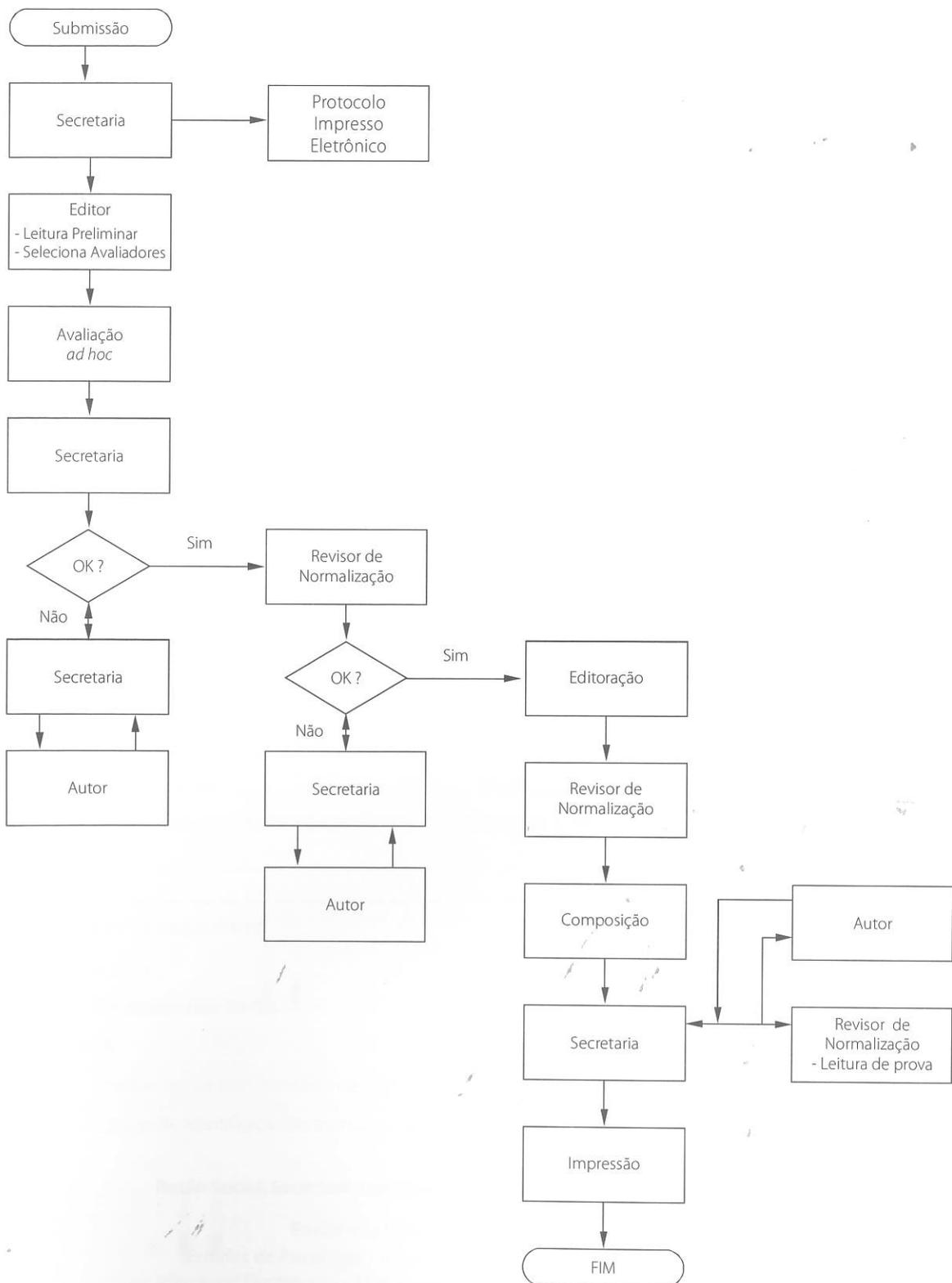
1. Responsibility Statement: every author must sign in these terms:

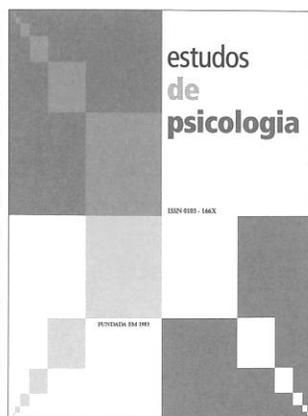
- I confirm my participation to this study development process to make it public, and I assure its content, reinforcing that nothing was omitted, neither any financial support or deals among the authors and any company interested in this article publication;
 - I also assure the original is real and 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 com 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** CPE

Razão Social: Sociedade Campineira de Educação e Instrução. CNPJ: 46.020.301/0001-88

Enviar esta ficha juntamente com seu pagamento para:

Estudos de Psicologia - Núcleo de Editoração - Prédio de Odontologia - Campus II
Av. John Boyd Dunlop, s/n. - Jd Ipaussurama - 13060-904 - Campinas - SP. Fone/Fax: (19) 3729-6875

E-mail: assinaturascv@puc-campinas.edu.br - Home Page: www.puc-campinas.edu.br/ccv

Pontifícia Universidade Católica de Campinas
(Sociedade Campineira de Educação e Instrução)

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

Suely de Castro Mello
BBox Design

Miolo

Katia Harumi Terasaka

Editoração eletrônica / DTP

Beccari Propaganda e Marketing
E-mail: editora@beccari.com.br

Impressão / Printing

Gráfica Editora Modelo Ltda

Tiragem / Edition

1000

Distribuição / Distribution

Sistema de Bibliotecas e Informação da PUC-Campinas - Serviço de Publicação, Divulgação e Intercâmbio

artigos/articles

Habilidades sociais das mães e envolvimento com os filhos: um estudo correlacional

Mothers' social skills and their involvement with children: a correlational study

| Fabiana Cia | Camila de Sousa Pereira | Zilda Aparecida Pereira Del Prette | Almir Del Prette

Condição cognitiva de crianças de zona rural

Rural children cognitive state

| Carmen Elvira Flores-Mendoza | Elizabeth do Nascimento

Avaliação da qualidade de vida em soropositivos para o HIV

Life quality evaluation in HIV serum-positive individuals

| Alessandra Ramos Castanha | Maria da Penha de Lima Coutinho | Ana Alayde Werba Saldanha | Cristiane Galvão Ribeiro

Ansiedade de separação em adultos com transtorno de pânico: um tratamento cognitivo-comportamental

Separation anxiety in adults with panic disorder: a cognitive-behavior treatment

| Ana Gabriela Pinheiro da Silva Annicchino | Evandro Gomes de Matos

Stress ocupacional em bombeiros: efeitos de intervenção baseada em avaliação de necessidades

Firefighters' occupational stress: intervention effects based on needs assessment

| Sheila Giardini Murta | Bartholomeu Tôres Tróccoli

Relação entre comportamento moral dos pais e dos filhos adolescentes

Relation between parents' and adolescents' moral behavior

| Laísa Weber Prust | Paula Inez Cunha Gomide

Problemas enfrentados por terapeutas analítico-comportamentais em sua prática clínica

Behavior analytic therapists' clinical practice problems

| Marina Gomes Wielewicki | Jocelaine Martins da Silveira | Carlos Eduardo Costa

Stress entre calouros e veteranos de jornalismo

Journalism freshmen and veterans' stress

| Sandra Leal Calais | Kester Carrara | Maiara Medeiros Brum | Karen Batista | Josiane Keyla Yamada | Juliana Roman Santos Oliveira

Investigação das propriedades psicométricas de uma escala de metas de realização

Investigation of the achievement goals scale psychometrics properties

| José Maurício Haas Bueno | Rita da Penha Campos Zenorini | Acácia Aparecida Angeli dos Santos | Alice Yuriko Matumoto | Juliana Buchatsky

A prática do psicólogo hospitalar em equipe multidisciplinar

The practice of hospital psychologist in a multidisciplinary team

| Aline Maria Tonetto | William Barbosa Gomes

Religião, enfrentamento e cura: perspectivas psicológicas

Religion, coping, and cure: psychological perspectives

| Geraldo José de Paiva

A perspectiva desenvolvimentista para a intervenção precoce no autismo

The developmental approach for early intervention in autism

| Carolina Lampreia

Autismo infantil e vínculo terapêutico

Infantile autism and therapeutic process

| Carla Fernandes Ferreira da Costa Marques | Sérgio Luiz Saboya Arruda