

ISSN 0103 - 166X

ESTUDOS DE PSICOLOGIA

Psychological Studies

Volume 30
Número 4

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 na área de Psicologia, por meio da publicação de artigos originais que representem contribuições relevantes para a área da Psicologia. Publica, também artigos teóricos e de revisões da literatura, bem como resenhas que apresentem avanços para a área da Psicologia como ciência e profissão/Estudos de Psicologia (*Psychological Studies*) is a quarterly journal of the graduate psychology program at the Pontifícia Universidade Católica de Campinas - Centro Ciências da Vida (Pontifical Catholic University of Campinas - Center of Life Sciences). Since its foundation in 1983, it has been encouraging contributions from national and international scientific communities, aiming to discuss and to promote the profession and research in Psychology through the publication of original articles, which bring relevant contributions to the field of Psychology. It also publishes theoretical and review papers as well as book reviews representing significant advances to the science and profession of Psychology.

Colaborações / Contributions

Enviar os manuscritos via site <<http://www.scielo.br/estpsi>> e seguir as "Instruções aos Autores", publicadas no final de cada fascículo/Send the manuscripts to the site <<http://www.scielo.br/estpsi>> and should comply with the "Guide for Authors", published in the end of each issue.

Indexação / Indexing

Lilacs, SciELO, PsycINFO, Clase, Psycodoc, Doaj, Latindex e Index Psi Periódicos

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.

Qualis: A2 - Psicologia

Copyright © Estudos de Psicologia

Correspondência / Correspondence

E-mail: sbi.estudosdepsicologiapuc@puc-campinas.edu.br

Web: <http://www.puc-campinas.edu.br/periodicocientifico>
<http://www.scielo.br/estpsi>

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.30 n.4 out./dez. 2013

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:



Editora Chefe / Editor-in-Chief

Solange Muglia Wechsler - PUC-Campinas (SP) - Brasil

Editores Associados / Associate Editors

Glória P. Marciales-Vivas - Pontifícia Universidad Javeriana - Bogotá - Colômbia
Leandro da Silva Almeida - Universidade do Minho - Braga - Portugal
Leopoldo Fulgencio - PUC-Campinas (SP) - Brasil
Mark Burton - Manchester Metropolitan University - Manchester - UK
Norma Contini - Universidad Nacional de Tucumán - Tucumán - Argentina
Raquel S. L. Guzzo - PUC-Campinas (SP) - Brasil
Sônia Regina F. Enumo - PUC-Campinas (SP) - Brasil
Tânia Mara M. Granato - PUC-Campinas (SP) - Brasil
Tatiana de Cássia Nakano - PUC-Campinas (SP) - Brasil
Thamy Ayouch - Univ. Lille 3 / Université Paris 7 - Villeneuve-d'Ascq - França
Thomas Oakland - University of Florida - Gainesville (FL) - USA
Vera Lúcia T. de Souza - PUC-Campinas (SP) - Brasil
Vera Maria Nigro de Souza Placco - PUC-SP - São Paulo (SP) - Brasil

Editor Gerente / Manager Editor

Maria Cristina Matoso - PUC-Campinas (SP) - Brasil

Conselho Editorial / Editorial Board

Ana Cristina Barros da Cunha - UFRJ - Rio de Janeiro (RJ) - Brasil
Caroline Tozzi Reppold - UFCSPA - Porto Alegre (RS) - Brasil
Cecília Guarnieri Batista - Unicamp - Campinas (SP) - Brasil
Claisy Maria Marinho Araújo - UnB - Brasília (DF) - Brasil
Cláudio Hutz - UFRGS - Porto Alegre (RS) - Brasil
Gilberto Safra - USP - São Paulo (SP) - Brasil
Izabella Mendes Sant'Ana - UFSCar - São Carlos (SP) - Brasil
Jairo Eduardo Borges - UnB - Brasília (DF) - Brasil
Jussara Falek - USP - São Paulo (SP) - Brasil
Leila Salomão Cury Tardivo - USP - São Paulo (SP) - Brasil
Leny Sato - USP - São Paulo (SP) - Brasil
Makilim Nunes Baptista - USF - Itatiba (SP) - Brasil
Maria Aparecida Crepaldi - UFSC - Florianópolis (SC) - Brasil
Maria Beatriz Martins Linhares - USP - Ribeirão Preto (SP) - Brasil
Maria Chalfin Coutinho - UFSC - Florianópolis (SC) - Brasil
Maria Helena Rodrigues Navas Zamora - PUC-Rio - Rio de Janeiro (RJ) - Brasil
Maria Lúcia Tiellet Nunes - PUC-RS - Porto Alegre (RS) - Brasil
Marlene Guirado - USP - São Paulo (SP) - Brasil
Miguel Mahfoud - UFMG - Belo Horizonte (MG) - Brasil
Miriam Debieux Rosa - USP - São Paulo (SP) - Brasil
Patrícia Waltz Schelini - UFSCar - São Carlos (SP) - Brasil
Peter Kevin Spink - FGV - São Paulo (SP) - Brasil
Sílvia Maria Cintra da Silva - UFU - Uberlândia (MG) - Brasil
Sônia Beatriz Meyer - USP - São Paulo (SP) - Brasil
Tatiane Lebre Dias - UFMT - Cuiabá (MT) - Brasil
Valdiney Veloso Gouveia - UFPB - João Pessoa (PB) - Brasil
Verônica Moraes Ximenez - UFCE - Fortaleza (CE) - Brasil
Virginia Moreira - Unifor - Fortaleza (CE) - Brasil
Wanda Maria Junqueira Aguiar - PUC-SP - São Paulo (SP) - Brasil
William Barbosa Gomes - UFRGS - Porto Alegre (RS) - Brasil
Zeidi Araújo Trindade - UFES - Vitória (ES) - Brasil

Conselho editorial internacional / International editorial board

Anabela Maria Sousa Pereira - Universidade de Aveiro - Aveiro - Portugal
André Sirota - Université de Paris X - Nanterre - França
Andres Roussos - Universidad de Belgrano - Buenos Aires - Argentina
Athanasios Marvakis - Aristotle University of Thessaloniki - Thessaloniki - Grécia
Barbara Byrne - University of Ottawa - Ottawa - Canadá
Cecil Reynolds - Texas A&M University - College Station - TX - USA
Danilo Rodrigues Silva - Universidade de Lisboa - Lisboa - Portugal
Denise Defey - Universidad de la Republica - Montevideo - Uruguai
Feliciano Henriques Veiga - Universidade de Lisboa - Lisboa - Portugal
Guillermo de la Parra - Pontifícia Univ. Católica de Chile - Santiago - Chile
Hernan C. Pulido-Martinez - Pontifícia Universidad Javeriana - Bogotá - Colômbia
Josep M. Blanch Ribas - Universitat Autònoma de Barcelona - Barcelona - Espanha
Kurt F. Geisinger - The University of Nebraska - Lincoln - NE - USA
Léonor M. C. Espinosa - Universitat Autònoma de Barcelona - Barcelona - Espanha
Maria de Fátima Moraes - Universidade do Minho - Braga - Portugal
Maria Luísa Torres Queiroz de Barros - Universidade de Lisboa - Lisboa - Portugal
Marina Serra Lemos - Universidade do Porto - Porto - Portugal
Mark Runco - University of Georgia - Athens - GA - USA
Moises Carmona Monferrer - Universidad de Barcelona - Barcelona - Espanha
Nicholas Benson - University of South Dakota - Vermillion - SD - USA
Paula Elosua - Universidad Del País Vasco - San Sebastian - Espanha
Rosa Caron - Université de Paris Diderot - Paris - França
Shane R. Jimeson - University of California - Santa Barbara - CA - USA
Steven Pfeiffer - Florida State University - Tallahassee - FL - USA

Estudos de Psicologia

ISSN 0103-166X

Revista Trimestral do Programa de Pós-Graduação em Psicologia - PUC-Campinas

Volume 30

Número 4

Outubro/Dezembro

2013

sumário CONTENTS

INSTRUMENTOS E PROCESSOS EM AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA INSTRUMENTS AND PROCESS IN PSYCHOLOGICAL ASSESSMENTS

479 Employment of Item Response Theory to measure change in Children's Analogical Thinking Modifiability Test

Emprego da Teoria de Resposta do Item para medida de mudança no Children's Analogical Thinking Modifiability Test

| Odoisa Antunes de Queiroz | Ricardo Primi | Lucas de Francisco Carvalho | Sônia Regina Fiorim Enumo

487 Avaliação da resiliência em adultos e idosos: revisão de instrumentos

Assessment of resilience in adults and the elderly: A review of instruments

| Léia Gonçalves Gurgel | Rodrigo Della Múa Plentz | Maria Cristina Rodrigues Azevedo Joly | Caroline Tozzi Reppold

497 Perception of risk from electric and magnetic fields: Stress effects and psychological aspects

Percepção de risco de campos elétricos e magnéticos: efeitos do estresse e outros aspectos psicológicos

| Marilda Emmanuel Novaes Lipp | Flavio Eitor Barbieri | Leonel Sant'anna | Ana Paula Justo | Ana Carolina Cabral | Flavia Urbini dos Santos | Sabrina Gallo | Leeka Kheifets

PSICOLOGIA DO ENSINO E APRENDIZAGEM PSYCHOLOGY OF TEACHING AND LEARNING

507 Cuidado e desenvolvimento em crianças escolares de Salvador

Care and development in schoolchildren in Salvador, Bahia, Brazil

| Vania Bustamante

PSICOLOGIA DE SAÚDE HEALTH PSYCHOLOGY

517 Study of the stress of parents of patients with cleft lip and palate in a surgical process

Estudo do estresse de pais de pacientes com fissura labiopalatina em processo cirúrgico

| Maria de Lourdes Merighi Tabaquim | Matilde Aparecida Motta Marquesini

525 Body, stress and nursing: Ethnography of an Intensive Care and Surgical Center

Corpo, estresse e enfermagem: etnografia em Centro de Tratamento Intensivo e Centro Cirúrgico

| Maria das Graças Teles Martins | Odilon Castro | Pedro Paulo Gomes Pereira

539 Comunicação em pediatria: revisão sistemática de literatura

Pediatric communication: A systematic literature review

| Marina Kohlsdorf | Áderson Luiz Costa Junior

553 Disfunção temporomandibular na visão de profissionais e acadêmicos de odontologia
Temporomandibular disorders from the perspective of dentistry academics and professionals
| Adriana Cristina Zavanelli | Paulo Renato Junqueira Zuim | Gláucia de Souza Barboza | Mirella Martins Justi

561 Fatores intervenientes à prática do mountain bike junto à natureza
Factors involved in the practice of mountain biking in nature
| Jairo Antônio da Paixão | Marizabel Kowalski

PSICOLOGIA SOCIAL SOCIAL PSYCHOLOGY

569 Overcoming prejudices in emancipatory education: The remainint group
Tentando desfazer preconceitos em uma educação emancipatória: o grupo dos remanescentes
| Angela Maria Pires Caniato | Michele Aparecida Castro | Karina Quilice Martinelli | Lara Hauser Santos | Sarah Gisele Silva

583 A organização do trabalho na era digital
The work organization in the digital era
| Lilia Aparecida Kanan | Marina Patrício de Arruda

593 Aspectos psicológicos e reabilitação profissional: revisão de literatura
Psychological aspects and vocational rehabilitation: A literature review
| Patricia Canal | Roberto Moraes Cruz

TRATAMENTO E PREVENÇÃO PSICOLÓGICO PSYCHOLOGICAL TREATMENT AND PREVENTION

603 Depressive and anxiety symptoms in patients with Metabolic Syndrome
Sintomas de depressão e de ansiedade em pacientes com Síndrome Metabólica
| Lilian Lopes Sharovsky | Bellkiss Wilma Romano

609 Produções discursivas sobre o trabalho em equipe no contexto da reforma psiquiátrica: um estudo com trabalhadores de Centros de Atenção Psicossocial
Discursive productions about the teamwork in the context of psychiatric reform: A study of workers in Psychosocial Care Centers
| Juliana Catarine Barbosa da Silva | Pedro de Oliveira Filho

619 Apoio social a pacientes coronarianos: efeitos de intervenção comportamental com um familiar
Social support for coronary patients: Effects of a behavioral intervention with a family member
| Marcela Abreu-Rodrigues | Eliane Maria Fleury Seidl

629 A relação mãe-criança durante o atendimento odontológico: contribuições da análise do comportamento
Mother-child relations during dental care: Behavior analysis contributions
| Olivia Justen Brandenburg | Maria Luiza Marinho-Casanova

RESENHA BOOK REVIEW

641 Juventude e projetos vitais na sociedade contemporânea
Youth purpose in contemporary society
| Cristina Satiê de Oliveira Pátaro

653 Instruções aos Autores
Guide for Authors

Employment of Item Response Theory to measure change in Children's Analogical Thinking Modifiability Test

Emprego da Teoria de Resposta do Item para medida de mudança no Children's Analogical Thinking Modifiability Test

Odoisa Antunes de **QUEIROZ**¹

Ricardo **PRIMI**²

Lucas de Francisco **CARVALHO**²

Sônia Regina Fiorim **ENUMO**³

Abstract

Dynamic testing, with an intermediate phase of assistance, measures changes between pretest and post-test assuming a common metric between them. To test this assumption we applied the Item Response Theory in the responses of 69 children to dynamic cognitive testing Children's Analogical Thinking Modifiability Test adapted, with 12 items, totaling 828 responses, with the purpose of verifying if the original scale yields the same results as the equalized scale obtained by Item Response Theory in terms of "changes quantifying". We followed the steps: 1) anchorage of the pre and post-test items through a cognitive analysis, finding 3 common items; 2) estimation of the items' difficulty level parameter and comparison of those; 3) equalization of the items and estimation of "thetas"; 4) comparison of the scales. The Children's Analogical Thinking Modifiability Test metric was similar to that estimated by the TRI, but it is necessary to differentiate the pre and post-test items' difficulty, adjusting it to samples with high and low performance.

Uniterms: Dynamic assessment; Rasch model; Item Response Theory.

Resumo

Provas assistidas, com fase intermediária de ensino, medem mudanças entre pré-teste e pós-teste pressupondo uma métrica comum entre eles. Para testar este pressuposto, aplicou-se a Teoria de Resposta ao Item nas respostas de 69 crianças à prova cognitiva assistida Children's Analogical Thinking Modifiability Test adaptada, com 12 itens, totalizando 828 respostas, para verificar se a escala original produzia os mesmos resultados em termos de quantificação de mudança que a escala equalizada obtida via Teoria de Resposta ao Item. Seguiram-se os passos: 1) ancoragem dos itens de pré e pós-teste, por uma análise cognitiva, encontrando-se três itens em co-



¹ Universidade Federal do Espírito Santo, Centro de Ciências Humanas e Naturais, Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Vitória, ES, Brasil.

² Universidade São Francisco, Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Itatiba, SP, Brasil.

³ Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Centro de Ciências da Vida, Pós-Graduação em Psicologia. Av. Jonh Boyd Dunlop, s/n., Prédio Administrativo, Jd. Ipaussurama, 13059-900, Campinas, SP, Brasil. *Correspondência para/Correspondence to:* S.R.F. ENUMO. *E-mail:* <sonia.enumo@puc-campinas.edu.br>.

Article based on the dissertation of the O.A. QUEIROZ, intitled "Proposta alternativa para análise do desempenho em provas cognitivas assistidas". Universidade Federal do Espírito Santo, 2010.

Acknowledgments: We would like to thank the following people for providing us with the research date Ana Cristina B. Cunha (Universidade Federal do Rio de Janeiro), Christyne G. T. Oliveira (Faculdades Salesianas de Vitória), Margareth R. Santa Maria-Mengel (Centro Universitário de Franca) and Maria Beatriz M. Linhares (Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto).

mum; 2) estimacão do parâmetro de dificuldade dos itens e comparao destes; 3) equalizao dos itens e estimacão dos "thetas"; 4) comparao das escalas. A métrica do Children's Analogical Thinking Modifiability Test foi semelhante  estimada pela Teoria de Resposta ao Item, mas  preciso diferenciar a dificuldade dos itens de pr e pós-teste, adequando-o a amostras com alto e baixo desempenho.

Unitermos: Avaliao assistida; Modelo de Rasch; Teoria de Resposta ao Item.

The Dynamic Assessment (DA) is a methodology that emerged in the 70s of the twentieth century. It combines assessment and intervention, aiming at measuring human abilities, especially the "learning potential" (Haywood & Tzuriel, 2002; Lidz, 1987). For that, as well as the traditional evaluation, it uses several procedures in the information collection about its object of study, highlighting the dynamic testing.

The dynamic testing differs from traditional psychometric test in three aspects: (a) it is involved with the process rather than with the product, so it uses the subject as its own control; (b) it can be applied in two ways: as a structured method (test-teach-retest), with systematic help in the teaching or assistance phase (the examinee receives feedback on the performance and gradual tips for the problem solution), or as a clinical method, in which help is offered freely (item by item), but targeted to the needs of the learner, and (c) the process is interactive and it has the participation of the examiner and the examinee (Sternberg & Grigorenko, 2002).

There has been an increasing use of the DA in Brazil as from the 90s of the last century, in which we have been verifying that it is possible to measure the existence of learning potential in children with and without Special Educational Needs (SEN) (Cunha, Enumo & Canal, 2011; Enumo, 2005; Linhares, Escolano & Enumo, 2006). However, there are some functional problems related to the change quantification between the pre-test and post-test phases, both unassisted, usually taken by the rate of gain between those phases (Linhares et al., 2006). The main criticisms are: (a) lack of trustworthiness in the differences between the pre-test and post-test scores, where the decreasing correlation between the two measures of the same trait may indicate poor reliability in at least one of the two measures; (b) The presence of the ceiling effects in the sample subgroups is almost null, that is, some participants show a variation in performance close to zero when compared to the pre and post-test phases

(c) the scale nature in which change is measured is not well understood, and (d) the problem of equivalence of pre and post-test grades, because many times they are made up of different items aiming to quantify the change. Although the phases consist of different items they must be anchored in the same metric to be able to measure the change, but this is not always explicitly treated (Embretson, 1987; Haywood & Tzuriel, 2002; Sternberg & Grigorenko, 2002).

Thus, seeking a new quantification form of the dynamic testing results, this study examined, through Item Response Theory (IRT), children's cognitive performance in Children's Analogical Thinking Modifiability (CATM) test (Tzuriel & Klein, 1990).

Item Response Theory is a mathematical model, which, unlike the Classical Test Theory (CTT), assesses the probability that a subject respond correctly to a test item, according to the item parameters and its ability (latent trait) and not the total final score of the match (Andrade, Tavares & Valle, 2000; Pasquali, 2009). Therefore, subjects with different abilities show distinct probabilities of issuing a correct answer to the item. This functional relation is represented in the Item Characteristic Curve (ICC) (Baker, 2001; Muñiz, 1997).

The ICC is a mathematical function monotonically increasing that has in its abscissa the values related to the variable ability (theta, θ) and in the ordinate, the probability of setting the item $P(\theta)$ (Baker, 2001; Muñiz, 1997). The use of the ICC for the representation of mathematical models is unlimited, but only three are more applied - they are the logistic models: a) one parameter, which evaluates only the item difficulty; b) two parameters - difficulty and discrimination, and c) three parameters - difficulty, discrimination and correct answer at random (Muñiz, 1997; Pasquali & Primi, 2007).

In this study, we will use the One-Parameter Logistic Model (1LP), whose equation is presented below (Muñiz, 1997, p.38):

$$P_{ij}(\theta_j) = \frac{e^{D(\theta_j - b_i)}}{1 + e^{D(\theta_j - b_i)}}$$

Where:

$P_{ij}(\theta_j)$ = probability of the subject, with ability θ_j set the item i

θ_j = the subject's ability j b_i = item difficulty i

D = adjustment constant equal to 1.7 e = mathematical constant equal to 2.72

In One-Parameter Logistic Model the subject's response to the item depends on their *ability* (θ_j) and on the item *difficulty* (b_i), and therefore the higher the ability, the greater the *probability* of success. Otherwise, considering the *ability* (θ_j) constant, the greater the item *difficulty* (b_i), the lower the *probability* of the subject to solve it (Muñiz, 1997; Pasquali, 2007).

The models proposed by IRT take two fundamental assumptions: (a) the unidimensionality and (b) local independence (Muñiz, 1997; Pasquali & Primi, 2007). The unidimensionality is implicit in the model formulations, which seeks to predict the response probability considering only the subject's ability and the item difficulty (in case of the Rasch model), that is, the response probability is predicted by the difference between those two parameters, expressed in only one dimension. In practice, this implies that the model will only work if one dominant dimension explains most of the response probability to the item.

To accept this premise, although we understand that human behavior is not governed by a single latent trait, we established the existence of a *dominant aptitude* (Pasquali, 2007; Primi, 2004). As for local independence, IRT assumes that the answer to an item (correct or not), on the basis of a particular ability (θ_j), does not interfere in the responses given to the other test items, that is, the items are independent (Pasquali, 2007; Primi, 2004).

An important application of IRT is the creation of equivalent scales. In classic psychometrics the final metric of the test is based on the number of hits. However, it will vary with the number and difficulty of the items, so that, for example, the same numerical value of 10 hits does not mean the same thing in two

different tests. In IRT, by the functions of the ICC, we can create the Characteristic Curve of the Test (CCT) by simply adding the ICC of the items that make it up. The CCT, as the ICC, will show the relation between the test score t and scale of theta. If we have two different tests on the difficulty through the CCT plotted together, we can convert the original metric (based on the number of hits) in a common metric for theta. The CCT illustrates an inherent property of the IRT, which, for not using the metric of the total score, but basing on the relation between hit and theta, naturally creates the possibility of equating grades of different tests that measure the same construct. We call this procedure equalization (Andrade et al., 2000; Wolfe, 2004).

Generally, the dynamic tests use the total score, and by the difficulty control and the number of items assume the existence of a common metric between the pre-and post-test phases. However, they rarely use IRT to equate the scores or to test this assumption, to see if, in fact, they get an equivalent scale (Sternberg & Grigorenko, 2002). Furthermore, in these situations it would be ideal that the post-test be harder than the pre-test, since we expect the subjects to modify in the intervention. However, this situation creates another problem for the equation of the grades.

Faced with these problems, this study applied IRT to equate the grades of a dynamic testing, in order to compare the metric obtained via IRT with the original metric, checking if the scales assumed as similar are so indeed. This is intended to contribute to improve the psychometric aspects of the dynamic assessment procedures.

Method

This study was not forwarded to the Ethics Committee because we only used data from researches already completed (period 1999-2008) and published, which had been previously approved by the Psychology Post Graduate Program from the University. However, the consent forms were signed by those responsible for the children, according to the standard 196/96 of the Ministry of Health. Therefore, in this work, besides the evaluation of ethical issues by the Examining Committee, we only asked for the authorization from the research group coordinators to use the material.

Data

We used data from three researches on dynamic assessment in the country (Cunha et al., 2011; Oliveira, 2008; Santa Maria & Linhares, 1999), which included responses from 69 children on the dynamic cognitive testing CATM adapted, with 12 items, total of 828 results. Participants had a mean age of 8.5 years old (5-12 years), and differed according to prematurity and low birth weight (34), learning disabilities (29) and visual impairment (6), and attending Elementary School (27), Kindergarten (39), special class (3), and one that did not attend to school at all.

Dynamic cognitive testing

In these researches we used a version adapted by Santa Maria and Linhares (1999) for the CATM (Tzuril & Klein, 1990) - they applied the CATM, with modifications in the original test including another phase, of transfer, in order to verify the generalization of the child's performance, consisting of more complex items than the original test. The CATM is a nonverbal test that evaluates the analogical reasoning ($A : B :: C : ?$), in which the child must indicate the solution ($C : D$ relation). It contains cards with tasks and pads with geometric figures with the attributes: shape (triangle, circle and square), color (blue, yellow and red) and size (smaller and larger). The adapted version has 32 questions organized into four phases, in an increasing order of difficulty, depending on the number of the response attributes (Board 1 only requires the recognition of one attribute; gradually, until the end of phase two, attributes will be required, and so on). For this study, we used data from 22 problems of each research, divided into three phases: pre-test (6 items) - assistance (10 items) - post-test (6 items) (Santa Maria & Linhares, 1999).

Procedure

Initially, we tried to equalize the pre-and post-test items. For this, there must be some kind of "anchor", from which we fix the metric scale (Wolfe, 2004). This anchor can be based on: (a) people's ability, in case the same group is responding to the two tests; a situation in which the average of the group ability is the anchor

or (b) the difficulty of the items, if there are common items in the pre and post-test phases, when b 's (difficulty indexes), in this case, become the anchor.

However, since the items of the pre and post-test are apparently different, we may consider them similar from the demand point of view of the underlying cognitive processes. In more recent literature on cognitive processes in analogical reasoning items, such as in this case, these demands are called factors of complexity and are responsible for the explanation of the difficulty indexes of the items (Embretson, 1994; Primi, 1998, 2002). Therefore, if it were possible to find items with the same demand of cognitive processes (characterized by the same set of complexity factors) between the pre and post-test phases, it would be possible to consider them as common items which could, thus, be used as an anchor.

After the construction of the CATM database in Excel®, we proceeded to a cognitive analysis of the pre-test boards (6 boards) and post-test (6 boards), to establish the difficulty level of the items on these phases. Then, from the relation between figures ($A : B :: C : ?$), we quantified the different attributes (color, shape and size) involved in the relations AB and AC. For the variable AB, we assigned value zero when there was no change in the attribute from stimulus A to B; value 1 when there was a change in the attribute; and value 2, when there were two changes. We used the same logic for the variable AC. This procedure was performed on the six items of the pre and post-test phases, which allowed us to find four common items.

After this step, we tested empirically whether items with the same cognitive demand could be indeed considered identical. For this, we estimated the parameters of difficulty of the pre-and post-test items, separately, as if they were different subtests through Winsteps® - Rasch Model Analysis Software focusing on the difficulty on the difficulty scale of the items. This procedure is consistent with the idea that the difficulty levels of pre-and post-test are equivalent, allowing the comparison of b 's from the common items. Afterwards, we compared the difficulties of these items considered as common, and we verified they were the same, as predicted by cognitive analysis.

Next, we went up to the second stage of the analysis, which was the equalization itself, that is, putting

the pre and post-test grades in a common metric. This procedure could be done in two ways: 1) we could estimate the difficulty indexes of the items and the subjects' abilities in the pre-test and then fix the index values of the equivalent items in the post-test and estimate the difficulty indexes of the remaining

Items and the subjects' abilities in the post-test, or 2) we could do the reverse procedure, starting with the post-test and setting the items in the pre-test. Option number 2 was more effective because it showed little variation in the *b*'s when they were fixed (displacement), except for one item, which caused its abandonment as a common item, leaving only three common items to the equalization.

Continuing with the analysis, we performed the estimating of the subjects' abilities in both phases of CATM. From this, we compared the grades estimated by IRT with the traditional test grades in order to verify the main question of this article, that asks whether it would be correct to consider the scale of hits as equivalent, that is, if the original scale of CATM produces the same results in terms of change quantification as the equalized scale obtained via IRT.

Results

First phase: Definition of structural identity due to the factors of the item complexity

We analyzed the cognitive variables of the items of pre-and post-test phases, that is, the relation between stimulus A and B (AB) and between stimulus A and C (AC), the sum of AB and AC variables (information number) and the synthesis of the three prior variables (AB and BC), that is, $[AB + AC + (AB \text{ and } BC)]$. With this analysis, we found that the following pairs of items can be considered to be identical from the viewpoint of cognitive demand: pre_1/post_2; pre_2/post_4, pre_4/post_3; pre_5/post_5.

After finding the equivalent items between the pre and post-test phases, we estimated the difficulty of these items separately in the pre and post-test, focusing on the difficulty of the items (*b*). We found that the difficulties reported were the same in both sets. From this, the difficulty indexes of pre-and post-test items

were correlated with the factors of complexity, seeking to verify to what extent it is possible to predict them through the indicative variables of the cognitive demands underlying to the items.

The correlations between complexity factors and difficulty index were all positive (from 0.37 to 0.93) and two of them significant (due to the small number of items - 12, only very high magnitudes show significance). An important result is that the variable information number that summarizes the three previous $[AB + AC + (AB \text{ and } AC)]$, practically foresee the difficulty of the items, indicating that the more difficult a test item is, there is also growth in the variables that represent the AB with AC sum and the total amount of changes between the item stimulus. Separating only the four pairs of the difficulty indexes of the items considered cognitively identical, the correlation between their difficulty indexes is equal to 0.84. In summary, these results support the use of the complexity structure as a class definer of items with the same difficulty. Therefore, although the pre and post-test do not share common items, the items previously shown can be considered equivalent in terms of cognitive point of view.

Second phase: Equalization data of pre and post-test grades using the common items

Once we found the equivalent items in the pre and post-test phases, we started to estimate the subjects' parameters, testing the two procedures previously described in the process: 1) we could estimate the difficulty indexes of the items and the subjects' abilities in the pre-test and then fix the indexes values of the equivalent items in the post-test and estimate the difficulty index of the remaining items and the subjects' abilities in the post-test, or 2) we could do the reverse procedure, starting from the post-test and setting the items in the pre-test. After testing the two processes, we found that, in the second, the difficulty estimations were more accurate, because of the greater proximity of the item difficulty with the subjects' ability.

The difficulty of the items ranged from -3.17 to 2.14, suggesting variability in the level of ability requirement from the respondents to the items. In relation to the adjustment indexes, two items in the

pre-test (pre_5 and pre_6) and one post-test item (post_1) showed infit and outfit indexes above the expected, according to the parameters suggested by Linacre and Wright (1994), that is, lower than 1.20. Furthermore, the item-total correlation observed for the post-test items was greater than or equal to 0.21 for five of the six items, which can be considered adequate. For the pre-test items, we obtained indexes greater than or equal to 0.13 for all the items, except for one item (pre_6), which showed negative magnitude. This indicates that this item does not contribute to the construct evaluation and that it is impairing the reliability of the instrument. The subjects' theta average in the pre-test, after equalization, was clearly lower than theta average in the post-test phase, suggesting that the difficulty level of the set of items in the pre-test phase is not adequate to assess the initial stage of the process (Table 1).

To test this assumption we performed a descriptive analysis of the difficulty indexes and adjustment of the items (Table 2). The results complement the data indicating that the difficulty

amplitude was similar for the two sets of items, however, there are more items with difficulty superior to the level of theta from the participants in the pre-test in relation to the post-test phase.

We have made the equalizing of the scores, so we were able to compare the participants' grades in situations of pre and post-test to verify if the metric of the raw score (total score) was similar to that score obtained via IRT (theta), which was confirmed - the mean difference is positive, indicating a gain in the post-test. This gain is significant, as we can see in the analysis of the test *t* for paired samples ($t=5.9, p<0.001$, for theta, and $t=6.4 p<0.001$ for raw score) (Table 3).

We can view these comparisons between metrics in Figures 1 and 2. In the Figure 1 we show the Characteristic Curves of the tests on pre-test (crosses) and post-test (circles) phases, showing the conversion of the raw score to theta. In the graph we can see that the pre and post-test are, as a matter of fact, very similar in terms of difficulty. The curves practically coincide, meaning that, for example, a raw score 3, both pre and post-test equates the same result in theta.

Table 1

Descriptive statistics of the respondents theta values and data fit indices (*infit and outfit*)

Phase		<i>n</i>	θ	Standard Error	Infit	Outfit
Post-Test	Average	6	-0.07	1.21	1.01	1.17
	SD	0	1.92	0.26	0.19	0.81
	Maximum	6	4.00	1.95	1.25	2.86
	Minimum	6	-3.95	1.04	0.27	0.22
Pre-Test	Average	6	-1.61	1.32	0.99	1.16
	SD	0	1.60	0.34	0.85	1.76
	Maximum	6	2.26	2.04	2.91	9.90
	Minimum	6	-4.27	0.97	0.25	0.14

Note: SD: Standard Deviation.

Table 2

Descriptive statistics of the indices of difficulty (*b*) and adjustment of the items (*infit and outfit*)

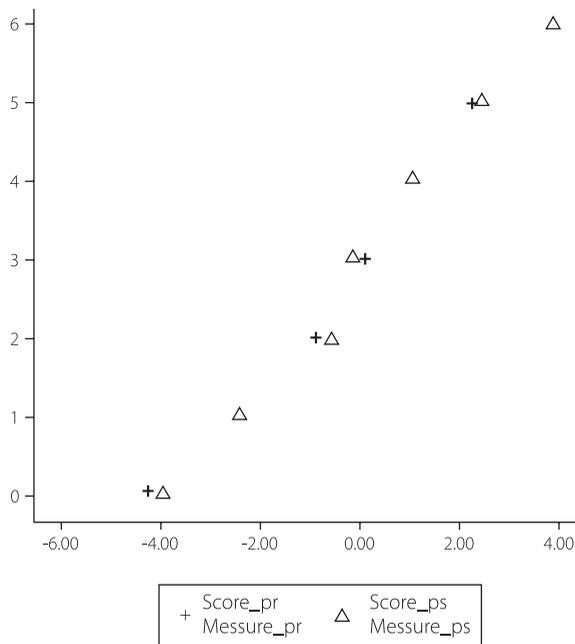
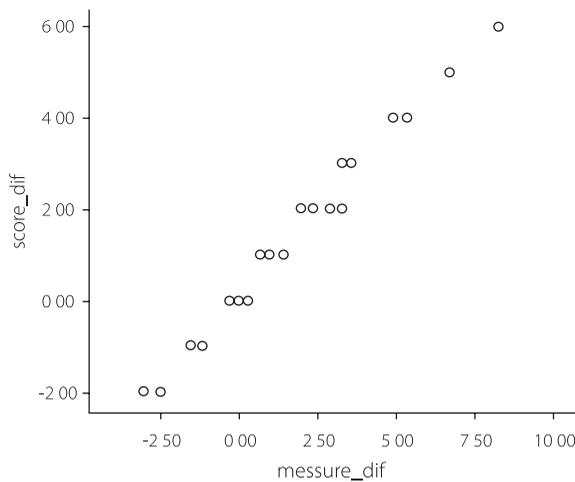
Phase		<i>n</i>	<i>b</i>	Standard Error	Infit	Outfit
Post-Test	Average	69	0	0.35	1.01	1.17
	SD	0	1.68	0.03	0.19	0.81
	Maximum	69	2.14	0.40	1.25	2.86
	Minimum	69	-2.49	0.31	0.70	0.51
Pre-Test	Average	69	-0.03	0.39	1.14	1.26
	SD	0	1.65	0.09	0.34	0.63
	Maximum	69	2.14	0.56	1.75	2.46
	Minimum	69	-3.17	0.32	0.69	0.53

Note: SD: Standard Deviation.

Table 3

Comparisons between metrics theta and total score

	<i>n</i>	Minimum	Maximum	<i>M</i>	<i>SD</i>
Theta_pre-test	69	-4.27	2.26	-1.61	1.61
Theta_post-test	69	-3.95	4.00	-0.07	1.93
Theta_difference	69	-3.04	8.27	1.54	2.17
Pre-Test total score	69	0.00	5.00	1.67	1.18
Post-Test total score	69	0.00	6.00	2.96	1.57
Total score_difference	69	-2.00	6.00	1.29	1.66

Note: *M*: Mean; *SD*: Standard Deviation.**Figure 1.** Characteristic curves of the test.**Figure 2.** Correlations between theta and total score.

The Figure 2 shows the correlation between the scores of difference calculated by the raw score with the same score calculated from theta. The correlation between them is very high ($r=0.99$, $p<0.001$). These comparisons certify that the metric of the scores of differences that measure gains practically bring out the same information.

Discussion

The analysis made by the IRT allows us to conclude that the metric based on CATM raw score is practically the same that was estimated by the IRT, and so we can use the form proposed by CATM (number of hits) to measure the performance change between the pre and post-test.

The application of IRT also showed that the fact that the items of the CATM pre and post-test phases have the same average difficulty creates a problem in the measurement accuracy in the pre-test. The low average of theta in the pre-test phase shows that the difficulty level of the set of items from that step is not adequate to the process initial measurement. The analysis pointed the need of pre and post-test having items with different difficulty levels, with easy items in the pre-test phase (before the mediator's assistance) and difficult items in the post-test phase (after assistance). This arrangement and the use of items in the same metric could help in comparing samples with low and high performance capacity, because easy tests in the pre-test and post-test could benefit low capacity subjects, while difficult tests would favor only subjects with high performance capacity, that is, the use of one of the two ways would generate a problem for the

change evaluation. Now, the composition with easy items in the pre-test and difficult items in the post-test would imply distinct raw score metrics.

This methodology does not reduce the effectiveness of CATM and it opens the way to make adaptive assessment of dynamic testing, that is, by knowing the parameters of the items, we can choose from the examining profile the most appropriate items to measure its learning potential. Moreover, it would contribute to reducing the “cost” of the test application, using easy items for children with learning difficulties or disabilities, and more difficult items for “normal” children, who do not have these problems. The comparison is possible, since all the subjects may be put on the same scale, and be quantified by the use of the raw score.

The problem of the change quantifying in dynamic testing is frequent in the works from this area, but it has not prevented the use of DA. The IRT has already been emphasized by researchers of Psychometrics (Embretson, 1987; Sternberg & Grigorenko, 2002) as a tool able to solve these issues, however, there is still much to learn about its use in dynamic testing.

References

- Andrade, D. F., Tavares, H. R., & Valle, R. C. (2000). *Teoria da Resposta ao Item: conceitos e aplicações*. São Paulo: ABE.
- Baker, F. B. (2001). *The basics of Item Response Theory*. Washington, DC: Eric.
- Cunha, A. C. B., Enumo, S. R. F., & Canal, C. P. P. (2011). Avaliação cognitiva psicométrica e assistida de crianças com baixa visão moderada. *Paidéia*, 21(48), 29-39.
- Embretson, S. E. (1987). Toward development of a psychometric approach. In C. S. Lidz (Ed.), *Dynamic assessment: An interactional approach to evaluating learning potential* (pp.141-170). New York: The Guilford.
- Embretson, S. E. (1994). Applications of cognitive design systems to test development. In C. R. Reynolds (Ed.), *Cognitive assessment: A multidisciplinary perspective* (pp.107-135). New York: Plenum.
- Enumo, S. R. F. (2005). Avaliação assistida para crianças com necessidades educacionais especiais: um recurso auxiliar na inclusão escolar. *Revista Brasileira de Educação Especial*, 11(3), 335-354.
- Haywood, H. C., & Tzuriel, D. (2002). Applications and challenges in dynamic assessment. *Peabody Journal of Education*, 77(2), 40-63.
- Lidz, C. S. (Ed.). (1987). Historical perspectives. In *Dynamic assessment: An interactional approach to evaluating learning potential* (pp.3-32). New York: The Guilford.
- Linacre, J. M., & Wright, B. D. (1994). Reasonable mean-square fit values. *Rasch Measurement Transactions*, 8(2), 370.
- Linhares, M. B. M. Escolano, A. C. M., & Enumo, S. R. F. (Orgs.). (2006). *Avaliação assistida: fundamentos, procedimentos e aplicabilidade*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Muñiz, J. (1997). *Introducción a la teoría de respuesta a los ítems*. Madrid: Ediciones Pirâmide.
- Oliveira, C. G. T. (2008). *Indicadores cognitivos, lingüísticos, comportamentais e acadêmicos em pré-escolares prematuros e nascidos a termo* (Dissertação de mestrado não-publicada). Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Espírito Santo, Vitória.
- Pasquali, L. (2007). Os modelos da Teoria de Resposta ao Item - TRI. In L. Pasquali (Org.), *Teoria de Resposta ao Item - TRI: teoria, procedimentos e aplicações* (pp.29-52). Brasília: UnB.
- Pasquali, L. (2009). *Psicometria. Revista da Escola de Enfermagem USP*, 43(Esp.), 992-999.
- Pasquali, L., & Primi, R. (2007). Fundamentos da Teoria da Resposta ao Item - TRI. In L. Pasquali (Org.), *Teoria de Resposta ao Item-TRI: teoria, procedimentos e aplicações* (pp.11-28). Brasília: UnB.
- Primi, R. (1998). *Desenvolvimento de um instrumento informatizado para avaliação do raciocínio analítico* (Tese de doutorado não-publicada). Programa de Pós-Graduação em Psicologia Escolar, do Desenvolvimento e da Personalidade, Universidade de São Paulo.
- Primi, R. (2002). Complexity of geometric inductive reasoning tasks: Contribution to the understanding of fluid intelligence. *Intelligence*, 30(1), 41-70.
- Primi, R. (2004). Avanços na interpretação de escalas com a aplicação da Teoria de Resposta ao Item. *Avaliação Psicológica*, 3(1), 53-58.
- Santa Maria, M. R., & Linhares, M. B. M. (1999). Avaliação cognitiva assistida de crianças com indicações de dificuldades de aprendizagem escolar e deficiência mental leve. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 12(2), 395-417.
- Sternberg, R. J., & Grigorenko, E. L. (2002). *Dynamic testing: The nature and measurement of learning potential*. New York: Cambridge University Press.
- Tzuriel, D., & Klein, P. S. (1990). *The Children's Analogical Thinking Modifiability Test: Instruction manual*. Ramat-Gan: School of Education Bar Ilan University.
- Wolfe, E. W. (2004). Equating and item banking with the Rasch model. In E. V. Smith Jr. & R. M. Smith (Eds.), *Introduction to Rasch measurement: Theory, models, and applications* (pp. 366-390). Maple Grove: Jam Press.

Received on: 16/11/2011

Approved on: 5/11/2012

Avaliação da resiliência em adultos e idosos: revisão de instrumentos

Assessment of resilience in adults and the elderly: A review of instruments

Léia Gonçalves **GURGEL**¹

Rodrigo Della Múa **PLENTZ**²

Maria Cristina Rodrigues Azevedo **JOLY**³

Caroline Tozzi **REPPOLD**⁴

Resumo

Este estudo revisa sistematicamente na literatura os instrumentos utilizados para a avaliação da resiliência em adultos e idosos. A pesquisa foi realizada em: *MedLine, PsycINFO, Scopus, SciELO, Interscience databases*, envolvendo os termos *resilience, psychological, scales* e *validation studies*. Foram incluídos estudos de avaliação da resiliência em indivíduos acima de 18 anos. A busca resultou em 59 estudos, sendo que apenas 16 preencheram os critérios de elegibilidade. Foram considerados 13 instrumentos validados para avaliação de resiliência. O total de 8 689 indivíduos foi incluído nos 16 estudos, e a idade variou de 12 a 97 anos. Os testes apresentam principalmente estudos de precisão e são compostos por poucos itens. Poucos estudos de validade preditiva foram encontrados. Algumas pesquisas incluídas são específicas para populações indígenas, mulheres, veteranos de guerra e esquizofrênicos. São poucos os instrumentos disponíveis para avaliação da resiliência em adultos e idosos, sobretudo para uso em estudos nacionais.

Unitermos: Estudos de validação; Resiliência psicológica; Testes psicológicos.

Abstract

This study is a systematic review of the literature for the main instruments used in the assessment of resilience in adults and the elderly. A search was performed in: the MedLine (accessed via PubMed), PsycINFO, Scopus, SciELO, and InterScience databases. The search used the following terms: Resilience, Psychological, Scales, and Validation Studies. All the validation studies of instruments involving the evaluation of psychological resilience in individuals over 18 years were included. The search yielded 59 studies, however, only 16 studies met the eligibility criteria for the analysis. Thirteen instruments were considered valid for the assessment of resilience. A total of 8,689

▼ ▼ ▼ ▼ ▼

¹ Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde. R. Sarmiento Leite, 245, Centro, 90050-170, Porto Alegre, RS, Brasil. Correspondência para/Correspondence to: L.G. GURGEL. E-mail: <leiagg@yahoo.com.br>.

² Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Departamento de Fisioterapia, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Reabilitação. Porto Alegre, RS, Brasil.

³ Universidade de Brasília, Instituto de Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde. Brasília, DF, Brasil.

⁴ Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Departamento de Psicologia, Pós-Graduação em Ciências da Reabilitação. Porto Alegre, RS, Brasil.

subjects, between 12 to 97 years of age, were included in the 16 studies. The instruments contained few items. Few studies of predictive validity were found. Some of the tests were specific for indigenous populations, women, war veterans and schizophrenics. There are few instruments available for the assessment of resilience in adults and elderly people, especially for use in national studies.

Uniterms: Resilience, psychological; Studies; Psychological tests.

A resiliência pode ser caracterizada como a capacidade do ser humano em responder às demandas desfavoráveis da vida de maneira positiva. Isso resulta da associação entre os atributos do indivíduo e de seu ambiente familiar, social e cultural, e demonstra a capacidade de superação de condições adversas que poderiam ameaçar significativamente a sua saúde mental (Luthar, 2006; Masten, 2007; Rutter, 2006). Estima-se que, ao longo da vida, 51% das mulheres e 60% dos homens tenham vivenciado pelo menos um evento potencialmente traumático (Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes & Nelson, 1995).

O conceito de resiliência na Psicologia, historicamente, precedeu-se pelos termos invulnerabilidade e invencibilidade diante de fatores que pudessem causar *stress* ao indivíduo. Com o passar do tempo, esses termos tornaram-se inconsistentes, já que o *stress* é gradual e a resiliência é um fenômeno de interação do sujeito com o meio. Não há um consenso conceitual sobre o termo resiliência, devendo-se considerar a susceptibilidade individual (Oliveira, Reis, Zanelato & Neme, 2008).

Segundo Noronha, Cardoso, Moraes e Centa (2009), a resiliência vem sendo estudada desde a década de 1970. As pesquisas, nessa época, buscavam identificar fatores de risco e proteção que se relacionavam aos aspectos de adaptação do indivíduo, e objetivavam subsidiar programas de intervenção e políticas públicas na saúde mental. A resiliência, nas ciências sociais e na saúde em geral, nas três últimas décadas, surge com grande importância no contexto das adversidades sociais, políticas e econômicas. Isso ocorre principalmente em regiões menos favorecidas e com problemas de difícil resolução (M. R. S. Silva, Lacharite, P. A. Silva, Lunardi & Lunardi Filho, 2009). A utilização do conceito de resiliência em ambientes médico-psicossociais é mais recente e, atualmente, o termo busca incluir dimensões mais relacionadas às condições sociais (Noronha et al., 2009). Diante deste fato, evidencia-se a importância da resiliência e do desenvolvimento de instrumentos de avaliação desse construto.

Nessa perspectiva, a instabilidade do fenômeno resiliência constitui um desafio presente no processo de pesquisa, sobretudo no que se refere às formas de avaliar esse construto (Reppold, Mayer, Almeida & Hutz, 2012). Dentre as principais formas utilizadas para avaliação da resiliência, podem-se citar: escores de testes (Connor & Davidson, 2003) e outras medidas de desempenho (Brancahona, Fogo & Williams, 2004), perfis de personalidade ou temperamento (Pereira, 2001), análise de histórias de vida (Paludo & Koller, 2005) e análise de discurso de pessoas que convivem com o sujeito (Riley et al., 2006). A maioria dessas medidas assume uma perspectiva individual para a avaliação da resiliência. Entretanto, Rutter (2006) ressalta que a avaliação da resiliência deve contemplar uma avaliação sistêmica, que considere as adversidades encontradas no contexto em que o sujeito está inserido.

Segundo estudo realizado por Souza e Cerveny (2006), a quantidade de artigos publicados sobre resiliência vem crescendo de maneira considerável, quase triplicando a cada cinco anos. A maior parte dos temas pesquisados refere-se aos efeitos da guerra e do holocausto (Job, 2001), ao impacto do abuso sexual na infância (Pinto Junior, 2001), ao uso de drogas por adolescentes (Schenker & Minayo, 2005), aos efeitos de dependência química parental e do *stress* familiar (Figlie, Fontes, Moraes & Paya, 2004), à relação entre violência e etnia (Vergara, 2008), ao desempenho acadêmico e ao divórcio (Marturano, 2008). Em alguns trabalhos, é evidente a prioridade de avaliações envolvendo traços de personalidade, características, resistência e enfrentamento (Peres, Mercante & Nasello, 2005). Como delineamento de pesquisa, esses estudos variam entre estudos longitudinais (Werner, 1989), os quais definem a resiliência como um processo, priorizando nas avaliações o relativismo contextual, e estudos transversais (Gil & Diniz, 2006), os quais buscam compreender a presença ou ausência de determinadas características psicossociais, eventos de vida ou traços de personalidade (Reppold et al., 2012; Souza & Cerveny, 2006).

Nesse sentido, é imprescindível ao desenvolvimento desses estudos a elaboração de novos instrumentos, que demonstrem evidências de validade e confiabilidade (Jordans, Komproe, Tol & De Jong, 2009). Contudo, muitas das estratégias utilizadas com o objetivo de avaliar a resiliência não atingem esse propósito por não apresentar uma definição operacional adequada sobre o construto avaliado ou por utilizar métodos não validados como instrumentos de investigação. São poucos os testes validados para avaliação da resiliência disponíveis na literatura, embora o interesse pelo conceito de resiliência seja crescente e reflita o empenho da área na prevenção de problemas psicossociais e na promoção da saúde mental (Pesce et al., 2005). Portanto, é objetivo deste estudo realizar uma revisão sistemática acerca da validação dos instrumentos utilizados na literatura nacional e internacional para avaliação da resiliência de adultos e idosos em âmbito psicológico.

Método

Para investigação dos instrumentos disponíveis na literatura nacional e internacional que envolvessem a validação de instrumentos de avaliação de resiliência psicológica em adultos e idosos (indivíduos acima de 18 anos), foram pesquisadas as seguintes bases de dados eletrônicas (de janeiro de 1980 até março de 2010): *MedLine* (acessado pelo *PubMed*), *PsycINFO*, *Scopus*, *SciELO* e *Interscience databases*. Utilizou-se a combinação entre os termos de busca *resilience*, *psychological*, *scales* e *validation studies* e os respectivos termos em português e espanhol nas bases que utilizam essas línguas para indexação.

Foram incluídos todos os estudos de validação de instrumentos que envolviam a avaliação de resiliência psicológica em indivíduos acima de 18 anos (adultos e idosos). Os critérios de exclusão foram: não ter sido escrito em inglês, português ou espanhol, ou o estudo não se referir à validação de algum instrumento destinado à avaliação da resiliência. Os títulos e resumos de todos os artigos identificados pela estratégia de busca foram analisados pelos pesquisadores. Todos os resumos que preencheram suficientemente os critérios de inclusão foram selecionados para avaliação do texto integral. No estágio do texto integral, dois revisores

independentemente avaliaram os artigos completos e realizaram suas seleções de acordo com os critérios de elegibilidade. Discordâncias entre os revisores foram resolvidas por consenso. Dois revisores independentes realizaram a coleta de dados no que diz respeito às características metodológicas, intervenções e desfechos dos estudos. O desfecho principal coletado foi a validação dos instrumentos de avaliação da resiliência entre adultos e idosos e a análise foi do tipo descritiva.

Resultados

Como resultado da busca inicial foram identificados 59 estudos, dentre os quais 16 atendiam aos critérios de inclusão e foram considerados como relevantes para a amostra deste trabalho, sendo analisados detalhadamente. Esses 16 estudos validavam 13 instrumentos diferentes com a função de avaliar a resiliência, ou continham a avaliação da resiliência em um de seus subtestes. São eles (e seus respectivos escores de validação): *The Brief Resilience Scale* (BRS) (alfa de Cronbach entre 0,80 e 0,91), validado por Smith et al. (2008); *The Connor-Davidson Resilience Scale* (CD-RISC) (alfa de Cronbach=0,89), validado por Connor e Davidson (2003); 10-item CD-RISC (alfa de Cronbach=0,85), validado por Campbell-Sills e Stein (2007); *The Resilience Scale for Adults* (RSA), validada por Friborg, Hjermadal, Rosenvinge e Martinussen (2003) (alfa de Cronbach entre 0,67 e 0,90) e por Hjermadal, Friborg, Stiles, Rosenvinge e Martinussen (2006) (alfa de Cronbach entre 0,81 e 0,88); *Brief Resilient Coping Scale* (alfa de Cronbach=0,69), validado por Sinclair e Wallston (2004); *Adolescent Resilience Scale*, validado por Oshio, Kaneko, Nagamine e Nakaya (2003); *Spanish Version of the Resilience Scale* (alfa de Cronbach=0,93), validada por Heilemann, Lee e Kury (2003); Escala de Resiliência (alfa de Cronbach=0,91), validada por Pesce et al. (2005); *Strong Souls* (alfa de Cronbach \geq 0,07), validada por Thomas, Cairney, Gunthorpe, Paradies e Sayers (2010); *Military Social Health Index* (MSHI) (alfa de Cronbach=0,945), validado por Van Breda (2008); *Deployment Risk and Resilience Inventory* (DRRI), validado por D.W. King, L. A. King, Vogt, Knight e Samper (2006) (alfa de Cronbach entre 0,82 e 0,89) e por Vogt, Proctor, D. W. King, L. A. King e Vasterling (2008) (alfa de Cronbach \geq 0,80); *Deployment Risk and Resilience*

Inventory in French-Canadian Veterans (alfa de Cronbach=0,85), validado por Fikretoglu, Brunet, Poundja, Guay & Pedlar (2006); *Patient-based health-related quality of life questionnaire in schizophrenia (S-QoL)* (alfa de Cronbach=0,70), validado por Auquier et al. (2003); *Chinese Positive Youth Development Scale (CPYDS)* (alfa de Cronbach=0,91), validado por Shek et al. (2006).

O total de 7 212 indivíduos foi incluído nos 16 estudos, e a idade dos indivíduos incluídos nas amostras dos trabalhos desta revisão variou de 12 a 97 anos. Os estudos foram divididos em duas categorias: uma relativa aos instrumentos validados com o objetivo principal de avaliar resiliência (Tabela 1) e outra referente

aos instrumentos em que um de seus subtestes avaliava a resiliência (Tabela 2). Nas Tabelas 1 e 2 são apresentados os seguintes dados: autores do artigo, nome do instrumento, periódico em que foi publicado, língua original, ano de publicação, aspecto principal que avalia, idade da amostra, sexo da amostra e estudos psicométricos.

Discussão e Conclusão

Como observado neste estudo, existem poucas investigações priorizando métodos de adaptação transcultural e a investigação de índices psicométricos de

Tabela 1

Características dos estudos que validavam instrumentos cujo objetivo principal era a avaliação da resiliência. 1980-2010

Artigo (autores)	Instrumento	Periódico	Língua original; ano de publicação	Aspectos que avalia	Idade da amostra e (n)	Sexo	Estudos psicométricos
Smith et al.	<i>The Brief Resilience Scale (BRS)</i>	<i>International Journal of Behavioral Medicine</i>	Inglês; 2008	Fatores de resiliência	Média de 37,57 anos (n=354)	Média de 33,25 (M) e 66,75 (F)	Análise fatorial; precisão; validade convergente e preditiva discriminante
Connor e Davidson	<i>The Vonnor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC)</i>	<i>Depression And Anxiety</i>	Inglês; 2003	Resiliência e resposta ao tratamento	Média de 43,8 anos (n=806)	35% (M) e 65% (F)	Precisão; validade convergente e discriminante
Campbell-Sills e Stein	<i>10-item CD-RISC</i>	<i>Journal of Traumatic Stress International</i>	Inglês; 2007	Funcionamento positivo frente às adversidades	Média de 18,8 anos (n=131)	25,6 % (M) e 74,4% (F)	Análise fatorial; validade de construto
Friborg et al.	<i>The Resilience Scale for Adults (RSA)</i>	<i>Journal of Methods in Psychiatric Research</i>	Inglês; 2003	Recursos de proteção e resiliência em adultos	Entre 18 e 75 anos (n=59)	14 (M) e 45 (F)	Análise fatorial; precisão; validade de construto
Hjemdal et al.	<i>The Resilience Scale for Adults (RSA)</i>	<i>Clinical Psychology and Psychotherapy</i>	Inglês; 2006	Resiliência e sintomas psiquiátricos	Média de 22,2 anos (n=159)	36 (M) e 123 (M)	Precisão; Validade preditiva
Sinclair e Wallston	<i>Brief Resilient Coping Scale (BRCS)</i>	<i>Assessment</i>	Inglês; 2004	Habilidades de resiliência	Média de 46 anos (n=230)	27% (M) e 73% (F)	Precisão; Validade de construto e preditiva
Oshio et al.	<i>Adolescent Resilience Scale</i>	<i>Psychological Reports</i>	Inglês; 2002	Fatores de resiliência psicológica	Entre 19 e 23 anos (n=207)	104 (M) e 103 (F)	Análise fatorial; precisão; validação de construto
Heilemann et al.	<i>Resilience Scale (Spanish Version)</i>	<i>Journal of Nursing Measurement</i>	Inglês; 2003	Fatores de resiliência	Entre 21 e 40 anos (n=147)	147 (F) e 0 (M)	Precisão; validade de construto
Pesce et al.	Escala de Resiliência	Caderno de Saúde Pública	Português; 2005	Fatores de resiliência	Entre 12 e 19 anos (n=997)	52,2% (F) e 47,8% (M)	Análise fatorial; precisão; validação de conteúdo e construto

Nota: n: número amostral; nc: não consta; M: Masculino; F: Feminino.

Tabela 2

Características dos estudos que validavam instrumentos em que um dos subtestes avaliava resiliência

Artigo (autores)	Instrumento	Periódico	Língua original; ano de publicação	Aspectos que avalia	Idade da amostra e (n)	Sexo	Estudos psicométricos
Thomas et al.	<i>Strong Souls</i>	<i>Australian and New Zealand Journal of Psychiatry</i>	Inglês; 2010	Bem-estar social e emocional	Entre 16 e 20,5 anos (n=361)	169,47% (M) e 192,53 (F)	Análise fatorial; precisão; validação de construto
Van Breda	<i>Military Social Health Index (MSHI)</i>	<i>Military Medicine</i>	Inglês; 2008	Resiliência familiar	nc (n=2000)	1464 (M) e 532 (F)	Precisão; validade de construto
King et al.	<i>Deployment Risk and Resilience Inventory (DRRI)</i>	<i>Military Psychology</i>	Inglês; 2006	Resiliência	Entre 20 e maiores de 60 anos (n=357)	75% (M) e 25% (F)	Precisão; Validade de Construto
Vogt et al.	<i>Deployment Risk and Resilience Inventory (DRRI)</i>	<i>Assessment</i>	Inglês; 2008	Saúde e bem-estar de veteranos de guerra	Entre 20 e 50 anos (n=640)	591 (M) e 49 (F)	Precisão; validade de critério
Fikretoglu et al.	<i>Deployment Risk and Resilience Inventory (DRRI)</i>	<i>The Canadian Journal of Psychiatry</i>	Inglês; 2006	Risco de sofrimento e fatores de resiliência	Média de 49,94 anos (n=131)	131(M) e 0 (F)	Precisão; validade de critério
Auquier et al.	<i>Patient-based health-related quality of life questionnaire in schizophrenia (S-QoL)</i>	<i>Schizophrenia Research</i>	Inglês; 2003	Bem-estar psicológico e resiliência	Media de 37,3 anos (n=207)	68,1% (M) e 31,9 (F)	Precisão; validade de construto e conteúdo
Shek et al.	<i>Chinese Positive Youth Development Scale (CPYDS)</i>	<i>International Journal of Adolescent Medicine and Health</i>	Inglês; 2006	Desenvolvimento positivo da juventude	nc (n=426)	242 (M) e 184 (F)	Precisão; validade de construto

Nota: n: número amostral; nc: não consta; M: Masculino; F: Feminino.

testes envolvendo a avaliação da resiliência (Pesce et al., 2005; Friborg, Barlaug, Martinussen, Rosenvinge & Hjemdal, 2005). Oito instrumentos (validados em nove estudos) incluídos neste estudo foram desenvolvidos com o objetivo principal de avaliar a resiliência. Smith et al. (2008) validaram a BRS, uma escala de seis itens que tem por objetivo avaliar a capacidade do indivíduo de recuperar-se do estresse. Com relação à estrutura fatorial, os resultados demonstraram uma solução unifatorial com variância explicada de 55%, cargas entre 0,68 e 0,91 e bom índice de consistência interna (alfa de Cronbach variando de 0,80 - 0,91 entre as diferentes amostras investigadas). No estudo original, a BRS obteve uma confiabilidade de teste-reteste de 0,69 e 0,61. Com relação à validade convergente, a BRS foi positivamente

correlacionada com medidas de resiliência, otimismo, propósito na vida, apoio social e negativamente correlacionada com pessimismo, desajustamento comportamental, negação e autculpa. Com relação à validação preditiva discriminante, numa amostra com pacientes cardíacos, observou-se que nas correlações de ordem-zero, a BRS foi correlacionada com sete desfechos, que são: percepção do estresse, ansiedade, depressão, afeto negativo, afeto positivo, fadiga e exercícios diários.

Connor e Davidson (2003) desenvolveram, na Inglaterra, a CD-RISC, que é composta por 25 itens. Esse estudo objetivou estabelecer valores de referência para o CD-RISC, avaliando a confiabilidade e validade da escala. A média dos escores foi calculada pelo agrupamento dos dados demográficos (sexo e raça - brancos

e não brancos), não havendo diferenças entre as características avaliadas. Dentre as propriedades psicométricas, a consistência interna apresentou alfa de Cronbach de 0,89 e as correlações item-total variaram de 0,30 a 0,70. A confiabilidade no teste-reteste foi avaliada por meio de ensaio clínico com indivíduos com diagnóstico de Transtorno de Ansiedade Generalizada e Transtorno de Estresse Pós-traumático, obtendo coeficiente de correlação igual a 0,87. O estudo de validade convergente apontou que altos níveis de resiliência correlacionam-se com baixos níveis de vulnerabilidade ao estresse. A validade discriminante demonstrou que o CD-RISC não foi significativamente relacionado com a Escala de Experiência Sexual Arizona (McGahuey et al., 2000).

Campbell-Sills e Stein (2007), na Califórnia, trabalharam no aperfeiçoamento da CD-RISC, sugerindo uma versão de 10 itens da escala. Foi realizada inicialmente uma análise fatorial exploratória da versão original da CR-RISC, observando-se a inadequação de vários itens incluídos na versão original. A CD-RISC de 10 itens foi correlacionada a maus tratos na infância e sintomas psiquiátricos, a consistência interna foi boa, com alfa de Cronbach de 0,85. Com a redução para 10 itens, importantes características de resiliência ficaram de fora do instrumento, apesar de, ainda assim, a escala investigar de maneira satisfatória fatores de resiliência.

Friborg et al. (2003), na Noruega, validaram uma escala de 45 itens para mensurar a presença de recursos de proteção que promovem a resiliência em adultos: RSA. A versão preliminar abrange cinco dimensões: competência pessoal, competência social, coerência familiar, apoio social e estrutura pessoal. Essas dimensões foram indicadas por uma análise fatorial exploratória. A consistência interna, avaliada por meio do alfa de Cronbach, indicou valores entre 0,67 a 0,90. A correlação teste-reteste foi satisfatória (entre 0,69 e 0,84, $p < 0,01$). Com relação à validade de construto, esta escala foi positivamente relacionada com uma escala de senso de coerência e negativamente relacionada com um inventário de sintomas psiquiátricos. Hjemdal et al. (2006) utilizaram mais dois instrumentos para investigar a validade preditiva da RSA em relação à dor e ao *stress*, um questionário de avaliação de situações estressoras e um questionário de avaliação psiquiátrica, obtendo correlações entre 0,74 e 0,84. Quanto ao índice de

precisão desse estudo, obteve resultados similares ao estudo anterior, entre 0,81 e 0,88.

Sinclair e Wallston (2004) validaram, nos Estados Unidos, a *Brief Resilient Coping Scale* (BRCS), que é um instrumento de quatro itens, desenvolvido para avaliar tendências dos indivíduos para lidar com *stress* de uma forma adaptável. Utilizando uma amostra de 23 indivíduos com artrite reumatoide, a BRCS mostrou-se útil para identificar indivíduos com necessidades de melhorar as habilidades de enfrentamento do *stress*. Na análise da consistência interna, obteve-se alfa de Cronbach de 0,64 no início e 0,71 ao final dos três meses de acompanhamento dos pacientes.

Oshio et al. (2003) realizaram, no Japão, a validação de construto da *Adolescent Resilience Scale*. Esta escala foi desenvolvida por Oshio, Nakaya, Kaneko, e Nagamine (2002), em uma amostra de estudantes japoneses, e é composta por 21 itens e três fatores: busca de novidade, regulação emocional e orientação positiva para o futuro. Análises de correlação de Pearson demonstraram correlação positiva significativa entre todos os fatores desta escala. Os fatores propostos foram confirmados por análise fatorial. Quanto à consistência interna, os índices obtidos foram 0,85 para a pontuação total, 0,79 para procura de novidades, 0,77 para regulação emocional e 0,81 para orientação futura positiva.

Heilemann et al. (2003) validaram, na Califórnia, a tradução para o espanhol da RS, originalmente criada em inglês por Wagnild e Young (1993). Essa escala contém 25 itens e mensura o nível de adaptação psicossocial positiva em eventos importantes da vida. A confiabilidade do instrumento foi estimada com alfa de Cronbach de 0,93. Observou-se significativa correlação positiva entre resiliência e satisfação na vida e negativa entre resiliência e sintomas depressivos. A RS (Wagnild & Young, 1993) é a única escala adaptada para o português, no Brasil, segundo as buscas realizadas. Foi adaptada por Pesce et al. (2005), em uma população de estudantes entre 12 e 19 anos. Na versão brasileira, os autores preocuparam-se em manter a equivalência semântica, operacional e de mensuração utilizadas na versão original. Os escores de alfa de Cronbach encontrados na versão brasileira se assemelham ao encontrado por Wagnild e Young (1993) (0,91), indicando boa consistência interna do instrumento.

Foram encontrados, nos estudos incluídos neste trabalho, cinco outros instrumentos (validados em sete estudos) que consideravam a resiliência como um fator dos construtos investigados (ou seja, como um subteste). Um deles é o *Strong Souls*, instrumento desenvolvido por Thomas et al. (2010), na Austrália, para avaliar bem-estar social e emocional de jovens indígenas. Realizou-se validação de construto por meio de análise fatorial exploratória. Os resultados indicam que a solução fatorial de quatro fatores (bem-estar físico, emocional, social e espiritual) explica 34% de variância. A análise da confiabilidade realizada sobre os 25 itens da escala e sobre cada fator apresentou índices de alfa de Cronbach $\geq 0,70$, sugerindo satisfatória consistência interna global da *Strong Souls*.

O estudo de Van Breda (2008) validou o *Military Social Health Index* (MSHI) no sul da África, um instrumento composto por quatro escalas, cada uma com 14 itens, que avaliam os seguintes fatores: suporte social, resolução de problemas, avaliação de *stress* e resiliência familiar/recursos de resistência. A resiliência familiar/recursos de resistência é o foco principal da MSHI, referindo-se aos processos que as famílias usam para lidar de forma eficaz e resistente às crises. Os resultados iniciais da validação indicam que o MSHI demonstrou altos níveis de confiabilidade (média de 0,94). A média dos coeficientes de precisão foi de 0,73.

King et al. (2006), nos Estados Unidos, validaram a *Deployment Risk and Resilience Inventory* (DRRI). Essa escala tem 201 itens e baseia-se nos seguintes construtos: pré-implantação de fatores estressores, ambiente familiar na infância, fatores de difícil convivência, ambiente de trabalho, preocupações com relação à vida e rupturas familiares, assédio sexual, ameaça percebida, experiências de combate, consequências de batalha e consequências derivadas de exposições a armas nucleares, biológicas e químicas, fatores de suporte social e estressores pós-combate. A consistência interna para as medidas foi igual a 0,82 ou superior. Vogt et al. (2008), mais tarde, também nos Estados Unidos, realizaram estudo de validade da DRRI com uma amostra de 640 veteranos da guerra do Iraque. Com relação à consistência interna, sete dos dez fatores obtiveram coeficientes de alfa de Cronbach igual ou superior a 0,80. Os fatores com menos índice foram estressores prévios e

exposição biológica, nuclear e química. Evidências de validade de critério foram obtidas a partir das correlações entre os escores da DRRI e os escores das medidas de saúde (sistema cardíaco, dermatológico, neurológico, pulmonar, gastrointestinal, músculo-esquelético e cansaço), de funcionamento social, problemas emocionais e percepção mental da saúde. A maioria dessas correlações alcançou significância estatística ($p < 0,05$). Sobre essa mesma escala, Fikretoglu et al. (2006), no Canadá, validaram a versão francesa/canadense da escala *Deployment risk and resilience factors* (DRRI) e examinaram as relações entre riscos, fatores de resiliência e funcionamento pós-combate em uma amostra de 131 indivíduos. Os coeficientes alfa da DRRI apresentaram um escore de 0,85, em média, e variaram de 0,67 a 0,94. As estimativas de confiabilidade teste-reteste pela correlação de Pearson variaram de 0,69 a 0,93 para cada um dos 14 itens.

Auquier et al. (2003) desenvolveram e validaram o *Patient-based Health-related Quality of Life Questionnaire in Schizophrenia* (S-QoL), na França, como um instrumento autoaplicado que avalia a qualidade de saúde e qualidade de vida em pessoas com diagnóstico de esquizofrenia. Essa escala contém 41 itens envolvendo bem-estar psicológico (dez itens), autoestima (seis itens), família (cinco itens), relacionamentos com amigos (cinco itens), resiliência (cinco itens), bem-estar físico (quatro itens), autonomia (quatro itens) e vida sentimental (dois itens). Os índices de consistência interna dos fatores variaram de 0,63 a 0,90. Os autores concluíram que o impacto da esquizofrenia na vida dos indivíduos poderia ser adequadamente mensurado com o S-QoL. Shek et al. (2006), em Hong Kong, desenvolveram a *Chinese Positive Youth Development Scale* (CPYDS). Essa escala envolve 15 aspectos do desenvolvimento positivo de jovens, incluindo vínculos (seis itens), resiliência (seis itens), competência social (sete itens), competência emocional (seis itens), competência cognitiva (seis itens), competência moral (seis itens), competência comportamental (seis itens), autodeterminação (cinco itens), autoeficácia (sete itens), espiritualidade (sete itens), visão de futuro (sete itens), autoidentificação positiva (sete itens), envolvimento social (cinco itens), normas sociais (cinco itens) e reconhecimento de comportamentos positivos (quatro itens). Com relação ao total da escala (90 itens), a correla-

ção interitem foi de 0,40, e o coeficiente alfa da escala total foi de 0,91. Enquanto a CPYDS foi positivamente correlacionada com desenvolvimento, bem-estar e com medidas de satisfação com a vida, foi negativamente correlacionada com abuso de substâncias, delinquência e intenção de engajar-se em comportamentos antisociais. Os dados indicam a confiabilidade e validação da CPYDS com jovens chineses.

Observa-se que, dos estudos que utilizavam instrumentos de avaliação específica de resiliência, 77,7% incluíram indivíduos do sexo feminino como maioria em suas amostras. Já os estudos que utilizavam instrumentos em que a avaliação da resiliência era um subteste, apresentaram, em 87,5% dos estudos, uma quantidade maior de indivíduos do sexo masculino (geralmente militares ou ex-combatentes de guerra). A literatura sugere que não existem diferenças significativas entre os níveis de resiliência de homens e mulheres: o que se observa é um perfil diferente de resiliência em ambos os sexos (Guajardo & Paucar, 2008). Sugere-se que mais estudos sejam realizados validando esses instrumentos que incluem a resiliência como um subteste em amostras femininas. Em relação ao número de itens, os instrumentos que avaliavam resiliência em um subteste apresentaram um número menor de itens de resiliência (média de 13,1 itens) em comparação àqueles que utilizavam instrumentos específicos para avaliar esse construto (média de 22,8 itens). Quanto ao fator idade, os estudos distribuíram-se de maneira adequada entre as faixas etárias que compreendem a idade adulta e idosa. Os estudos de Campbell-Sills e Stein (2007) e de King et al. (2006) foram os únicos que relacionaram a resiliência dos adultos e idosos aos maus tratos e ambiente familiar na infância.

Apenas dois dos instrumentos são voltados para o desenvolvimento de adultos jovens. Um deles (Oshio et al., 2003) relacionado a estudantes e sua regulação emocional e orientação positiva para o futuro; e o outro (Thomas et al., 2010) voltado especificamente para a população de adultos jovens indígenas.

Todos os estudos apresentaram seus dados psicométricos de maneira satisfatória, revelando qualidade ao avaliar os fatores aos quais se propunham. Os principais indicadores psicométricos dos instrumentos foram estudos de precisão (em 87,7% dos estudos) e validade de construto (em 68,7% dos estudos). Três dos

instrumentos (Heilemann et al., 2003; Fikretoglu et al., 2006; Pesce et al., 2005) foram também adaptados para línguas diferentes da versão original (espanhol, francês e português, respectivamente), apresentando, segundo dados psicométricos, tradução adequada e equivalência de termos, evitando a interferência de erro no uso do teste. Apenas um foi validado para uso no Brasil (Pesce et al., 2005).

Observou-se que poucos estudos preditivos empíricos foram apresentados investigando a relação entre resiliência, questões de saúde geral e desenvolvimento psicossocial. Esses dados podem refletir a dificuldade dos teóricos em operacionalizar a definição do construto resiliência. Sugere-se, assim, que mais estudos preditivos empíricos sejam realizados com populações de adultos e idosos.

Os resultados também apontam para a necessidade de desenvolvimento e validação de novos instrumentos que possam avaliar construtos relacionados à perspectiva do ajustamento emocional sobre situação de risco, bem como a necessidade de tradução e validação para o português da maioria dos instrumentos apresentados nesta revisão.

Sugere-se a criação de instrumentos nacionais para avaliação da resiliência, dada a carência de instrumentais observada. Como limitação, ressalta-se que este estudo incluiu apenas artigos em que os autores utilizaram os termos (descritores) de busca mencionados, e que a não utilização de descritores adequados pelos autores dos artigos originais ou a ausência dos descritores no título ou no resumo dos artigos pode ter excluído algum trabalhos pela dificuldade de identificação nas bases utilizadas para a pesquisa. Sugere-se que mais revisões sistemáticas da literatura sejam realizadas envolvendo também o processo de desenvolvimento da resiliência nos indivíduos e o efeito de diferentes intervenções terapêuticas sobre a mesma.

Por fim verificou-se que a resiliência é avaliada na literatura por meio de poucos instrumentos validados. Os estudos baseiam-se em perspectivas teóricas diversas e muitos associam a resiliência à qualidade de vida, satisfação, saúde e bem-estar, risco, resistência e desenvolvimento positivo. Os instrumentos incluídos foram desenvolvidos para a população adulta e idosa, embora se deva considerar que muitos estudos re-

ferem-se a populações específicas, tais como as indígenas, mulheres, japoneses e veteranos de guerra. Assim, os estudos de validação da resiliência mostram-se escassos na literatura, e fica evidente a necessidade de mais pesquisas envolvendo esta temática, bem como a necessidade de instrumentos adaptados à realidade brasileira.

Referências

- Auquier, P., Simeoni, M. C., Sapin, C., Reine, G., Aghababian, V., & Cramer (2003). Development and validation of a patient-based health-related quality of life questionnaire in schizophrenia: The S-QoL. *Schizophrenia Research*, 1(63), 137-149.
- Brancahona, P. G., Fogo, J. C., & Williams, L. C. A. (2004). Crianças expostas à violência conjugal: avaliação do desempenho acadêmico. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 20(2), 113-117.
- Campbell-Sills, L., & Stein, M. B. (2007). Psychometric analysis and refinement of the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC): Validation of a 10-item measure of resilience. *Journal of Traumatic Stress*, 20(6), 1019-1028.
- Connor, K. M., & Davidson, J. R. T. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*, 18(2), 76-82.
- Figlie, N., Fontes, A., Moraes, E., & Paya, R. (2004). Filhos de dependentes químicos com fatores de risco bio-psico-sociais: necessitam de um olhar especial? *Revista de Psiquiatria Clínica*, 31(2), 53-62.
- Fikretoglu, D., Brunet, A., Poundja, J., Guay, S., & Pedlar, D. (2006). Validation of the deployment risk and resilience inventory in French-Canadian veterans: Findings on the relation between deployment experiences and postdeployment health. *Canadian Journal of Psychiatry*, 51(12), 755-763.
- Friborg, O., Barlaug, D., Martinussen, M., Rosenvinge, J. H., & Hjemdal, O. (2005). Resilience in relation to personality and intelligence. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 14(1), 29-42.
- Friborg, O., Hjemdal, O., Rosenvinge, J. H., & Martinussen, M. (2003). A new rating scale for adult resilience: What are the central protective resources behind healthy adjustment? *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 12(2), 65-76.
- Gil, G., & Diniz, J. A. (2006). Educadores de infância promotores de saúde e resiliência: um estudo exploratório com crianças em situação de risco. *Análise Psicológica*, 24(2), 217-234.
- Guajardo, E. S., & Paucar, M. V. (2008). Medición de las características resilientes, un estudio comparativo en personas entre 15 y 65 años. *Liberabit*, 14(14), 31-40.
- Heilemann, M. V., Lee, K., & Kury, F. S. (2003). Psychometric properties of the Spanish version of the Resilience Scale. *Journal of Nursing Measurement*, 11(1), 61-72.
- Hjemdal, O., Friborg, O., Stiles, T. C., Rosenvinge, J. H., & Martinussen, M. (2006). Resilience predicting psychiatric symptoms: A prospective study of protective factors and their role in adjustment to stressful life events. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 13(3), 194-201.
- Job, J. R. P. (2001). *A escritura da resiliência: testemunhas do holocausto e a memória da vida* (Tese de doutorado não-publicada). Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.
- Jordans, M. J., Komproe, I. H., Tol, W. A., & De Jong, J. T. (2009). Screening for psychosocial distress amongst war-affected children: Cross-cultural construct validity of the CPDS. *The Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50(4), 514-523.
- Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., & Nelson, C. B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 52(12), 1048-1460.
- King, L. A., King, D. W., Vogt, D. S., Knight, J., & Samper, R. E. (2006). Deployment risk and resilience inventory: A collection of Measures for studying deployment-related experiences of military personnel and veterans. *Military Psychology*, 18(2), 89-120.
- Luthar, S. S. (2006). Resilience in development: A synthesis of research across five decades. In D. Cicchetti & D. J. Cohen (Orgs.), *Developmental psychopathology: Risk, disorder and adaptation* (pp.739-795). New York: Wiley.
- Marturano, E. M. (2008). Tensões cotidianas na transição da primeira série: um enfoque de desenvolvimento. *Psicologia em Estudo*, 13(1), 79-87.
- Masten, A. S. (2007). Resilience in developing systems: Progress and promise as the fourth wave rises. *Development and Psychopathology*, 19(3), 921-930.
- McGahuey, C. A., Gelenberg, A. J., Laukes, C. A., McKnight, K. M., Manber, R., & Moreno, F. A. (2000). The Arizona Sexual Experiences Scale (ASEX): Reliability and validity. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 26(1), 25-40.
- Noronha, M. G. R. C. S., Cardoso, P. S., Moraes, T. N. P., & Centa, M. L. (2009). Resilience: A new perspective in health promotion? *Ciência & Saúde Coletiva*, 14(2), 497-506.
- Oliveira, M. A., Reis, V. L., Zanelato, L. S., & Neme, C. M. B. (2008). Resiliência: análise das publicações no período de 2000 a 2006. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 28(4), 754-767.
- Oshio, A., Kaneko, H., Nagamine, S., & Nakaya, M. (2003). Construct validity of the adolescent resilience scale. *Psychological Reports*, 93(3f), 1217-1222.
- Oshio, A., Nakaya, M., Kaneko, H., & Nagamine, S. (2002). Development and validation of an adolescent resilience scale. *Japanese Journal of Counseling Science*, 35, 57-65.
- Paludo, S. S., & Koller, S. H. (2005). Resiliência na rua: um estudo de caso. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 21(2), 187-195.
- Pereira, A. M. S. (2001). Resiliência, personalidade, stress e estratégias de coping. In J. Tavares (Org.), *Resiliência e educação* (pp.77-94). São Paulo: Cortez.
- Peres, J. F. P., Mercante, J. P. P., & Nasello, A. G. (2005). Promovendo resiliência em vítimas de trauma psicológico. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 27(2), 131-138.

- Pesce, R. P., Assis, S. G., Avanci, J. Q., Santos, N. C., Malaquias, J. V., & Carvalhaes, R. (2005). Adaptação transcultural, confiabilidade e validade da escala de resiliência. *Caderno de Saúde Pública*, 21(2), 436-448.
- Pinto Junior, A. A. (2001). O trabalho com crianças vítimas de violência sexual doméstica: promovendo a resiliência. *Temas Sobre Desenvolvimento*, 10(55), 40-46.
- Reppold, C. T., Mayer, J. C., Almeida, L. S., & Hutz, C. S. (2012). Avaliação da resiliência: controvérsia em torno do uso de escalas. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 25(2), 248-255.
- Riley, A. W., Coghill, D., Forrest, C. B., Lorenzo, M. J., Ralston, S. J., & Spiel, G. (2006). Validity of the health-related quality of life assessment in the ADORE study: Parent report form of the CHIP-Child Edition. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 15(1 Suppl.), 63-71.
- Rutter, M. (2006). Implications of resilience concepts for scientific understanding. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1094(1), 1-12.
- Schenker, M., & Minayo, M. C. S. (2005). Fatores de risco e de proteção para o uso de drogas na adolescência. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(3), 707-717.
- Shek, D. T. L., Siu, A. M. H., Lee, T. Y., Cheng, H., Tsang, S., Lui, J. et al. (2006). Development and validation of a positive youth development scale in Hong Kong. *International Journal of Adolescent Medicine and Health*, 18(3), 547-558.
- Silva, M. R. S., Lacharite, C., Silva, P. A., Lunardi, V. L., & Lunard Filho, W. D. (2009). Processos que sustentam a resiliência familiar: um estudo de caso. *Texto & Contexto: Enfermagem*, 18(1), 92-99.
- Sinclair, V. G., & Wallston, K. A. (2004). The development and psychometric evaluation of the Brief Resilient Coping Scale. *Assessment*, 11(1), 94-101.
- Smith, B. W., Dalen, J., Wiggins, K., Tooley, E., Christopher, P., & Bernard, J. (2008). The brief resilience scale: Assessing the ability to bounce back. *International Journal of Behavioral Medicine*, 15(3), 194-200.
- Souza, M. T. S., & Cerveny, C. M. O. (2006). Resiliência psicológica: revisão da literatura e análise da produção científica. *Revista Interamericana de Psicología*, 40(1), 115-122.
- Thomas, A., Cairney, S., Gunthorpe, W., Paradies, Y., & Sayers, S. (2010). Strong Souls: Development and validation of a culturally appropriate tool for assessment of social and emotional well-being in Indigenous youth. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 44(1), 40-8.
- Van Breda, A. D. (2008). The military social health index: A partial multicultural validation. *Military Medicine*, 173(5), 480-487.
- Vergara, S. C. (2008). A resiliência de profissionais angolanos. *Revista de Administração Pública*, 42(4), 701-718.
- Vogt, D. S., Proctor, S. P., King, D. W., King, L. A., & Vasterling, J. J. (2008). Validation of scales from the deployment risk and resilience Inventory in a sample of operation Iraqi freedom veterans. *Assessment*, 15(4), 391-403.
- Wagnild, G. M., & Young, H. M. (1993). Development and psychometric evaluation of the resilience scale. *Journal of Nursing Measurement*, 1(2), 165-168.
- Werner, E. E. (1989). High-risk children in young adulthood: A longitudinal study from birth to 32 years. *American Journal of Orthopsychiatry*, 59(1), 72-81.

Recebido em: 6/6/2011
 Versão final em: 12/12/2011
 Aprovado em: 12/3/2012

Perception of risk from electric and magnetic fields: Stress effects and psychological aspects

Percepção de risco de campos elétricos e magnéticos: efeitos do estresse e outros aspectos psicológicos

Marilda Emmanuel Novaes **LIPP**¹

Flavio Eitor **BARBIERI**²

Leonel **SANTÁNNA**²

Ana Paula **JUSTO**³

Ana Carolina **CABRAL**¹

Flavia Urbini dos **SANTOS**¹

Sabrina **GALLO**¹

Leeka **KHEIFETS**⁴

Abstract

The present study aimed to investigate the perception of risk in the Brazilian population related to electric and magnetic fields. Six hundred adults were recruited from the surrounding communities. Three hundred of them lived in large cities and an equal number lived in small towns. A short questionnaire was constructed to assess risk perception, trust in government to control risk exposure, level of comfort with exposure to extra-low-frequency electromagnetic fields, measures perceived as necessary to reduce emotional discomfort, and trust in the regulatory agencies. The Lipp Inventory of Stress Symptoms for Adults was applied to assess stress levels. Findings indicate that the majority of the participants in this study did not trust the Government to provide protective measures from exposure to electric and magnetic fields, did not trust the regulatory agencies, felt that there is no adequate risk control and thought about it frequently, and some felt that line installations were being performed in excess and that this should be stopped. Results endorse the need for risk education and indicate that risk perception and feelings should be considered before starting new line installations. Risk communication should incorporate knowledge regarding social cognition since a large proportion of the people were concerned about electric and magnetic fields. Lack of communication can lead to a rejection of necessary transmission line installation, and to unnecessary or exaggerated fear.

Uniterms: Electromagnetic fields; Risk perception; Stress.

Resumo

O estudo teve como objetivo investigar a percepção de risco relacionada a campos eletromagnéticos de baixa frequência na população brasileira. Participaram seiscentos adultos, sendo metade constituída por habitantes de cidades grandes e a outra metade por

▼ ▼ ▼ ▼ ▼

¹ Instituto de Psicologia e Controle do Stress. R. Tiradentes, 289, Conj. 91, Guanabara, 13023-190, Campinas, SP, Brasil. *Correspondência para/Correspondence to:* M.E.N. LIPP. *E-mail:* <mlipp@uol.com.br>.

² Associação Brasileira de Compatibilidade Eletromagética. São Paulo, SP, Brasil.

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

⁴ University of California at Los Angeles, School of Public Health. Los Angeles, CA, United State.

This research is part of a larger project conducted by the *Associação Brasileira de Compatibilidade Eletromagética*.

habitantes de cidades pequenas. Um breve questionário foi utilizado para avaliar: (1) percepção de risco associada aos campos eletromagnéticos; (2) confiança no governo para proteger o povo do risco de exposição; (3) nível de conforto emocional frente à exposição às linhas de transmissão elétrica; (4) medidas percebidas como capazes de reduzir desconforto emocional; e (5) confiança nas concessionárias. Adicionalmente, foi aplicado o Inventário de Sintomas de Stress de Lipp, com o intuito de identificar o nível de estresse dos respondentes. Os dados indicaram que a maioria dos participantes (51,59%) deste estudo não confia que o governo tome as medidas necessárias para controlar os riscos; 28,05% não confiam nas concessionárias quanto ao controle de exposição excessiva; 33,0% sentem que não há um controle adequado do risco; e 17,00% pensam que a instalação de linhas de transmissão é excessiva, devendo-se parar com sua colocação. Os dados mostram a necessidade de se implementar um programa de educação quanto aos riscos reais, que leve em consideração o modo de pensar e sentir do povo brasileiro, antes de se instalar novas linhas de transmissão. A falta de comunicação pode levar o povo a rejeitar a instalação de linhas de transmissão necessárias e criar um medo desproporcional quanto a este assunto.

Unitermos: Campos eletromagnéticos; Percepção de risco; Estresse.

Since around 1890, when hotels and public places began to use electricity for lighting, public concern over potential health effects of Extra-Low-Frequency (ELF) electromagnetic fields from transmission lines has become an important issue to consider. This issue gained momentum with Wertheimer and Leper's study published in 1979 that indicated a correlation between childhood cancer and proximity to distribution and transmission lines. Since then numerous studies have investigated a wide range of possible adverse effects from exposure to ELF. The findings of the initial studies were challenged on methodological grounds. With time, the overall quality of the studies improved. The majority of reviews (National Institute of Environmental Health Sciences (NIEHS), 1999; International Agency for Research on Cancer - IARC, 2002) have classified magnetic fields as "possibly carcinogenic" based on studies of childhood leukemia and negative animal data. For other outcomes, and particularly for breast cancer (Davis, Mirick & Stevens, 2002) and cardiovascular disease (Hakansson, Gustavsson, Sartre & Floderus, 2003) the evidence is more consistently negative.

Avoiding exposure to Electric and Magnetic Fields (EMF) is almost impossible, as these fields are present whenever electricity is used or produced. The strength of a typical man-made field is lower than that of the earth (note however, that the first is at power frequency, where as the earth's field is static). Established guidelines (International Commission on Non-Ionizing Radiation Protection (ICNIRP), 2008) are based on acute effects, while the public is concerned with possible long-term effects.

Concerns aroused by modern technology are not always unreasonable, and it is important to consider

the positive effects of risk perception in a community as far as preventive measures are concerned (Albuquerque Navarro & Cardoso, 2005). As pointed out by Renn (2004), risk perception can be seen as a mental instrument that allows the prediction of future hazards and facilitates risk reduction measures. The upsurge in public and media concern related to the possible effects of ELF exposure and the need to clarify the degree to which this concern is proportional to the real risks involved have been the focus of several investigations. Risk perception is a complex question and for most people it is more subjective and qualitative, with perceived risk having little correlation with actual risk (Beecher et al., 2005; Petts, 1998; Schütz & Wiedemann, 2008). In the case of electromagnetic fields, personal beliefs and values seem to play an even greater role because of fear of cancer and because exposure is often involuntary. Another important factor is the poor understanding that most people have about electricity and radiation, as well as the fact that the agent is invisible and not perceptible. The degree of trust that a person has in the risk regulators also seems to be a very important factor in determining risk perception. The role of trust as a mediator has been the focus of many authors (Beecher et al., 2005; Walls, Pidgeon, Weyman & Horlick-Jones, 2004), who believe that trust plays a critical role in driving risk perception and that distrust contributes to opposition to proposals for activities perceived as risky (Walls et al., 2004). However, the binary opposition of trusting or not trusting is inadequate for understanding risk perception, the same way that to be well-informed about the real risks does not always seem to reduce personal bias in risk evaluation. In this respect, studies (Beecher et al., 2005) have attempted to verify whether increasing the

technical information provided to lay people would affect risk perception. Although this issue has been dealt with by the various governments who have tried to promote better risk communication and enhanced public participation in decisions on the siting of electrical installations (Mattos, Sauaia & Menezes, 2002), it remains a sensitive question (Wiedemann & Schütz, 2005). Some authors feel that public risk perception must be recognized as a factor in the decision to apply precautionary measures and that the public should always be informed. However, few studies have attempted to investigate the effect of precautionary measures to reduce public fear about EMF. Wiedemann and Schütz (2005) investigated whether the communication of precautionary measures influences risk perception. Their findings indicate that under some circumstances, communication of precautionary measures can amplify perception of a risk showing the need for special care in the implementation of such measures. One consideration is the assessment of the perception of risk prior to the adoption of any social measures. This is always difficult because the public differ in their beliefs from many experts. However, it is essential to investigate the risk perception each community has to improve social communication and reduce unnecessary concerns.

Another factor that seems important to consider, in a stressful society such as ours, is a possible association between emotional stress and risk perception, especially considering that excessive stress is known to give rise to emotional responses (Everly Jr, 1989). It is not yet known if a high level of stress would lead a person to be more emotional and to consistently overestimate the risks or if a high level of stress would lead to less careful assessments of situations not directly related to the source of stress.

Risk perception is likely influenced by personal values, attitudes and feelings. Thus any measures attempting to deal with ELF risk perception and fear in the population should, as recommended by Renn and Rohrmann (2001), consider the culture of the people involved and their levels of stress.

The aim of the present study was to investigate the risk perception related to electric and magnetic fields in the Brazilian population as a function of (1) living in a large city or small town, (2) the respondents' stress

levels, (3) the level of trust in the risk regulators, and (4) the level of control that respondents feel should be exercised in this area. We hope that our results can contribute to improved risk evaluation by lay people and thus reduce unnecessary or exaggerated fear, in connection with exposure to ELF electromagnetic fields.

Method

The respondents were 600 adults evenly recruited from the surrounding communities, with three hundred from large cities and an equal number from small towns.

Measures

A short questionnaire was constructed to assess (1) risk perception, (2) trust in government to control risk exposure, (3) level of comfort with exposure to extra-low-frequency electromagnetic fields, (4) measures perceived as necessary to reduce emotional discomfort, and (5) trust in the regulatory agencies, that is, in the companies that supply electricity and which are responsible for controlling risks under the inspection of the Government. Two statements each were written for factors 1, 2 and 3 above: one positive and one negative. Block randomization of the statements was used to ensure that two statements about the same issue were not presented in any particular sequence. An open-ended question was added to allow the participants to freely express feelings about exposure. The questionnaire (Chart 1) includes a total of six statements plus the open-ended question. Items 2 and 6 are intended to cover risk perception; items 1 and 5 cover the level of trust in regulatory agencies, and items 3 and 4 investigate the level of comfort to exposure. The possible answers to the questionnaire are: I totally agree, I mostly agree, I somewhat agree, I disagree, I completely disagree.

Stress levels and associated symptomatology were assessed using the Lipp Inventory of Stress Symptoms (LISS) for Adults. The LISS (Lipp, 2000; Lipp & Anderson, 1999) is an instrument validated in Brazil, composed of different sets of symptoms in accordance with Lipp's (2000) four-stage model (alert, resistance, quasi-exhaustion and exhaustion). The LISS enables the

assessment of both cognitive and somatic stress symptoms in terms of the four stress phases. The respondent is asked whether he or she has had a stress symptom (as specified in each chart) in the past day, week, or month. Each of the first two sets (alert and resistance) contains 15 items. The third chart, which assesses stress in the exhaustion phase, contains 23 items. Assessment is made in terms of the percentage tables of the test.

Four Master's-level clinical psychologists conducted the interviews under the guidance of the first author.

Procedures

The ten sites for data collection were selected by the agencies that study risk control in the city of *São Paulo*, Brazil, to ensure that the selected cities had exposure to extremely-low-frequency electromagnetic fields; five of them were small towns and five were considered large cities. Opportunity samples were selected from adults attending churches, clubs or other group activity centers and residing in the target area. As highlighted by Bostrom, Morgan, Adams and Nair (1994), the use of such opportunity samples is quite common practice in studies of risk perception and makes it feasible to interview a large sample for the study.

After establishing contact with a local collaborator, such as the directors of fitness academies, hair salon owners, coordinators of adult education classes, neighborhood associations and shopping center administrators, who helped the interviewers gain access to the potential participants, the four interviewers went to the target cities and talked to the people present, either individually or in groups, and explained the objective of the study and requested their participation. The criteria for inclusion were: to live in the target areas, to be able to understand the questions, to voluntarily agree to participate in the study and to sign the terms of free prior informed consent approved by the ethics committee. In exchange for participation, respondents received a brochure containing simple suggestions on stress management.

The terms of free prior informed consent was signed by each participant. It contained a brief

explanation of the study, advised the respondents that they could terminate the interview at any time they wished and that their names would be kept totally confidential, as approved by the Ethics Committee. Acceptance was greater in the small towns, where people were eager to express themselves. In the larger cities, some people were hesitant and did not want to give their names or ID numbers or simply refused to participate due to lack of time to answer the questions.

Data analysis

The Chi-square test was used to compare the categorical variables between the groups, with Fisher's exact test used for values below five. The Mann-Whitney test was used to compare the numerical variables between the groups and the Kruskal-Wallis analysis of variance was performed with more than two variables, followed by the Dunn's multiple comparison test. To assess the relationships between the main variables and risk perception, the study used logistic regression analysis (univariate and multivariate models with stepwise selection of variables). To assess the joint relationship between the main variables and profile formation, a cluster analysis was used. For the multiple regression analyses of risk perception, data was adjusted for age, gender, education and the size of the city where the data was collected.

Results and Discussion

Demographic data

Females comprised sixty-two percent of the sample while 38% were male. There was no significant difference between large cities and small towns in relation to the sample's gender distribution ($\chi^2=0.04$; $GL=1$; $p=0.841$). The age range was from 19 to 81 years with a mean age of 35 years ($SD=14$). A significant age difference was found between the two types of locations, with the small towns ($M=32.26$ years, $SD=12.08$) showing a higher number of participants in the under-39 age range and the large cities ($M=37.32$ years, $SD=15.22$) having more participants aged forty or older ($\chi^2=25.69$; $GL=3$; $p<0.001$). Almost half of the sample was married (47%). Forty-eight percent of the

participants had received college education, 37% had finished high school, and the remaining 15% had only completed elementary school, with no significant difference between large and small cities ($\chi^2=4.35$; $GL=2$; $p=0.114$). A significant difference was found in education levels between male and female subjects ($\chi^2=6.07$; $GL=2$; $p=0.048$) where more men than women had received college education.

Analyses were performed on the association of stress, educational level, marital status, age, gender, and the size of the city according to risk perception. Age and marital status had no significant influence on the answers given on the questionnaire ($p>0.05$ for all items).

Incidence of stress and symptomatology

The percentage of participants with symptoms of stress was high (55%), indeed higher than expected, since the incidence of stress in Brazil has been found to be between 32% and 37% (Lipp, 2008). Considering only the participants that showed symptoms of stress, approximately 6% of them were in the initial stage (alert), 10% were in the advanced stage (quasi-exhaustion/exhaustion), and thirty-nine percent of them were in the resistance stage of the stress process. Typically, when the stress develops into the resistance stage, the person feels tired and needs to make a special effort to deal with the cumulative stressors present in life. This leads to self-centered decisions and attitudes due to the need to direct energy towards dealing with the challenges involved. Psychological symptoms were most frequently mentioned (35%), such as mental tension, difficulty in concentrating and anxiety.

Analysis of the percentages of participants with stress according to the stage of the stress process and gender revealed that there were more women (62.90%) reporting stress symptoms than men (40.90%). The difference was significant ($\chi^2=24.82$; $GL=1$; $p<0.001$). When the severity of the stress symptoms was compared between men and women, a significant difference was found, with men consistently reporting less stress ($\chi^2=35.02$; $GL=4$; $p<0.001$). This data is compatible with other research in Brazil showing that, in a given group, typically more women are found to have symptoms of stress (Lipp, 2008). This is usually

attributed to the responsibilities women have as professionals and homemakers.

The incidence of stress was not significantly different when small and large cities were compared ($\chi^2=4.74$; $GL=4$; $p=0.315$). This result confirms previous research (Lipp, 2000) that shows that, regardless of the city size, stress can manifest itself, even though it may originate from different types of stressors in each location.

Risk perception

To assess the relationships between the main variables and risk perception, the study used logistic regression analysis (univariate and multivariate models with stepwise selection of variables). Values of 1 to 5 were assigned to possible answers to the first seven items in the questionnaire, ranging from 1, the option "I completely disagree" to 5, where the answer was "I totally agree". The answers to the negative items 4, 5 and 6 were inverted to permit analysis. The other two items included in the questionnaire were open questions and were analyzed in categories.

Using the items from Chart 1 as a basis, which provides a translation for the questionnaire used in the research, and after inverting the values given to the negative items 4, 5 and 6, a measure of risk perception was created by calculating the mean of values given by the respondents to items 2 and 6. A score for the level of trust in the regulatory agencies was obtained from the means of the values given to items 1 and 5; and a score, for the level of emotional comfort the respondents felt with regard to EMF exposure, was obtained from the means of items 3 and 4. The value given to item 7 was considered to be the score for trust in Government.

Table 1 shows the percentages of respondents who gave each type of answer to the first seven questions included in the questionnaire. It can be seen that 28.05% of the respondents did not feel that the regulatory agencies could be trusted to control risk, and 51.59% did not feel that the Government does a trustworthy job in controlling and inspecting electric transmission lines.

When analyzing trust in the risk regulatory agencies and in the Government, care must be taken

Chart 1

The English translation of the Questionnaire Used

Name: _____ ID: _____
Sex: _____ Age: _____ Date of birth: _____
Marital status: _____ Occupation: _____

Instructions: Please answer the questions that will be read to you as sincerely as you can, do not spend too much time thinking about them, simply give the first answer that occurs to you. Please indicate:

I totally agree,
I mostly agree,
I somewhat agree,
I disagree,
I completely disagree.

1. The regulatory agencies do a very trustworthy job regulating risk exposure to electromagnetic fields so that people are well protected.
2. One has to worry all the time thinking about the risk to health posed by the electromagnetic fields.
3. Progress demands that transmission lines be placed everywhere and the benefits make it all worth the risk involved.
4. I think that we should stop completely placing transmission lines in our community because they can be dangerous to health
5. I do not trust that there is good control of the risk of exposure to electromagnetic fields in my community.
6. Many times I do not even remember that there are transmission lines near where I live.
7. It is possible to trust Government control and inspection of electric transmission lines.
8. In your opinion, for people to feel comfortable, what could be done in relation to wires and electric and magnetic fields near houses and constructions?
9. If wires or transmission lines were no longer installed, how would people's daily life be affected?

Table 1

Percentages of answers given to the items in the risk perception questionnaire

Item \ Answer	I totally agree	I mostly agree	I somewhat agree	I disagree	I completely disagree
1	7.35	20.70	34.89	20.87	16.19
2	11.69	20.37	24.74	12.35	30.55
3	4.34	5.68	20.53	17.36	52.04
4	33.89	29.88	18.86	6.34	10.52
5	13.19	29.38	24.37	12.52	20.53
6	16.53	26.88	19.37	10.02	27.21
7	23.54	23.05	30.05	11.02	7.35

Note: Item 1) The regulatory agencies do a very trustworthy job regulating risk exposure to electromagnetic fields so that people are well protected.

Item 2) One has to worry all the time thinking about the risk to health posed by the transmission lines.

Item 3) Progress demands that transmission lines be placed everywhere.

Item 4) I think that we should completely stop placing transmission lines in our community because they can be dangerous to health.

Item 5) I do not trust that there is good control of the risk of exposure to electromagnetic fields in my community.

Item 6) Many times, I do not even remember that there are transmission lines near where I live.

Item 7) It is possible to trust government control and inspection of electric transmission lines.

not to confuse lack of trust in the authorities in general and the lack of trust with regard to risk exposure in particular. It is possible that the high level of mistrust (51.59%) relates to this general feeling, especially considering the much lower level of mistrust found with the regulatory agencies, which indicates that the respondents trust the supply companies more than the Government to control exposure risks.

Ten percent of the respondents felt that for progress there is no need for so much installation of electric wires in the neighborhoods, 17% thought that such installations should stop completely, and 33% consider that there is no appropriate risk control in their community. The answers show the need for educational campaigns that could quell some of the unrealistic doubts lay people have, especially considering that 17%

of the respondents felt that the installation of new lines should stop.

Table 2 shows the descriptive analyses of the answers given and the scores for risk perception, trust in regulatory agencies, emotional comfort with regard to EMF, and trust in Government to enforce the necessary measures to protect people from unnecessary risk, calculated on the basis of the answers given by the respondents. The scores were similar, with the highest mean score for emotional comfort (M=3.88, SD=0.89), and the lowest for Government trust (M=2.51, SD=1.18). The mean risk perception score, for the entire group, was 3.12 (SD=1.09), indicating that, on average, respondents *somewhat agree* that there is an appropriate control of risk and feel somewhat comfortable about it.

Risk perception and stress

Regarding the association between the stage of stress and risk perception, the Dunn *post-hoc* test, performed after the multiple comparison Kruskal-Wallis test, showed that the stress level significantly affected risk perception in that it served as a buffer, reducing risk perception ($p=0.003$) and increasing emotional comfort in relation to EMF ($p=0.037$). People in the alert stage had less risk perception (risk perception score = 2.51, SD=1.07), that is, they seem to worry less about risks

than people without stress, who presented a risk perception score of 3.18 (SD=1.09).

Risk perception and level of education

The associations between the level of education and risk perception, and between education and emotional comfort were significant, with the more educated participants showing a smaller risk perception score (Dunn *post-hoc* test, $p=0.034$) and a higher emotional comfort score (Dunn *post-hoc* test, $p<0.001$). More of the college educated participants disagreed that we should stop installing transmission lines (Dunn *post-hoc* test, $p=0.043$) and thought that people should not constantly worry about this subject (Dunn *post-hoc* test, $p=<0.001$).

Risk perception and size of city

Results showed that the respondents from small towns had a more positive view of the electric transmission lines (trust score=3.61, SD=0.83) than the people from large cities (trust score=2.68, SD=0.95). Comparing the two types of location, it was found that the differences were significant in terms of trust in the regulatory agencies ($p=0.001$), feelings that the benefits of installing more lines compensate the risks ($p=0.002$), emotional comfort ($p=0.001$), not wanting to interrupt the electricity services ($p=0.001$), and feeling that the government exercises adequate risk control.

Table 2

Numerical analyses of answers to the questionnaire and calculated scores for risk perception, trust in regulatory agencies, emotional comfort, and trust in Government

	N	Mean	Standard Deviation	Median
<i>Questions</i>				
Q1	599	3.18	1.15	3.00
Q2	599	3.29	1.39	3.00
Q3	599	4.07	1.16	5.00
Q4	599	2.30	1.29	2.00
Q5	599	2.98	1.33	3.00
Q6	599	3.05	1.46	3.00
Q7	599	2.51	1.18	2.00
<i>Mean scores</i>				
Risk perception		3.12	1.09	3.00
Trust in agencies		3.10	0.96	3.00
Emotional comfort		3.88	0.89	4.00
Trust in government		2.51	1.18	2.00

Risk perception and gender

The Mann-Whitney test revealed no significant difference in risk perception scores for men and women ($p=0.923$). The mean risk perception score was 3.12 (SD=1.11) for female and 3.13 (SD=1.07) for male subjects.

To search for possible variables influencing risk perception, Spearman's correlation coefficient was calculated for all relevant variables. Trust in regulatory agencies ($r=-0.129$; $p=0.0016$; $n=599$) and emotional comfort ($r=-0.234$; $p<0.0001$; $n=599$) showed a significant correlation with risk perception.

Table 3 shows the results of the multiple regression analyses for risk perception, adjusted for age, gender, education and the size of the city where the data was collected. It can be seen that, after data adjustments, the variables emotional comfort, stress

stage, and trust in the regulatory agencies were, together, found to be significant as associated factors related to risk perception. Participants with higher risk perception scores were the ones with less emotional comfort, no stress and with lower scores in trust in the regulatory agencies.

Cluster analysis was performed for the principal variables in the study such as gender, age, education, marital status, size of the city, stress, risk perception score (calculated from the mean value of items 2 and 6), trust in the agencies (score for level of trust in the regulatory agencies was obtained from the mean value of items 1 and 5) and government (the value given to item 7 was considered to be the score for trust in Government), and emotional comfort (the level of emotional comfort the respondents felt in regard to EMF exposure was found from the mean score of items 3 and 4 through the use of the partition method for two groups). Cluster

Table 3

Results of Multiple Regression Analyses for risk perception, adjusted for (a) age, gender, and (b) the size of the city where data was collected and (c) educational level

Results of Multiple Regression Analyses for risk perception, adjusted for age and gender				
Variables	Categories	Beta (SE)*	p-Value	Partial R ^{2**}
Emotional comfort	Score	-0.25 (0.05)	<0.001	0.0503
Stress stage	Alert	-0.61 (0.20)	0.002	
	Resistance	-0.12 (0.10)	0.208	
	Quasi exhaustion or exhaustion	0.04 (0.16)	0.804	0.0171
Trust in regulatory agencies	Score	-0.09 (0.05)	0.048	0.0063
Results of Multiple Regression Analyses for risk perception, adjusted for age, gender and the size of the city where data was collected				
Variables	Categories	Beta (SE)*	p-Value	Partial R ^{2***}
Emotional comfort	Score	-0.25 (0.05)	<0.001	0.0489
Stress stage	Alert	-0.61 (0.20)	0.002	
	Resistance	-0.12 (0.10)	0.223	
	Quasi exhaustion or exhaustion	0.04 (0.16)	0.798	0.0172
Trust in regulatory agencies	Score	-0.10 (0.05)	0.035	0.0072
Results of Multiple Regression Analyses for risk perception, adjusted for age, gender, the size of the city where data was collected and education				
Variables	Categories	Beta (SE)*	p-Value	Partial R ^{2****}
Emotional comfort	Score	-0.24 (0.05)	<0.001	0.0416
Stress stage	Alert	-0.59 (0.20)	0.003	
	Resistance	-0.13 (0.10)	0.182	
	Quasi exhaustion or exhaustion	0.02 (0.16)	0.880	0.0163
Trust in regulatory agencies	Score	-0.10 (0.05)	0.031	0.0075

Note: *Beta: Estimated value or angular (slope) coefficient in the regression line, SE: Standard Error of beta. R²: coefficient de determination. Criteria: Stepwise of variable selection. Total R^{2**}: 0.0737, Intercept (SE): 4.39 (0.24), $p<0.05$; Total R^{2***}: 0.0733, Intercept (SE): 4.47 (0.26), $p<0.001$; Total R^{2****}: 0.0654, Intercept (SE): 4.44 (0.29), $p<0.001$.

1 was composed primarily of college educated males, from small towns, without stress, with lower score in the questions related to risk perception, higher score in the question related to trust in regulatory agencies and the government, and with more emotional comfort. Cluster 2 included high school educated females, from large towns, with stress symptoms, higher risk perception, lower trust in regulatory agencies and the government, and with less emotional comfort. Significant differences between the two groups were found for risk perception ($p=0.009$), trust in agencies ($p<0.001$), emotional comfort ($p<0.001$) and trust in government ($p<0.001$). Women, in general, did not differ significantly from men in risk perception, as mentioned earlier in this article, however when the level of educational and the size of the city they reside in were taken into consideration, differences were detected, showing that women with low formal education, living in large cities, tended to have less trust in risk control by government and agencies, feel less emotional comfort, and have a higher risk perception. Educational campaigns about EMF should target this population in a more direct way.

The questionnaire also included two open-questions as shown in Chart 1. The answers to question 8, regarding what needs to be done so that people could feel comfortable in relation to power lines and electric and magnetic fields near houses and constructions, were mostly distributed into four categories, namely: (a) 41% felt that "Government and regulatory agencies should exercise more control"; (b) 47% of the respondents suggested placing all power lines underground ("underground installations seem safer"); (c) 6% felt that it is all right as it is ("I think that the installations are all right, no problem") and (d) 6% felt that there is need for more information to be made available to people.

These results are consistent with the finding that a large number of respondents (approximately 59%) did not trust the authorities in relation to risk control. If there is no trust, then it would be expected that more control would be a desired and designated measure. The lack of knowledge about EMF is apparent in the answers, yet only 6% of the participants felt the need for more information.

Answers to question 9 (If wires or transmission lines were no longer installed, how would people's daily lives be affected?) were mostly distributed into three categories: (1) 73% of the respondents stressed the negative consequences for society ("people would not be able to use computers any more," "it would be chaos"; "people would feel desperate, frustrated"); (2) 12% of them mentioned personal consequences and feelings ("I would not be able to listen to my programs" or "I would feel depressed because it would be dark at night"); and (3) 15% expressed the opinion that "life would be better". The simplicity of the answers obtained revealed that most of the sample's participants had not thought carefully about the possible consequences the world would face without the installation of transmission lines; some of the answers were very much focused on personal situations and losses and not on society as a whole. This indicates that any educational campaigns in this area should consider this tendency.

Approximately 43% of the participants worried about EMF risks. This finding is compatible with those of Schreier, Huss and Rööslü (2006) in Switzerland, showing that 53 percent of their 2,028 adult respondents were worried about adverse health effects from EMF. As mentioned by Schütz and Wiedemann (2008), one may speculate that, when an individual's knowledge about technology is lacking, people use more familiar aspects from the social context as cues for their risk evaluation.

Taken together, our findings indicate that the majority of the participants in this study did not trust the Government to take protective measures, some did not trust the regulatory agencies, a great number felt that there is no adequate risk control and thought about it frequently, and some felt that power lines were being installed unnecessarily. Even though a consensus society is neither possible nor desirable, results endorse the need for risk education to be implemented and indicate that risk perception and feelings should be considered before starting new line installations. Risk communication should incorporate knowledge about social cognition since the large proportion of people concerned about EMF may cause social conflict given the ubiquity of EMF in our everyday lives.

Study limitations

As with any research, there are limitations that need to be discussed. One limitation is that the data came from opportunity samples selected from adults attending churches, clubs or other group activity centers and residing in the target area. Although the use of such opportunity samples is a common practice in studies of risk perception and its use made it feasible to interview a large sample for the study, there was no uniformity in the subjects' characteristics which should be taken into consideration in the analysis of the results.

Conclusion

Data from this study indicate that risk perception depends on many factors that determine how a person will process the danger that might exist. Among these factors it was concluded that emotional stress has a significant impact in risk perception. When the person is under stress, the attention is focused on the stressors that need to be faced, and little attention is given to other stimuli that are present at that time. Another relevant factor to be considered is the amount of information that a person has about a particular technical situation, the less is known, the more probable it will be that the individual fills the blank with socially desirable beliefs. To avoid unnecessary worries, it is concluded that public education is essential when new transmission lines are installed in a neighborhood.

References

- Albuquerque Navarro, M. B. N., & Cardoso, T. A. O. (2005). Percepção de risco e cognição: reflexão sobre a sociedade de risco. *Ciências & Cognição*, 6(1), 67-72.
- Beecher, N., Harrison, E., Goldstein, N., McDaniel, M., Field, P., & Susskind, L. (2005). Risk perception, risk communication, and stakeholder involvement for biosolids management and research. *Journal of Environmental Quality*, 34(1), 122-128.
- Bostrom, A., Morgan, M. G., Adams, J., & Nair, I. (1994). Preferences for exposure control of power-frequency fields among lay opinion leaders. *Risk: Health, Safety & Environment*, 5(4), 295-318.
- Davis, S., Mirick, D. K., & Stevens, R. H. (2002). Residential magnetic fields and the risk of breast cancer. *American Journal of Epidemiology*, 155(5), 446-454.
- Everly Jr, G. S. (1989). *A clinical guide to the treatment of the human stress response*. New York: Plenum Press.
- Hakansson, N., Gustavsson, P., Sartre A., & Floderus, B. (2003). Occupational exposure to extremely low frequency magnetic fields and mortality from cardiovascular disease. *American Journal of Epidemiology*, 158(6), 534-542.
- International Agency for Research on Cancer. (2002). *Monographs of the evaluation of carcinogenic risks to humans* (Vol. 80). Lyon: IARC.
- International Commission on Non-Ionizing Radiation Protection. (2008). Guidelines for limiting exposure to time-varying electric, magnetic, and electromagnetic fields. *Health Physics*, 74(4), 494-522.
- Lipp, M. E. N. (2000). *Inventário de sintomas de stress para adultos de Lipp (ISSL)* (3ª ed.). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Lipp, M. E. N. (2008). A dimensão emocional da qualidade de vida. In A. Ogata & R. Marchi (Eds.), *Wellness* (pp.51-76). São Paulo: Campus.
- Lipp, M. E. N., & Anderson, D. (1999). Cardiovascular reactivity to simulated social stress. *Stress Medicine*, 15(4), 249-259.
- Mattos, I. E., Sauaia, N., & Menezes, P. (2002). Padrão de mortalidade por câncer em trabalhadores eletricitários. *Cadernos de Saúde Pública*, 18(1), 221-233.
- National Institute of Environmental Health Sciences. (1999). *NIHES report on health effects from exposure to power-line frequency electric and magnetic fields*. Research Triangle Park, NC: National Institutes of Health.
- Petts, J. (1998). Trust and waste management information: Expectation versus observation. *Journal of Risk Research*, 1(4), 307-320.
- Renn, O. (2004). Perception of risk. *Toxicology Letters*, 149(1-3), 405-413.
- Renn, O., & Rohrmann, B. (Eds.). (2001). *Cross-cultural risk perception: A survey of empirical studies* (pp.211-233). The Netherlands: Kluwer Academic Publishers.
- Schreier, N. Huss, A., & Röösl, M. (2006). The prevalence of symptoms attributed to electromagnetic field exposure: A cross-sectional representative survey in Switzerland. *Sozial-und Präventivmedizin/Social and Preventive Medicine*, 51(4), 202-209. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s00038-006-5061-2>.
- Schütz, H., & Wiedemann, P. M. (2008). Framing effects on risk perception of nanotechnology. *Public Understanding of Science*, 17(3), 369-379.
- Walls, J., Pidgeon, N., Weyman, A., & Horlick-Jones, T. (2004). *Critical trust: Understanding lay perceptions of health and safety risk regulation*. *Health, Risk and Society*, 6(2), 133-150.
- Wertheimer, N., & Leeper, E (1979). Electrical wiring configurations and childhood cancer. *American Journal of Epidemiology*, 109(3), 273-284.
- Wiedemann, P. M., & Schütz, H. (2005). The precautionary principle and risk perception: Experimental studies in the EMF area. *Environmental Health Perspectives*, 113(4), 402-405.

Received on: 13/6/2012
Final version on: 27/6/2012
Approved on: 13/7/2012

Cuidado e desenvolvimento em crianças escolares de Salvador

Care and development in schoolchildren in Salvador, Bahia, Brazil

Vania **BUSTAMANTE**¹

Resumo

Analisou-se a relação entre família, escola, serviços de saúde e comunidade, enfocando o cuidado e o desenvolvimento infantil em um bairro de baixa renda de Salvador, Bahia. Entende-se cuidado como atenção de qualidade oferecida por adultos e como construção de projetos de pessoa em práticas cotidianas marcadas por relações de poder. Realizou-se observação participante e entrevistas com moradores do bairro e com profissionais de saúde e educação, a partir das quais foi selecionado um caso típico. Identificou-se, por um lado, diferenças na maneira com que os profissionais falam sobre crianças com desempenho escolar insatisfatório e, por outro lado, a família e os espaços de parentesco, nos quais opera uma forma diferente de pensar a educação e onde as crianças encontram um olhar ampliado sobre suas possibilidades. Destaca-se a importância de que os estudos contemplem os diferentes contextos que integram o cotidiano infantil e que a perspectiva da família e parentes seja valorizada.

Unitermos: Cuidado da criança; Desenvolvimento infantil; Escola; Família.

Abstract

The relationship between family, school and health services was analyzed considering the development and care of children living in a low income neighborhood. We understand care as quality attention provided by adults and also as the day-to-day practical construction of personal projects, a process marked by power relations. We conducted participant observation and interviews with residents in the neighborhood studied and with health professionals and education workers. From among these a representative case was selected. The analysis identified differences in the way professionals talk about children with low school performance. By contrast in family and kinship spaces a different way of thinking about education operates, in that children encounter an expanded view of themselves and of their potential. We stress as a vital necessity that studies include all the different day-to-day contexts that comprise children's experiences and emphasize that professionals and workers take into consideration and attribute value to the perspective of the family and relatives.

Uniterms: Child Care; Child development; School; Family.

Tendo por interesse refletir sobre as peculiaridades do desenvolvimento de crianças escolares que

moram em bairros urbanos de baixa renda, considerou-se necessário incluir a discussão sobre o conceito de

▼ ▼ ▼ ▼ ▼

¹ Universidade Federal da Bahia, Instituto de Psicologia. R. Aristides Novis, 2, Estrada de São Lázaro, 40210-730, Salvador, BA, Brasil. E-mail: <vaniabus@yahoo.com>.

Apoio: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico e Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado da Bahia, que concederam bolsas de doutorado e pós-doutorado, respectivamente.

Agradecimentos: À Cecília McCallum.

contexto de desenvolvimento para abordar este tema. Lordelo (2002) destaca que o contexto tem múltiplos e complexos significados em Psicologia e que não se refere apenas a um espaço físico. Apontando que “o estudo das relações entre contexto e desenvolvimento deve incluir facetas dos sistemas sociais, dos ambientes físicos e das pessoas como participantes ativos, interagindo e influenciando-se mutuamente no tempo” (Lordelo, 2002, p.9). Para a referida autora, essa forma de compreender o contexto expressa o amadurecimento da Psicologia do Desenvolvimento, que passa a reconhecer a possibilidade de caminhos diversos e a utilizar modelos de análise não determinísticos, nos quais é cada vez mais importante estudar a diversidade, buscando fortalecer teorias específicas e pensar modelos de intervenção.

Nesse sentido, quando se trata de grupos urbanos de baixa renda, surgem algumas perguntas sobre as implicações para o desenvolvimento, em longo prazo, de modos de vida que parecem precários ou deficientes, questionando em que medida os ambientes abrem possibilidades ou impõem limitações.

Os estudos envolvendo crianças que moram em bairros populares frequentemente focam nos temas família e escola. Alguns autores chamam a atenção sobre a alta proporção de crianças com desempenho escolar insatisfatório nos grupos populares e apontam a necessidade de pensar sobre essa situação a partir da relação entre família e escola (Oliveira, Bisinoto & Marinho-Araújo, 2010). Chechia e Andrade (2005) problematizam a relação entre família e escola ao mostrar que existem diferentes formas de compreender o significado da escola e que o fracasso escolar não exclui a preocupação dos pais com os filhos. Por outro lado, estudos sobre a relação entre família e serviços de saúde, no que diz respeito ao cuidado de crianças, mostram que existem diferentes racionalidades (Bustamante & McCallum, 2010), em parte associadas a diferenças de classe social (Oliveira & Bastos, 2000). As pesquisas apontam a grande preocupação das famílias no cuidado de crianças, ainda que, frequentemente, os familiares não sigam as recomendações dos profissionais de saúde (Bustamante & Trad, 2007; Loyola, 1984).

Bastos (2000) formulou a categoria “modos de partilhar” para compreender as relações de crianças em

seu cotidiano familiar. A autora analisa as diferentes formas de participação ativa das crianças no cotidiano familiar, que funciona como um espaço que fortalece o desenvolvimento infantil. A realização de tarefas domésticas é estimulada pelos adultos, que as consideram importantes para que a criança desenvolva habilidades necessárias ao contexto em que vive. Bastos (2000) chama a atenção sobre a importância de “estudar contextos de desenvolvimento disponíveis para a criança brasileira e compreender essa realidade a partir dela própria, mais do que pelo confronto com parâmetros externos... de avaliação e comparação” (p.30).

O presente artigo pretende ampliar esse debate ao analisar como se dá a relação entre família, escola, comunidade e serviços de saúde, examinando qual a participação da criança no próprio desenvolvimento. Propõe-se construir essa reflexão com base no conceito de cuidado. Carvalho e Lordelo (2002) apontam que a intensidade e qualidade da atenção do adulto é uma das dimensões mais relevantes para caracterizar o ambiente de desenvolvimento da criança e, frequentemente, é identificada como sinônimo de cuidado. As autoras destacam que “as repercussões do tipo de cuidado adulto, na forma de estilos de interação e relação entre adulto e criança, parecem ter conseqüências marcantes em diversas dimensões do desenvolvimento, nas áreas cognitiva, social e emocional” (p.238). Nesse sentido, a deficiência de atenção adulta é considerada um risco potencial para o desenvolvimento como resultado socialmente desejado.

Defini-se cuidado infantil como construção de projetos de pessoa em práticas cotidianas que se dão em um marco de relações de poder. O conceito de cuidado aqui proposto baseia-se na noção utilizada por Ayres (2001, 2004a, 2004b), como construção de projetos de felicidade, incorporando, assim, uma perspectiva etnográfica e sociocultural, partindo, portanto, de conceitos nativos e considerando as diferenças de classe, raça/cor/etnia, geração e as diferenças de sexo (Carvalho, 1999; Schraiber, 2005). Defende-se que cuidado envolve a construção de projetos no sentido destacado por Rabelo (1999): “práticas forjadas em contextos de ação/atenção perante as coisas” (p.224) relacionadas com a criança como pessoa. Assim como Pina Cabral (2007), defende-se que a construção da pessoa é permanente e envolve processos simbólicos e materiais que integram individualismo e holismo.

A discussão defendida sobre o cuidado dialoga com as considerações de Carvalho e Lordelo (2002) ao considerar a qualidade da atenção do adulto como sinônimo de cuidado. Por outro lado, aqui argumenta-se que as diferenças entre os adultos cuidadores estão associadas com a construção de projetos de pessoa distintos que, por sua vez, estão ligados não apenas a diferenças entre os agentes, mas a múltiplas posições sociais (Bourdieu, 1996) e a desigualdades no capital global.

Teve-se como objetivo de pesquisa compreender como se dá o desenvolvimento de crianças em idade escolar em um bairro de baixa renda de Salvador (BA), considerando a participação de cuidadores de diferentes áreas. Além disso, pretende-se contribuir para a reflexão conceitual sobre contextos de desenvolvimento ao analisar as possibilidades teóricas da categoria cuidado, buscando compreender, simultaneamente, a participação de diferentes agentes no desenvolvimento infantil.

Concorda-se com as preocupações expressas por outros autores quanto à necessidade de a pesquisa acadêmica se afinar mais com a realidade brasileira. Silva (2003) afirma que “o desenvolvimento de uma psicologia ética no Brasil supõe o enfrentamento dos desafios de uma agenda própria” (p. 95), sendo preciso identificar questões cruciais e transformá-las em objeto de investigação, buscando-se produzir um conhecimento esclarecedor de nossa realidade social. Para trabalhar nessa direção, o referido autor chama a atenção sobre a necessidade de repensar o conceito de pessoa presente na Psicologia e nas Ciências Sociais.

As escolhas metodológicas adotadas para atender aos objetivos deste estudo são discutidas a seguir.

Método

A análise desenvolvida aqui se deu com base em três anos de trabalho de campo, entre 2003 e 2006, com moradores de um bairro de baixa renda de Salvador (BA).

Participantes

Todos os participantes² da pesquisa tinham em comum o fato de passarem grande parte do tempo em Prainha - bairro localizado no subúrbio ferroviário de Salvador -, onde alguns moravam e outros trabalhavam. Trata-se de um bairro que possui características comuns a outros bairros populares: serviços insuficientes, infraestrutura urbana precária, algumas ruas sem asfalto, carência de espaços verdes e de lazer, presença de casas “em construção”, entre outras. Os moradores têm baixo nível de escolaridade e de renda. Alternam períodos de emprego e desemprego. Entre os homens, os empregos mais comuns são de segurança e serviços gerais; entre as mulheres, vendas e serviço doméstico. Os relatos sobre episódios de violência são frequentes, incluindo violência doméstica, brigas entre vizinhos e violência perpetrada pela polícia. Ao mesmo tempo, observa-se a presença crescente de instituições - Unidade de Saúde da Família, escolas, creches, posto de polícia -, e de programas sociais.

A Unidade de Saúde da Família funciona em um local que foi construído em 2002 como parte de um acordo entre uma “ONG internacional” e uma das associações de moradores do bairro. Desde o início se estabeleceram três equipes, cuja conformação segue as regras estabelecidas para o Programa de Saúde da Família (PSF): cada equipe deve ter três profissionais de cursos superiores (Medicina, Enfermagem e Odontologia), três de nível médio (dois auxiliares de enfermagem e um auxiliar de dentista) e cinco ou seis agentes comunitários de saúde. Além dos profissionais de cada equipe, existe pessoal administrativo, recepcionistas, pessoal de limpeza e de segurança.

A escola São Lucas faz parte da rede municipal e oferece educação infantil e ensino até a quarta série. A educação infantil, para crianças a partir de quatro anos, foi implantada em 2005, sendo oferecida em dois níveis, chamados “Pré Um” e “Pré Dois”. Na escola trabalham 13 professoras e apenas um professor - a maioria foi contratada mediante concurso público e tem formação universitária -, uma estagiária estudante de Pedagogia, uma bibliotecária, alguns auxiliares

▼ ▼ ▼ ▼ ▼

² Este e todos outros nomes usados no texto são fictícios.

administrativos e de serviços gerais. A maior parte dos professores e funcionários trabalha nos dois turnos.

Devido às limitações de espaço deste artigo, optou-se por apresentar um único caso que foi considerado típico do cotidiano de Prainha, de modo que partiu-se da descrição e análise do cotidiano de Bruna, uma menina que, na época da coleta de dados, tinha 6 anos. Bruna e sua família participaram da pesquisa desde o início. Foi possível visitar continuamente a casa de Bruna e a família dela, assim como sua escola, a Unidade de Saúde da Família que a atendia e a Igreja Pentecostal que ela e sua família frequentavam.

Bruna morava com a mãe, Carla, e com as três irmãs mais velhas, filhas de duas uniões anteriores de Carla. Também foi possível conhecer Tinho, o pai de Bruna, que morava junto com Carla e as quatro meninas em um cômodo localizado ao lado da casa dos irmãos de Carla. Assim, além dos pais e das irmãs, Bruna tinha contato constante com os tios e primos maternos. O contato com a família paterna, que morava em ruas próximas, era menos constante. Também faziam parte do cotidiano de Bruna vários adultos e crianças que frequentavam a Igreja Filho de Deus, uma organização Pentecostal localizada em frente à sua casa e que era frequentada por vários membros da família. As condições de vida eram bastante precárias, dado que a única renda fixa provinha do programa Bolsa Família. De forma complementar, Tinho realizava trabalhos eventuais e, às vezes, dividia a renda entre a família atual e os cinco filhos de duas uniões anteriores.

Instrumentos e Procedimentos

A observação participante se deu nos seguintes períodos: três anos com os membros de sete famílias, seis meses em uma unidade de saúde da família e três meses em uma escola pública. O trabalho de investigação combinou visitas e participações em atividades cotidianas tais como: assistir tevê, cozinhar ou lavar roupas com moradores do bairro; atendimentos, visitas domiciliares e reuniões de equipe com profissionais de saúde; aulas, recreio e reuniões com professores; também houve participação em alguns cultos na Igreja frequentada por Bruna e sua família.

Para Toren (1997), a observação participante é o método mais característico da abordagem etnográfica e envolve ser, ao mesmo tempo, um participante

e um observador que questiona sua própria participação e a dos outros em eventos ordinários, de maneira que nada do que é dito é considerado irrelevante. Segundo a autora, a análise etnográfica não pretende basear-se em amostras representativas, tendo por desafio, em contrapartida, conhecer o máximo possível sobre as pessoas cujas ideias e comportamentos são objeto de análise. Para tanto, é importante fazer entrevistas em profundidade com alguns informantes.

Foram realizadas entrevistas gravadas com membros de todos os grupos mencionados visando a aprofundar conteúdos identificados na observação participante. Por exemplo, perguntou-se aos adultos sobre suas expectativas em relação a ter filhos, como foi no início, o que eles consideram mais importante para criá-los e sobre a relação com parentes e com instituições. As entrevistas foram gravadas e transcritas, e o conteúdo da observação participante foi registrado em diário de campo.

Assim como na perspectiva de Jackson (1996) a etnografia é tida neste artigo como um trabalho realista motivado pelo interesse de registrar experiências humanas significativas. Desse modo, a etnografia é muito mais do que um tipo de escrita, sendo a melhor forma de entender e mostrar como vivem e como se relacionam pessoas de diferentes grupos.

A análise aconteceu em todos os momentos da pesquisa e caminhou junto com o processo de escrita (Becker, 1994). As entrevistas e as notas de campo foram transcritas, lidas e organizadas em pastas seguindo a sequência temporal. As primeiras leituras do material foram gerais. Um segundo tipo de leitura se seguiu, envolvendo a identificação de temas importantes, a seleção de trechos relacionados e a criação de novos arquivos. Novas leituras do material selecionado - e, às vezes, retorno ao material original -, foram acontecendo conforme eram construídos os argumentos do estudo. Olhares mais aprofundados sobre o mesmo material surgiram a partir desse processo. Alguns achados importantes se deram após novas leituras das mesmas notas.

Vários aspectos de diferentes propostas de análise podem ser identificados na descrição feita neste artigo. Existem elementos de análise de conteúdo, na medida em que a identificação de palavras que se

repetiam foi um indicador de algo que podia ser importante. Também é possível estabelecer relações com a análise de discurso, considerando se prestou atenção não só às palavras, mas aos contextos relacionais - e às disputas de poder em que estes eram construídos. Por outro lado, há importantes pontos em comum com o que Minayo (2007) destaca sobre os pressupostos da análise hermenêutico-dialética. Segundo a autora, ambas as disciplinas ressaltam a importância da historicidade para entender as manifestações humanas e destacam a inexistência do observador imparcial.

Os resultados estão organizados em duas subseções: inicialmente se descreve a perspectiva que os profissionais de educação e saúde expressam sobre crianças que não atendem às demandas escolares; na segunda parte, mostra-se as possibilidades oferecidas por espaços e pessoas que se relacionam cotidianamente com as crianças no âmbito do parentesco. Na discussão e considerações finais reflete-se teoricamente sobre as diferenças que marcam as relações entre as famílias e os profissionais de saúde e educação e sobre as implicações para as práticas de cuidado infantil.

O projeto de pesquisa que deu origem a este artigo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Saúde Coletiva da Universidade Federal da Bahia (UFBA) (Registro 035-06/CEP-ISC).

Resultados

Crianças com distúrbios

Durante a observação participante no cotidiano escolar, Janice - a professora de Bruna no Ciclo Educacional Básico (CEB) da Escola São Lucas -, e outros colegas falaram sobre as dificuldades cotidianas. Vivenciou-se algumas delas. As aulas formalmente começavam à uma hora da tarde e terminavam às cinco; no entanto, raramente isso acontecia. Por vários motivos as aulas terminavam mais cedo: falta de merenda escolar, falta de alguns funcionários, chuva ou alguma festa. Também havia ocasiões em que eram suspensas por paralisação de professores (ou funcionários) ou ausência de professores por motivos diversos. Teve-se a impressão de

que era difícil permanecer quatro horas em sala de aula com os alunos.

Janice e outros professores diziam que as crianças do CEB1 estão em uma idade ideal. São crianças com quem é fácil lidar e a quem é prazeroso ensinar, pois estão na idade da alfabetização. Apesar de ter esta opinião, Janice expressou várias vezes sua frustração diante dos precários resultados com a maior parte dos alunos, inclusive Bruna. Durante a aula, quando era o momento do trabalho acadêmico, Bruna tinha dificuldade para acompanhar o que estava sendo proposto; precisava da ajuda de Janice para achar a página do livro e não conseguia realizar o que a atividade demandava: reproduzir letras, fazer uma conta, escrever um número etc. *"Nesta escola há um índice muito grande de crianças com distúrbios os mais diversos. Eu acho que o abandono aqui é uma das características marcantes"*. Esta afirmação é de Janice, que a exemplificou falando de Bruna: *"Ela está há três anos nesta escola e ainda não reconhece as letras, não presta atenção em sala. Eu acho que ela tem um problema cognitivo e, além disso, não enxerga bem"* (Notas de campo).

Janice atribui as dificuldades que identifica em Bruna aos problemas familiares. Disse que se trata de uma família muito pobre, na qual há violência: *"a mãe de Bruna me contou que o pai batia na barriga dela durante a gravidez"*. Por outro lado, o que deixa Janice convencida de que as dificuldades de Bruna para atender às demandas escolares estão ligadas a problemas familiares é a comparação com outras crianças: *"Bruna e Fábio entraram juntos na escola. Fábio é um dos melhores alunos, ele já está alfabetizado. A família dele tem uma estrutura mínima, o pai mora com a mãe, eles se preocupam com o filho"*.

A referida professora pensa que se Bruna tivesse acesso a profissionais de saúde - tais como oftalmologista, neurologista ou psicólogo -, e apoio psicopedagógico, seu desempenho melhoraria. Bruna poderia ser uma das crianças que chegam à Unidade de Saúde da Família, no consultório da médica Olga, porque não aprendem na escola. Segundo essa profissional:

Quando a criança vai para a escola e não consegue aprender, ou não consegue lidar com os coleguinhas ou é criança agressiva. E aí a professora é que pede: 'Leve essa criança no médico para fazer exame de cabeça'. Quando chega aqui você vai ver, você vai encaminhar

para fazer uma avaliação psicológica (Trecho de entrevista).

A médica relata que cabe a ela encaminhar a criança para uma avaliação psicológica e, depois, dependendo do resultado, a criança pode ser encaminhada para fazer tratamento com um psicólogo, psiquiatra, neurologista ou algum outro profissional. No entanto, após fazer os encaminhamentos Olga não sabe mais o que acontece com as crianças, pois estas só voltam para ela quando têm alguma queixa de saúde: “Não mental, de outro problema físico”.

O principal critério de Janice para avaliar o desempenho de Bruna é o estágio em que se encontra no processo de alfabetização. A preocupação com a alfabetização é um ponto a que convergem cuidadores de várias categorias em Prainha. Entretanto, o lugar da alfabetização e, de um modo mais amplo, dos estudos no projeto de pessoa, envolve importantes distinções entre cuidadores e, como se mostra a seguir, isso permite que Bruna seja tratada de uma forma diferente entre parentes e vizinhos.

Família, parentes e o bairro

A escola e os valores que ela representa - especialmente a possibilidade de ascensão social -, têm uma presença crescente. Existem várias escolas do Governo, dentre as quais apenas a São Lucas oferece Educação Infantil, para crianças entre quatro e seis anos. Isso não impede que muitas frequentem a pré-escola desde os três anos, pois existem numerosas “escolinhas”. Pagar uma pré-escola para os filhos pequenos e continuar fazendo-o nas primeiras séries é o desejo de muitos adultos. Isso está relacionado a diferenças importantes dentro do bairro, entre crianças que “têm condição” de estar em uma escola particular e crianças “carentes”, que só podem frequentar a escola do Governo. Em contrapartida, existe outro recurso para ajudar os filhos a terem um bom rendimento: o reforço escolar. Assim, em Prainha é comum encontrar mulheres que oferecem “banca” - o nome usado para o reforço escolar -, e crianças que a frequentam.

Carla, a mãe de Bruna, está ciente das queixas que existem sobre a filha na escola. Nesse sentido, relatou que deseja levar as filhas, Bruna e Clarissa, a um Centro de Atendimento Psicopedagógico. Ainda que

ela não procurasse o atendimento que foi sugerido pelos professores da escola, o cuidado não deixava de acontecer, envolvendo uma clara preocupação com a materialidade do corpo de Bruna e dos objetos que a rodeavam no cotidiano.

Os aspectos materiais eram centrais no cuidado de Carla com as filhas. Frequentemente a encontrava penteando-as. Em uma ocasião, comentou: “*Todo dia de manhã penteio as quatro meninas, para ninguém dizer que sou uma mãe desligada*”. “Dar o exemplo” era considerado central para que elas aprendessem a ser “direitas”. Demandar a realização de trabalho doméstico também era visto como uma prática importante para a formação das filhas, e o critério era que cada uma assumisse alguma tarefa de acordo com sua idade.

Bruna frequentava a Igreja localizada em frente à casa dela. Quando ia com a mãe à Igreja, ficava acompanhando o culto ou então era chamada a sair ao quintal, para participar de brincadeiras organizadas por alguns membros da Igreja. Além de acompanhar a mãe em cultos durante a semana, Bruna participava do “Clubinho da Criança”, que acontecia aos sábados de manhã. Observou-se em um desses cultos em que Bruna “louvou”. Ela fazia parte de um grupo de nove crianças de várias idades que se apresentou na Igreja: as meninas com o cabelo preso e penteado, saia e blusa de mangas compridas, alguns meninos usando calça comprida e cabelo curto. Todos conheciam bem a letra da música e os adultos acompanhavam. Quando a apresentação terminou, foram aplaudidos e saíram sorrindo.

A capacidade de Bruna de construir relações era identificada e valorizada. Um dia alguém chamou de dentro de uma casa perto da escola São Lucas: “*Você é a tia de Bruna, não é?*”. Era Fábio, o colega de turma de Bruna, o menino que, segundo Janice, tem uma família “estruturada” e já está alfabetizado. Ser vista como “tia de Bruna”, por Fábio e outras crianças, parece indicar várias situações. Torna a pesquisadora uma pessoa conhecida, mostra a importância do uso de termos de parentesco na construção de vínculos em Prainha e dá certo prestígio a Bruna por ter uma tia que não é do bairro, aparentemente de boa condição socioeconômica. Mas isso também mostra que Bruna é importante, pois é por meio da relação com ela que a pesquisadora deixa de ser uma estranha e se torna alguém que tem

laços com o bairro. Essa capacidade de Bruna de construir relações, e de mostrar para os colegas que ela tem esses vínculos, não é incluída no olhar da escola sobre ela.

Ser “tia de Bruna” não é um fato trivial: envolve uma relação que é fonte de retribuições afetivas importantes e, também, de reconhecimento. O seguinte episódio é ilustrativo. Um dia em frente à casa de Carla, Bruna, Mariana e uma das irmãs de Carla estavam lá e, em um determinado momento, as meninas fizeram algo que não agradou à tia, que gritou com elas. Carla a apoiou: *“pode bater mesmo”*. Ela comentou que deixava a tia bater nas meninas por ser parente, mas se fosse qualquer um não deixaria. Comentou assim: *“Se ela é parente, ela pode bater, só não pode matar”*. Pouco depois Bruna ficou me abraçando e sua tia falou assim: *“Ah, eu estou com saudade. Eu não vou ganhar abraço?”*. Bruna não se mexeu e a tia falou: *“Olha que ela vai embora, mas eu fico”*. Mesmo assim Bruna não se mexeu e a tia disse: *“Ah, esse abraço que ela está te dando, esse abraço que está me apertando muito”* (Notas de campo).

A tia parecia dizer que não valia a pena para Bruna investir na pesquisadora, que iria embora, enquanto ela (a tia) permaneceria. A tia merecia, então, as atenções de Bruna. Aqui novamente fica claro como Bruna, e o abraço que ela pode oferecer, é importante para sua tia. E, por outro lado, um abraço faz parte de uma relação na qual também pode haver castigo físico. Ambas as expressões corporais - abraço e castigo físico -, são importantes para o cuidado de Bruna e são legítimos, especialmente dentro de uma relação de parentesco consanguíneo.

Por razões de espaço, não é possível aprofundar neste artigo a reflexão sobre parentesco. Entretanto, é importante destacar que, no contexto pesquisado, adultos e crianças têm possibilidades de construir diversos vínculos familiares com base nas linguagens de “sangue” e “consideração”. Esses vínculos oferecem afeto e autoridade, nem sempre estão centrados na figura materna ou paterna e, frequentemente, se estendem a uma rede ampla de parentes (Bustamante & McCallum, 2011).

“Educar” uma criança, dominando sua “natureza”, é uma preocupação mais arraigada que a de “dar estudo”, e orienta as práticas cotidianas dos parentes. Assim, o castigo físico também faz parte do cotidiano de Bruna. Carla diz que não gosta de bater nas filhas,

que o faz quando é necessário - por exemplo, quando Bruna é excessivamente demandante durante as visitas (não obedecendo à norma de “não interferir em conversas de adultos”), quando não cumpre com uma responsabilidade dentro da casa, quando briga com as irmãs ou quando, simplesmente, “bagunça” a casa. Pela experiência corporal, Carla e outros parentes moldam o comportamento de Bruna e das irmãs, e isso é considerado necessário para a educação.

Discussão e Considerações Finais

O cotidiano de Bruna ilustra dificuldades na relação entre família, escola e serviços de saúde, que podem ser associadas com o fracasso escolar. No entanto, considera-se que o desempenho escolar precisa ser pensado dentro do contexto mais amplo de relações, não só para entender melhor as dificuldades da família - que não consegue acompanhar os aspectos pedagógicos -, mas também oferecer outras possibilidades de cuidado e construção da pessoa para Bruna.

Na escola, o cuidado está relacionado à aplicação de conhecimentos e rotinas planejadas e, diante do insucesso, tende-se a responsabilizar as crianças e suas famílias. São descritas várias situações que favorecem os profissionais a pensarem em aspectos dos seus alunos ou pacientes como se fossem a totalidade da pessoa. Os profissionais atribuem falta de interesse, “desestrutura” ou “distúrbios” às crianças e famílias que não se ajustam às demandas institucionais, sem incluir a si mesmos como parte do contexto que contribui para que a situação da criança seja como é.

As famílias - e os vínculos possibilitados pelo uso de linguagens de parentesco -, oferecem a Bruna amplas possibilidades de relações com adultos, não só mãe e pai, mas tios, vizinhos e frequentadores da Igreja. Assim, entre parentes o cuidado se organiza a partir de preocupações e valores que são centrais no cotidiano, em especial possibilitar que as crianças vivam e construam ativamente o cotidiano familiar. Nesse sentido, foram descritas práticas de cuidado nas quais está presente o objetivo implícito de que a criança seja capaz de lidar com as situações que se apresentam e que, no futuro, se torne um adulto capaz de viver de acordo com seu *status*. As diferentes práticas de cuidado fazem parte da construção social da pessoa, um processo que não tem um final previsto.

Tais observações sobre a pessoa em Prainha são parecidas com os achados de outros estudos etnográficos conduzidos em outras áreas do Brasil. Na sua pesquisa sobre os múltiplos aspectos envolvidos na mortalidade infantil em uma área da Zona da Mata, em Pernambuco, Scheper-Hughes (1992) argumenta que as mães dizem que é a criança quem decide viver ou morrer e que, em alguns casos, isso é uma justificativa para deixá-la morrer ("*giving up*"). Neste argumento está implícito que a criança é vista como um indivíduo singular, que pode ter uma natureza forte, em cujo caso viveria. Por outro lado, como parte de um estudo em um bairro popular do Rio de Janeiro, Goldstein (2003) argumenta que o costume de sua principal informante de resgatar crianças - tratava-se de uma mulher que chegou a ter onze crianças em casa -, constitui uma forma extrema e paradoxal de "*holding on*", segurar uma criança. A aplicação de rigorosas normas e, às vezes, intensos castigos físicos, fazia parte desse processo, que era visto pela informante como necessário para "educar" os filhos.

Assim, há algo em comum entre o que as autoras citadas descrevem e que se relaciona com o argumento deste estudo: nos dois casos existe grande ênfase na resposta da criança. Para morrer ou viver, na pesquisa de Scheper-Hughes (1992), e para ficar vivendo em casa de um adulto cuidador - ou, ainda, para tornar-se um bandido ou um trabalhador -, na pesquisa de Goldstein (2003). Assim como entre os parentes em Prainha, nas referidas pesquisas os cuidadores oferecem as condições para que a criança expresse sua natureza e consiga viver, adequar-se às regras da nova casa ou optar por uma vida de trabalhador.

Os achados deste estudo são convergentes com aqueles encontrados por Bastos (2000), em cuja pesquisa as justificativas centradas em metas pedagógicas foram a categoria mais frequente apontada pelos pais para explicar a forma com que lidam cotidianamente com os filhos. Desta forma, "o trabalho realizado no âmbito da casa torna-se a principal estratégia pedagógica utilizada pelos pais na educação de seus filhos, sendo esta estratégia vista pelos pais como particularmente apropriada às classes mais pobres" (Bastos, 2000, p.263).

Argumenta-se que as diferenças no cuidado oferecido às crianças estão ligadas a diferentes projetos

de pessoa. A escola e os serviços de saúde focam na necessidade de que a criança aprenda. Na família também é importante a aprendizagem de conteúdos acadêmicos, mas o central é que a criança possa, ao mesmo tempo, aceitar e contestar o seu lugar na sociedade. Práticas como o castigo físico, a realização de tarefas domésticas ou a participação em cultos religiosos apontam para o fortalecimento dessa construção, que se dá tanto pensando na criança como futuro adulto quanto na criança como membro ativo da vida social.

No presente estudo foi apontada a permanente agentização do contexto, identificando a inter-relação dos diferentes sistemas nos processos de desenvolvimento e chamando a atenção sobre como esses sistemas contribuem para a construção social da pessoa. Mostrou-se que falhas na escola e nos serviços de saúde, em parte, são atenuadas pelos espaços nos quais funciona a lógica do parentesco. Ao destacar os recursos das crianças e seus parentes para construir um cuidado que envolve projetos totais de pessoa, fora da escola ou da relação com serviços de saúde, não pretende ignorar a importância desses serviços, mas destacar a maneira como as pessoas vivem o dia a dia, construindo significados que possam dar sentido a suas duras condições de vida.

A partir da discussão realizada é possível apontar algumas implicações para pensar as práticas. Oliveira, Bisinoto e Marinho-Araújo (2010) apontam a necessidade de transformar a relação entre família e escola por meio da valorização dos aspectos positivos relacionados ao processo educativo. Nesse sentido, considera-se que conhecer e valorizar o que outros espaços oferecem para crianças que frequentam a escola pode contribuir para melhorar a relação entre escola, família e serviços de saúde. A família também oferece um espaço de socialização e construção social da pessoa, onde a criança recebe estímulos e é valorizada no contato com adultos e outras crianças. Olhar para o parentesco de forma ampla possibilitou essa constatação. Assim, avançamos em relação à perspectiva de Bastos (2000) sobre os modos de partilhar ao apontar a importância de ambientes e pessoas que estão além do contexto familiar restrito e que não se limitam a atividades com objetivos pedagógicos.

Entender como se dá o cuidado, sem avaliá-lo como bom ou ruim, constitui um caminho teórico e

prático importante. É preciso entender como vivem as pessoas e como são geradas as possibilidades dentro de seus contextos, para poder pensar em serviços que contemplem suas necessidades. Nesse sentido, um tema sobre o qual é necessário refletir mais é o castigo físico que, em muitos casos, é visto como uma atitude necessária para educar a criança e como uma prerrogativa e dever dos parentes mais próximos. Isso se contrapõe à opinião pública que condena o castigo físico, assim como há uma lei que o proíbe. Contudo, este é um tema a ser ampliado em futuras pesquisas.

Como é característico dos estudos qualitativos, aqui não é possível generalizar os achados desta pesquisa. É preciso desenvolver novos estudos. Ainda, espera-se contribuir para o fortalecimento de uma produção científica que, ao compreender as diversas racionalidades que operam no cuidado infantil, contribua para a construção de práticas institucionais mais empáticas com a perspectiva dos usuários.

Referências

- Ayres, J. R. C. M. (2001). Sujeito: intersubjetividade e práticas de saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, 6(1), 63-72.
- Ayres, J. R. C. M. (2004a). Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. *Interface*, 8(14), 73-92.
- Ayres, J. R. C. M. (2004b). O cuidado: os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. *Saúde e Sociedade*, 13(13), 16-29.
- Bastos, A. C. S. (2000). *Modos de partilhar: a criança e o cotidiano da família*. Taubaté: Cabral Editora Universitária.
- Becker, H. (1994). *Métodos de pesquisa em ciências sociais*. São Paulo: Hucitec.
- Bustamante, V., & McCallum, C. A. (2010). O cuidado de grávidas e bebês no contexto do Programa de Saúde da Família: um estudo etnográfico. *Interface*, 14(34), 243-254.
- Bustamante, V., & McCallum, C. A. (2011). Cuidado infantil na relação entre adultos e crianças na periferia de Salvador. *Psicologia e Sociedade*, 23(3), 506-515.
- Bustamante, V., & Trad, L. A. B. (2007). Cuidando da saúde de crianças pequenas no contexto familiar: um estudo etnográfico com famílias de camadas populares. *Ciência e Saúde Coletiva*, 12(5), 1175-1184.
- Bourdieu, P. (1996). *Razões práticas: sobre a teoria da ação*. Campinas: Papirus.
- Carvalho, A. M., & Lordelo, E. R. (2002). Infância brasileira e contextos de desenvolvimento: concluindo. In E. R. Lordelo, A. M. A. Carvalho & S. H. Koler (Orgs.), *Infância brasileira e contextos de desenvolvimento* (pp.231-258). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Carvalho, M. P. (1999). *No coração da sala de aula: gênero e trabalho nas séries iniciais*. São Paulo: Xamã.
- Chechia, V. A., & Andrade, A. S. (2005). O desempenho escolar dos filhos na percepção de pais de alunos com sucesso e insucesso escolar. *Estudos de Psicologia* (Natal), 10(3), 431-440.
- Goldstein, D. (2003). *Laughter out of place: Race, class, violence and sexuality in a Rio Shantytown*. Los Angeles: University of California Press.
- Jackson, M. (Ed.). (1996). *Things as they are: New directions in phenomenological anthropology*. Bloomington: Indiana University Press.
- Lordelo, E. R. (2002). Contexto e desenvolvimento humano: quadro conceitual. In E. R. Lordelo, A. M. A. Carvalho & S. H. Koler (Orgs.), *Infância brasileira e contextos de desenvolvimento* (pp.231-258). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Loyola, M. A. (1984). *Médicos e curandeiros: conflito social e saúde*. São Paulo: Difel.
- Minayo, M. C. S. (2007). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde* (10ª ed.). São Paulo: Hucitec.
- Oliveira, C. Bisinoto E., & Marinho-Araújo, C. (2010). A relação família-escola: intersecções e desafios. *Estudos de Psicologia* (Campinas), 27(1), 99-108. doi: 10.1590/S0103-166X2010000100012.
- Oliveira, M. L. S., & Bastos, A. C. S. (2000). Práticas de atenção à saúde no contexto familiar: um estudo comparativo de casos. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 13(1), 97-107.
- Pina Cabral, J. (2007). A pessoa e o dilema brasileiro: uma perspectiva anticesurista. *Novos Estudos Cebrap*, 78, 95-111.
- Rabelo, M. C. (1999). A experiência de indivíduos com problema mental: entendendo projetos e sua realização. In M. C. Rabelo, P. C. Alves & I. Souza (Orgs.), *Experiência de doença e narrativa* (pp.205-227). Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Silva, M. V. O. (2003). Psicologia, subjetividade e relações raciais no Brasil. In A. M. B. Bock (Org.), *Psicologia e o compromisso social* (pp.93-108). São Paulo: Cortez.
- Schraiber, L. B. (2005). Equidade de gênero e saúde: o cotidiano das práticas no programa de saúde da família. In W. Vilela & S. Monteiro (Orgs.), *Gênero e saúde: programa de saúde da família em questão* (pp.39-61). Rio de Janeiro: Abrasco.
- Scheper-Hugues, N. (1992). *Death without weeping: The violence of everyday life in Brazil*. Berkeley: UCP.
- Toren, C. (1997). Ethnography: Theoretical background. In J. T. E. Richardson (Ed.), *Handbook of qualitative research methods for psychology and the social sciences*. London: BPS.

Recebido em: 23/2/2011
Versão final em: 4/5/2012
Aprovado em: 24/5/2012

Study of the stress of parents of patients with cleft lip and palate in a surgical process

Estudo do estresse de pais de pacientes com fissura labiopalatina em processo cirúrgico

Maria de Lourdes Merighi **TABAQUIM**¹
Matilde Aparecida Motta **MARQUESINI**²

Abstract

Family with children affected by genetic factors or teratogenics involving functional, aesthetic and psychological sequels such as cleft lip and palate are vulnerable to several stress levels and need corrective and rehabilitation interventions. This study aimed to investigate the stress levels of fathers and mothers before and after surgical intervention in children with cleft lip and palate. The participants were 14 parents of children diagnosed with Cleft Incisive Transforamen Unilateral and Bilateral Incisive Transforamen of both genders, 21-53 participants of the surgical intervention program at the *Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais, Universidade de São Paulo* in the city of *Bauru*, State of *São Paulo*. The results have allowed us to conclude that the people responsible for patients, patients and parents of the patients with cleft palatal lip, in surgical situation, present higher levels of stress in the period of pre-surgery, with modified quality in the autonomic aspects of the organism, besides bodily significantly unsatisfactory reactions.

Uniterms: Cleft palate; Surgery, plastic; Stress, psychological; Stress, physiological.

Resumo

Famílias com filhos afetados por fatores genéticos ou teratogênicos envolvendo sequelas estruturais, funcionais, estéticas e psicológicas, como nas fissuras labiopalatinas, são vulneráveis a diferentes graus estressores. Este estudo teve por objetivo investigar o nível de estresse de pais e mães antes e após a intervenção cirúrgica de filhos com fissura labiopalatina. Participaram 14 pais de crianças com Fissura Transforame Incisivo Uni e Bilateral, de ambos os sexos, na faixa etária de 21 a 53 anos, integrantes do programa de intervenção cirúrgica do Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais da Universidade de São Paulo. Foram utilizados os instrumentos: 1) de Identificação; 2) Questionário de Ansiedade; 3) Questionário da Imagem Corporal; e 4) Reconhecimento dos sinais de estresse. Os resultados permitiram concluir que os sujeitos, pais e responsáveis dos pacientes com fissura labiopalatina, em situação cirúrgica, mostraram níveis mais elevados de estresse no período de pré-cirurgia, com qualidade alterada dos aspectos autonômicos do organismo, além de reações corporais significativamente insatisfatórias.

Unitermos: Fissura palatina; Cirurgia plástica; Estresse psicológico; Estresse fisiológico.

There are several ways to express feelings. One is based on emotions, the most universal ones being

happiness, sadness, anger, fear and disgust (Le Doux, 2001; Koenigs et al., 2007). When fear takes place for a

▼ ▼ ▼ ▼ ▼

¹ Universidade de São Paulo, Faculdade de Odontologia de Bauru, Departamento de Fonoaudiologia. Alameda Octávio Pinheiro Brizola, 9-75, 17012-901, Bauru, SP, Brasil. *Correspondência para/Correspondence to:* M.L.M. TABAQUIM. *E-mail:* <ptabaqui@uol.com.br>.

² Universidade de São Paulo, Hospital de Reabilitação de Anomalias Craniofaciais. Bauru, SP, Brasil.

long time, the feeling turns into a state of tension or stress, and is manifested in an emotion called anxiety. Fear can become chronic, so the individual develops an sensation of future danger or threat, and this kind of fear can result in anxiety and stress (Gazzaniga, Ivry & Mangun, 2006).

In anxiety and stress physiological adaptations go beyond the scope of the autonomic nervous system and affect the endocrine and immune systems. Stress means aggression to the organism in its entirety, and it can be life threatening, for situations of any kind, such as cold, traumatic shock, surgical intervention etc.

Stress is a normal mechanism and, if well understood and controlled, is beneficial to man, as it causes humans to react in situations of risk. However, the lack of control and chronicity, cause the constant pressure in to result losses, both intellectually and physically. The stimulus that could be beneficial is replaced by fatigue and may lead to the susceptibility to both physical and mental illnesses.

A circumstance that triggers or exponentially increases stress for a family occurs as a result of genetic or teratogenic factors, causing in children structural, functional aesthetic and psychological problems. Moraes, Buffa and Motti (2009) claim that the influence of parents first impact facing the child's lip and/or palate fissure is usually quite strong, profound and frequently long-lasting. On the other hand, the duration and intensity of emotional reactions relate to the attitude of parents toward problem. The more visible those defects are, the more immediate and intense these emotional reactions and concerns will be. This impact can be minimized if soon after birth, parents receive proper guidance and explanation, which decreases cognitive evaluations of damage or threat and intense stress reactions.

According Lofiego (1992), cleft lip and palate is a congenital malformation that occurs in different embryological periods and results in a series of sequels that can accompany the individual throughout life. They are characterized by the lack of continuity between the structures of the lip and they can be segmental or even cover the entire mid-face. In addition to the cleft upper lip, there are those, more rare, affecting from the lower lip to the mandibular arch. These deformities bring major psychological disorders and when skillfully approached with creativity and opportunity, become a small scar or a half past memory (Silva Filho, Valladares Neto, Capelozza Filho & Freitas, 2003; Spina, Psillakis & Lapa, 1972).

The morphological change is clinically variable and it may involve the lip, palate or both. They can be classified as described in Table 1.

The medical-surgical procedure causes psychological and emotional stress in most people, even those with a certain standard of balance and stability. When, in the the family situation, parents have already experienced the conditions of surgical risk of a child, the stress levels become elevated and leaves parents, in general, in a state of alarm (Trojjo, 2001).

Constant hospitalizations may cause stress, fear, anxiety, morbid fantasies, and give space to feelings of helplessness and weakness for the patient and his family. Some studies (Benevides-Pereira, 2002; Carraro, 2001; Coluchi, 2002; Pereira, 1999; Ribeiro, Tavano & Neme, 2002; Ruiz, 2007; Salina, 1999; Silva, 2003; Trojjo, 2001) have examined the emotional reactions of parents accompanying patients with cleft palate and other craniofacial malformations, waiting for the completion of corrective surgeries of different complexities. The studies identified the presence of negative feelings as a result of the states of anxiety and

Table 1
Classification and description of the types of cleft palate (Spina et al., 1972)

Type	Descriptions
Pre-foramen fissure	Cleft lips, bilateral and median.
Post-foramen fissure	Cleft palates, generally median, may lie only in the uvula, soft palate or involve the hard palate.
Cleft lip and palate	Unilateral, bilateral, up to the lip, the alveolar arch and palate, involving anatomical structures derived from primary and secondary palates.
Rare facial clefts	Oblique cleft lip, nose and whole face.

fear, but with positive expectations regarding the surgical outcome. The social support network was identified as a necessary resource for coping with the stressful situation, essential in the understanding of related information, in addition to the efforts directed to solution of psychological problems and/or control of emotions and feelings, and even religious beliefs, where faith allows confidence in the deity and medical efficiency. Studies revealed the main features of families' functionality related to satisfactory level of communication between parents and their children, the constant performance of parental roles during this process and the satisfactory personal conditions to deal with stress, favoring the welfare of the child.

Considering the important role of parents in this process, this study aimed to investigate the level of stress of fathers and mothers before and after surgery in children with cleft palate.

Method

This is a descriptive cross-sectional cohort quantitative research. The participants were 14 parents of children diagnosed with Cleft Incisive Transforamen Unilateral and Bilateral Incisive Transforamen of both genders, aged 21-53 years participating in the program in surgery at the Hospital for Rehabilitation of Craniofacial Anomalies in *Bauru* (SP).

Three instruments were used to assess, anxiety states, body image and stress levels.

- Anxiety Questionnaire (Lipp, 1998). It consists of 14 statements with scalar alternatives (Likert) 1-5 (never to very often), on behavioral and physiological responses, felt at the time. The classification criterion was related to low, medium and high levels.

- Body Image Questionnaire (Motta, 2003). It investigates 6 aspects of body representation: physical condition, body skills, health, appearance, body appreciation and desire for body modification. It includes 4 questions of scalar alternatives (Likert) 0-5 (never to always), 1 involving choices and 1 to be completed. The classification criterion was related to levels low, medium and high.

- Questionnaire for recognition of the signs of stress (Lipp, 1998). It is comprised of 32 behavioral and physiological symptoms, identified as signs of stress.

After the ethical procedures for research with human beings, individual interviews with each one of the responsible for the patient from the hospital institution were scheduled and conducted after being sent by the sector of Nursing and Recreation.

The results of the statistical indicators were presented by means of graphs involving the frequency distribution and descriptive measures (Figures 1-3).

Results

Characterization of the population

The age range of the 14 participants in the study varied from 21 years to 53 years. Regarding gender, 85.7% were female and 14.3% male. From this feminine universe, we found that 75.0% were mothers, and the other family relationships were aunt, sister and wife.

We observed that the education levels were between the 4th grade of elementary school and university education, that is, 35.7% with a college degree, 35.7% with a high school degree, and 14.3% with elementary school level (completed 4th grade), 7.1% of elementary school level up to 6th grade and 7.1% up to 8th grade.

As for professional activities, 28.6% were individuals without a profession considered housewives; teachers, seamstresses and households

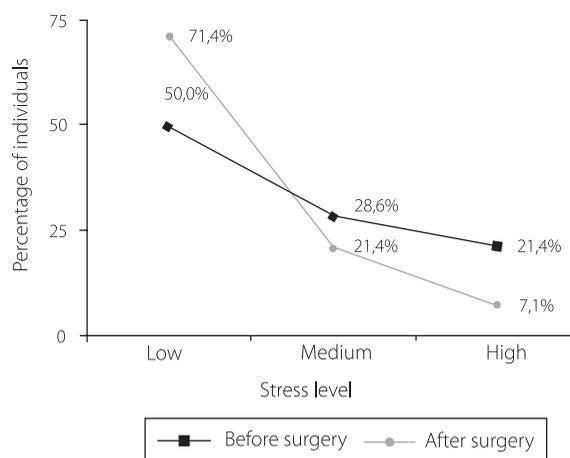


Figure 1. Stress level observed in the group in the conditions of pre-surgery and post-surgery after application of the Anxiety Questionnaire.

added to the percentage of 14.3% each one, and other professions, such as pharmacists, geographers, federal civil servants and dental prosthesis technicians represented 7.1% of the sample each one.

The predominant religion of the participants was Roman Catholic with 57.1%, 21.4% were spiritualists, 14.3% were christians and 7.1% said they did not have any religion.

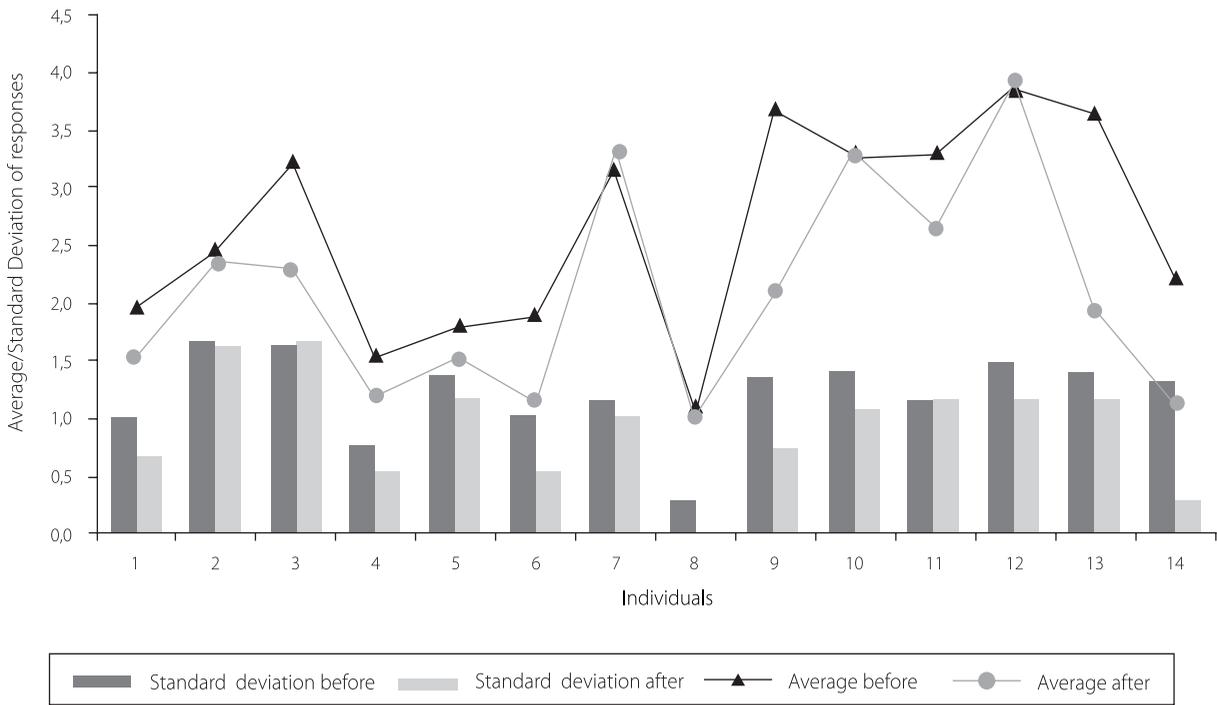


Figure 2. Average and Standard Deviation of the level of stress in the subject pre-and post-surgery.

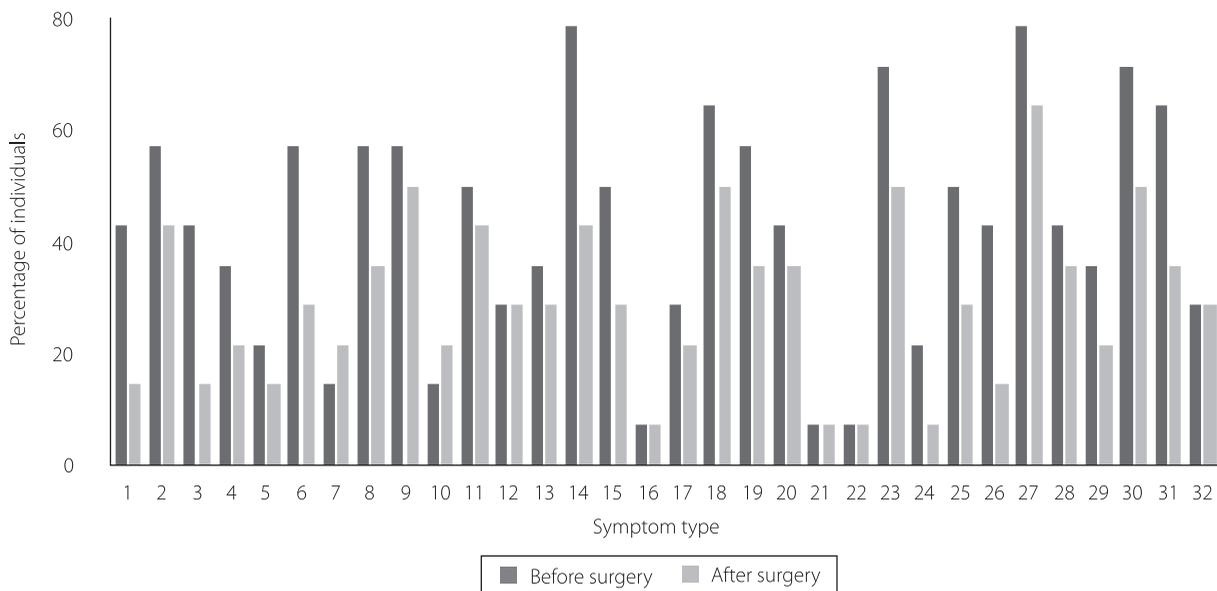


Figure 3. Neurophysiological symptoms related to stress in pre-and post-surgery.

As for the question about whether they were doing some healthcare treatment, 78.6% reported undergoing no regular treatment, and 21.4% pointed to medical treatment of hypertension or adoption of preventive measures.

The marital status of the participants predominated with 57.1% married, 14.3% divorced, 14.3% living together, 7.1% single, and 7.1% widowed.

When we asked about the degree of kinship with the person with cleft lip and palate subjected to the surgeries, 7.1% said they were the patient's wife, 64.3% were the mother, 14.3% were the patient's father, 7.1% were the patient's aunt and 7.1% were the patient's sister.

The age of the patients who underwent surgery was related to the age group between 6 months old to 44 years old. We found that 50.0% were from zero to six years old, 21.4% were aged from 19 to 39 years, 14.3% between 12 and 18 years, and 7.1% between 7 and 11 years.

Characterization of the stressors

When investigating anxiety levels of the participants in the pre-surgical situation of their relative (son, wife, mother, father, aunt and sister), we found that 21.4% had high levels of stress, 28.6% medium and 50.0% low.

In post-operative conditions, 7.1% had high levels of stress, 21.4% medium and 71.4% had low levels of stress.

Comparatively we found that in the low level of stress, the percentage of subjects increased from 50.0% in the pre-surgery to 71.4% in the post-surgery while the high level of stress decreased from 21.4% in the pre-surgery to 7.1% in the post-surgery. Moreover, the percentage of subjects who were in-between fell from 28.6% in the pre-surgery to 21.4% in the post-surgery. Thus, the situation after surgery decreased the stress level.

Figure 1 shows the stress variation in every stress level of the researched subjects in pre-surgery and post-surgery situations.

Figure 2 shows that the calculated average of the stress level of each subject was lower in post-surgery in 92.9% of cases.

We also found that the standard deviation of the responses of each subject after surgery was lower than in the pre-surgery in all cases. These results indicated a reduction of stress in the subjects after surgery confirming the data observed in Figure 1.

In post-surgery situation, the symptoms associated with the recognition of stress decreased in most of the subjects. We observed that there were no higher results in post-test situations with 04 results in equality and 28 with differences. The result with the greatest discrepancy was seen in the symptom number 14, *strained muscles*, with difference of 05 points in improvement in the post-surgery (Figure 3).

Discussion

The obtained results showed reduced levels of stress after the labial palatine reconstruction surgery. According to Le Doux (2001), Koenigs et al. (2007), Lipp (1998) and Manly (2008), fear feeds anxiety, and the emotions, when unbalanced, can lead to increased levels of stress. On the other hand, the maintenance of stress can generate tables of psychological suffering. In the present study, after surgery, the subjects had the stressor condition reversed to the one in pre-testing, that is, reduced levels of stress. The primary emotions are reactions that can achieve some useful goals, necessary for survival. In pre-surgery contingencies the emotional reactions are tangential to the struggle for survival, where the basic levels of bodily conduits are highly activated and the sensation generated by emotion tends to remain for a period of time.

The anticipation of the caretakers regarding the unexpected was one of the emotional factors identified. The subjects of the study, caregivers or guardians of patients who had undergone multiple surgeries, were more stressed in the pre-surgery because of the procedures and care taken, they also went through several tests and, if the results were not within the standards of normality - such as the patient coming down with a cold or flu or any other type of disease -

the surgery would be suspended for the patient's safety. The patient should return to the city of origin to undergo to a specific treatment and only after that return to the hospital, where he would be resubmitted to all the preparatory exams; if the results were satisfactory, the procedures for surgery would be carried out. By the time of confirmation of the surgery, the entire family is exposed to concerns and all the other anxiety conditions. The results of this study showed that the condition of the parents in this situation is highly stressful due to multifactorial aspects, such as the prior contingencies of the surgery, the patient's general health being in optimized conditions, and the effectiveness of the surgical procedure altogether.

Lofiego (1992) claims that the traumatic events are a result of external stimuli. The subjects in the pre-surgery situations were in expectation of test results proving normality for the surgical procedure. Once the surgery was confirmed, the environmental pressure decreased, and allowed parents/caregivers show themselves less anxious. However, the study showed that even after the scheduling of the surgery, the subjects presented varied stress levels.

Among the family members, there were ambivalent feelings from feeling satisfied, safe and quiet, up to feelings considered negative, such as agitation, anxiety, longing, wanting to cry or to give up the surgery, body aches, trembling, among others.

According to Moraes et al. (2009), the family members appreciate a hospital environment that favors the development of support during the phase preceding surgical procedures, such as expressive and recreational activities and their interaction with the child. This cozy environment can facilitate the adjustment of the child and family to the hospital context and the activities favor both of them, promoting the relief of anguish and anxiety.

Therefore, the surgical waiting can be a stressful event for parents, but when they have individual resources and adequate coping strategies from past experiences, complemented by a safe network of support, such elements are effective to deal with the stress of the situation.

The way parents/caregivers manage the stress problems directly influences on the use of the resources

provided in the hospital system. When they accept and participate in support and guidance groups, they create favorable contingencies in decreasing anxiety that reflect positively on the child (Coluchi, 2002; Troijo, 2001).

The organism under stress builds symptoms, even when the eliciting situation changes, the immediate disappearance is not immediate, because the body needs time to reorganize itself. Affective and social relationships are inseparable and indispensable aspects for the organization of the body representations (Tavares, 2003). In the present study, the data showed loss in the perception of the body image. After surgical condition, the subjects showed greater perception about their own bodies and needs of improvement in self-care and health. In the study of self-image of the subject after surgery, we verified improvement. For Tavares (2003), the plasticity of the biologically complex structure sustains the individuality and the state of constant transformation of the human being. In that sense, the human being is led to view the body image as a complex phenomenon, which should be viewed from multiple perspectives, a constantly changing process that integrates multiple dimensions, vulnerable to internal and external dynamic processes that are linked all the time, recognizing, however, its unique and indivisible character. The dissociation is another manifestation present in stressful conditions. The subjects from the study had difficulties perceiving the bodies of support (feet, knees, thighs, hips) during the pre-surgery period. This condition was more present in the post-surgical situation.

Sympathetic activity can both promote vasodilation as vasoconstriction in arterioles that vascularize the skeletal muscle. The sympathetic nervous system optimizes blood flow to the organs, regulates body temperature and the intensity of metabolism, regulating also visceral activity. The activity of the parasympathetic nervous system reduces cardiac activity, facilitates digestion, increases the secretion of the lungs, the eyes and mouth, controls the convexity of the lens of the eye, constricts the pupils, controls bowel and bladder emptying and controls the erection of the sexual organs. Autonomic and neurophysiological manifestations necessary to the adjustment to

situations of danger, identified by the autonomic nervous system have been reported by the participants of the study (Gazzaniga et al., 2006).

For the sample studied we observed that mothers are predominantly those who accompany their children in situations of surgery for reconstruction of cleft lip and palate. This data reflects the presence of the maternal bond and the practical and emotional availability, especially when in an instinctive situation of threat or danger. Moraes et al. (2009) argue that the capacity to establish the bond between mother and baby and moderate their pulsions is very important to strengthen the ego of the child.

The rehabilitation of people with cleft lip and palate lesions is a long process experienced by the patient and their family. The satisfactory adaptation results mainly from attitudes in relation to the fissure and the event of hospitalization for medical-surgical corrective procedures. Thus, the understanding of the family stress expands and resizes the responsibility of the professional teams in directing their efforts for an entire approach to the child with cleft lip and palate.

Therefore, the investigation of stressful conditions in caregivers, parents or guardians of children with cleft lip and palate, allowed us to substantiate the conclusions below:

I Subjects, parents or guardians of patients with cleft lip and palate in the surgical situation, showed higher levels of stress in the pre-surgery period;

II The comparison between the averages allowed us to identify that the responses of the subjects in the pre-surgery condition were higher than the average in the post-surgery condition with 95% of reliability level, that is, the stress level in the pre-surgery was greater than in the post-surgery;

III We found that in the pre-surgery condition, the stress levels were high, with changed quality on autonomic aspects of the body and unsatisfactory bodily responses.

References

Benevides-Pereira, A. M. T. (2002). Burnout: o processo de adoecer pelo trabalho. In A. M. T. Benevides-Pereira (Org.),

Burnout: quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador (pp.21-91). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Carraro, M. M. (2001). Ansiedade traço-estado de pacientes pré-cirúrgicos: comparação entre pacientes com experiência prévia em uma ou mais cirurgias orofaciais (Monografia não-publicada). Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica, Universidade de São Paulo.

Coluchi, M. M. R. (2002). *Reações emocionais de pais e/ou acompanhantes no grupo de espera cirúrgica do HRAC* (Monografia não-publicada). Estágio em Psicologia Clínica e Hospitalar, Universidade de São Paulo.

Le Doux, J. (2001). *O cérebro emocional: os misteriosos alicerces da vida emocional*. Rio de Janeiro: Objetiva.

Gazzaniga, M. S., Ivry, R. B., & Mangun, G. R. (2006). *Neurociência cognitiva: a biologia da mente*. Porto Alegre: Artmed.

Koenigs, M., Young, L., Adolphs, R., Tranel, D., Cushman, F., Hauser, M., et al. (2007). Damage to the prefrontal cortex increases utilitarian moral judgements. *Nature*, 446(7138), 908-911.

Lipp, M. N. (1998). *Como enfrentar o stress* (5ª ed.). São Paulo: Ícone.

Lofiego, J. L. (1992). *Fissura lábio palatina: avaliação, diagnóstico e tratamento fonoaudiológico*. Rio de Janeiro: Revinter.

Manly, J. J. (2008). Critical issues in cultural neuropsychology: Profit from diversity. *Neuropsychology Review*, 18(3), 179-183.

Moraes, M. C. A. F., Buffa M. J. M. B., & Motti, T. F. G. (2009). As atividades expressivas e recreativas em crianças com fissura labiopalatina hospitalizadas: visão dos familiares. *Revista Brasileira de Educação Especial*, 15(3), 453-470.

Motta, R. C. (2003). *A avaliação da imagem corporal durante o processo do Roling* (Dissertação de mestrado não-publicada). Programa de Pós-Graduação em Educação Física, Universidade Estadual de Campinas.

Pereira, F. R. N. (1999). *Recursos utilizáveis pela família com criança portadora de deficiência auditiva* (Monografia não-publicada). Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica, Universidade de São Paulo.

Ribeiro, R. M., Tavano, L. D., & Neme, C. M. B. (2002). Intervenções psicológicas nos períodos pré e pós operatório com pacientes submetidos a cirurgia de enxerto ósseo. *Estudos de Psicologia* (Campinas), 19(3), 67-76. doi: 10.1590/S0103-166X2002000300007.

Ruiz, E. A. C. (2007). *Modelo de atendimento psicológico às famílias de crianças com fissura labiopalatina, na situação de cirurgia reparadora* (Monografia não-publicada). Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Hospitalar, Universidade de São Paulo.

Salina, C. S. A. (1999). *Modos de enfrentamento de mães de crianças portadoras de fissuras lábio-palatais submetidas a cirurgias reparadoras* (Monografia não-publicada). Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade de São Paulo.

Silva, R. F. M. A. (2003). *Percepções de pacientes e acompanhantes no pré-anestésico de um hospital especializado:*

- um estudo prático explorando a rotina diária* (Monografia não-publicada). Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Hospitalar, Universidade de São Paulo.
- Silva Filho, O. G., Valladares Neto, J., Capelozza Filho, L., & Freitas, J. A. (2003). Influence of lip repair on craniofacial morphology of patients with complete bilateral cleft lip and palate. *Cleft Palate-Craniofacial Journal*, 40(2), 144-133.
- Spina, V. Psillakis, J. M., & Lapa, F. S. (1972). Classificação das fissuras lábio-palatinas: sugestão de modificação. *Revista do Hospital das Clínicas*, 27, 5-6.
- Tavares, M. C. G. C. F. (2003). *Imagem corporal: conceito e desenvolvimento*. Barueri: Manole.
- Trojão, M. A. F. (2001). *Enfrentamento de pais e mães de pacientes portadores de fissura lábio palatal, durante a espera da cirurgia de Enxerto Ósseo Alveolar Secundário (EOAS)* (Monografia não-publicada). Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica, Universidade de São Paulo.

Received on: 24/5/2011
Final version on: 10/10/2011
Approved on: 17/11/2011

Body, stress and nursing: Ethnography of an Intensive Care and Surgical Center

Corpo, estresse e enfermagem: etnografia em Centro de Tratamento Intensivo e Centro Cirúrgico

Maria das Graças Teles **MARTINS**¹

Odilon **CASTRO**¹

Pedro Paulo Gomes **PEREIRA**¹

Abstract

This text seeks to reflect on the concepts of stress among nurses that work in the Surgical and Intensive Care Centers of a teaching hospital in the State of *Paraíba*. Qualitative ethnographic research allowed us to perceive that when talking about stress, these professionals mentioned their bodies and bodily manifestations. The research undertaken allowed us to understand the intimate relationships between the body, stress and nursing.

Uniterms: Body; Intensive Care Units; Nurses; Stress; Surgical center.

Resumo

Este texto busca refletir sobre as concepções de stress dos(as) enfermeiros(as) que atuam no Centro Cirúrgico e no Centro de Terapia Intensiva de um hospital-escola localizado no estado da Paraíba. Uma pesquisa qualitativa, de cunho etnográfico, permitiu perceber que, ao falar sobre estresse, esses(as) profissionais evocavam seus corpos e manifestações corporais. A pesquisa empreendida possibilitou compreender as íntimas relações entre corpo, estresse e enfermagem.

Unitermos: *Corpo; Centros de Terapia Intensiva; Enfermeiros; Estresse; Centro cirúrgico.*

This text seeks to reflect on the concepts of stress among female and male nurses who work in the Surgical and Intensive Care Centers of a teaching hospital in the State of *Paraíba*. Qualitative ethnographic research allowed us to perceive that when talking about stress, these professionals mentioned their bodies and bodily manifestations. The research undertaken allowed

us to understand the intimate relationships between body, stress and nursing.

The text is organized as follows: first we discuss stress and the body, presenting the main approaches to the theme; we then describe the research field, outlining the hospital and routine in the Surgical Center (SC) and in the Intensive Care Center (ICC), briefly



¹ Universidade Federal de São Paulo, Departamento de Medicina Preventiva, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. R. Borges Lagoa, 1341, 2º andar, 04038-034, Vila Clementino, São Paulo, SP, Brasil. *Correspondência para/*Correspondence to: P.P.G. PEREIRA. *E-mail:* <pedropaulopereira@hotmail.com>.

present our interlocutors, and initiate a discussion concerning ethnography, in an attempt to highlight the methodological procedures. During the discussion and results, we analyze our interlocutors' narratives regarding stress and reflections on the body, stress and nursing. We end with an approach concerning the caregiver's body.

Stress

Some studies have emphasized that stress is a reaction mechanism to diverse demands that can be physical, psychological, and sociocultural in nature, in which physical, mental and chemical components are involved. According to the authors, the origin of the stressors can be internal or external: internal stressors refer to personal characteristics - values, beliefs and ways of interpreting and dealing with situations; while external stressors are linked to situations that occur in our daily lives Lipp, Malagris and Novais (2007).

Several authors have addressed this theme, including works on the occupational context of stress (Handy, 1991) and the social construction of mental disorders (Helman, 1985), as well as studies that are tangent to the discussion, such as depression (Good & Kleinman, 1985). Hocking (1982) elaborated an overview of anthropological studies on stress.

In Brazil, studies on stress are diverse and cover various fields of knowledge. The relationships between stress, nurses and hospitals, for example, have been the subject of several studies. Menzies (1960) was one of the first authors to define the nursing profession as stressful, arguing that the demands of sick people can lead both male and female nurses to experience feelings that are incompatible with their professional performance. Lipp (1984; 2000; 2003; 2009); Lipp, Malagris and Novais (2007) analyzed stress and described its "biopsychosocial" and "neuropsychophysiological" manifestations. Bianchi (1990) argued that the lack of recognition of nursing as an essential activity, the lack of autonomy to make decisions, and the inadequacy of legislation specific to their professional practice are important factors that produce anxiogenic stress. While examining the relationship between stress and night work, Chaves (1994) suggested that the stress of the hospital nurse is closely related to the

organizational characteristics of the hospital and its power structure.

Research conducted by Rodrigues (2005) revealed that the source of nurses' stress is rooted in the fact that the hospital is a place where people lead a closed and formally administered life and are set apart from the wider society for a considerable period of time. Added to this structure are other elements inherent to and arising from contact with suffering, pain and death, which result in new stressors. A study by Maslach and Leiter (1999) indicates work overload, lack of control and/or autonomy, and the absence of reward for the nurse's work as three conditions that favor the development of physical and emotional fatigue. In their study regarding psychological distress among nursing staff working in the hospital, Gomes, Lunard and Erdman (2006) described certain factors that could lead to stress among the nursing staff, including characteristics fundamental to the Intensive Care Unit: a closed environment, with artificial lighting, air conditioning, vigilant supervision/coordination and constant orders, demanding routines, deficiency in human resources, death and suffering.

Regarding research more directly focused on the SC and ICC, while investigating intensive care nurses, Ferreira (1998) showed that nursing professionals present certain stress-related diseases. Both Lima (1997) and Massaroni (2001) studied the stress of nursing staff who worked in surgical centers, and Meirelles and Zeitone (2003) observed the occupational stress of nurses who worked in a surgical oncology center. Vieira (2001) and Carvalho, F.C.A. Lima, Costa & E.D.R.P. Lima (2004), studied the occupational stress of hospital nursing staff working in closed sectors (SC and ICC) and verified that female and male nurses showed symptoms of anxiety and stress, emphasizing that, within the dynamics of care, fatigue and tension arise when dealing with the suffering and death of patients. In a study on physical stress among nurses, Lautert (1997) evaluated the dimension of time on the tasks performed. According to his report, in the case of the SC and ICC, it is not so much the emergencies that cause fatigue, since nurses are trained and capacitated to work, but the time pressure on the execution of the tasks.

In the case of the subjects of this study, nursing professionals who work in the Surgical Center and Intensive Care Center of a teaching hospital, the situations experienced in these centers - particularly existing with pain, suffering and death, under constant pressure, in circumstances in which the very lives of patients are at stake - are related to bodily reactions inscribed in the bodies of these female and male nurses. In their narratives, stress is manifested through bodies in the act of caring for other bodies. Thus, in an attempt to reflect on our interlocutors' problems and questions, we were faced with persistent discussions concerning the body, which made us take the statements of these female and male nurses seriously. Thus, before entering into a discussion regarding the enunciations of the nurses and the relationships between body, stress and nursing, perhaps it is necessary to answer the following question posed by Almeida (1996): after all, what is body?

Body

This issue has been discussed by numerous Social Sciences theorists, who never tire of pointing out the sociocultural dimensions of the body, which cannot only be considered organic. Turner (1995) expostulated that some ways of approaching the body usually ignore its social nature and its primary character as material activity. Through education and social life, activities are mediated by the body and take forms of culturally shared meanings. Thus, corporeality has a unique importance as a unifying category of human existence, as its social appropriation is nothing more than the prototype of all the social production of the person (Turner, 1995).

Mauss (1974) systematically studied the concept of body, highlighting the intrinsic relationship that exists between the physiological and social phenomena. This anthropologist expostulated regarding the crucial value of a study of body techniques for the human sciences, defined this as the ways in which each society imposes on the individual a rigorously determined use of their body; i.e., through education of the bodily needs and activities, a society imprints its mark on individuals.

The question of transmission through teaching is highlighted by Mauss as critical to the effectiveness

of the technique, which, in turn, is an effective traditional act that is transmitted and imitated. Thus, in all elements of the art of using the human body, whether biological, psychological or sociological, education stands out to the extent that everyone pass through a determined education and, whether skilled or unskilled, imitate this aware of both the prestigious and unprestigious techniques. It is precisely this notion of prestige that authorizes the imitator. Thus, social, biological and sociological elements are inextricably mixed in the same act.

Body techniques are, according to Mauss, acquired and unnatural ways of using the body. Nothing occurs "naturally" in the adult human. We continuously adapt the body to its uses through techniques defined as "physio-psycho-sociological assemblages". We are always in the presence of physio-psycho-sociological assemblages of different series of acts, such as: techniques of reproducing ourselves, of breastfeeding, of holding a child, of climbing, of imprinting movements of strength, among others. Movements related to the limits of pain and pleasure are also criteria that depend intimately on collective approval or disapproval, rather than the function of individual or physiological particularities. Instead of looking at humans as a product of their bodies, Mauss showed that humans make their bodies the product of their techniques and their bodily representations. The dimensions brought about by body techniques present not only information regarding the practical use of the body, but also its moral use, and how, through the body, it is possible to reveal cultural contacts, the transmission of gestures from generation to generation, exchanges between social groups, and the incorporation or exclusion of techniques by a group.

After Mauss, the concept of body went through different moments of reflection. A review of the theme can be found in Almeida (1996); Berger (2006); Bourdieu (1997); Le Breton (1999, 2003a, 2003b); Csordas (1990, 2008) in Ortiz (1993) and Rodrigues (1999). However, it is Foucault's elaborations concerning body, which we discuss in greater detail below, and that we most availed ourselves of in this work. Foucault stimulated us to examine bodies in their direct and indirect confrontations with other bodies within the hospital routine and as we approached the mechanisms that

act upon the female and male nurses. Our interlocutors revealed to us, through the language of stress, that the professional practice and techniques learned and arduously developed also act upon the bodies of those who should monitor, control and manage hospital work.

Method

Study location

The teaching hospital where the research was conducted is subject to the Ministry of Education and forms part of the *Sistema Único de Saúde* (SUS, Brazilian National Health System). Located in a neighborhood with easy access for the population, this hospital is a referral center for the State of *Paraíba*, receiving patients from every municipality, principally for specialized outpatient care. Although construction of the building was initiated in 1968, its inauguration only occurred in February 1980. It is a single block consisting of seven floors that house the hospitalization and administrative sectors. It also has multiple annexes, most of which are outpatient specialty clinics.

The hospital consists of a single unit divided into two areas: outpatient services, with 80 consultation rooms; and the hospital itself, classified by the Ministry of Health as midsize, which is equipped with 220 beds and can perform 250 surgical procedures and admit approximately 700 patients per month. In the outpatient clinics, where approximately 20 thousand people per month are attended, specialized consultations in various areas are provided. In addition to consultations, the hospital performs a range of medium and high complexity examinations (about 50,000 per month) in its ten laboratories, which encompass Clinical Pathology, Anatomopathology and Cytopathology, Radiology, Ultrasound, and Diagnosis.

To attend the diversified clientele, the hospital has a large number of personnel. The nursing staff, for example, is composed of 116 registered nurses, 262 auxiliary nurses and 76 nursing technicians, female and male, totaling 454 professionals, among the nearly 1,100 personnel throughout the hospital. The SC employs 32 nursing professionals, 6 registered nurses, 24 auxiliary nurses and 2 nursing technicians, while in the ICC, 57

nursing professionals, 13 registered nurses, 5 auxiliary nurses and 39 nursing technicians are employed. The SC team, consisting of surgeons, anesthetists and nursing staff (registered, auxiliary and technicians), coordinates the remaining teams and services (laboratories, radiology services, blood bank, etc.). The SC nursing staff perform activities ranging from the acquisition, handling and maintenance of specific equipment, following strict aseptic techniques, to patient care during the pre-, intra- and postoperative periods.

Both the SC and the ICC are located on the first floor. In the SC, low, medium and high complexity surgical procedures are all performed. This location, separated from the main circulation, is strategic, "to prevent nosocomial infections, misuse of materials, better control of personnel and equipment," as one nurse explained. The SC is composed of several interconnected areas, providing the right conditions to perform the surgical procedures. Regarding the ICC, this hospital unit differs from the other units in that, in addition to material and technological resources, it has a concentration of highly skilled professionals to provide the best postoperative clinical care for patients whose health status is critical or terminal. There is constant observation and the medical and nursing care is continuous, with the assistance of a multidisciplinary team and sophisticated technological equipment. The ICC is a model of medical practice directed toward the artificial prolongation of life. According to Menezes (2000), the main characteristic of this hospital sector is, ultimately, the process of the denial of death.

These areas where surgical procedures are performed are endowed with a physical functional structure compatible with the complexity of the actions performed by the nursing professionals and the demands of the sector. Although they are spaces that are restricted to those who develop their activities there, the work performed in this sector is not isolated from the remaining hospital contexts. The procedures performed require continuity, attunement and close coordination with other teams and sectors. For example, among the SC nursing staff, the nurse manager organizes, coordinates and supervises, teaches, and supplies and predicts the amount of materials and

equipment required. This professional elaborates the organizational instruments in nursing, such as the standards, routines and procedures to be followed. They also prepare shift schedules, and supervise the operating rooms and other elements of the sector. Having described the hospital where this research was conducted, we begin presenting our interlocutors and the instruments that we made use of.

Participants

While conducting the year-long study, during which we diligently visited the hospital to observe the reality of the female and male nurses of the SC and ICC, we maintained close contact with twenty nursing professionals, of whom, only fourteen remained until the end of the study. We had the opportunity to deepen our inquiries and accompany seven of them, four female and three male nurses, in numerous procedures and activities within the hospital and at their homes².

In ethnography, the representativeness of the study subjects is not treated in the same way as it is in other branches of the social sciences (Becker, 1994; Zaluar, 1975), in which the informants are carefully chosen according to criteria formulated in advance and must be representative of analytical categories used in the initial formulation of the problem. In ethnography, the researcher first chooses the field and then seeks to understand its representativeness. The researcher arrives in the field with certain questions or hypotheses, but it is known that these undergo modification throughout the process of contact established with the study subjects. The starting point of ethnographic research is the interaction between the researcher and their "flesh and bone natives", and what is most important is to understand what is being said by the participants, our interlocutors (Fonseca, 1999). It was through this methodological option that we sought to accompany the interlocutors, taking a chance on the proximity constructed, trying to establish a field of intersubjectivity that would allow us to deepen our inquiries.

The age of our seven key interlocutors ranged from 26 to 54 years, three were married, two were single, one was legally separated, and one was widowed. Regarding professional training, three were registered nurses with university degrees, three were nursing technicians, and one was an auxiliary nurse. Evidently, these data do not provide much concerning the complexity of our interlocutors, so we will try to present them, though briefly, during the course of our narrative.

Instruments

Considering the questions of our interlocutors and the debate within Social Sciences concerning body, we sought to listen to the female and male nurses who practiced in the SC and the ICC of the *Paraíba* teaching hospital mentioned above. The aim was to register their discourses and observe their professional and social activities with the intention of learning their most immediate concepts of the phenomenon stress, as well as the relationship between stress and the body. Over the course of a year, we engaged in ethnographic research, conducting lengthy and semi-structured interviews (Martin, 2009; Minayo, 1993; Victora, Knaut & Hassen, 2000). We sought to develop an ethnographic study, i.e., an intense direct experience of observation over a relatively long period of time.

Our ethnographic findings were thus derived through everyday observations in the hospital, field diary entries and interviews that were recorded and later transcribed. However, ethnography exceeds these research techniques, including all lived experience, even failures and problems in the field; all of which can be grasped by the anthropological view. The choice of ethnographic research should be based on its relevance and actuality in healthcare research. Even when performed differently from quantitative methodology, in which the main characteristics are objectivity, neutrality, statistical treatment of the data, a priori hypotheses, etc., ethnography has proved important in diagnoses in healthcare regarding the possibilities and limits of the use of ethnography in health research Caprara and Landim (2008).

▼ ▼ ▼ ▼ ▼

² To maintain their anonymity, during the research, these interlocutors suggested aliases linked to precious stones (Aquamarine, Pearl, Diamond, Solitaire, Onyx, Ruby and Crystal). Seven other nurses - here named Sapphire, Turquoise, Granada, Emerald, Jade, Jasper and Topaz - expressed a desire to have their views recorded in this study; considering their participation at the beginning of the study, they are mentioned occasionally.

However we understand ethnography - whether in the traditional sense defined by Malinowski (1978), or in contemporary ethnographic experiments (Marcus & Fischer, 1999) -, the methodological procedure requires intense involvement between the researcher and their interlocutors, to enable an approximation of the meanings and senses that people attribute to their practices and ways of thinking. With this intention, we sought to achieve participant observation (Malinowski, 1978), attempting to observe the activities and tasks of the female and male nurses.

The study was approved by the Research Ethics Committee of the *Universidade Federal de São Paulo* under Protocol nº 1840/08 on December 12th, 2008, and all participants signed the terms of free prior informed consent before their inclusion in the sample.

Results and Discussion

The biomedical definition of stress is a state resulting from a specific syndrome, characterized by alterations produced in the biological system, or due to the disruption of the equilibrium process, and which requires adaptation processes (Selye, 1976). According to Garfield (1983), references to stress are ambiguous because the term is sometimes used for organic states and, in other works, for environmental factors.

It should be noted, however, that the purpose of this article was to focus the research results on the statements of the female and male nurses, seeking to understand their problems and formulations. Thus, what matters most are not biomedical concepts of the phenomenon stress, but ultimately how our interlocutors defined and characterized it. After all, as Viveiros de Castro (2002) emphasizes, the anthropological endeavor leads us to try to understand the questions of our interlocutors, instead of looking for answers to our own questions.

During the research, it was nurse Diamond, a 53-year-old woman born in *Paraíba* and a registered nurse for 28 years, who most directly discoursed on stress. She reported that sometimes she lay on a bench in the locker-room, trying to recuperate from the day's work. She often constructed images of her own body as "*something broken, worn out and lifeless*". However,

this body resisted, even if nurse Diamond could not explain exactly why. In our meetings, she wondered insistently how it was possible to resist the suffering caused by her work. Other images emerged when we asked her what she considered stress was. On several occasions, she spoke of "*disorganization, professional disrespect, hypocrisy, and physical and mental exhaustion*". Using these expressions, Diamond constructed an image of stress. She later added that getting stressed is "*getting angry, uncontrolled, bad-tempered*". In her narratives, there were frequent references to professional relationships that acted directly on her broken body, stress-provoking relationships.

Diamond's insistence on images of the "fatigued body" as a product of stress extended to all the nurses we talked to. In their narratives we noted something in common: their foremost images were those that associated body and stress.

Crystal, a nursing technician for 29 years, considered the SC her "home from home" due to the amount of time she spent there. Despite emphasizing that her work in the SC was rewarding, she attributed stress to the problems at work and contentious interpersonal relationships. In the interview she stated, "*I consider the work we perform as a team interesting, but it is difficult because of the lack of adequate materials. This causes stress*". According to Crystal, the routine work in the SC and ICC causes a different mode of thinking and feeling. Numerous examples and situations were used to define what she called stress, "*...what causes our stress, at least for me, is the lack of more leisure, i.e., time is badly distributed for each thing in my life*". This stress "*compromises the job because concentration, dialogue, and relationship are missing*".

Like many nurses, Pearl, a young nurse (26 years of age), admits, "*with the stress of work, it is difficult to separate work and personal life, we end up taking it home and even having personal problems*". Stress arises from poorly distributed time and causes lack of concentration, difficulties in dialogue and in maintaining relationships, both at work and in personal relationships. When mentioning the situations that she considered most stressful in the SC - described as a highly complex and exhausting environment for both the patient and the team that performs the procedures -, Pearl highlighted stresses related to patient deaths, as they generate

anguish precisely because *"nothing can be done"* or because, on the contrary, death can be the result of a procedural error. Pearl pointed out that, the events in a SC, which cause lack of concentration, back pain, tiredness, and general discomfort, lead to *"impatience, tension and death"*. The nurse's body responds immediately to the situation of a patient's death, *"one body dies and ceases, another falls ill and languishes"*, concluded Pearl.

The time of a surgical act is critical, both because of the tension of the procedures, in which mistakes cannot be made, and the possibility of the patient's life being at risk. These crucial moments require peace and quiet because *"everything has to go right"*. Aquamarine, a 52-year-old woman and a SC nursing technician for 27 years, told us that everything here is very quick and *"requires skill and knowledge. The patient is always on the threshold between life and death"*. A small mistake can be fatal. Nurses are trained to provide care, to save lives, to intervene directly on bodies in order to produce possibilities of life. When something erupts, when the imponderable arises between desire and practice, the objectives seem to backfire. In this moment, the nurses are tested. Statements describing feeling fatigued are not uncommon when coming out of a moment such as this. Aquamarine told us, *"My body moves, back-and-forth in a way that even I don't understand. I just know that I need to handle everything. ...the things I do crush my body"*.

The body seems to absorb the entire moment. This temporal interval (of the surgical act) can be described by means of symptoms: headaches, fatigue, tiredness, sweating, trembling hands, and the inability to perform simple physical techniques, such as bending over or lying prone. Furthermore, according to Aquamarine, the tired body needs to take account of the activities of the shift: *"I can't get sick. Disease makes me think of my body, broken, helpless and fragile. I get sad, lifeless, when I feel anything different in my body. If I'm tired and stressed, I feel bad and my body screams. I can't tell you how, but it screams"*.

It is, therefore, in the detailed reporting of these symptoms that the nurses focus on discoursing on stress. Nurse Solitaire, a 53-year-old man with 29 years SC and ICC experience, considered other factors to be stress generators: the lack of integration among

colleagues, the orders given by the management, the lack of communication between team members and the intense attention required in the SC and ICC. Since relationships within the hospital itself are considered stressful, criticism then turns to the establishment of these relationships. Thus, stress is not only a biologically defined disease, but also a way of talking about labor relations, of criticizing them, of showing the "effects" these relationships and their own work activities have on the body (Garfield, 1983).

Both female and male nurses seemed to tell us that the established relationships are themselves signs of stress, expressed in the way labor relations and the events of everyday life in the hospital are talked about. Turquoise, a 35-year-old female nursing technician with 8 years experience working in the SC and ICC and who was studying for a specialization in the same field, was clear on the matter, stress arises *"when dealing with a stressed, authoritarian doctor, or when we have to live with a boss that doesn't value or listen to the [nursing] professionals"*. If something goes wrong, the body feels it, a body that, in the words of the nurses, is not only an individual thing, but a set of relationships. And when these relationships deteriorate, the body also deteriorates. This discussion refers to the approach of Duarte and Ropa (1985) and that of Duarte (1986a, 1986b), concerning person and individual.

The content expressed by the nurses reflects the result of what they feel in their bodies in the dynamic of activities in the SC and ICC, both objectively (*"I feel back pain, tiredness and tension"*) and subjectively (*"Sometimes I'm not sure what to say or how to act"*). For Turquoise, *"when I'm stressed, my mind's not right. I end up decompensating my body. There are times when I want to throw it all away or leave it all behind"*. When discoursing on stress, Topaz, a 38-year-old female nursing technician with 10 years SC experience, complains that: *"My body is broken, tired, screaming. I feel weak and impatient. I'm out of energy"*. She explains that she has reached her limit, *"My body and mind suffer. I try to make the stress go away, but I can't"*. Topaz refers to her own body as the focus of the stress experience. It is the apprehension felt in the body that shows its limitation.

Another occurrence linked to stress is death. On this subject, nurse Onyx, a 51-year-old male professional

with experience in intensive care and a graduate degree in the field, reported that those who work in the ICC must have *"emotional self-control, a lot of patience and calm, [because] the health status of the patient is most often critical"*. He says that when someone dies, *"the feeling is bad, you feel a mixture of anguish... I have to be strong, think that I did the best I could..."*, which is why he seeks to *"manage the situations, maybe even with a certain coldness"*.

Ruby, a 35-year-old single male nurse with 15 years ICC experience and trained in intensive care, admits that dealing with patients who present with cardiac arrest *"causes a lot of stress"*, since he keeps thinking that they could die on his shift. According to his conception, *"stress is something that results from the accumulation of many things... I think of stress as rushing around, a situation of fatigue and disorder"*. However, ultimately, it is the possibility of the death of a patient that causes him anguish.

The narratives clearly show that talking about stress is a way of elaborating criticism concerning labor relations, of addressing the difficulties of dealing with death, of thinking about critical moments in which they encounter intense interventions in bodies - the threshold moments between life and death. This criticism is concentrated in the bodies, in their manifestations, in their sensations, in positions, in body techniques. Thus, the body is transformed into a means to substantiate this criticism. Or rather, when talking about stress, the criticisms are inscribed in the body.

As mentioned earlier, in this article we avail ourselves of Michel Foucault's analysis, due to his attempt to understand the intricate relationships between body and power. Foucault is important, because using his theory permits the elaboration of certain questions concerning body and nursing. According to Costa, Souza, Ramos and Padilha (2008), in the field of nursing, Foucault's work has allowed us to appreciate different facets of the practice of this profession from new perspectives. Foucauldian concepts have had profound implications that help diversify the forms of thinking about nursing as a discipline and as a practice. For Foucault, while the subject is posited in relations of production and meaning, she/he is equally embedded in relations of power. Hence the body is a discursive and non-

discursive construct, a product, an infinitely malleable object of power. At the same time, the body is a territory where the events inscribed therein can be viewed and resisted - a territory of domestication and rebelliousness that can struggle against its own events.

The basic idea of Foucault is to show that power relations are not fundamentally drawn from the field of law, or from violence, nor are they basically contractual, or exclusively repressive. Power produces domains of objects and rituals of truth, productive efficiency, strategic richness and positivity. Thus the body emerges as a central element for power, not to torture or mutilate it, but to improve and train it. When Foucault contemplated the mechanics of power, he was thinking of its capillary form of existence, the point where power encounters the very granule of the individual, affects their bodies, is inserted in their gestures, their attitudes, their discourses, their learning, and in their everyday lives. The individual is not the other of power, an external reality, which is annulled by it; he/she is one of its most important effects. In actuality, the things which assure a body, gestures, discourses and desires, are identified and constituted as an individual as one of the first effects of power. The individual is an effect of power and, simultaneously, or due to the fact of being an effect, a transmission center. Power flows through the individual it constitutes.

For the type of power that produces bodies and generates life, Foucault stipulated two levels of operation: discipline and regulatory controls. Discipline is a "general formula" that modernity discovered to work bodies, to train them, to distribute them in space and regulate them in time, in order to make them more efficient, predictable and obedient. Therefore, discipline implies a political anatomy of the body. It acts on the body, in order to control forces, to extract from it, on one hand, an increase in economic strength and, on the other, a decrease in political strength. In corporeal terms, discipline is the technical unit by which the strength of the body is, with minimal onus, diminished as a political force and maximized as a useable force. This process ensures the submission of forces and bodies. In short, disciplines cultivate the docility and utility of the body through the use of schedules, the application of collective training and exercises, and the implementation of a detailed global surveillance

technology. If in discipline, power focuses on the body-as-machine, in the pole of regulatory controls, power acts upon the species-body. The objectives of these technologies are biological phenomena. They are questions of the order of birth, of mortality, of diseases. Foucault named this biopolitics, which does not act directly on individuals, but rather seeks to achieve a global effect through a set of multiplicities. Thus, life in the nineteenth century became a matter for the State with regard to the birth rate, migration, longevity, and epidemics (Foucault, 1999; 2008a; 2008b; 2008c; 2010).

Considering Foucault's approach, we can confine ourselves to the example of the sick body in a hospital. The journey towards becoming a patient, according to Azevedo (2005), begins with the bath, a symbolization of detachment from everything out there, the other life, which proceeds with wearing the hospital gown, with acts of disposing of your personal belongings, of becoming the object of a medical file and a target for certain assignments, of having no right to private correspondence, of there being a correct place and correct time for every activity - a time for silence and talking, sleeping and eating, even for going without food, of coming and going, and of having responsibilities regarding cleanliness and order in the ward. The examination confers new visibility to the patient's body, as well as enabling its deciphering. From the examination, it is possible to qualify, in order to classify, and, from there, one direction follows, from top to bottom. The examination is considered the most important method of knowing the truth about the patient, given the observation of the minutiae that act upon the patient's life and body. During the examination, the body is verified in a variety of positions. Every detail is evaluated, measured, auscultated, palpated, inspected, and smelt. Likewise, everything is subject to scrutiny: the patient's hygiene, their nutrition, their habits, their facial expressions, their complaints, the coherence of their speech, and their mental state. The hospital is revealed as a constructed body, while at the same time, a body that constructs bodies. It is a world in which the body needs to be fixed in a space so it can be cared for and monitored.

If the control of bodies is mostly directed toward the patient, and if the nurses are part of the hospital machine, it cannot be deduced that they are only in a

position to exercise power over other bodies, as seems to be inferred from their narratives. Our interlocutors told us, through the language of stress, that the practice and techniques learned and arduously developed act upon the bodies of those who should monitor, control and manage. In view of the particularities encountered in the course of this research, we can state that those who work there are affected physically and psychologically. The nursing team, primarily dedicated to the act of caring, faces fatiguing situations expressed in images such as "the fatigued body" and "inadequate working relationships", as mentioned in the previous section. This reveals a scene in which all the professionals complain of constant stress and its physical manifestations, which leads us to inquire about the relationships between body, stress and nursing.

According to Azevedo (2005), the construction of knowledge concerning the body by nursing professionals is centered on a specific body: the sick body. Illness, as understood within the biomedical model of healthcare, is constructed within the medical practice, this being the possessor of legitimacy in the field of knowledge and interventions related to health and disease. According to the author, from the moment the patient enters the hospital, he/she begins to be treated as part of the great hospitalized mass. On admission, he/she ceases to assume certain roles that go beyond the geographical barrier, i.e., separation occurs between the outside world and the world of the hospital.

The outside world is the world of work, of production, of earning wages, of professional fulfillment, of family and the affective and symbolic surroundings, of the roles we play as a father/mother, citizen, community leader; it is the world of life that pulses and moves in various directions, making decisions. It is, in short, a world in which the subject perceives and acts with relative autonomy, freedom of movement and expression. The world of the hospital is the world of disease, the production of new knowledge, where scientific knowledge is superimposed on the knowledge and experiences gained throughout life, it is the world of techniques that allow professionals to touch/manipulate the body, the world of hierarchy, of order and routine, of identification, organized by registration number, ward, bed, pathology. It is a world

of such peculiar organization that, as the individual penetrates within, he/she gains another identity, that of the patient, with a routine marked by the fragmentation of time (visiting hours, examinations, cleaning, wound dressing, feeding) and body, into parts on which techniques and procedures are executed (chest X-ray, abdominal bandage, lumbar puncture, oral hygiene). Work assignments (to detail information related to the conditions of the hospital environment, ensure functionality, organize the care provided, and be a guardian of institutional standards and routines) grant the nurse a power that, most of the time, appears informal, subtle and seemingly invisible, but is, undoubtedly, real (Azevedo, 2005).

The actions of female and male nurses in hospitals are not, however, limited to the exercise of power or practices that exclusively configure the empowered pole of the relationship. Observing reality from their points of view reveals another picture, since the nurses narrated experiences of bodies that, in the act of caring, become ill. In the process of caring for the other body (that of the patient), the body of the caregiver supports intense actions that lead to suffering and illness, evident in Aquamarine's narrative:

At work I am aware of the responsibility and importance of my function. Our 12-hour shift of intense tasks involves direct patient care actions. In many moments, my body is so tired that I experience physical difficulties. It's as if my shoulders, legs and feet don't want to obey my mind. [So] I draw on my energy reserve, with the thought that I can only rest when I finish the shift. This makes me ill. I end up getting sick.

Caring involves the caregiver and those who need to be cared for in a mutual action. However, the act of caring also produces illness. The body of the caregiver is then evoked to talk about this ambiguous process.

According to the reports of the female and male nurses, in the caring process, a caregiver's body is faced with a sick body. However, in the act of caring and seeking to produce health, the caregiver's body suffers and becomes ill (Figueiredo & Carvalho, 1999). Turquoise narrates the process: *"Sometimes I feel back pain. The pain comes suddenly. I sleep and wake up with it and it disappears after a few days the same way. My whole body is uncomfortable. It makes me very tense, it gets to where I*

feel pain down my spine and my head hurts". Thus, the production of health is itself sick. The caregiver's body exerts its practice faced with the other and itself. The result is not simply healthy bodies. The language of stress, actuated as a way of thinking about the reality of the hospital, thus denounces the suffering and even signals the possibility of nurses falling ill during the healing practices.

The body reveals a singular experience that, upon surrendering to caring, often exceeds its limits. Nurse Aquamarine was emphatic in saying that her body needs care: *"I haven't taken care of my body as I should have. My health screams: Beware! My body takes care of other bodies at the hospital, at home, in the family. I need to take care of it too".*

The nurses narrated a drama in which their bodies, in contact with other bodies, suffer. Pearl affirmed, *"...stress enters the body: it is a state, a feeling, an unpleasant moment. [It is a] moment of anguish, of psychological pressure, that afflicts me and causes me uneasiness, extreme worry and discomfort".* Here, stress is suffering. Jade declares, *"When I'm tired, fatigued, crushed, I can't communicate positively".* She adds, *"My body says stress in every sense, my mind begs me to run away and leave it all behind".* In these moments, she admits feeling the need for someone to listen to her.

Stress, according to Diamond's interpretation, affects the "body and soul". The body is understood as a source of meaning, of signification in the subject-world relationship. Thus, the body is a body that feels, that knows, that understands, that communicates with the other through language, gestures and expressions. This body conducts the interlocutors to receive and send messages with a particular and mutual singularity between the caregiver and those who need to be cared for. In this intense dialogue, the bodies of nurses emerge as instruments of care. The caregiver's body, in the act of caring for the other body, based on the techniques developed, performs an action that is not only technical, but sensitive, involving contact between bodies through touching, looking, listening, and speaking. According to Aquamarine, these actions *"involve the sensitivity of the senses, of subjectivity and of interactive communication between the caregiver and those who need to be cared for".* Diamond speaks of touching, of interaction between bodies in the act of caring: *"The*

contact that I maintain transcends the technical procedures that I have to perform. I speak with gestures, I pray with them if necessary. ...the beauty is in the ability to touch the suffering other. Involvement is finding our continuity in the other, is recognizing that in this life we will always need someone [and that] there is always someone who needs us."

The nurses' bodies, as we have said, are thought of as an extension of the patients' bodies. Thus, the characterization of these professionals as mere operators of hospital power over the bodies of patients does not envelop this complex construction, in which bodies are considered in very close, sometimes inseparable, relationships. The caregiver's body is involved in the body that needs care. This "involvement in the other" that Diamond spoke to us about is the very constitution of body.

These caregiver bodies are prepared to act objectively, to act on other bodies "technically and objectively". Aquamarine narrated, for example, the technique of postmortem preparation of the bodies:

Preparing the body following death is a technical act. Once death is confirmed, the next step is to prepare the body and contact the relatives. All the equipment is turned off, the probes, drains and serum connected to the patient's body are removed. The cleaning process is performed. All body cavities are plugged (nose, mouth, ears, anus, etc.) to prevent the escape of foul odors, blood and secretions. The body is identified with a label containing the name, age, medical record number, bed, sector, date and time of death, and then covered with clean sheets. Identification is attached to the covered body, which is taken on a stretcher to the morgue. It is placed in the cold chamber. The belongings are handed to the family, who are responsible for the removal and burial of the body.

The recurrent passive voice of the narrative seems to indicate the detachment and objectivity that the act requires. Under these conditions, "preparing the body for the slab", a very common expression in hospitals, is a useful metaphor, which refers to the funeral home's marble slabs arranged in the form of a bed on a cement base, and also indicates the "coldness of the act". Everything happens as if the metaphor, once and for all, indicated the need for objectivity, and that this objectivity is cold, detached from the reality of the

affect and affections (Deleuze, 1968; 1992; 1997; 2007) of the nurses. The metaphor is both a description and a critique. Nurse Solitaire told us a story that exemplifies the complex relationship between the need for objectivity in the technical procedures and the daily task of caring for other bodies:

The case that was most striking in my career as a nurse happened sometime in 1985-86, with the death of a fellow staff member, a university professor. He was 55 years-old, from Rio, and had come to live and work here. At the time, the ICU was practically next to the SC. I took care of him constantly for about two months. He talked to me a lot, told me many things about his life. I saw the desire in him, the strong will to live. He was cultured and intelligent. He did not drink and had this disease. He presented a very swollen abdomen, like a ball; "water-belly" or hydroperitoneum [abdominal ascites]. The disease had evolved a lot in four months. Besides being stressful, this experience in particular, affected me. My contact with him during the hospitalization was very frequent. He was a terminal patient, and I knew from experience that his case was hopeless. At 2 pm one afternoon on my shift, he died. You get sad about a loss like that. I had to do the postmortem preparation of the body, to send it to the slab.

Solitaire, who had insisted on the fact that caring for the bodies of the dead should be considered a technical act that the nursing professional is prepared for, ultimately revealed the ambiguity of this process when he had to send this colleague to the slab:

Despite having experienced other moments of preparing the body, this was the one that struck me most, perhaps because of the interaction I had with the patient. No one is prepared to deal with death. Anyone who says they are is lying. Everyone feels and reacts to death in their own way, based on their own experiences, expressing or repressing their feelings. Caring for and preparing a colleague after death transcends our limitations. This experience happened to me 12 years ago. I've been a nursing professional for 30 years and I still remember. It's precisely our sense of powerlessness in the face of death, since there is nothing more we can do.

It is, therefore, an intense social drama that blurs the boundaries between objectivity and subjectivity, and Solitaire's narrative shows the involvement of the caregiver with those who need to be cared for. We

believe that the pursuit of concepts of stress among the female and male nurses who practice in the SC and ICC of a teaching hospital located in the State of Paraíba, through ethnographic research, led us to the conclusion that, when talking about stress, these professionals evoked their bodies and certain bodily manifestations; i.e., to discourse on stress, these professionals wove narratives in which the principal element was the body.

What we also want to emphasize in this article is that this process of caregiver involvement with the body that needs care is not exempt from suffering. The statements reproduced here support the idea that the caregiver's body itself needs care. Far from the image of controllers of other bodies, exerting power over patients, our interlocutors seemed to corroborate that the body of the caregiver is also fragile and precarious.

Indeed, the caregiver's body develops affect in the act of caring. The cases of deaths, viewed by analyzing the metaphor of "the slab", for example, reveal this ambiguous process of the act of caring, highlighting the involvement of bodies and denoting the dramaturgy of the nurses' practice. Both the patient's body and that of the nurse feel the hospital machine acting upon them; if on the former, the machine hospital objectifies and reifies (Taussig, 1992), for the latter, it produces a broken, fatigued body. In reality, for the nurses of the Surgical Center and Intensive Care Center of this teaching hospital in the State of Paraíba, stress is a powerful way to narrate the complex relationships between the cared for and caregiver, bodies in contact and work.

References

- Almeida, M. V. (1996). *Corpo presente: antropologia do corpo e da incorporação*. In M. V. Almeida. *Corpo presente: treze reflexões antropológicas sobre o corpo* (pp.13-22). Oeiras: Celta.
- Azevedo, R. C. S. (2005). *Modos de conhecer e intervir: a constituição do corpo no cuidado de enfermagem no hospital* (Tese de doutorado não-publicada). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina.
- Becker, H. (1994). *Métodos de pesquisa em ciências sociais*. São Paulo: Hucitec.
- Berger, M. (2006). *Corpo e identidade feminina* (Tese de doutorado não-publicada). Programa de Pós Graduação em Antropologia, Universidade de São Paulo.
- Bianchi, E. R. F. (1990). *Estresse em enfermagem: análise da atuação do enfermeiro de centro cirúrgico* (Tese de doutorado não-publicada). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade de São Paulo.
- Bourdieu, P. (1997). *Razões práticas: sobre a teoria da ação*. Campinas: Papirus.
- Caprara, A., & Landin, L. P. (2008). Etnografia: uso, potencialidades e limites na pesquisa em saúde. *Interface*, 12(25), 363-376.
- Carvalho, D. V., Lima F. C. A., Costa, T. M. P. F., & Lima, E. D. R. P. (2004). Enfermagem em setor fechado: estresse ocupacional. *REME: Revista Mineira de Enfermagem*, 8(2), 290-294.
- Chaves, E. C. (1994). *Stress e trabalho do enfermeiro: a influência de características individuais no ajustamento e tolerância ao trabalho noturno* (Tese de doutorado não-publicada). Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.
- Csordas, T. J. (1990). Embodiment as paradigm for anthropology. *Ethnos*, 18(1), 5-47.
- Csordas, T. J. (2008). *Corpo: significado, cura*. Porto Alegre: UFRGS.
- Costa, R., Souza, S. S., Ramos, F. R. S., & Padilha, M. I. (2008). Foucault e sua utilização como referencial na produção científica em enfermagem. *Texto Contexto Enfermagem*, 17(4), 629-637.
- Deleuze, G. (1968). *Spinoza et le problème de le expression*. Paris: Les Éditions de Minuit.
- Deleuze, G. (1992). *O que é a filosofia?* Rio de Janeiro: Editora 34.
- Deleuze, G. (1997). *Crítica e clínica*. Rio de Janeiro: Editora 34.
- Deleuze, G. (2007). *Conversações*. São Paulo: Editora 34.
- Duarte, L. F. D. (1986a). *Da vida nervosa nas classes trabalhadoras urbanas*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Duarte, L. F. D. (1986b). Classificação e valor na reflexão sobre identidade social. In R. Cardoso. *A aventura antropológica* (pp.69-92). Rio de Janeiro: Paz e Terra.
- Duarte, L. F. D., & Ropa, D. (1985). Considerações teóricas sobre a questão do "atendimento psicológico" às classes trabalhadoras. In S. Figueira. *Cultura da psicanálise* (pp.178-201). São Paulo: Brasiliense.
- Ferreira, F. G. (1998). *Desvendando o estresse da equipe de enfermagem em terapia intensiva* (Dissertação de mestrado não-publicada). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade de São Paulo.
- Figueiredo, N. M. A., & Carvalho, V. (1999). *O corpo da enfermeira como instrumento de cuidado*. Rio de Janeiro: Revinter.
- Fonseca, C. (1999). *Quando cada caso não é um caso: pesquisa etnográfica e educação*. *Revista Brasileira de Educação*, 10, 58-78.
- Foucault, M. (1999). *História da sexualidade: a vontade de saber* (Vol.1). Rio de Janeiro: Graal.
- Foucault, M. (2008a). *Vigiar e punir: nascimento da prisão*. Petrópolis: Vozes.

- Foucault, M. (2008b). *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal.
- Foucault, M. (2008c). *Nascimento da biopolítica*. São Paulo: Martins Fontes.
- Foucault, M. (2010). *Ditos e escritos IV: estratégias de saber-poder*. Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- Garfield, J. (1983). O trabalho alienado, stress e doença coronariana. In E. D. Nunes (Org.), *Medicina social: aspectos históricos e teóricos* (pp.159-180). São Paulo: Global.
- Good, B., & Kleinman, A. (1985). Epilogue: culture and depression. In A. Kleinman & B. Good (Eds.), *Culture and depression: Studies in the anthropology and cross cultural psychology of affect and disorder*. Berkeley: University of California Press.
- Gomes, G. C., Lunard, W. D. F., & Erdman, A. L. (2006). O sofrimento psíquico em trabalhadores de UTI interferindo no seu modo de viver a enfermagem. *Revista de Enfermagem UERJ*, 14(91), 93-14.
- Handy, J. (1991). The social context of occupational stress in a caring profession. *Social Science Medicine*, 32(7), 819-830.
- Helman, C. (1985). Psyche, soma and society: The social construction of psychosomatic disorders. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 9(1), 1-26.
- Hocking, B. (1982). An anthropological view of stress diseases. *Community Health Studies*, 6(1), 14-18.
- Lautert, L. (1997). O desgaste profissional: estudo empírico com enfermeiras que trabalham em hospitais. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 18(2), 133-134.
- Le Breton, D. (1999). *L'adieu au corps*. Paris: Métailié.
- Le Breton, D. (2003a). *Anthropologie du corps et modernité*. Paris: PUF.
- Le Breton, D. (2003b). Adeus ao corpo. In A. Novaes (Org.), *O homem-máquina: a ciência manipula o corpo*. São Paulo: Companhia das Letras.
- Lima, E. D. R. P. (1997). *Estresse ocupacional e a enfermagem de Centro Cirúrgico* (Dissertação de mestrado não-publicada). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais.
- Lipp, M. E. N. (1984). Stress e suas implicações. *Revista de Psicologia*, 3(4), 5-19.
- Lipp, M. E. N. (2000). *Inventário de sintomas de stress para adultos de Lipp*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Lipp, M. E. N. (Org.). (2003). *Mecanismos neuropsicofisiológicos do stress*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Lipp, M. E. N. (Org.). (2009). *Sentimentos que causam stress: como lidar com eles*. Campinas: Papirus.
- Lipp, M. E. N., Malagris, L. E. N., & Novais, L. E. (2007). *Stress ao longo da vida*. São Paulo: Ícone.
- Malinowski, B. (1978). *Argonautas do Pacífico Ocidental*. São Paulo: Abril Cultural.
- Marcus, G. E., & Fischer, M. M. J. (1999). *Anthropology as cultural critique: An experimental moment in the human sciences*. Chicago: University of Chicago Press.
- Martin, D. (2009). Natureza e cultura: ferramentas teóricas para a prática da enfermagem. In E. Nakamura, D. Martin & J. F. Q. Santos (Orgs.), *Antropologia para enfermagem*. São Paulo: Manole.
- Maslach, C. & Leiter, M. P. (1999). Take this job and love it. *Psychology Today*, 32(1), 50-57.
- Massaroni, L. (2001). *O estresse dos profissionais da equipe de enfermagem no CC: estudo de suas representações sociais* (Tese de doutorado não-publicada). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Rio de Janeiro.
- Mauss, M. (1974). As técnicas corporais: a noção de pessoa. In M. Mauss. *Sociologia e antropologia* (Vol. 2). São Paulo: Edusp.
- Meirelles, N. F., & Zeitone, R. C. G. (2003). Satisfação no trabalho e fatores de estresse da equipe de enfermagem de um centro oncológico. *Escola Anna Nery: Revista de Enfermagem*, 7(1), 78-88.
- Menezes, R. A. (2000). *Difíceis decisões: uma abordagem antropológica da prática médica em CTI* (Dissertação de mestrado não-publicada). Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
- Menzies, I. E. P. (1960). Nurses under stress. *International Nursing Review*, 7(6), 9-16.
- Minayo, M. C. S. (1993). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde* (2ª ed.). São Paulo: Hucitec.
- Ortiz, R. (Org.) (1993). *A sociologia de Pierre Bourdieu*. São Paulo: Ática.
- Rodrigues, A. L. (2005). Stress, trabalho e doenças de adaptação. In A. C. L. Franco & A. L. Rodrigues. *Stress e trabalho: guia prático com abordagem psicossomática* (4ª ed., pp.18-23). São Paulo: Atlas.
- Rodrigues, J. (1999). *O corpo na história*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Selye, H. (1976). *Stress: a tensão da vida*. São Paulo: Ibrasa.
- Taussig, M. (1992). Reification and the consciousness of the patient. In M. Taussig. *The nervous system* (pp.83-106). New York: Routledge.
- Turner, T. (1995). Social body and embodied subject: Bodilines, subjectivity, and sociality among the Kayapo. *Cultural Anthropology*, 10(2), 143-170.
- Victora, C., Knaut, D. R., & Hassen, M. N. (2000). *A pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema*. Porto Alegre: Tomo.
- Vieira, L. C. (2001). *Estresse ocupacional em enfermeiros de um hospital universitário da cidade de Campinas* (Dissertação de mestrado não-publicada). Programa de Pós-Graduação em Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas.
- Viveiros de Castro, E. (2002). *A inconstância da alma selvagem e outros ensaios de antropologia*. São Paulo: Cosac Naify.
- Zaluar, A. (Org.). (1975). *Desvendando máscaras sociais*. Rio de Janeiro: Francisco Alves.

Received on: 24/5/2011
 Final version on: 12/3/2012
 Approved on: 28/3/2012

Comunicação em pediatria: revisão sistemática de literatura

Pediatric communication: A systematic literature review

Marina **KOHLSDORF**¹

Áderson Luiz **COSTA JUNIOR**²

Resumo

A qualidade da comunicação em Pediatria influencia diretamente o sucesso do tratamento, ao promover níveis satisfatórios de adesão, retenção de informações e acolhimento a demandas biopsicossociais. Constituiu objetivo deste trabalho realizar uma revisão sistemática da literatura referente à comunicação em pediatria publicada entre 2000 e 2010. Foram selecionados trabalhos incluídos nas bases de dados *PubMed/MedLine*, *Bireme/BVS* e *ScienceDirect*, Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior e *SciELO*. Os 61 trabalhos selecionados indicam prevalência de delineamentos descritivos e técnicas de análise qualitativas e quantitativas, em detrimento de estudos experimentais e uso de técnicas mistas para análise de dados. A literatura indica a importância da inclusão do paciente pediátrico no processo de comunicação e do acolhimento a demandas psicossociais, destacando que programas para melhoria da comunicação têm obtido bons resultados. Destaca-se a importância de estudos sistemáticos que possibilitem compreender os fatores envolvidos na comunicação em pediatria e a inserção de programas psicossociais eficientes.

Unitermos: Comunicação; Criança; Literatura de revisão como assunto; Relações médico-paciente.

Abstract

The quality of Pediatric communication directly influences the treatment success, by promoting satisfactory adherence levels, information retention, and the inclusion of biopsychosocial demands. The main aim of this study was to perform a systematic literature review concerning pediatric communication, with papers published between 2000 and 2010. The selected studies were included in the following databases: PubMed/MedLine, Bireme/BVS and ScienceDirect, Capes Papers Online site, and SciELO. The 61 selected papers indicate the prevalence of descriptive designs and qualitative or quantitative analysis techniques, over experimental studies and the use of mixed data analysis techniques. The literature indicated the need to include the pediatric patient in the communication process and to consider psychosocial demands, highlighting the good results achieved by programs related to better communication patterns. The need is highlighted for systematic studies that can comprehend the factors involved in pediatric communication, and the inclusion of efficient psychosocial programs.

Uniterms: Communication; Child; Review literature as topic; Physician-patient.

▼ ▼ ▼ ▼ ▼

¹ Universidade de Brasília, Instituto de Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde. *Campus* Universitário Darcy Ribeiro, Asa Norte, 70910-000, Brasília, DF, Brasil. Correspondência para/Correspondence to: M. KOHLSDORF. E-mail: <marinak@unb.br>.

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

O investimento na atenção básica a crianças e adolescentes contribui para modificar o perfil de adoecimento e mortalidade desta população e destaca a importância de compreender como pacientes e seus familiares vivenciam o processo saúde-doença para implementar intervenções preventivas ao desenvolvimento de doenças e que promovam melhor qualidade de vida durante tratamentos. Estabelecida na década de 1970, a Psicologia Pediátrica pode ser caracterizada como uma subárea da Psicologia da Saúde, de intervenção multidisciplinar, que focaliza comportamentos determinantes e condicionantes do processo saúde-doença na faixa etária entre zero e 18 anos de idade (Viana & Almeida, 1998).

Um foco de recente interesse para investigação em Psicologia Pediátrica refere-se aos processos de comunicação estabelecidos entre médicos, familiares e pacientes, considerando que o modo como os médicos se comunicam com os usuários tem um impacto crucial na recepção do diagnóstico e vivência do tratamento pelos pacientes e seus cuidadores. A comunicação eficiente tem consequências diretas sobre a satisfação do usuário com o atendimento, adesão aos cuidados e recomendações, recordação e compreensão sobre instruções relativas ao tratamento e medicação, melhoria de respostas fisiológicas e sintomas, manejo de eventos estressores, melhor percepção sobre suporte social e melhor adaptação ao planejamento terapêutico (Coleman, 2002; Darby, 2002; Howells & Lopez, 2008).

Além disso, a interação verbal e não verbal durante consultas representa um contexto extremamente importante para a promoção do desenvolvimento da criança, pois possibilita abordar temas sobre cuidados, proteção e fatores psicossociais relevantes. Estudos conduzidos por Barbara Korsch e colaboradores, na década de 1960, são pioneiros na avaliação sobre a comunicação estabelecida neste contexto (Nobile & Drotar, 2003). Em um destes trabalhos, Korsch, Gozzi e Francis (1968) já destacavam a necessidade de ampliar a compreensão sobre comunicação em Pediatria para além de bases intuitivas, incluindo a investigação sistemática de fatores envolvidos nesta interação.

Em contexto de atenção à saúde pediátrica, o atendimento é necessariamente caracterizado pela

presença, no mínimo, de um profissional de saúde, do paciente e de um cuidador, na maioria das vezes a mãe da criança ou adolescente (Sobo, 2004; Tates & Meeuwesen, 2001). Portanto, o atendimento pediátrico envolve a interação mínima em tríades (médico-companhante-paciente), situação que envolve uma dinâmica interativa bastante diferente das consultas a pacientes adultos em que apenas uma díade, em geral, participa dos processos comunicativos (Gabe, Olumide & Bury, 2004; Howells & Lopez, 2008; Liu, Harris, Keyton & Frankel, 2007; Nobile & Drotar, 2003; Tates & Meewuesen, 2001). Considerando a importância da comunicação para o sucesso no tratamento de crianças e adolescentes e a promoção de seu desenvolvimento, constitui objetivo deste trabalho apresentar uma revisão sistemática de literatura sobre comunicação em contextos pediátricos publicada entre 2000 e 2010.

Método

Procedimentos

Foi realizado um levantamento sistemático de artigos publicados entre janeiro de 2000 e dezembro de 2010, a fim de analisar criticamente os principais elementos relacionados à interação entre médicos, cuidadores e pacientes pediátricos. As bases de dados analisadas incluíram *PubMed/MedLine*, *Bireme/BVS* e *ScienceDirect* e revistas disponibilizadas no Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes). As palavras-chave utilizadas incluíram *communication*, *consultation*, *information* e *interaction* e variações, combinadas, quando relevante, aos termos *child*, *pediatric*, *parent*, *physician* e *provider* e variações. Os termos correspondentes na língua portuguesa foram empregados para levantamento em revistas nacionais disponíveis na *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e foi também realizada busca não sistemática complementar em publicações internacionais e brasileiras.

Critérios para seleção dos estudos incluíram a comunicação envolvendo o médico e/ou pediatra em contexto de atendimento e/ou consulta com crianças. Não foram incluídos estudos sobre dificuldades de tradução entre inglês e espanhol ou com participantes

incluindo crianças com atrasos no desenvolvimento, portadoras de dificuldades de comunicação, com sequelas de tratamentos médicos, em cuidados paliativos ou com transtornos psicopatológicos, por se considerar que tais contextos exigem um padrão de interação bastante específico, cuja temática não é pertinente ao tema central deste artigo.

Foram selecionados 61 trabalhos (9 estudos nacionais) que corresponderam aos critérios estabelecidos. Tais artigos foram classificados de acordo com data de publicação, objetivos, instrumentos ou técnicas utilizados, participantes, delineamento, tipo de análise e principais resultados obtidos.

Resultados e Discussão

A Figura 1 indica uma distribuição aproximadamente regular dos trabalhos selecionados ao longo dos anos, com menos publicações em 2001. A maioria dos estudos foi baseada em delineamento descritivo e/ou exploratório (n=34), seguido por revisões de literatura (n=11), pesquisas em caráter experimental ou semiexperimental (n=8, sendo 2 estudos com sujeito como próprio controle), revisões teóricas (n=3) e construção ou validação de questionários padronizados sobre comunicação (n=5). O tipo de análise apresentada nos estudos indicou predominância de análises qualitativas (n=24) ou quantitativas (n=25) em detrimento de análises mistas (n=12). As técnicas de coleta de dados incluíram diversificação entre gravações em áudio e vídeo, entrevistas, questionários específicos ou padronizados, observação de consultas e grupos focais (Anexo).

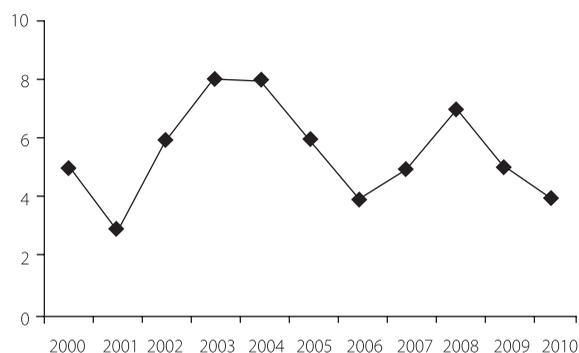


Figura 1. Distribuição dos estudos por ano de publicação.

Influência da qualidade da comunicação na vivência de cuidadores pediátricos

A literatura indica que a qualidade da comunicação em contexto pediátrico influencia de forma relevante a adaptação dos pais ao tratamento e a qualidade dos cuidados aos pacientes, constituindo elemento imprescindível para um processo terapêutico eficiente. Segundo Crossley e Davies (2005), DiMatteo (2004), Drotar (2009), Howells e Lopez (2008) e, ainda, Nobile e Drotar (2003), a qualidade das informações referidas pelo médico tem relação direta com a adesão aos autocuidados, compreensão sobre diagnóstico e tratamento, satisfação com o serviço, manejo de fatores psicossociais, melhor recordação das explicações e menos retornos ambulatoriais. Os autores também destacam que a satisfação de cuidadores com habilidades interpessoais de comunicação modifica a vivência de pais e profissionais, ao implicar: a) confiança no médico; b) provisão de mais informações pelos pais; c) alívio das sobrecargas psicossociais; d) melhor compreensão e recordação das orientações; e) diminuição da sobrecarga.

No estudo de Clark et al. (2000), por exemplo, dois grupos de pediatras, submetidos a um programa de treinamento sobre comunicação, foram comparados a partir das habilidades comunicativas estabelecidas em consultas. Os autores destacam que a qualidade da comunicação esteve diretamente associada com a melhor adesão às recomendações: o grupo de médicos submetido à intervenção incluiu mais habilidades instrumentais em suas consultas (protocolos educativos e instruções escritas sobre sintomas), aspectos que foram salientados pelos cuidadores como relevantes à comunicação. Como resultado, as crianças atendidas por este grupo tiveram menos internações e visitas à emergência, em comparação ao grupo controle e às ocorrências anteriores ao treinamento.

Tradicionalmente, a satisfação dos cuidadores com a comunicação tem sido o principal foco de estudo na literatura, com índices de 82% de aprovação (Hart, Kelleher, Drotar & Scholle, 2007). Goore, Mangione-Smith, Elliott, McDonald e Kravitz (2001) analisaram a associação entre a satisfação dos cuidadores e a quantidade de tempo investido pelo médico nas explicações

e respostas a dúvidas. Os resultados apontaram maior satisfação com explicações detalhadas em tempo breve a moderado, e não com respostas muito demoradas, mas apenas 62% dos cuidadores referiram que o médico havia devidamente abordado suas dúvidas e solicitações. Por outro lado, Brown e Wissow (2008) analisaram a relação entre como o médico aborda as preocupações e sobrecargas vivenciadas pelas mães e a satisfação das cuidadoras. Segundo os autores, mães que discutiram fatores estressores do tratamento, durante o atendimento, indicaram maior satisfação com a comunicação.

O estudo de Hart, Drotar, Gori e Lewin (2006) analisou a influência de um treinamento breve para médicos sobre a satisfação de cuidadores com o atendimento. Neste trabalho, residentes participaram de uma apresentação interativa e educacional baseada no desenvolvimento de habilidades interpessoais eficientes, tais como empatia, colaboração e fornecimento de suporte social. Os resultados apontaram que os médicos foram mais bem avaliados após o treinamento, mas mudanças mais específicas nas habilidades comunicativas não foram percebidas pelos pais. Em outros estudos, cuidadores e pacientes destacaram fatores preponderantes que podem promover uma comunicação satisfatória: habilidades clínicas de diagnóstico, interações interpessoais, aptidões instrumentais, qualidade das explicações sobre o tratamento, uso de linguagem acessível, informações claras e detalhadas e promoção de acolhimento frente a incertezas e ansiedade (Crossley & Davies, 2005; Drotar, 2009; Fisher & Broome, 2010; Périco, Grosseman, Robles & Stoll, 2006; Wissow & Kimel, 2002).

Outros fatores relevantes incluem adaptação da linguagem técnica, disponibilidade de tempo para perguntas, identificação de pais e pacientes pelo nome próprio e estabelecimento de vínculo colaborativo entre médico e cuidadores (Hammond & McLean, 2009; Hart et al., 2007). Há uma tendência recente em avaliar a contribuição do uso de computadores nas consultas e alguns estudos têm formulado instrumentos padronizados para avaliar a satisfação com interações *online* (Co, Mohamed, Kelleher, Edgman-Levitan & Perrin, 2008; Crossley, Eiser & Davies, 2005; Johnson et al., 2008; Moseley, Clark, Gebremariam, Sternthal & Kemper, 2006; Wissow, Brown & Krupnick, 2010).

Muitas vezes, as dificuldades na comunicação são promovidas pela própria organização do atendimento, tais como condições no ambiente de espera pela consulta, o excessivo número de pacientes e o longo tempo de espera, que podem estabelecer um contexto propício ao desgaste prévio e à minimização de interações eficientes na consulta (Gabe et al., 2004; Wissow & Kimel, 2002). A inclusão de temas adicionais às informações de cunho biomédico também constitui um aspecto importante salientado pela literatura, considerando que dificuldades de ordem emocional e psicossocial podem ser geradas em função do tratamento e potencializam as exigências deste contexto (Coleman, 2002; Patistea & Babatsikou, 2003; Schuster, Duan, Regalado & Klein, 2000). A literatura indica que a comunicação em pediatria caracteriza-se prioritariamente por interações instrumentais, em detrimento de abordagens psicossociais ou afetivo-emocionais. O trabalho de Wassmer et al. (2004) destacou que a comunicação estabelecida pelos médicos foi 84% instrumental (incluindo perguntas sobre o estado físico da criança, fornecimento de informações e instruções), 13% afetiva (expressar preocupações e fornecer suporte social) e apenas 3% social (estabelecer vínculos com cuidador e criança).

Blumberg e O'Connor (2004) e Clarke e Fletcher (2003) destacaram que as preocupações dos cuidadores frequentemente ultrapassam os cuidados em saúde, incluindo apreensões sobre a dinâmica familiar e assuntos psicossociais. Segundo os autores, a comunicação em atendimento pediátrico depende também da predisposição dos cuidadores: pais com melhor humor são propensos a indicar suas preocupações em consultas e receber instruções sobre cuidados. Por outro lado, pais com humor agressivo ou deprimido podem julgar irrelevante a discussão de assuntos psicossociais. Van Dulmen (2004) enfatiza a importância de estabelecer temas psicossociais no acompanhamento pediátrico, mas destaca que pouco se sabe a respeito do quanto os médicos estão engajados nesse comportamento.

Conforme descrito, muitos estudos destacam a importância de ampliar a comunicação em consultas pediátricas além da abordagem tradicional, centralizada em informações biofisiológicas, para uma abordagem

biopsicossocial, que inclua a discussão de dúvidas, aspectos afetivo-emocionais e vivência psicossocial de dificuldades associadas ao tratamento (Blumberg & O'Connor, 2004; Brown & Wissow, 2008; Schuster et al., 2000; Zwaanswijk et al., 2007). Muitas vezes, os médicos podem evitar incluir assuntos de ordem psicossocial pela crença de que tais temas são demasiadamente intrusivos, por não haver tempo disponível ou por não terem treinamento para lidar com tais elementos (Brown & Wissow, 2008; Hayutin, Reed-Knight, Blount, Lewis & McCormick, 2009; Schuster et al., 2000). Em outras ocasiões, os cuidadores, apesar de reconhecerem suas demandas psicossociais, também não incluem essas dificuldades na consulta, por considerarem a discussão de tais fatores inviável ou irrelevante (Hayutin et al., 2009; Bates & Meeuwesen, 2001; Wildman, Stancin, Golden & Yerkey, 2004).

Influência da comunicação na vivência de pacientes pediátricos

A literatura recente é unânime em sinalizar que a interação em contexto de atendimento pediátrico ainda ocorre entre os polos adultos, excluindo a criança ou adolescente da comunicação. Embora a participação do paciente pediátrico nas consultas venha aumentando ao longo dos últimos vinte anos, comumente é estabelecido um contexto em que a criança participa apenas como provedor de informações básicas (Armelin, Wallau, Sarti & Pereira, 2005; Nobile & Drotar, 2003; Bates & Meeuwesen, 2000; 2001; Bates, Meeuwesen, Elbers & Bensing, 2002c; Young, Dixon-Woods, Windridge & Heney 2003). Segundo Bates, Elbers, Meeuwesen e Bensing (2002a), em geral os próprios pais são os principais responsáveis pela situação excludente, mediando a interação e respondendo perguntas inicialmente dirigidas ao paciente. Esses autores indicam ainda que, em seu estudo, apenas 12% dos médicos informaram diretamente às crianças acima de dez anos sobre seu diagnóstico e tratamento.

Os trabalhos de Bates e Meeuwesen (2000), e também Bates et al. (2002a), com pacientes a partir de quatro anos de idade, indicam aumento da participação dos pacientes nas consultas nos últimos vinte anos (de 7,9% para 8,5%), mas, em 90,0% dos casos, a interação caracteriza-se por um padrão não participativo do paciente. De modo geral, a interação médico-paciente

concentra-se em aspectos distrativos durante o exame físico, mas as orientações de cuidados e abordagem a dúvidas são majoritariamente direcionadas aos pais (Tates et al., 2002a; Van Dulmen, 2004; Van Dulmen & Holl, 2000; Wissow & Kimel, 2002; Young et al., 2003).

Estudos que focalizaram a inserção de cada participante da tríade no processo comunicativo apontaram resultados importantes. O médico geralmente direciona as interações, sendo responsável por 52% a 61% de iniciativas à comunicação (Tates & Meeuwesen, 2001; Bates, Meeuwesen, Bensing & Elbers, 2002b; Wassmer et al., 2004). Por outro lado, os cuidadores contribuem com 26% a 39% da interação, e os pacientes pediátricos têm sua participação reduzida, entre 2% e 14% (Nova, Vegni & Moja, 2005; Bates & Meeuwesen, 2000; 2001; Bates et al., 2002b; Wassmer et al., 2004). No trabalho de Wassmer et al. (2004), a iniciativa dos cuidadores concentrou-se em fornecer informações (83%) e buscar esclarecimentos (13%), enquanto a solicitação de informações por parte da criança foi restrita a 3% das interações.

Dados sociodemográficos dos cuidadores têm sido associados à quantidade e qualidade das informações providas pelos médicos, com menos informações a pais com renda e escolaridade mais baixas (Miller, Drotar, Burant & Kodish, 2005; Moseley et al., 2006). Além disso, a idade do paciente é referida como um aspecto importante à interação: crianças com mais idade e adolescentes tendem a iniciar mais interações e ser mais incluídos na comunicação (Drotar, 2009; Howells, Davies, Silverman, Archer & Mellon, 2010; Perosa & Ranzani, 2008; Bates et al., 2002a; Bates et al., 2002b; Bates, et al., 2002c). Entretanto, muitos autores destacam que pacientes pediátricos, desde três anos de idade, já vivem de forma intensa o tratamento, buscam explicações para a doença, tentam esclarecer dúvidas, refletem sobre incertezas e precisam administrar grande quantidade de informações recebidas (Mårtenson & Fägerskiöld, 2007; Mårtenson, Fägerskiöld & Berteró, 2007; Nova et al., 2005; Vatne, Slaughter & Ruland, 2009).

Aprendizagem e aquisição de habilidades comunicativas

A literatura destaca que a formação técnica para médicos não inclui treinamento satisfatório sobre inte-

ração em atendimento pediátrico. Dubé, LaMonica, Boyle, Fuller e Burkholder (2003) destacaram a insuficiência da prática sobre comunicação ao longo da formação acadêmica de residentes: mais da metade da amostra não observou qualquer consulta com pacientes pediátricos e 12% indicaram a ausência de treino formal para comunicar-se com pacientes. Os médicos participantes do estudo de Perosa e Ranzani (2008) e Rider, Volkan e Hafler (2008) destacaram a importância de abordar, durante a graduação, o treinamento de habilidades de comunicação em Pediatria, mas poucos referiram que receberam tal conteúdo durante sua formação.

Considerando o treinamento sobre comunicação geralmente insatisfatório na formação acadêmica de pediatras, a literatura destaca que intervenções breves, após o início da prática profissional, têm se mostrado promissoras, ao alterar o repertório de comportamentos interativos em contextos pediátricos, indicando que os profissionais podem se beneficiar de treinamentos. Programas breves, incluindo palestras, grupos focais e *role play*, conduziram à ampliação do repertório de habilidades comunicativas em atendimento, maior satisfação dos cuidadores com os grupos submetidos a intervenções e percepção de maior autoeficácia (Farrell, Ryan & Langrick, 2001; Felt & O'Connor, 2003; Gough, Frydenberg, Donath & Marks, 2009; Hart et al., 2006; Kemper, Foy, Wissow & Shore, 2008; Nikendei et al., 2010; Van Dulmen & Holl, 2000).

Estudos descritivos e trabalhos com intervenção psicossocial

A literatura indica primazia de estudos descritivos sobre os processos comunicativos estabelecidos em atendimento pediátrico, em detrimento de trabalhos com caráter intervencionista que analisam mudanças específicas em padrões comportamentais de médicos, cuidadores e pacientes. Algumas pesquisas sobre intervenções em processos de comunicação em contexto pediátrico merecem destaque e são analisadas a seguir.

O estudo experimental de Clark et al. (2000) comparou dois grupos de médicos pediatras em relação aos padrões comunicativos antes e após intervenção (um seminário breve sobre habilidades facili-

tadoras à comunicação). Os resultados indicaram avanços consequentes à intervenção, relativos a habilidades de interação dos médicos e adesão aos cuidados por parte de cuidadores e pacientes, destacando que as reflexões fornecidas em palestras podem promover mudanças nos padrões de interação. Já o trabalho de Felt e O'Connor (2003) comparou dois grupos quanto à influência do uso de um questionário comportamental sobre os filhos, respondido pelos pais, e a abordagem a temas psicossociais nas consultas subsequentes, a partir da disponibilidade do instrumento durante o atendimento. Os cuidadores que utilizaram o questionário discutiram mais os temas referidos no instrumento e mencionaram maior satisfação com o atendimento.

O estudo de Hart et al. (2006) comparou os efeitos de uma palestra educativa sobre as habilidades interpessoais de comunicação de médicos residentes e os resultados indicaram que este breve procedimento resultou em mudanças estatisticamente significativas no padrão comunicativo, além de maior satisfação com o atendimento. Destaca-se ainda o estudo de Van Dulmen e Holl (2000), em que dois grupos foram comparados quanto a habilidades comunicativas após um treinamento breve. O grupo submetido ao programa de intervenção incluiu mais fatores psicossociais em suas consultas, estabeleceu mais contato visual e permitiu maior participação das díades nas consultas, além de emitir mais expressões de concordância e disponibilizar mais espaço às dúvidas. Já a pesquisa de Hayutin et al. (2009) analisou o efeito de um questionário, respondido por pais e utilizado na consulta, em comparação a um grupo submetido ao atendimento padrão. O preenchimento e o uso do questionário em consultas resultaram em mais temas psicossociais abordados no atendimento e maiores escores de satisfação dos cuidadores.

Os trabalhos analisados na presente pesquisa enfatizam principalmente a satisfação com a comunicação como medida observável sobre a qualidade da interação, mas poucas pesquisas descrevem de fato os elementos que constituem a dinâmica triádica no atendimento. A satisfação do usuário com a interação é um elemento essencial para promover um serviço cada vez mais eficiente, entretanto este é apenas um aspecto

relacionado ao contexto interativo, que não descreve de modo fidedigno o processo comunicativo estabelecido (Darby, 2002). Wissow e Kimel (2002) destacam que há uma grande incidência de estudos sobre a satisfação dos pais em relação à comunicação, mas os relatos podem sofrer efeitos de desejo de aceitação social, inexatidão de respostas e percepção distorcida sobre a relação, indicando a importância de observações diretas sobre a interação, menos suscetíveis a vieses.

Patistea e Babatsikou (2003) destacam a necessidade de melhorar a organização do serviço de atendimento, considerando que este contexto tem papel decisivo para a qualidade da comunicação. Melhorar o sistema de consultas, enfatizar o treino em habilidades comunicativas na formação do estudante de Medicina, organizar o atendimento e diminuir a burocracia são fatores preponderantes para melhorar a qualidade da comunicação.

Darby (2002), Goore et al. (2001), Mack, Wolf, Grier, Cleary e Weeks (2006) e também Howells e Lopez (2008) indicam que as preferências pela quantidade e tipo de informação constituem um aspecto bastante individual e subjetivo, destacando a necessidade de intervenções específicas a pacientes e familiares que contribuam para o processo de comunicação de acordo com as demandas individuais. Autores como Darby (2002), Howells e Lopez (2008), Tates e Meeuwesen (2000; 2001), Wassmer et al. (2004), são enfáticos ao destacar a importância de incluir o paciente pediátrico no processo comunicativo, a fim de garantir sua autonomia e envolvê-lo ativamente no próprio tratamento. Wassmer et al. (2001) e Wildman et al. (2004) destacam a importância de incluir elementos afetivo-emocionais e psicossociais na rotina de atendimento, bem como a modificação na forma de abordar elementos para além da linguagem técnica.

Considerando a comunicação como um processo dinâmico, são também importantes estudos de acompanhamento que analisem mudanças nessa interação ao longo do tempo, especialmente em contextos de tratamento crônico (Nobile & Drotar, 2003; Tates et al., 2002a). Por fim, são necessários mais estudos de intervenção que avaliem a influência de programas psicossociais sobre a interação comunicativa em aten-

dimento pediátrico para além das pesquisas sobre satisfação com a interação, conforme Nobile e Drotar (2003).

Referências

- Armelin, C. B., Wallau, R. A., Sarti, C. A., & Pereira, S. R. (2005). A comunicação entre os profissionais de pediatria e a criança hospitalizada. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, 15(2), 45-54.
- Blumberg, S. J., & O'Connor, K. S. (2004). Parent's mood and the content of pediatric care for young children. *Ambulatory Pediatrics*, 4(3), 209-216.
- Brown, J. D., & Wissow, L. S. (2008). Discussion of maternal stress during pediatric primary care visits. *Ambulatory Pediatrics*, 8(6), 368-374.
- Clark, N. M., Gong, M., Schork, M. A., Kaciroti, N., Evans, D., Roloff, D., et al. (2000). Long-term effects of asthma education for physicians on patient satisfaction and use of health services. *European Respiratory Journal*, 16(1), 15-21.
- Clarke, J. N., & Fletcher, P. (2003). Communication issues faced by parents who have a child diagnosed with cancer. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 20(4), 175-191.
- Co, J. P. T., Mohamed, H., Kelleher, M. L., Edgman-Levitan, S., & Perrin, J. M. (2008). Feasibility of using a tablet computer survey for parental assessment of resident communication skills. *Ambulatory Pediatrics*, 8(6), 375-378.
- Coleman, W. (2002). Family-focused pediatrics: A primary care family systems approach to psychosocial problems. *Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care*, 32(8), 260-305.
- Crossley, J. & Davies, H. (2005). Doctor's consultation with children and their parents: A model of competencies, outcomes and confounding influences. *Medical Education*, 39(8), 807-819.
- Crossley, J., Eiser, C., & Davies, H. A. (2005). Children and their parents assessing the doctor-patient interaction: A rating system for doctors' communication skills. *Medical Education*, 39(8), 820-828.
- Darby, C. (2002). Patient/Parent assessment of the quality of care. *Ambulatory Pediatrics*, 2(4), 345-348.
- DiMatteo, M. R. (2004). The role of effective communication with children and their families in fostering adherence to pediatric regimens. *Patient Education and Counseling*, 55(3), 339-344.
- Drotar, D. (2009). Physician behavior in the care of pediatric chronic illness: Association with health outcomes and treatment adherence. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 30(3), 246-254.
- Dubé, C. E., LaMonica, A., Boyle, W., Fuller, B. & Burkholder, G. J. (2003). Self-assessment of communication skills preparedness: Adult versus pediatric skills. *Ambulatory Pediatrics*, 3(3), 137-141.

- Farrell, M., Ryan, S., & Langrick, B. (2001). "Breaking bad news" within a paediatric setting: An evaluation report of a collaborative education workshop to support health professionals. *Journal of Advanced Nursing*, 36(6), 765-775.
- Felt, B.T., & O'Connor, M. E. (2003). Use of the child development review increases residents' discussion of behavioral problems. *Ambulatory Pediatrics*, 3(1), 2-8.
- Fisher, M. J., & Broome, M. E. (2010). Parent-provider communication during hospitalization. *Journal of Pediatric Nursing*, 26(1), 58-69.
- Gabe, J., Olumide, G., & Bury, M. (2004). 'It takes three to tango': A framework for understanding patient partnership in paediatric clinics. *Social Science and Medicine*, 59(5), 1071-1079.
- Garcia, A. (2003). A interação entre médico, pais e a criança na consulta pediátrica. *Pediatria Moderna*, 39(11), 460-463.
- Goore, Z., Mangione-Smith, R., Elliott, M. N., McDonald, L., & Kravitz, R. L. (2001). How much explanation is enough? A study of parent requests for information and physician responses. *Ambulatory Pediatrics*, 1(6), 326-332.
- Gough, J. K., Frydenberg, A. R., Donath, S. K., & Marks, M. M. (2009). Simulated parents: Developing paediatric trainees' skills in giving bad news. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 45(3), 133-138.
- Hammond, M., & McLean, E. (2009). What parents and carers think medical students should be learning about communication with children and families. *Patient Education and Counseling*, 76(3), 368-375.
- Hart, C. N., Drotar, D., Gori, A., & Lewin, L. (2006). Enhancing parent-provider communication in ambulatory pediatric practice. *Patient Education and Counseling*, 63(1-2), 38-46.
- Hart, C. N., Kelleher, K. J., Drotar, D., & Scholle, S. H. (2007). Parent-provider communication and parental satisfaction with care of children with psychosocial problems. *Patient Education and Counseling*, 68(2), 179-185.
- Hayutin, L. G., Reed-Knight, B., Blount, R. L., Lewis, J., & McCormick, M. L. (2009). Increasing parent-pediatrician communication about children's psychosocial problems. *Journal of Pediatric Psychology*, 34(10), 1155-1164.
- Howells, R., & Lopez, T. (2008). Better communication with children and parents. *Paediatrics and Child Health*, 18(8), 381-385.
- Howells, R., Davies, H. A., Silverman, J. D., Archer, J. C., & Mellon, A. F. (2010). Assessment of doctor's consultation skills in the paediatric setting: The paediatric consultation assessment tool. *Archives of Diseases in Childhood*, 95(5), 323-329.
- Johnson, K. B., Serwint, J. R., Fagan, L. A. Thompson, R. E., Wilson, M. E. H., & Roter, D. (2008). Computer-based documentation: Effects on parent-provider communication during pediatric health maintenance encounters. *Pediatrics*, 122(3), 590-598.
- Kemper, K. J., Foy, J. M., Wissow, L., & Shore, S. (2008). Enhancing communication skills for pediatric visits through on-line training using video demonstrations. *BMC Medical Education*, 8(8), 1-9.
- Korsch, B.M., Gozzi, E.K., & Francis, V. (1968). Gaps in doctor-patient communication: I. Doctor-patient interaction and patient satisfaction. *Pediatrics*, 42(5), 855-871.
- Liu, G. C., Harris, M. A., Keyton, S. A., & Frankel, R. M. (2007). Use of unstructured parent narratives to evaluate medical student competencies in communication and professionalism. *Ambulatory Pediatrics*, 7(3), 207-213.
- Mack, J. W., Wolfe, J., Grier, H. E., Cleary, P. D., & Weeks, J. C. (2006). Communication about prognosis between parents and physicians of children with cancer: Parent preferences and the impact of prognostic information. *Journal of Clinical Oncology*, 24(33), 5265-5270.
- Mårtensson, E. K., & Fägerskiöld, A. M. (2007). A review of children's decision-making competence in health care. *Journal of Clinical Nursing*, 17(23), 3131-3141.
- Mårtensson, E. K., Fägerskiöld, A. M., & Berteró, C. M. (2007). Information exchange in paediatric settings: An observational study. *Paediatric Nursing*, 19(7), 40-43.
- Martin, D. W. (2004). *Doing psychology experiments* (6th ed.). Belmont, CA: Thomson Wadsworth.
- Miller, V. A., Drotar, D., Burant, C., & Kodish, E. (2005). Clinician-parent communication during informed consent for pediatric leukemia trials. *Journal of Pediatric Psychology*, 30(3), 219-229.
- Moseley, K. L., Clark, S. J., Gebremariam, A., Sternthal, M. J., & Kemper, A. R. (2006). Parent's trust in their child's physician: Using an Adapted Trust in Physician Scale. *Ambulatory Pediatrics*, 6(1), 58-61.
- Nikendei, C., Bosse, H. M., Hoffmann, K., Möltner, K., Hancke, R., Conrad, C., et al. (2010). Outcome of parent-physician communication skills training for pediatric residents. *Patient Education and Counseling*, 82(1), 94-99.
- Nobile, C., & Drotar, D. (2003). Research on the quality of parent-provider communication in pediatric care: Implications and recommendations. *Developmental and Behavioral Pediatrics*, 24(4), 279-290.
- Nova, C., Vegni, E., & Moja, E. A. (2005). The physician-patient-parent communication: A qualitative perspective on the child's contribution. *Patient Education and Counseling*, 58(3), 327-333.
- 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), 459-469.
- Patistea, E., & Babatsikou, F. (2003). Parent's perceptions of the information provided to them about their child's leukemia. *European Journal of Oncology Nursing*, 7(3), 172-181.
- Périco, G. V., Grosseman, S., Robles, A. C. C., & Stoll, C. (2006). Percepção de mães sobre a assistência prestada a seus filhos por estudantes de medicina da sétima fase: estudo de caso no ambulatório de pediatria de um hospital universitário. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 30(2), 49-55.

- Perosa, G. B., & Ranzani, P. M. (2008). Capacitação do médico para comunicar más notícias à criança. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 32(4), 468-473.
- Rider, E. A., Volkan, K., & Hafner, J. P. (2008). Pediatric resident's perceptions of communication competencies: Implications for teaching. *Medical Teaching*, 30(7), 208-217.
- Schuster, M. A., Duan, N., Regalado, M., & Klein, D. J. (2000). Anticipatory guidance: What information do parents receive? What information do they want? *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine*, 154(12), 1191-1198.
- Scrimin, S., Axia, G., Tremolada, M., Pillon, M., Capello, F., & Zanesco, L. (2005). Conversational strategies with parents of newly diagnosed leukaemic children: An analysis of 4880 conversational turns. *Support Care Cancer*, 13(5), 287-294.
- Shadish, W. R., Cook, T. D., & Campbell, D. T. (2002). *Experimental and quasi-experimental designs for generalized causal inference*. New York: Houghton Mifflin.
- Sobo, E. J. (2004). Good communication in pediatric cancer care: A culturally-informed research agenda. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 21(3), 150-154.
- Tates, K., & Meeuwesen, L. (2000). "Let mum have her say": Turntaking in doctor-parent-child communication. *Patient Education and Counseling*, 40(2), 151-162.
- Tates, K., & Meeuwesen, L. (2001). Doctor-parent-child communication: A (re)view of the literature. *Social Science and Medicine*, 52(6), 839-851.
- Tates, K., Elbers, E., Meeuwesen, L., & Bensing, J. (2002a). Doctor-parent-child relationships: A 'pas de trois'. *Patient Education and Counseling*, 48(1), 5-14.
- Tates, K., Meeuwesen, L., Bensing, J., & Elbers, E. (2002b). Joking or decision-making? Affective and instrumental behaviour in doctor-parent-child communication. *Psychology and Health*, 17(3), 281-295.
- Tates, K., Meeuwesen, L., Elbers, E., & Bensing, J. (2002c). "I've come for his throat": Roles and identities in doctor-parent-child communication. *Child: Care, Health & Development*, 28(1), 109-116.
- Van Dulmen, S. (2004). Pediatrician-parent-child communication: Problem-related or not? *Patient Education and Counseling*, 52(1), 61-68.
- Van Dulmen, S., & Holl, R. A. (2000). Effects of continuing paediatric education in interpersonal communication skills. *European Journal of Pediatrics*, 159(7), 489-495.
- Varni, J. W., Quiggins, D. J. L., & Ayala, G. X. (2000). Development of the pediatric hematology/oncology parent satisfaction survey. *Children's Health Care*, 29(4), 243-255.
- Vatne, T. M., Slaughter, L., & Ruland, C. M. (2009). How children with cancer communicate and think about symptoms. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*, 27(1), 24-32.
- Viana, V., & Almeida, J. P. (1998). Psicologia pediátrica: do comportamento à saúde infantil. *Análise Psicológica*, 16(1), 29-40.
- Viegas, D. (2003). A importância do diálogo na consulta pediátrica. *Revista Brasileira de Medicina*, 9(1), 20-22.
- Wassmer, E., Minnaar, G., Aal, N. A., Atkinson, M., Gupta, E., Yuen, S., et al. (2004). How do paediatricians communicate with children and parents? *Acta Paediatrica*, 93(11), 1501-1506.
- Wildman, B. G., Stancin, T., Golden, C., & Yerkey, T. (2004). Maternal distress, child behaviour, and disclosure of psychosocial concerns to a paediatrician. *Child, Care, Health & Development*, 30(4), 385-394.
- Wissow, L. S., & Kimel, M. B. (2002). Assessing provider-patient-parent communication in the pediatric emergency department. *Ambulatory Pediatrics*, 2(4), 323-329.
- Wissow, L. S., Brown, J. D., & Krupnick, J. (2010). Therapeutic alliance in pediatric primary care: Preliminary evidence for a relationship with physician communication style and mother's satisfaction. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 31(2), 83-91.
- Young, B., Dixon-Woods, M., Windridge, K. C., & Heney, D. (2003). Managing communication with young people who have a potentially life threatening chronic illness: Qualitative study of patients and parents. *British Medical Journal*, 326(7384), 305-309.
- Zwaanswijk, M., Tate, K., van Dulmen, S., Hoogerbrugge, P. M., Kamps, W. A., & Bensing, J. M. (2007). Young patients' parents', and survivors' communication preferences in paediatric oncology: Results of online focus groups. *BMC Pediatrics*, 7(35), 1-10.

Recebido em: 28/4/2011
 Versão final em: 20/3/2012
 Aprovado em: 23/4/2012

ANEXO

Quadro-síntese dos estudos analisados.
Análise baseada em Martin (2004) e Shadish, Cook e Campbell (2002).

Continua

Autores/Ano	Objetivos	Instrumentos e/ou Técnicas	Participantes	Delineamento e Tipo de Análise	Principais Resultados
Armelin et al. (2005)	Descrever a comunicação	Entrevistas Observação	Duas crianças e 13 profissionais	Descritivo Qualitativa	A comunicação se estabelece entre médico e cuidador.
Blumberg e O'Connor (2004)	Avaliar relação humor dos pais e fornecimento de instruções	Entrevistas <i>Mental Health Inventory</i>	2 068 cuidadores	Descritivo/ Exploratório Quantitativa	Pais com humor positivo indicaram ações preventivas; pais com humor negativo não discutiram demandas.
Brown e Wissow (2008)	Investigar relação <i>stress</i> - satisfação	General Health Questionnaire	747 mães	Descritivo/ Exploratório Quantitativa	35% das mães discutiram <i>stress</i> na consulta e estas indicaram maior satisfação.
Clark et al. (2000)	Avaliar a eficácia de procedimento sobre comunicação	Questionários Seminários Entrevistas	74 pediatras e 637 crianças	Quase-experimental Quantitativa	Grupo experimental usou mais comportamentos instrumentais e foi mais bem qualificado, houve menos internações.
Clarke e Fletcher (2003)	Avaliar percepção dos pais	Entrevistas	29 pais	Descritivo/ Exploratório Qualitativa	Destacada necessidade de administrar informações e a importância do apoio médico.
Co et al. (2008)	Avaliar viabilidade de pesquisa <i>online</i>	<i>Software</i> com 28 itens	62 cuidadores	Descritivo/ Exploratório Quantitativa	O uso de questionários <i>online</i> é viável, com retorno comparável a pesquisas <i>survey</i> .
Coleman (2002)	Descrever modelo para atendimento	Revisão não sistemática de literatura	-	Revisão de Literatura Qualitativa	Importância da inclusão de aspectos psicossociais na consulta.
Crossley et al. (2005)	Investigar instrumento	Análise estatística de fidedignidade	352 famílias e 62 médicos	Análise de instrumento Quantitativa	Escore mais baixos para discussão de aspectos familiares.
Crossley e Davies (2005)	Analisar fatores envolvidos na comunicação	Revisão de literatura (1986-2000)	40 médicos	Revisão de Literatura Qualitativa	Indicação de habilidades facilitadoras à comunicação.
Darby (2002)	Avaliar literatura em comunicação e satisfação	Revisão não sistemática de literatura	-	Revisão de Literatura Qualitativa	As pesquisas sobre comunicação têm focalizado a satisfação do usuário.
DiMatteo (2004)	Analisar literatura	Revisão não sistemática de literatura	-	Revisão de Literatura Qualitativa	A comunicação eficiente é preditora de adesão satisfatória ao tratamento.
Drotar (2009)	Revisar literatura em comunicação	Revisão de literatura (1980-2008)	-	Revisão de Literatura Qualitativa	Há discrepância entre necessidades de pais/pacientes e comportamento dos médicos.
Dubé et al. (2003)	Avaliar treino durante graduação	Questionário	143 residentes	Descritivo/ Exploratório Quantitativa	Mais da metade dos residentes não observou consulta e 12% não recebeu treino.
Farrell et al. (2001)	Avaliar a eficiência de treinamento	Treinamento em grupos, palestras e <i>role play</i>	45 profissionais	Descritivo/ Exploratório Qualitativa e Quantitativa	Todos os participantes destacaram a eficiência do treinamento.

ANEXO

Quadro-síntese dos estudos analisados.
Análise baseada em Martin (2004) e Shadish, Cook e Campbell (2002).

Continuação

Autores/Ano	Objetivos	Instrumentos e/ou Técnicas	Participantes	Delineamento e Tipo de Análise	Principais Resultados
Felt e O'Connor (2003)	Avaliar influência de questionário	Questionários <i>Child Development Review</i> (CDR)	257 díades e 66 residentes	Quase-experimental Quantitativa	O uso do <i>Child Development Review</i> aumentou a identificação e discussão de problemas comportamentais.
Fisher e Broome (2010)	Comparar percepção sobre comunicação	Entrevistas	Dez pais, enfermeiros e médicos	Descritivo/ Exploratório Qualitativa	Participantes destacaram a comunicação inclusiva e comportamentos facilitadores.
Gabe et al. (2004)	Revisar literatura sobre parcerias no atendimento	Revisão não sistemática de literatura	-	Revisão de Literatura Qualitativa	A interação triádica precisa ser investigada para garantir maior participação dos pacientes.
Garcia (2003)	Revisar literatura sobre comunicação	Revisão não sistemática de literatura	-	Revisão de Literatura Qualitativa	Interação se estabelece entre médico e cuidador. Pacientes devem participar mais.
Goore et al. (2001)	Avaliar satisfação com interação	Questionários	Dez médicos e 306 díades	Descritivo/ Exploratório Quantitativo	Respostas com duração moderada são mais satisfatórias.
Gough et al. (2009)	Descrever experiência de residentes	Entrevistas Videogravação	Nove residentes	Descritivo/ Exploratório Qualitativa Quantitativa	Percepção incluiu complexidade da comunicação, segurança e comportamentos facilitadores à comunicação.
Hammond e McLean (2009)	Investigar percepção de cuidadores	Grupos Focais Questionários	32 cuidadores	Descritivo/ Exploratório Qualitativa Quantitativa	Participantes enfatizaram a necessidade de humanização no atendimento e fornecimento adequado de informações.
Hart et al. (2006)	Avaliar a eficácia de intervenção breve sobre a comunicação em pediatria	Palestra, <i>role play</i> . <i>Parent's Perceptions of Primary Care</i> e <i>Parent Medical Interview Satisfaction Scale</i>	28 residentes e 92 pais	Sujeito como próprio controle Quantitativa	Residentes utilizaram mais habilidades interpessoais após intervenção. Escores sobre satisfação com atendimento não foram modificados.
Hart et al. (2007)	Avaliar a relação comunicação e satisfação	Questionários	804 famílias	Descritivo/ exploratório Quantitativa	Pais indicaram boa comunicação e 82% relataram atendimento satisfatório.
Hayutin et al. (2009)	Avaliar efeitos de dois procedimentos	<i>Communication Questionnaire</i> e <i>Pediatric Symptom Checklist</i>	174 pais e 12 médicos	Quase-experimental Quantitativa	Grupos que responderam ao questionário estabeleceram melhor comunicação.
Howells e Lopez (2008)	Indicar desafios e habilidades facilitadoras	Estudo teórico	-	Estudo teórico Qualitativa	Há desafios à comunicação e à falta de treino na formação.
Howells et al. (2010)	Avaliar <i>Paediatric Consultation Assessment Tool</i>	Análise fatorial e codificação de interações em consultas	36 pediatras (188 consultas)	Análise de instrumento psicométrico Quantitativa	O <i>Paediatric Consultation Assessment Tool</i> apresenta validade, fidedignidade e viabilidade para ser utilizado para análise da interação em consultas.

ANEXO

Quadro-síntese dos estudos analisados.
Análise baseada em Martin (2004) e Shadish, Cook e Campbell (2002).

Continuação

Autores/Ano	Objetivos	Instrumentos e/ou Técnicas	Participantes	Delineamento e Tipo de Análise	Principais Resultados
Johnson et al. (2008)	Avaliar impacto de documentação via computador na comunicação	Audiogravação Videogravação Computadores	59 residentes 205 díades	Sujeito como próprio controle Quantitativa	Houve aumento de perguntas abertas e abordagem a fatores psicossociais.
Kemper et al. (2008)	Avaliar treino <i>online</i>	Curso <i>online</i> Questionários específicos	61 profissionais	Descritivo/ exploratório Quantitativa	Quase todos os participantes indicaram melhores habilidades após o curso.
Liu et al. (2007)	Investigar avaliação de pais	Questionário específico	573 cuidadores	Descritivo/ Exploratório Qualitativa	Principal aspecto destacado foi a comunicação. A satisfação com a comunicação é relevante.
Mack et al. (2006)	Avaliar informações de prognóstico	Questionários	194 pais e 20 médicos	Descritivo/ Exploratório Qualitativa	A maioria indicou preferência pela maior quantidade possível de informações em números.
Mårtenson et al. (2007)	Descrever interação para pacientes	Observação participante	28 pacientes	Descritivo/ Exploratório Qualitativa	Pacientes interagem sobre suas vivências, buscam informações e interagem ativamente.
Mårtenson e Fägerskiöld (2007)	Revisar literatura	Revisão de literatura (1998-2006)	-	Revisão de literatura Quantitativa Qualitativa	Informações compatíveis e incentivo à participação são importantes para a criança.
Miller et al. (2005)	Avaliar comunicação sobre protocolos	Audiogravação Questionários	127 cuidadores	Descritivo/ exploratório Quantitativa	Cuidadores com escolaridade e renda mais baixas recebem menos informações.
Moseley et al. (2006)	Avaliar validade <i>Pediatric Trust in Physician Scale</i>	Análise estatística de validade	526 pais de crianças	Análise de instrumento psicométrico. Quantitativa	A escala constitui avaliação relevante. Fatores sociodemográficos foram associados a escores.
Nikendei et al. (2010)	Avaliar a influência de um treinamento	Videogravação Palestras, <i>role play</i> Questionários	28 médicos residentes	Experimental Quantitativa	O grupo em intervenção mostrou melhores habilidades comunicativas e melhores escores em autoeficácia.
Nobile e Drotar (2003)	Analisar principais componentes na comunicação	Revisão de literatura (1966-2001)	-	Revisão de Literatura Qualitativa Quantitativa	Comunicação associada à adesão aos cuidados, satisfação, discussão de fatores psicossociais e recordação.
Nova et al. (2005)	Avaliar a contribuição da criança	Videogravação	Dez tríades	Descritivo/ Exploratório Qualitativa Quantitativa	A contribuição quantitativa da criança é limitada, mas pacientes indicaram suas vivências e necessidades.
Oliveira e Gomes (2004)	Avaliar percepção de adolescentes	Entrevistas	18 adolescentes	Descritivo/ Exploratório Qualitativa	Pacientes indicam importância de serem incluídos: mães são mediadoras da comunicação.
Patistea e Babatsikou (2003)	Avaliar tipo, fontes e satisfação com informações	Entrevistas Questionário específico	71 cuidadores de pacientes (média 8 anos)	Descritivo/ Exploratório Qualitativa Quantitativa	Informação é biomédica, pais indicam necessidade de abordar fatores psicossociais. Insatisfação com o sistema.

ANEXO

Quadro-síntese dos estudos analisados.
Análise baseada em Martin (2004) e Shadish, Cook e Campbell (2002).

Continuação

Autores/Ano	Objetivos	Instrumentos e/ou Técnicas	Participantes	Delineamento e Tipo de Análise	Principais Resultados
Périco et al. (2006)	Investigar percepção de mães	Entrevistas	12 mães de crianças	Descritivo/ Exploratório Qualitativa	Participantes indicaram importância de informações em linguagem acessível.
Perosa e Ranzani (2008)	Avaliar percepção de médicos	Questionário	53 médicos	Descritivo/ Exploratório Quantitativa	Médicos indicaram que 30% receberam treinamento na graduação.
Rider et al. (2008)	Avaliar percepção de residentes	Questionário específico	89 residentes	Descritivo/ Exploratório Quantitativa	Participantes destacaram pouco treinamento na formação.
Schuster et al. (2000)	Avaliar percepção de pais	Entrevistas	2 017 pais	Descritivo/ Exploratório Qualitativa Quantitativa	Pais indicaram assuntos para ser inseridos em consultas (fatores psicossociais e de desenvolvimento).
Scrimin et al. (2005)	Analisar interação após diagnóstico	Entrevistas	21 pais de crianças	Descritivo/ exploratório Qualitativa	Fase pós-diagnóstico é crítica, mas há ações facilitadoras à interação.
Sobo (2004)	Descrever comunicação	Estudo teórico	-	Estudo teórico Qualitativa	Há necessidade de mais estudos de intervenção.
Tates e Meeuwesen (2000)	Explorar padrões de iniciativa	Videogravação	58 pediatras e 106 famílias	Descritivo/ Exploratório Quantitativa	A participação infantil vem aumentando, mas ainda é restrita.
Tates e Meeuwesen (2001)	Revisar literatura sobre comunicação	Revisão de literatura (1968-1998)	-	Revisão de literatura Qualitativa Quantitativa	Pesquisas indicam necessidade de inclusão da criança.
Tates, Elbers, Meeuwesen e Bensing (2002)	Analisar participação da criança	Videogravação	58 médicos	Descritivo/ Exploratório Qualitativa Quantitativa	Apesar do direcionamento médico à criança, 90% das interações indicaram não participação. A interação ocorre entre médico-cuidador.
Tates, Meeuwesen, Elbers e Bensing (2002)	Analisar interação comunicativa em pediatria	Videogravação	58 médicos	Descritivo/ Exploratório Qualitativa	Pais e médicos estabelecem um padrão de comunicação que exclui o paciente.
Tates, Meeuwesen, Bensing e Elbers (2002)	Comparar padrões de comunicação afetiva e instrumental	Videogravação	58 médicos e 106 consultas com crianças (4-12 anos)	Descritivo/ Exploratório Quantitativa	A interação entre médico e criança se caracterizou mais por padrões instrumentais que afetivos.
Van Dulmen (2004)	Avaliar padrões de comunicação	Videogravação Questionários específicos	21 médicos e 846 díades	Descritivo/ Exploratório Quantitativa e qualitativa	Padrão biopsicossocial em 45% das consultas. Médicos com menos tempo abordam menos temas psicossociais.
Van Dulmen e Holl (2000)	Avaliar eficiência de programa de intervenção	Treinamento breve sobre comunicação	21 médicos e 608 díades	Quase-experimental Quantitativa	Grupo experimental abordou mais fatores psicossociais, efetuou mais contato visual e mais participação das díades.

ANEXO

Quadro-síntese dos estudos analisados.
Análise baseada em Martin (2004) e Shadish, Cook e Campbell (2002).

Conclusão

Autores/Ano	Objetivos	Instrumentos e/ou Técnicas	Participantes	Delineamento e Tipo de Análise	Principais Resultados
Varni et al. (2000)	Realizar análise fatorial: <i>Pediatric Hematology/Oncology Parent Satisfaction Survey</i>	Videogravação Análise fatorial	113 pais de pacientes pediátricos	Análise de instrumento psicométrico Quantitativa	Houve quatro fatores: satisfação geral, satisfação com comunicação, satisfação com quantidade de informação e disponibilidade de suporte emocional.
Vatne et al. (2009)	Comparar compreensão de sintomas por crianças	Entrevistas	Seis crianças com câncer, oito saudáveis	Descritivo/ exploratório Qualitativa	Houve bom conhecimento da terminologia e características. Crianças com câncer indicaram mais sintomas conhecidos.
Viegas (2003)	Indicar ações facilitadoras à comunicação	Estudo teórico	-	Estudo teórico Qualitativo	São facilitadores: inclusão da criança, linguagem adequada, administração do tempo.
Wassmer et al. (2004)	Descrever comunicação	Questionários Audiogravação	12 médicos e 51 díades	Descritivo/ Exploratório Quantitativa	Médicos contribuem com 61% da interação, crianças apenas 4%.
Wildman et al. (2004)	Avaliar inclusão de sobrecarga materna na consulta	Pediatric Symptom Checklist e Beck Depression Inventory	138 mães e crianças	Descritivo/ Exploratório Quantitativo	Situação psicossocial das mães é importante na comunicação.
Wissow et al. (2010)	Testar Vanderbilt Therapeutic Alliance Scale	Análise fatorial e codificação de interações	243 díades	Análise de instrumento Quantitativa	Escala importante para avaliar as interações comunicativas e aliança terapêutica.
Wissow e Kimel (2002)	Revisar literatura	Revisão não sistemática de literatura	-	Revisão de Literatura Qualitativa	Barreiras à comunicação incluem barulho, ansiedade, incertezas e expectativas.
Young et al. (2003)	Avaliar percepção de pais e pacientes	Entrevistas	19 pais e 13 pacientes	Descritivo/ Exploratório Qualitativa	Pacientes destacaram marginalização na interação.
Zwaanswijk et al. (2007)	Investigar preferências de pais e pacientes	Grupos Focais	Sete pacientes, 11 pais e 18 sobreviventes	Descritivo/ Exploratório Qualitativa	Destaque suporte social, fornecer informações plenas e participar em decisões.

Disfunção temporomandibular na visão de profissionais e acadêmicos de odontologia

Temporomandibular disorders from the perspective of dentistry academics and professionals

Adriana Cristina **ZAVANELLI**¹

Paulo Renato Junqueira **ZUIM**¹

Gláucia de Souza **BARBOZA**²

Mirella Martins **JUSTI**²

Resumo

Este artigo apresenta os resultados de uma pesquisa qualitativa aplicada a alunos e profissionais de Odontologia que trabalham com pessoas que sofrem de disfunção temporomandibular. Objetivou-se investigar a forma como os profissionais e acadêmicos de Odontologia percebem seus pacientes acometidos por essa disfunção, seus sentimentos diante do sofrimento dos mesmos e a importância de uma abordagem multidisciplinar, pontuando quais os tratamentos utilizados. Vale ressaltar que, na problemática da disfunção temporomandibular, estão envolvidos vários fatores, dentre eles o emocional, citado pela maioria dos entrevistados. Os dados obtidos em relação ao conhecimento dos profissionais e alunos quanto ao atendimento do paciente com disfunção temporomandibular foi considerado adequado; entretanto, mostraram inadequações importantes, como o fato de os profissionais não investigarem melhor o histórico de vida do paciente em seu aspecto psicossocial.

Unitermos: Articulação temporomandibular; Odontologia; Tratamento multidisciplinar.

Abstract

This paper presents the results of an applied qualitative study with dental students and professionals who work with people suffering from temporomandibular disorder. The aim was to investigate the way that dental practitioners and students perceive patients affected by this disorder, how they feel faced with the patients' suffering, and the importance they assign to a multidisciplinary approach, highlighting the treatments used. It is noteworthy that various factors are involved in the temporomandibular disorder framework, including emotional factors, as cited by the majority of the respondents. The data obtained indicated that the knowledge of the professionals and students related to caring for people with temporomandibular disorders was appropriate, however, important inadequacies were highlighted, such as the fact that professionals do not investigate the life history of the person in their psychosocial context.

Uniterms: Temporomandibular joint; Dentistry; Multidisciplinary treatment.

▼ ▼ ▼ ▼ ▼

¹ Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Faculdade de Odontologia de Araçatuba, Departamento de Materiais Odontológicos e Prótese. R. José Bonifácio, 1193, Vila Mendonça, 16015-050, Araçatuba, SP, Brasil. Correspondência para/Correspondence to: A. C. ZAVANELLI. E-mail: <zavanelliac@foa.unesp.br>.

² Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Faculdade de Odontologia de Araçatuba, Centro de Promoção da Qualidade de Vida. Araçatuba, SP, Brasil.

Um dos primeiros a tentar explicar o mecanismo da dor foi Aristóteles. Ele dizia que a dor era uma emoção, e não uma sensação, desconsiderando possíveis fatores fisiológicos. Por volta de 1644, Descartes elaborou a Teoria da Especificidade da Dor, explicando que, para cada estímulo de dor, existiria um receptor específico, com uma via de ligação única, que seria traduzida quando essa informação chegasse a um centro de dor no sistema nervoso central. Assim, essa ideia de que a sensação de dor dependeria de uma lesão influenciou e ainda influencia profissionais na compreensão e no significado da dor (Garcia, 2006).

A partir do século XX, mais precisamente em 1965, com Melzack e Wall, a dor passou a ser vista como uma sensação e uma emoção. Esses autores afirmaram que a dor seria resultante da ligação entre fatores físicos, emocionais e cognitivos, surgindo, então, a Teoria da Comporta da Dor. Tal teoria refere-se à ideia de que a dor é regulada por uma “comporta” que pode se abrir ou se fechar por meio de impulsos derivados de nervos periféricos ou do sistema nervoso central, diminuindo ou aumentando a dor percebida (Nogueira, Bergmann & Ribeiro, 2005). Tal constatação motivou o retorno à consideração de que os fatores psicológicos, juntamente com os fatores fisiológicos, existem na sensação de dor.

Nos dias atuais, de acordo com Guimarães (1999), a dor é considerada um problema biopsicossocial de difícil compreensão, pois envolve as diferentes dimensões humanas, dificultando sua mensuração. Uma das definições mais utilizadas nas pesquisas da área é a da *International Association for the Study of Pain* (IASP), que entende a dor como “uma experiência desagradável, sensitiva e emocional, associada a uma lesão real ou potencial dos tecidos ou descrita em termos dessa lesão” (Cruz, Alchieri & Sarda Júnior, 2002, p.173).

Para Pessini (2009), a dor é fisiológica e o sofrimento, psicológico, sendo este segundo muito mais amplo do que o primeiro. O autor complementa essa ideia dizendo que a dor é uma experiência física e psíquica, e que a dor e o sofrimento se reforçam mutuamente: uma dor muito forte e constante pode influenciar todas as dimensões do sofrimento e, no sentido oposto, a ansiedade, a depressão, a solidão ou

o sofrimento do vazio existencial podem acentuar a dor. Marquez (2011), usando uma visão humanista, diz que a “dor é o que o paciente diz ser e existe quando ele diz existir” (p.29), sugerindo que a dor é uma experiência particular a cada indivíduo.

Para a dor existem diversas classificações, mas, de maneira geral, os pesquisadores a dividem em dor aguda, aguda recorrente e crônica (Straub, 2005). Este estudo concentra-se na dor crônica por ser ela parte da sintomatologia referida nas Disfunções Temporomandibulares (DTM).

A dor crônica pode ter origens em doenças estruturais ou funcionais, permanecendo após a cura da lesão nos tecidos (Murta, 1999). Essa ideia abre várias questões por se tratar de um fenômeno em que, muitas vezes, não há um comprometimento físico da pessoa que justifique sentir tanta dor. Em muitos casos, a lesão é mínima ou até inexistente. Cardoso e Paraboni (2010), explicam que a instalação da dor localizada em uma determinada parte do corpo poderia corresponder a uma tentativa de controlar a “excitação traumática” criando uma forma de identificar e localizar a dor para sua melhor compreensão. Murta (1999) ressalta que há diversos pesquisadores discutindo a multiplicidade de fatores envolvidos no mecanismo da dor crônica; assim, têm sido adotados diferentes critérios e sistemas de classificação para o problema.

Segundo o *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (Murta, 1999), a dor pode ser considerada crônica após seis meses de duração, sendo classificada de três maneiras: (1) “desordem de dor associada com fatores psicológicos” - quando fatores psicológicos podem ser responsáveis pelo surgimento, exacerbação, severidade ou manutenção da dor; (2) “desordem de dor associada a fatores psicológicos e condição médica geral” - quando se entende que fatores psicológicos e condições médicas gerais podem estar relacionadas ao surgimento, exacerbação, severidade ou manutenção da dor; (3) “desordem de dor associada com condição médica geral” - quando a dor é resultante de condições médicas, não tendo fatores psicológicos associados ou sendo esses fatores psicológicos mínimos, a ponto de não interferirem no surgimento e na manutenção da dor.

Atualmente, segundo Miceli (2002), a dor crônica é uma das principais causas da procura da população pelo sistema de saúde, pois acomete cerca de 30% a 40% da população brasileira, sendo uma das principais causas que levam o sujeito a faltar ao trabalho e a solicitar licenças médicas, indenizações trabalhistas, aposentadorias por doença e baixa produtividade. Esse fenômeno é considerado, de acordo com Silva e Zago. (2001), um fenômeno multifatorial e complexo, ligado a fatores físicos e emocionais.

A dor orofacial é denominada, segundo Siqueira e Teixeira (2001), um conjunto de condições dolorosas provenientes da boca e da face, não exclusiva da área odontológica. Inclui a dor de dente, as disfunções temporomandibulares, neuralgias, alguns tipos de cefaleias e outros quadros dolorosos.

A disfunção temporomandibular é o termo usado para explicar as várias condições clínicas que atingem os músculos mastigatórios. A Articulação Temporomandibular (ATM) e as estruturas associadas são consideradas a causa mais comum das dores orofaciais (Fujarra, 2008). Apesar dos vários estudos referentes à dor da DTM, são poucas as explicações sobre sua etiologia, mecanismos e tratamentos, conforme Hilgenberg (2009). A DTM apresenta características multifatoriais e seu tratamento deve ser multiprofissional. Ela tem como sintomas: dor na mandíbula e na região da ATM, dores de cabeça, ruído na articulação, dificuldade em abrir e fechar a boca, dificuldade em morder e cortar alimentos, e pode ocorrer quando a boca está em repouso, não ameaçando a vida da pessoa, mas gerando sofrimento (Bove, Guimarães & Smith, 2005).

Dentre as desordens que apresentam manifestações de dor, a DTM e a dor orofacial são as que mais se mostram prevalentes na população. De acordo com Bove et al. (2005), 86% da população ocidental apresenta sinais e sintomas de DTM ou dor orofacial, podendo ocorrer em qualquer idade, com prevalência em indivíduos com idade ente 13 e 35 anos e incidindo quatro vezes mais em mulheres.

Frente às definições e reflexões expostas sobre os processos de dor, mais especificamente da DTM e da dor orofacial, cabe agora o questionamento acerca de como os profissionais cirurgiões-dentistas e acadêmicos percebem esses processos. A percepção reflete

na escolha dos temas de pesquisa, que podem resultar em avanços no conhecimento e estimulam o desenvolvimento de novas formas de tratamento.

Os profissionais da área odontológica

A presença de fatores emocionais relacionados à origem e manutenção de quadros como as DTM é citada por profissionais de várias áreas da saúde. Apesar de serem conhecidos os problemas causados pelas questões emocionais na vida das pessoas que sofrem com dor orofacial, nota-se que a maioria não adere ao tratamento proposto, principalmente o tratamento psicológico. Essa resistência em aceitar a presença de conteúdos emocionais na origem das doenças é compartilhada também por alguns profissionais da área clínica, que priorizam o tratamento físico para tentar aliviar o sofrimento. Atitudes como esta podem explicar casos de insucesso no tratamento da doença (Bérzin, 2007).

A compreensão das relações mente-corpo, objeto de estudos da psicossomática desde a década de 1930 (Alexander, 1989; Vasconcellos, 1998), foi fortalecida por resultados de pesquisas psicofisiológicas no campo do *stress* e, posteriormente, por estudos realizados no modelo psiconeuroendocrinoimunológico (Neme, Soliva & Ribeiro, 2003; Vasconcellos, 2002), ampliando as possibilidades explicativas e interpretativas do fenômeno saúde-doença. O trabalho interdisciplinar tem sido valorizado em diferentes estudos, sendo apontado como aspecto de relevância científica.

De acordo com Vasconcellos (2000), a interface entre campos do conhecimento humano é de vital importância para a área da saúde, especialmente para as próximas décadas. Segundo o autor, sem o exercício da interdisciplinaridade será fomentada uma profunda iatrogenia e os profissionais serão responsáveis pelo descrédito e malefício não apenas do atendimento, mas de suas profissões.

Do ponto de vista social, este estudo, em área de interface entre a Psicologia e a Odontologia, é bastante relevante, visto que busca esclarecer aspectos psicossociais de pacientes com uma doença odontológica e avaliar benefícios à saúde física e mental dos pacientes, obtidos por meio de intervenções psico-

lógicas e de psicoterapia breve, fortalecendo a interdisciplinaridade e a cooperação entre cirurgiões-dentistas e psicólogos.

Os resultados obtidos permitem indicar a psicoterapia como importante forma de tratamento coadjuvante em casos de doenças orgânicas que ainda não dispõem de tratamentos medicamentosos efetivos e para quadros orgânicos que demonstrem melhoras com o auxílio da psicoterapia. Femiano, Gombos e Scully (2004) utilizaram e relataram a eficácia da psicoterapia psicanalítica na Síndrome da Ardência Bucal, enfatizando que esse método poderia ser estendido a outras enfermidades.

No caso das psicodermatoses, a literatura ressalta a necessidade de auxílio psicoterápico em diferentes doenças dermatológicas, especialmente as que têm suas gêneses pouco esclarecidas e para as quais não se dispõe ainda de tratamentos medicamentosos eficientes (Azevedo, 2007; Hoffmann, Zogobi, Fleck & Muller, 2005; Prado & Neme, 2008).

Com relação à interface Psicologia e Odontologia, Seger (2002) indica os benefícios da Terapia Centrada na Disfunção (TCD) para pacientes com disfunção da articulação temporomandibular e a necessidade dos tratamentos psicológicos coadjuvantes no tratamento da Gengivite Ulcerativa Necrotizante (GUN) e de outras patologias bucais, assim como nas cirurgias odontológicas, nas lesões labiopalatinas, na colocação de próteses e na ortodontia.

Os resultados encontrados na literatura em psicossomática e na área da psicoimunologia são indicativos da integração psicofisiológica na saúde e na doença, fortalecendo a utilização de técnicas e recursos psicológicos e psicoterapêuticos na promoção, prevenção e tratamento das moléstias orgânicas (Mello Filho, 1992).

Cada vez mais se constata a relevância da colaboração entre cirurgiões-dentistas e psicólogos (Seger, 2002), tanto na investigação científica de fenômenos de interesse para ambas as áreas, como na intervenção junto a portadores de patologias cuja gênese indica a junção de fatores biopsicossociais e cujo tratamento médico, odontológico e medicamentoso não é curativo, não se dispondo, em muitos casos, de condutas médico-odontológicas totalmente satisfatórias.

A formação profissional na área de dor é referência na literatura, pois o profissional precisa conhecer a doença para realizar um diagnóstico correto e, assim, conhecer melhor a terapêutica a ser usada no tratamento da dor (Bérzin, 2007).

É importante também que o profissional conheça melhor o paciente em termos biológicos, psicológicos e sociais, compreendendo as suas experiências, seu comportamento e o seu padrão de qualidade de vida (Bérzin, 2007).

Ainda hoje muitos profissionais da saúde não levam em consideração os fatores emocionais relacionados ao problema da dor, mesmo não encontrando fatores biológicos que expliquem tal problema (Gamaireiro, Andrade, Nouer & Veiga, 2006). Apesar dessa dificuldade com os profissionais, pesquisas comprovam a eficácia dos tratamentos psicológicos nos casos de dor, mostrando que não há linha divisória nítida para o tratamento físico e o não físico (Straub, 2005).

Levando em consideração o abrangente universo de pesquisas sobre a dor orofacial, como a população vem sendo acometida pela doença e sua significância para a saúde pública, o objetivo dessa pesquisa foi investigar a visão que os profissionais cirurgiões-dentistas fazem do paciente com disfunção temporomandibular, como eles se sentem lidando com a dor de seu paciente, qual a importância de um tratamento multiprofissional no caso da disfunção temporomandibular e quais os tratamentos mais utilizados, buscando dados que mostrem como são realizados atualmente os tratamentos da dor.

Assim, pretendeu-se entender melhor a relação estabelecida entre profissional/paciente a partir do relato dos cirurgiões-dentistas em relação aos atendimentos que realizam.

Procedimentos

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (Unesp), Faculdade de Odontologia, *campus* Araçatuba (SP), Processo nº FOA 01249/2010, em 15/9/2010, e todos os participantes assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido antes de sua inclusão na amostra.

As entrevistas foram realizadas com nove profissionais, graduandos e pós-graduandos do Núcleo de Diagnóstico e Tratamento das Disfunções Temporomandibulares (NDTDTM) que trabalham com dor orofacial crônica na Unesp, em Araçatuba (SP). Por se tratar de poucos profissionais - alunos de graduação e pós-graduandos que atuam neste núcleo -, o trabalho foi realizado com todos que aceitaram participar da pesquisa.

As entrevistas foram gravadas em áudio e posteriormente transcritas na íntegra; logo após, foram lidas várias vezes, buscando-se obter as categorias de significado das informações coletadas na fala dos entrevistados.

Resultados e Discussão

Foram realizadas nove entrevistas com estudantes e profissionais da área de Odontologia, sendo três alunos do quarto ano de Odontologia e seis da Especialização em Prótese Dentária. Todos prestavam assistência ao Núcleo de Diagnóstico e Tratamento das Disfunções Temporomandibulares (NDTDTM), na Unesp de Araçatuba (SP).

As entrevistas continham perguntas acerca da definição de alunos e profissionais da Odontologia sobre pacientes com dor, como eles se sentiam ao lidar com a pessoa em sofrimento e qual a relevância dada por eles ao tratamento multiprofissional.

Primeiro, quando solicitados a expressar em poucas palavras sua definição do paciente com dor, os participantes revelaram uma variedade de significados, dentre eles o de que a pessoa com dor é depressiva, angustiada, alguém que precisa de ajuda, uma pessoa que tem medo, com problemas sociais, com problemas psicológicos, que perdeu alguém importante, que não aparenta estar de bem com a vida, desesperada de dor, que pede urgência, paciente diferenciado, que gosta de falar. Aparentemente, os entrevistados descreveram seus pacientes com dor de forma generalizada, sem um conceito bem definido sobre o problema: apenas duas pessoas apontaram a mesma descrição para esse tipo de paciente.

A segunda pergunta investigava como o profissional se sentia diante do sofrimento de seu paciente.

Os participantes, em sua maioria, mostraram-se sensibilizados com o sofrimento do paciente com dor orofacial crônica, exceto os casos em que o não envolvimento foi citado (dois casos). Entre as sensações e os sentimentos descritos estão: angústia, perda de apetite, motivação para ajudar, paciência, limitação e descontentamento quando o tratamento não tem efeito.

Ao comparar as respostas dos alunos do quarto ano de Odontologia com as respostas dos pós-graduandos, foi possível perceber que, para os alunos do quarto ano, os atendimentos pareciam afetá-los mais diretamente - por exemplo, quando explicitaram seus sentimentos por meio de sensações corporais que percebiam depois do atendimento realizado à pessoa com dor. Enquanto os alunos da especialização aparentaram não se envolver tanto, os de graduação comentaram que se solidarizam, tentam ajudar; a fala, no entanto, é aparentemente mais fria, sendo perceptível a presença de mecanismos defensivos provavelmente aprendidos com a prática.

Ao tratar da questão da importância do tratamento multiprofissional para a pessoa com dor, a maioria dos entrevistados apontou ser fundamental - especialmente para aquele com dor orofacial crônica. Todos os entrevistados concordaram sobre a necessidade de outros profissionais estarem envolvidos no tratamento da dor; entre os profissionais citados, estão o psicólogo e o fisioterapeuta.

De modo geral, os dados coletados são positivos com relação ao conhecimento dos profissionais quanto ao atendimento do paciente com DTM. O que falta, no entanto, para que esse atendimento seja completo? As entrevistas revelaram o fato de que os profissionais não investigam o histórico de vida da pessoa em seu aspecto psicossocial; fazem um amplo levantamento biológico, mas não buscam outras informações que também fazem parte da constituição do indivíduo, ou seja, os aspectos psicológicos e sociais que podem estar envolvidos no surgimento e manutenção da dor. As entrevistas mostraram, por outro lado, que os profissionais já percebem a importância das práticas humanizantes e multiprofissionais.

É preciso ir além do que está posto, ou seja, não se pode enfatizar apenas o aspecto biológico, mas analisar o indivíduo em sua totalidade, pois há um conjunto de fatores envolvidos no surgimento da DTM. Essa

investigação sobre os aspectos biopsicossociais poderia ser realizada por uma equipe interdisciplinar, que levantaria todos os fatores que podem envolver o surgimento da doença e depois promoveria a discussão entre os profissionais; assim, o tratamento poderia obter o resultado esperado.

Segundo Gameiro (2006), ainda hoje muitos profissionais da saúde não levam em consideração os fatores emocionais relacionados ao problema da dor, mesmo não encontrando fatores biológicos que expliquem tal problema. Apesar dessa dificuldade com os profissionais, pesquisas comprovam a eficácia dos tratamentos psicológicos nos casos de dor, mostrando que não há linha divisória nítida para o tratamento físico e o não físico (Straub, 2005). Dessa forma, seria importante uma pesquisa que buscasse avaliar as grades curriculares das universidades, pois essa resistência pode estar associada à formação dos profissionais da área odontológica. Se houver uma reforma nas grades acadêmicas que contemple uma visão biopsicossocial, poderá haver uma mudança significativa no olhar desses profissionais.

A dor orofacial crônica é considerada um problema de saúde pública que acomete grande parte da população, sendo um problema complexo e de difícil tratamento, por envolver vários fatores na origem e na manutenção da doença.

Os entrevistados, em sua maioria, não apresentaram dificuldades em falar de seus pacientes. Alguns se esquivaram quando foi solicitado que falassem de seus sentimentos diante do sofrimento do paciente, mas conseguiram responder de forma geral. O trabalho multiprofissional foi considerado muito importante para o tratamento das pessoas com dor.

A visão que os profissionais cirurgiões-dentistas fazem hoje das pessoas com DTM revela que são identificados fatores emocionais que podem estar envolvidos no surgimento da dor, como no caso de cinco dos nove entrevistados nessa pesquisa, que mencionaram ser necessário o acompanhamento psicológico no tratamento da dor crônica.

A pesquisa mostrou que seria de grande relevância uma maior investigação do histórico biopsicossocial dos pacientes, sugerindo-se, assim, a necessidade de uma equipe interdisciplinar que possa fazer esse levantamento, proporcionando uma visão do todo e norteando o tratamento da dor.

Referências

- Alexander, F. (1989). *Medicina psicossomática: princípios e aplicações*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Azevedo, G. M. G. (2007). *A criança com psoríase e as relações vinculares com a mãe e a família* (Dissertação de mestrado não-publicada). Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento e Aprendizagem, Universidade Estadual Paulista, Bauru.
- Bérzin, M. G. R. (2007). *Características da formação profissional: prática clínica e perfil biopsicossocial de cirurgiões-dentistas e médicos que atuam na área de dor orofacial* (Tese de doutorado não-publicada). Programa de Pós-Graduação em Biologia Buco-Dental, Universidade Estadual de Campinas.
- Bove, S. R. K., Guimarães, A. S., & Smith, R. L. (2005). Caracterização dos pacientes de um ambulatório de disfunção temporomandibular e dor orofacial. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 13(5), 686-691. Recuperado em novembro 3, 2010, disponível em <www.scielo.br/rlae>.
- Cardoso, M. R., & Paraboni, P. (2010). Dor física crônica: uma estratégia de sobrevivência psíquica? *Revista Mal-Estar e Subjetividade*, 10(4), 1203-1220. Recuperado em dezembro 19, 2011, disponível em <www.pepsic.bvsalud.org>.
- Cruz, R. M., Alchieri J. C., & Sarda Júnior, J. J. (2002). *Avaliação e medidas psicológicas: produção do conhecimento e da intervenção profissional*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Femiano, F., Gombos, F., & Scully, C. (2004). Síndrome de boca ardiente: estudo de la psicoterapia, medicación com ácido alfa-lipoico y combinación de terapias. *Medicina Oral y Cirugía Bucal*, 9(1), 8-13.
- Fujarra, F. J. C. (2008). *Disfunção temporomandibular e síndrome fibromiálgica: caracterização de amostra segundo critérios clínicos* (Dissertação de mestrado não-publicada). Programa de Pós-Graduação em Neurologia, Universidade de São Paulo.
- Gameiro G. H, Andrade A. S., Nouer D. F., & Veiga, M. C. F. A. (2006). How may stressful experiences contribute to the development of temporomandibular disorders? *Clinical Oral Investigations*, 10(4), 261-268.
- Garcia, D. M. (2006). *Crenças de profissionais e centros de dor sobre dor crônica* (Dissertação de mestrado não-publicada). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade de São Paulo.
- Guimarães, S. S. (1999). *Introdução ao estudo da dor*. In M. M. M. J. (Org.), *Dor: um estudo multidisciplinar* (pp.13-30). São Paulo: Summus.
- Hilgenberg, P. B. (2009). *Estudo da participação de sinais e sintomas de disfunção temporomandibular (DTM) e sintomas otológicos em pacientes portadores de zumbido subjetivo* (Dissertação de mestrado não-publicada). Programa de Pós-Graduação em Ciências Odontológicas Aplicadas, Universidade de São Paulo.
- Hoffmann, F. S. Zogbi, H., Fleck, P., & Muller, M. C. (2005). A integração mente e corpo em psicodermatologia. *Psicologia: Teoria e Prática*, 7(1), 51-60.
- Marquez, J. O. (2011). A dor e os seus aspectos multidimensionais. *Ciência e Cultura*, 63(2), 28-32. Recuperado

- em dezembro 19, 2011, disponível em <www.cienciae cultura.bvs.br>.
- Mello Filho, J. (1992). *Psicossomática hoje*. Porto Alegre: Artes Medicas.
- Miceli, A. V. P. (2002). Dor crônica e subjetividade em oncologia. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 48(3), 363-373.
- Murta, S. G. (1999). Avaliação e manejo da dor crônica. In M. M. J. Carvalho (Org.), *Dor: um estudo multidisciplinar* (2ª ed., pp.174-195). São Paulo: Summus.
- Neme, C. M. B., Soliva, S. N., & Ribeiro, E. J. (2003). História prévia de eventos de estresse e câncer de mama, útero e ovários. In C. M. B. Neme & O. M. P. R. Rodrigues (Orgs.), *Psicologia da saúde: perspectivas interdisciplinares* (pp.95-124). São Carlos: Rima.
- Nogueira, E. A., Bergmann, A., & Ribeiro, M. J. P. (2005). Abordagem fisioterapêutica na mama fantasma em mulheres submetidas à cirurgia de mastectomia. *Revista FisioBrasil*, 72, 43-48.
- Pessini, L. (2009). Humanização da dor e sofrimento humanos no contexto hospitalar. *Revista Bioética*, 10(2), 51-72.
- Prado, R. B. R., & Neme, C. M. B. (2008). Experiências afetivo-familiares de mulheres com alopecia areata. *Estudos de Psicologia* (Campinas), 25(4), 487-498. doi: 10.1590/S0103-166X2008000400016.
- Seger, L. (2002). *Psicologia e odontologia: uma abordagem integradora*. São Paulo: Livraria e Editora Santos.
- Silva, L. M. H., & Zago, M. M. F. (2001). O Cuidado do paciente oncológico com dor crônica na ótica do enfermeiro. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 9(4), 44-49. Recuperado em novembro 13, 2010, disponível em <www.scielo.br/rlae>.
- Siqueira, J. T. T., & Teixeira, M. J. (2001). *Dor orofacial: diagnóstico, terapêutica e qualidade de vida*. Curitiba: Maio.
- Straub, R. O. (2005). *Psicologia da saúde*. Porto Alegre: Artmed.
- Vasconcellos, E. G. (1998). *Tópicos de psiconeuroimunologia*. São Paulo: Editorial Ipê.
- Vasconcellos, E. G. (2000). Psiconeuroimunologia: uma história para o futuro. In V. A. Angerami-Camon (Org.), *Psicologia da saúde: um novo significado para a prática clínica* (pp.23-41). São Paulo: Pioneira.
- Vasconcellos, E. G. (2002). O modelo psiconeuroendócrino de stress. In L. Seger (Org.), *Psicologia e odontologia: uma abordagem integradora* (pp.35-60). São Paulo: Livraria Santos.

Recebido em: 26/7/2011
Versão final em: 25/1/2012
Aprovado em: 9/3/2012

Fatores intervenientes à prática do *mountain bike* junto à natureza

Factors involved in the practice of mountain biking in nature

Jairo Antônio da PAIXÃO¹

Marizabel KOWALSKI²

Resumo

Este estudo objetivou analisar fatores motivacionais ligados à adesão e permanência na modalidade *mountain bike* de um grupo de 29 praticantes, entre amadores e profissionais, com média de idade de 30 anos (considerou-se o desvio-padrão com significância <0,05%). A partir da aplicação de entrevista semiestruturada e da técnica de análise do discurso dos dados coletados, foi possível constatar que os fatores motivacionais que mais influenciam na adesão e permanência pelos praticantes no *mountain bike* são de natureza intrínseca; além da busca pelo risco, da aventura e de fortes emoções, inclui-se a possibilidade da integração saúde e natureza.

Unitermos: Fatores de risco; Meio ambiente; Natureza; Satisfação pessoal.

Abstract

The aim of this study was to investigate the motivational factors related to adherence and permanence in mountain biking. The subjects were 29 amateur and professional practitioners with a mean age of 30 years. The data analysis considered the standard deviation, with a significance level <0.05%. Using the semi-structured interview technique to collect the data, with discourse analysis, it was possible to affirm that the motivational factors that influence adherence and permanence in mountain biking practitioners are intrinsic factors. These factors go beyond the search for risk, adventure and thrills, including the possibility of integrating health and nature.

Uniterms: Risk factors; Environment; Nature; PESSOAL satisfaction.

As escolhas que fazemos no decorrer da vida tomam parte no somatório de fatores acionados por objetivos e metas que buscamos realizar em determinados momentos. Envolvem todo e qualquer indi-

víduo e, por sua vez, perpassam as diferentes dimensões que compõem a vida em sociedade como, por exemplo, as sociais, culturais e econômicas. A predisposição desses fatores incorpora elementos intrínsecos e

▼ ▼ ▼ ▼ ▼

¹ Universidade Federal de Ouro Preto, Centro Desportivo, Laboratório de Estudos Pedagógicos em Educação Física. R. Diogo de Vasconcelos, 122, Campus Universitário, Morro do Cruzeiro, s/n., 35400-000, Ouro Preto, MG, Brasil. Correspondência para/Correspondence to: J.A. PAIXÃO. E-mail: <jairopaixao2004@yahoo.com.br>.

² Universidade Federal de Viçosa, Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Departamento de Educação Física. Viçosa, MG, Brasil.

Apoio: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico e da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais.

extrínsecos fundamentais para a efetivação de ações que, uma vez empreendidas pelas pessoas, podem vir a propiciar mudanças significativas nas trajetórias, tanto individuais quanto coletivas, em uma dada comunidade.

Mudanças desta ordem envolvem diferentes aspectos motivacionais que se destacam como elementos impulsionadores do desenvolvimento humano cognitivo e motor, como, por exemplo, a emoção (Horn, 2002). O elemento cognitivo relacionado à democratização da informação e ao desenvolvimento individual e que, por sua vez, impulsiona o indivíduo na busca de alternativas qualitativas na vida cotidiana, diferencia o ser humano de outros seres vivos (Drake & Miller, 1969). O que se pretende justificar é que a ação motora é o ato motivacional que revela o envolvimento emocional-afetivo do indivíduo, ou seja, o elemento motor é significativo para a formulação da busca subjetiva, transformando em ação e motivando o indivíduo para a realização de uma meta singular para ele e significativa para a coletividade.

Nessa perspectiva, pode-se entender por motivação um conjunto de forças intra e interdirecionais de comportamentos atitudinais do ser humano, objetivando atingir metas que, *a priori*, o levem ao melhoramento da qualidade de vida e, *a posteriori*, que expressem mudanças significativas na comunidade (Cid, 2002). No sentido etimológico, a palavra motivação expressa a ideia de “mover”. Percebe-se, nesse sentido, que a motivação conduz o comportamento do indivíduo para um determinado incentivo no qual ele poderá vivenciar momentos de prazer ou, ainda, de alívio de uma situação desagradável (Atkinson, 2002).

Os motivos que levam o indivíduo a realizar ações podem se manifestar de forma intrínseca ou extrínseca (Tresca & De Rose, 2000). Os motivos intrínsecos resultam da vontade própria do indivíduo e podem estar relacionados às necessidades pessoais de afirmação em um determinado grupo social, esportivo ou familiar, sucesso pessoal e profissional, dentre outros (Cratty, 1984; Tresca & De Rose, 2000). Já os motivos extrínsecos estão segmentados aos fatores externos e atingíveis por meio de tarefas e, acima de tudo, são tidos como recompensáveis por sinais positivos e/ou negativos socialmente reconhecíveis (Cratty, 1984; Horn, 2002; Serpa, 1992; Tresca & De Rose, 2000).

Na área social, com a constante influência dos indivíduos sobre o ambiente, é compreensível que o desenvolvimento da emotividade capacite as pessoas a maximizarem os benefícios desta permuta ininterrupta de influências no relacionamento indivíduo-meio.

Dentre as inúmeras manifestações humanas, aquelas ligadas ao âmbito desportivo propiciam o desdobramento de aspectos relacionados às vivências de emoções. Nesse sentido, as práticas esportivas preenchem importantes funções sociais, que, segundo Proni e Lucena (2002), são comumente categorizadas em funções manifestas, latentes ou agonísticas. Essas funções dizem respeito à supressão das necessidades de atividade física, à compensação do estresse provocado pela rotina de trabalho e à satisfação dos instintos mais profundos do ser humano, como o instinto combativo, que está relacionado à luta pela sobrevivência e ao impulso sexual, respectivamente. Em outras palavras, são espaços destinados a excessos e euforias coletivas, conclamados a inverter e alterar os tabus do mundo cotidiano e colocá-los literalmente do avesso. São lugares de “descontrolecontrolado”.

Nessa perspectiva, ao se considerar as especificidades inerentes às modalidades que compõem o esporte de aventura no meio natural (risco controlado, vertigem, superação de limites, adrenalina e fortes emoções), os fatores motivacionais ganham destaque e se apresentam subjacentes a questões como essas: “O que faz alguém sair de seu mundo seguro e confortável e buscar o que se encontra fora das regras, transpondo seus limites para buscar aquilo que considera sagrado?” “Quais as razões que levam pessoas de nível socioeconômico relativamente alto e de prestígio social a deixarem a vida urbana para se lançar em uma aventura de vida simples, que exige audácia e ousadia, atenção constante e muitas restrições?”. “O que leva as pessoas a adentrarem a mata, escalar montanhas ou descer rapel em cachoeiras?”. “Que fascinação exercem essas atividades sobre seus seguidores, impulsionando-os a dedicar grande parte de seu tempo e de suas vidas a comprovar seus limites?” (C. Costa, 2006).

O surgimento ininterrupto de novas modalidades, acompanhado pelo crescente número de adeptos de diferentes formações culturais, faixas etárias, níveis sociais e campos de atuação profissional, fornece

pistas para se entender o esporte de aventura como uma realidade no âmbito atual e que, por sua vez, apresenta inúmeras possibilidades de adesão e prática (Marinho & Bruhns, 2003).

Nesse sentido, a teoria do *flow-feeling* (experiência do fluir, da fluidez) desenvolvida por Csikszentmihalyi (1975) contribui para o entendimento dessas condições que permeiam a opção pela prática das diferentes modalidades que compõem o esporte de aventura pelo indivíduo na contemporaneidade. Originalmente, esta teoria foi desenvolvida para explicar a popularidade de certas atividades físicas que apresentam características como desgaste, risco e certo grau de dificuldade, e que exigem do indivíduo considerável persistência (Cater, 2006). A experiência do fluir caracteriza-se pelo completo envolvimento do indivíduo na realização de uma atividade física que, por sua vez, tenha sido escolhida de forma espontânea; permite detectar importantes indícios de como praticantes de *mountain bike*, por exemplo, mantêm certo nível de motivação para iniciar e manter uma prática regular desta atividade *outdoor* (Cater, 2006).

Nesta abordagem, Marinho (2007) salienta que a procura pelas práticas físicas na natureza ocorrem, muitas vezes, pelo desejo de se experimentar o novo, pela busca de emoções prazerosas e novas significações na relação do indivíduo junto ao meio natural. Reforçando e completando esta ideia, Cid (2002) afirma que a escolha de determinada prática física não se dá de forma aleatória: por trás de uma escolha está algo ou alguém que, consciente ou inconscientemente, exerceu influências para aquela prática física.

Geralmente, o interesse pela adoção de uma modalidade esportiva associa-se à forma como o indivíduo ocupa o seu tempo livre ou, ainda, vem associado à saúde e ao bem-estar, em resposta às necessidades individuais e sociais (Nunomura, 1998). Tais necessidades podem variar de acordo com idade, sexo, influências da mídia, além de fatores sociais, econômicos e culturais (Machado, 2006; Nunomura, 1998; Santos & Knijnik, 2006). Somado a tudo isso, encontram-se as necessidades subjetivas do homem, o espírito aventureiro e o desejo de aventurar-se (Marinho, 2007).

Como atividade esportiva *outdoor*, o *mountain bike* caracteriza-se como uma modalidade esportiva na

qual o praticante perfaz um trajeto no meio natural em uma bicicleta tendo que vencer obstáculos em terrenos irregulares e acidentados. Desta forma, como as diferentes modalidades que compõem o esporte de aventura, o *mountain bike* apresenta o fator risco como uma constante em sua prática, tanto na perspectiva da competição quanto do lazer, exigindo de seus praticantes variadas adaptações psicológicas, como a capacidade de controlar suas emoções diante do risco eminente frente às disposições geográficas, cenários naturais, adversidade climática, bem como dos esforços físicos, e a busca pela superação de limites (Cater, 2006; C. Costa, Diniz & Pereira, 1988; V. L. M. Costa, 2006; Cratty, 1984).

Segundo Gaulrapp, Weber e Rosemeyer (2001), dentre os principais fatores de risco na referida modalidade encontram-se as pistas escorregadias, falta de conhecimento do trajeto a ser percorrido e velocidade excessiva.

Procedendo a uma análise do assunto, este estudo buscou analisar fatores motivacionais intervenientes à aderência e permanência no *mountain bike*, tendo em vista especificidades como risco, emoção, sensação de adrenalina e ambiente natural que permeiam a prática de esporte de aventura e risco calculado na natureza.

Método

O estudo caracterizou-se como descritivo-exploratório (Drake & Miller, 1969; Malhotra, 2000; Mattos, Rosseto & Blecher, 2004), que tem como características observar, registrar, analisar, descrever e correlacionar fatos ou fenômenos sem manipulá-los, procurando descobrir com precisão a frequência em que o fenômeno ocorre e sua relação com outros fatores. No processo de construção e validação do instrumento de coleta de dados, foi empregada a técnica Delphi (Duffield, 1993; Thomas & Nelson, 2002) a partir de uma sucessão de pareceres de três professores doutores (especialistas na área), perfazendo um total de quatro fases, obtendo-se consenso sobre as questões investigativas sobre os fatores motivacionais ligados à adesão à prática da modalidade *mountain bike*.

Como instrumento de coleta de dados foi utilizada entrevista semiestruturada, que, nas palavras de Negrine (2004), possibilita a aquisição de informações

relevantes para o estudo, uma vez que permite ao entrevistado discorrer sobre aspectos que acredita serem importantes sobre o tema de estudo em questão.

Empregou-se a análise interpretativa nos dados coletados que, segundo Triviños (1995), apoia-se em três aspectos fundamentais: (1) nos resultados encontrados no estudo e nas respostas dos instrumentos; (2) na fundamentação teórica e manejo dos conceitos-chave das teorias e de outros pontos de vista, e (3) na experiência pessoal do investigador.

A amostra foi constituída por 29 indivíduos, que atenderam aos critérios de inclusão a partir de um grupo de 38 praticantes de *mountain bike*, sendo 23 do sexo masculino e seis do sexo feminino, com idade variando entre 19 e 41 anos, na cidade de Governador Valadares (MG). Os critérios de inclusão foram: indivíduos maiores de 18 anos, sexo masculino ou feminino, que praticavam a modalidade do *mountain bike* em áreas naturais da cidade de Governador Valadares, e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os critérios de exclusão foram recusa da assinatura do TCLE, idade inferior a 18 anos, bem como o não interesse em participar da investigação.

Dentre os procedimentos necessários para a realização das entrevistas junto aos sujeitos do estudo fez-se necessária uma prévia marcação do dia e horário dos encontros. Estes se deram de forma individual em locais de trabalho, bem como nas residências e locais públicos. Procurou-se explicar aos entrevistados acerca do estudo, seu propósito, deixando-os, assim, a par da relevância de sua contribuição para a pesquisa. Os eixos norteadores da entrevista foram: motivo de início da prática; motivação para a manutenção; frequência com que pratica; dificuldades para a prática e conhecimento dos benefícios (Nunomura, 1998; Saba, 2001; Santos & Knijnik, 2006).

Para análise dos dados foi utilizada a técnica de análise de conteúdo, que se refere a um conjunto de técnicas que visa a obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores quantitativos ou não que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) dessas mensagens (Bardin, 2006). Após a análise interpretativa

dos dados, os mesmos foram categorizados e quantificados a partir da frequência de ocorrência. As análises estatísticas foram realizadas por meio de estatística descritiva, utilizando-se os procedimentos de média e desvio-padrão.

Resultados

De acordo com a Tabela 1, dentre os motivos que mais influenciaram a adesão à modalidade do *mountain bike* ressalta-se a familiaridade do praticante com o ato de pedalar. Em seguida, em uma ordem decrescente de frequência, tem-se a influência de amigos e familiares que praticam a modalidade em questão.

Dentre os fatores intervenientes à aderência da modalidade, os resultados mostrados na Tabela 2 evidenciam uma profusão de motivos, como: socialização; preocupação com a forma física (estética); forma de se livrar do estresse; busca de sensações, como aquela que se sente com a liberação de adrenalina; fluidez; fortes emoções e, ainda, o bem-estar propiciado pelo ambiente natural.

Tabela 1

Motivos de início da prática do *mountain bike*. Governador Valadares (MG), 2010

Categorias	F	%
Familiaridade com bicicleta	13	45
Influência da mídia	9	31
Influência de familiares e amigos	7	24
Total	29	100

Tabela 2

Fatores de aderência ao *mountain bike*. Governador Valadares (MG), 2010

Categorias	F	%
Socialização/estabelecer novas amizades	9	31
Maneira prazerosa de manter a forma física	7	24
Forma de se livrar do estresse do cotidiano	7	24
Sensação de liberdade/adrenalina/fluidez	4	12
Contato com diferentes paisagens naturais	3	9
Total	29	100

A Tabela 3 mostra os resultados referentes à frequência com que os sujeitos entrevistados praticam a modalidade. Observa-se que essa frequência ocorre com certo predomínio nos finais de semana.

A Tabela 4 apresenta os resultados referentes às maiores dificuldades enfrentadas pelos sujeitos do estudo para a prática do *mountain bike*. O desrespeito no trânsito por parte dos motoristas surge com destaque. Em seguida, foram apontados o descaso dos órgãos públicos com os locais naturais de prática da modalidade em questão e, ainda, a aquisição dos equipamentos necessários para a prática do *mountain bike*.

Os praticantes, devido à faixa etária e preferência, não buscam a competitividade própria dos jogos e modalidades esportivas no âmbito profissional ou de

rendimento. Predominam os objetivos listados na Tabela 5.

Observa-se que, dentre os principais objetivos que os praticantes buscam atingir na prática do *mountain bike*, destacam-se o condicionamento físico-motor, o contato com a natureza e as relações de amizade entre pessoas que fazem parte do grupo de praticantes.

Discussão

A familiaridade com equipamentos, atividades afins e, sobretudo, o domínio de habilidades motoras específicas de uma determinada modalidade esportiva podem configurar elementos decisivos para a aderência e desempenho de praticantes de *mountain bike* nesta atividade (Paixão, Gabriel, Tucher, Kowalski & Menezes Costa, 2011). Aliada à familiaridade com o ato de pedalar, foi apontada ainda a influência midiática, que vem contribuindo de forma decisiva para com a difusão das mais variadas modalidades esportivas na contemporaneidade, como destacam Figueira e Goellner (2005). Juntamente com as atividades físicas são agregados outros termos, como saúde, beleza, *performance*, longevidade, juventude, dentre outras possibilidades, cuja combinação é promissora de felicidade, consumo e qualidade de vida. Esta situação contribui sobremaneira para que as pessoas possam ter acesso a uma dada modalidade esportiva de forma mais rápida e fácil.

Percebe-se que familiares e amigos podem exercer significativa influência, do ponto de vista positivo ou negativo, para a participação do indivíduo em esportes e atividades físicas. A relevância da influência de familiares e adultos na aderência a uma dada modalidade esportiva é tanta que esta tem sido uma temática amplamente discutida pela psicologia do esporte (Becker, 2000; De Rose, 2002; Weinberg & Gould, 2001).

O surgimento das diferentes modalidades de esporte de aventura, ênfase aqui à modalidade do *mountain bike*, dá-se em decorrência de uma série de fatores no contexto social, como a racionalização do tempo, configuração atual do trabalho, necessidade de expressão e mudanças no ser humano, (re)encontro com o meio natural, prática física, contemplação, superação dos próprios limites, lazer, possibilidade de experimentar fortes emoções, prazer, liberdade, promoção da saúde e qualidade de vida.

Tabela 3

Frequência com que pratica o *mountain bike*. Governador Valadares (MG), 2010

Categorias	F	%
Nos finais de semana	19	67
Esporadicamente	6	21
Até duas vezes por semana	3	9
Até três vezes por semana	1	4
Total	29	100

Tabela 4

Dificuldades para a prática do *mountain bike*. Governador Valadares (MG), 2010

Categorias	F	%
Desrespeito no trânsito	15	52
Descaso dos órgãos públicos com o meio natural	7	24
Aquisição e manutenção dos equipamentos	5	17
Dificuldade de patrocínio	2	7
Total	29	100

Tabela 5

Conhecimento dos benefícios do *mountain bike*. Governador Valadares (MG), 2010

Categorias	F	%
Condicionamento físico-motor	16	57
Contato com a natureza	9	31
Aumentar o círculo de amizades	4	12
Total	29	100

Vive-se atualmente uma fase de complexa mudança, com perdas de valores e estilos de vida, vazio existencial e preocupações permanentes. Busca-se “algo” desconhecido e indefinido; daí o interesse cada vez maior pelas modalidades de esporte de aventura (Marinho, 2007). Termos como adrenalina, fortes emoções e superação passaram a fazer parte da linguagem cotidiana daqueles que se entregam à aventura e aos momentos em que experimentam as fortes emoções características dessas atividades. Desta forma, os fatores intervenientes à aderência da modalidade, apresentados na Tabela 2, identificam-se com aqueles relacionados à motivação intrínseca, que são mais duradouros e persistentes e permeiam a própria prática, bem como os sentimentos que ela provoca nos praticantes (Cid, 2002). Trata-se de motivos internos ao praticante, como a alegria, sensação de realização, dentre outros, que promovem o desenvolvimento de outros tipos de necessidades, tais como a competência e a autonomia humana (C. Costa et al., 1988).

A frequência com que é praticado o *mountain bike*, em quase a totalidade do grupo analisado, fornece pistas para pensar nesta como uma atividade que ocorre na perspectiva do lazer. Essas informações, somadas à informação sobre a faixa etária dos sujeitos que fizeram parte do estudo (19 a 41 anos de idade, com exceção de um praticante) não denotam treinamento/preparação visando a competições; a motivação para se praticar esta modalidade esportiva debruça-se sobre três questões fundamentais: saber o que leva um sujeito a iniciar determinada atividade, a razão porque privilegia determinado objetivo e a causa pela qual persiste em realizar esse objetivo (Cid, 2002; C. Costa et al., 1988).

É preciso considerar a realidade das cidades em que existem áreas naturais de prática de modalidades de esporte de aventura. De acordo com a observação e mesmo os depoimentos dos entrevistados, vê-se que a grande maioria dos praticantes desloca-se para o ambiente de prática em suas próprias bicicletas, perfazendo, assim, consideráveis trechos de rodovias, vias e ruas. Enfim, esta situação coloca esses praticantes diante de riscos e incertezas que permeiam o trânsito, o que pode incidir em *stress* e possibilidades de acidentes em rodovias.

Quanto à dificuldade de aquisição e manutenção de equipamentos para a prática do *mountain bike*, assim como para outras modalidades que não sejam aquelas ligadas aos esportes tradicionais, observa-se que, por se tratar de cidades de pequeno porte, o acesso aos equipamentos fica mais restrito.

É notória a estreita relação entre as modalidades que compõem o esporte de aventura e natureza e sua interação com o praticante. No entanto, como se percebe neste estudo, o ambiente não se limita somente a um cenário para a realização das modalidades do referido segmento esportivo: evidenciou-se certa preocupação por parte dos praticantes com os órgãos públicos e sua responsabilidade para com o ambiente natural.

Nota-se que os depoimentos dos praticantes sobre os objetivos e/ou benefícios proporcionados pela prática do *mountain bike* - por exemplo, o contato com a natureza, o desenvolvimento de capacidades saudáveis tais como o condicionamento físico-motor, momento de lazer e convivência social -, coadunam-se com os resultados encontrados em estudo realizado por White, Waskey, Brodehl e Foti (2006).

Há que se acrescentar que os grupos humanos que se formam em torno da prática do *mountain bike*, que buscam e compartilham vivências instigantes junto à natureza, possibilitam, na mesma proporção, o estabelecimento e estreitamento de laços de amizade entre seus pares. Maffesoli (2006) observa um movimento que busca estabelecer resistência a esse quadro na sociedade pós-moderna. Para isso, o autor utiliza-se da expressão metafórica “tribos urbanas” para designar grupamentos humanos que buscam, acima de tudo, contestar o individualismo e outras implicações percebidas nas relações sociais que se estabelecem na contemporaneidade.

Ao se considerar o sentido atribuído pelo referido autor à expressão “tribo urbana” na sociedade contemporânea, é possível estabelecer uma espécie de analogia entre os integrantes dessas tribos e os praticantes de *mountain bike*. Os integrantes associam-se objetivando compartilhar riscos, fortes emoções, benefícios físicos e outras sensações proporcionadas pela referida modalidade esportiva como um meio de expressar-se como humanos pertencentes a um dado grupo na sociedade.

No que se refere aos motivos que influenciam a adesão e a permanência na prática do *mountain bike*, verificou-se que, independentemente da variável gênero, sobressaíram-se aqueles intrínsecos. De acordo com o estilo do grupo analisado, os objetivos e aspirações com a modalidade em questão confirmaram o que mostra a literatura consultada. Outro fato destacado pelo estudo foi a existência de sujeitos que aderem à prática de uma modalidade esportiva - no caso, o *mountain bike* - priorizando aspectos diferentes daqueles ligados à *performance*: buscam uma profusão de objetivos e benefícios que permeiam a vida.

Por fim, vislumbram-se possibilidades de lançar olhares positivos em relação à interação do homem com a natureza por meio da prática do *mountain bike*; para tanto, é desejável e aconselhável que sejam fomentadas leis municipais no sentido de não somente estruturar, mas preservar os ambientes naturais de prática de modalidades de esporte de aventura. Tal esforço poderá se efetivar mediante a implementação de placas sinalizadoras, campanhas de conscientização para a preservação da natureza para a população local e instalação de recipientes para coleta de lixo reciclável no local de prática, tanto do *mountain bike* quanto de outras modalidades de esporte de aventura que o relevo da região propicie.

Referências

Atkinson, R. C. (2002). *Introdução à psicologia de Hilgard* (13ª ed.). Porto Alegre: Artmed.

Bardin, L. (2006). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.

Becker, J. (2000). *Psicologia aplicada a criança no esporte*. Novo Hamburgo: Edelbra.

Cater, C. I. (2006). Playing with risk? Participant perceptions of risk and management implications in adventure tourism. *Tourism Management*, 27(2), 317-325.

Cid, L. F. (2002). Alteração dos motivos para a prática desportiva das crianças e jovens. *Lecturas, Educación Física y Deportes, Revista Digital*, 8(55). Recuperado em jul. 10, 2008, Disponível em <<http://www.efdeportes.com>>.

Costa, C., Diniz, J., & Pereira, P. (1988). A motivação dos alunos para a educação física: a sua influência no comportamento nas aulas. *Revista Horizonte*, 86, 7-15.

Costa, V. L. M. (2006). *Práticas corporais na natureza: tendências da pós-modernidade* (Aula inaugural não-publicada). Programa de Doutorado em Ciência do Desporto, Universidade de Trás-os-Montes e Alto D'ouro, Vila Real, Portugal.

Cratty, B. J. (1984). *Psicologia do esporte*. Rio de Janeiro: Prentice Hall.

Csikszentmihalyi, M. (1975). *Beyond boredom and anxiety*. San Francisco: Jossey-Bass.

De Rose, J. D. (2002). *Esporte e atividade física na infância e adolescência: uma abordagem multidisciplinar*. Porto Alegre: Artmed.

Drake, J. E., & Miller F. J. (1969). *Marketing research: Intelligence and management*. Stranton, PA: International Textbooks.

Duffield, C. (1993). The Delphi Technique: A comparison of results obtained using two expert panels. *International Journal of Nursing Studies*, 30(3), 277-37.

Figueira, M. L. M., & Goellner, S. V. (2005). A promoção do estilo atlético na revista capricho e a produção de uma representação de corpo adolescente feminino contemporâneo. *Revista Brasileira de Ciências do Esporte*, 26(2), 35-48.

Gaulrapp, H., Weber, A., & Rosemeyer, B. (2001). Injuries in mountain biking. *Knee Surgery, Sports Traumatology, Arthroscopy*, 9(1), 48-53.

Horn, T. S. (2002). *Advances in sport psychology*. Champaign: Human Kinetics.

Machado, F. H. (2006). Mundo emocionado e as atividades físicas de aventura na natureza. In G. M. Schwartz (Ed.), *Aventuras na natureza: consolidando significados* (pp.103-123). Jundiaí: Fontoura.

Maffesoli, M. (2006). *Os tempos das tribos: o declínio do individualismo nas sociedades de massa* (4ª ed.). Rio de Janeiro: Forense.

Malhotra, N. K. (2000). *Pesquisa de marketing: uma orientação aplicada*. Porto Alegre: Bookman.

Marinho, A. (2007). Lazer, natureza e aventura: compartilhando emoções e compromissos. In A. P. C. Almeida & L. P. Costa (Eds.), *Meio ambiente, esporte, lazer e turismo* (pp.331-319). Rio de Janeiro: Gama Filho.

Marinho, A., & Bruhns, H. T. (2003). *Turismo, lazer e natureza*. São Paulo: Manole.

Mattos, M. G, Rosseto, A. J. J. R., & Blecher, S. (2004). *Teoria e prática da metodologia da pesquisa em educação física: construindo sua monografia, artigo científico e projeto de ação*. São Paulo: Phorte.

Negrine, A. (2004). Instrumentos de coleta de informações na pesquisa qualitativa. In V. N. Molina & A. N. S. Triviños (Eds.), *A pesquisa qualitativa na educação física* (pp.196-212). Porto Alegre: Sulina.

Nunomura, M. (1998). Motivos de adesão à atividade física em função das variáveis idade, sexo, grau de instrução e tempo de permanência. *Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde*, 3(3), 45-58.

Paixão, J. A., Gabriel, R. E. C. D., Tucher, G., Kowalski, M., & de Menezes Costa, V. L. (2011). Risco e aventura no esporte na percepção do instrutor. *Psicologia & Sociedade*, 23(2), 415-425.

Proni, M., & Lucena, R. F. (2002). *Esporte: história e sociedade*. Campinas: Editores Associados.

- Saba, F. K. F. (2001). *Aderência à prática do exercício físico em academias*. São Paulo: Manole.
- Santos, S. C., & Knijnik, J. D. (2006). Motivos de adesão à prática de atividade física na vida adulta intermediária. *Revista Mackenzie de Educação Física e Esporte*, 5(1), 23-34.
- Serpa, S. (1992). Motivação para a prática desportiva: validação preliminar do questionário de motivação para as actividades desportivas. In F. Sobral & A. Marques (Eds.), *FACDEX: desenvolvimento somato-motor e factores de excelência desportiva na população escolar portuguesa* (Vol.2, pp.89-97). Lisboa: Ministério da Educação.
- Thomas, J. R., & Nelson, J. K. (2002). *Métodos de pesquisa em atividade física* (3ª ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Tresca, R. P., & De Rose J. D. (2000). Estudo comparativo da motivação intrínseca em escolares praticantes e não praticantes de dança. *Revista Brasileira de Ciência e Movimento*, 8(1), 9-13.
- Triviños, A. N. S. (1995). *Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação*. São Paulo: Atlas.
- Weinberg, R. S., & Gould, D. (2001). *Fundamentos da psicologia do esporte e do exercício*. Porto Alegre: Artmed.
- White, D. D., Waskey, M. T., Brodehl, G. P., & Foti, P. E. (2006). A comparative study of impacts to mountain bike trails in five common ecological regions of the southwestern US. *Journal of Park and Recreation Administration*, 24(2), 21-41.

Recebido em: 5/5/2010

Versão final em: 14/3/2012

Aprovado em: 16/4/2012

Overcoming prejudices in emancipatory education: The remaining group

Tentando desfazer preconceitos em uma educação emancipatória: o grupo dos remanescentes

Angela Maria Pires **CANIATO**¹

Michele Aparecida **CASTRO**¹

Karina Quilice **MARTINELLI**¹

Lara Hauser **SANTOS**¹

Sarah Gisele **SILVA**¹

Abstract

The Remnant Group was one of working parties of the project "Phoenix: Challenge in the rebirth of subjective citizenship." The group consisted of young people who integrated a government educational institution, current called assistant philanthropic institution, in which they could not be members after their 18th birthday. Consequently, they had to return to the streets. Participating research was the methodology employed and interventions with these young people aimed at re-signifying their experiences which had been shaken by self-aggressive identifications. Debates tried to de-mystify biases linked to their social condition of poverty. The young people repeated in their activities the danger labels that society imposed upon them. The mediation of the dangerous social class concepts, accusation category and the internalization of social violence was undertaken. They became aware of the necessity of protecting themselves from society and the State apparatus. In our dialogues it was agreed that the manifestation of detailed intimate feelings was not allowed. Different procedures were used and the repeated themes consisted of social violence in its most diverse nuances. The most important difficulty comprised the management of the intensity of the consolidation of social stigmas internalized by the young people to whom were attributed the connotations of dangerousness and evilness.

Uniterms: Education; Intervention studies; Prejudice; Social control; Social discrimination; Social violence.

Resumo

O Grupo dos Remanescentes foi uma das frentes de atuação do projeto "Phenix: a ousadia do renascimento da subjetividade cidadã". Era composto por adolescentes que participaram de uma instituição educacional pública, hoje instituição assistencial filantrópica, na qual os adolescentes não poderiam continuar depois que completassem dezoito anos - estavam, portanto, na rua, antes de ingressarem no nosso projeto. A metodologia utilizada foi a da pesquisa participante e as intervenções junto a esses adolescentes tinham como objetivo a ressignificação de vivências atravessadas por identificações autoagressivas. As reflexões buscavam a desmistificação de preconceitos vinculados à sua condição social de pobreza. Em suas práticas, os jovens reiteravam o rótulo de periculosidade que a sociedade lhes impõe. Trabalhou-se com a mediação dos conceitos de classe perigosa, categoria de acusação e internalização da

▼ ▼ ▼ ▼ ▼

¹ Universidade Estadual de Maringá, Curso de Psicologia, Departamento de Psicologia. Av. Colombo, 5790, Zona Sete, 87020-900, Maringá, PR, Brasil. Correspondência para/Correspondence to: A.M.P. CANIATO. E-mail: <ampicani@onda.com.br>.

violência social. Foram alertados sobre o quanto legitimavam a necessidade de vigilância da sociedade e do Estado. Nos diálogos, foi mantido o acordo de não permitir a exposição de suas intimidades. Foram utilizados diferentes procedimentos e a temática reiterada era a da violência social em suas diversificadas nuanças. A maior dificuldade foi lidar com a intensidade de cristalização dos estigmas sociais internalizados por esses adolescentes, afetados pelas conotações de periculosidade e malignidade.

Unitermos: Educação; Estudos de intervenção; Preconceito; Controle social; Discriminação social; Violência social.

This paper addresses the systematization of the intervention performed on the Group of the Remnants, one of the operations of the “Phenix research project: the daring of the citizen subjectivity renaissance”, approved by the Ethics Committee in research of the *Universidade Estadual de Maringá* (UEM), opinion nº 071/2002, in 2002 and all the participants signed a free informed consent prior to their inclusion in this sample. Its development starts at the *práxis* and has the Critics Theory of the Frankfurt School as epistemological orientation, mainly the Theodor Adorno work, and as foundation it has the view that men are the producer and the produce of the culture in which they live (Leontiev, 1978) The project is structured as qualitative research (González Rey, 2005) therefore postulating the non - neutrality of science. The practice is effective through partnerships between the *Universidade Estadual de Maringá* and the *Maringá* (PR) institutions attended by impoverished teenagers, the focus of the research. Interventions occur once a week through educational and cultural activities, based on the demands raised together with the young participants of the project. For its realization there are fifteen students of the UEM Psychology Course and six Post Graduation in Psychology students (PPI-UEM).

The methodological approach is guided by participant research and militant observation, which according to Thiollent (1981) and Brandão (1981; 1984), has as one of its targets, to question the ideological principles that support society and the production of knowledge. Starting with the chosen method, the searched group is not seen as a mere research subject, but as one of its participants, and it performs both the learning action and the transforming knowledge and social reality action. Within this methodology the author of the study subject is inverted: the researcher is no longer the one who delimits, but the population - target that proposes what shall be learned at the first meetings

or when some meaningful episode is lived by those teenagers: they are the requirement issues.

The “praxis” concept is used within this methodological orientation to designate the intervention, understood as “... intentional men activity that aims, ultimately, at men’s well-being” (Carone, 2003, p.2). “... Praxis is a continuous improvement activity of human beings and society. The later could be called “formative activity”” (Carone, 2003, p.4). The formation is reciprocal under this point of view, respecting the specificities of each subject and their role in the research.

The second part of the making of the Project is done after the survey of the requirement issues that correspond to theoretical-methodological preparation of scholars and master participants in order to support the issues that constitute the practical part, together with the teenagers. Such preparation is effective through three activities: (1) bibliographic research and group orientation of topics connected with the requirement issues; (2) systematic reading of the work of Freud and (3) guided studies of the main concepts of the work of Theodor Adorno together with the scholars and masters participants.

It is also understood that it is not easy for young university students to realize the theoretical, ethical and political demands of this research process, especially front to the de-politicization that follows the educational process of nowadays youngsters. For this reason it is highlighted the need to provide them with theoretical-methodological framework that broadens their skills to meet and act with the psychosocial problems experienced with those teenagers. Accordingly we try to provide them with information about the construction of the modern globalized states (Agamben, 2007; Bauman, 1998; Mariotti, 2000) in order to allow them to better understand social class differences and the social violence that arises from those who hold economical-political hegemony.

Utopia, which is the conductor line of our praxis (Carone, 2003), is the hope that the phoenix bird legend may be updated with this population² through the discussions we hold with teenagers. The wish of each participant is that we may, in this desert we live in, be like aromatic leaves around each person that feels they are succumbing and that we, under the light of reflection, may be able to warm and end the apathy caused by fatalism (Martin-Baró, 1987), so that the rebirth of the individual-subject be possible.

The objective of these interventions is to develop, together with the teenagers, reflexive thought based on an immanent critique, so those youngsters who live in adverse social conditions may become agents of transformation in social reality. They are propositions that Adorno (1995) names "Emancipatory Education". This means that such reflections, about the issues that keep them linked to stereotypes, enable the development of a critical conscience consistent with the rebuilding of a collective solidarity and a crescent politicization of their everyday lives.

Political perspective is the main concern that rules this Intervention - Research Project, and is based on the statement that impoverished social classes live under psychosocial violence, once they are exposed to marginalizing actions and coercions in their public and private lives. Often exposed, they show the psychosocial provocations of which they are target through challenging action of higher or lower destructive degree which leads them into becoming easy preys of the police repressive actions.

Maybe because of that this population is being considered a "risk population", and is seen as threats to the dominant status quo (Caniato, 2003). However, exposing this population to the prejudice expressed in the "accusation category" (Velho, 1987) and in the injury of "dangerous classes myths" (Coimbra, 2001) makes such individuals a vulnerable target to the development of the "culpability feeling" through the internalization of this social violence (Freud, 1930/1981). Under such self-punishment those teenagers are stopped from

identifying the social violence that abuses them, therefore preventing them from developing some criticism and protection towards themselves and the oppressive conditions in which they live, making them accomplices of this social oppression. They become easy preys to such stereotyped standardizations produced by society (Adorno, 1986a). Even more serious - those teenagers end up justifying such stereotypes as they enter a life exposed to dangers that many times culminates in many acts identified as "heroic".

In the building of this critic analysis that the population makes of their reality, researchers send feedback all through the investigation process, helping the researchers to organize their ideas. Moving toward this direction of the discussed themes, an analysis of the society contradictions that are expressed in the reality and in the actions of men, contrasting what is and what should be, searches knowledge closer to reality in order to understand links between daily life and logic and the dominant forces of social macrostructure.

It is important to be conscious of the facts, gestures, stories and "images" of the things that are present in daily life and that influence the lives of the individuals and that they cannot be alienated within them. This process, however, is psychological and depends on how much we want to question our certainties, concepts, virtues or faults, allowing the transformation to happen from the inside. The clinic aspect of this paper lives there. It is not easy, but it is believed that in the end, the population, and the researcher will be able to think in a way that critically reveals some aspects of the reality in which they are inserted.

Telling the story of the vicissitudes of the remnant group: A journey through their swirls

The Remnants group appeared in September 2002 to meet adolescents that had participated in other activities of the educational public institution where "Phenix..." started its interventions. They could no

▼ ▼ ▼ ▼ ▼

² For better explanation: phenix was a fabulous bird that according ancient legends was unique in its kind. It lived, for many centuries, in the harsh deserts of Arabia. When it felt death approached, it built a nest of aromatic plants to the sun's rays and set fire to consume in it. From the marrow of its bones a worm was born, which turned into another phenix.

longer attend that entity for having reached the age of eighteen, and the institution could no longer support them either.

Once the public educational institution and later the philanthropic Assistance Institution mentioned cared for children and adolescents, the latter have just lost their protection as they turn eighteen, when they are “abandoned” and exposed to the world of labor, which does not enable jobs for everyone (Martín & Schumann, 1999). Most of them no longer have any public institution that might work as a reference. This way they are exposed to biased social injunctions, to which impoverished classes are subjected. Within this context, the violence of social stigmatization is empowered, for jobs intercepted by new work organizations become rarer and rarer on the market. It is important to say that those young people, as all human beings, need protection, in other words, the parameters of reference that the social/educational institutions could offer to them. Besides social abandonment in poverty, those youngsters are left on their own, and are not being prepared to face adult life; the State does not provide them with educational assistance after they turn eighteen.

The formation of the Group of the Remnants was attributed to P., a teenager that attended the public educational institution for many years and had already participated in the intervention of the Phenix together with the young agents group. Caniato et al. (2002). Since the beginning of 2002, the teenager insisted on a continuity of the work that she had liked a lot. At that time she had already turned 18 and had been disconnected from the institution. She was pregnant and had no support from the child’s father, besides not having found a job.

Other friends of hers were in the same situation. They would always come near the institution building and spend a great part of the day there; they had already asked the institution about the possibility of attending it again. In a dialog between the Phenix members and the pedagogical coordinator it was stated that the psychosocial worries regarding those young people were similar, once they were in a helplessness and vulnerable situation. It was decided that a group, different - regarding participation - from the others assisted by the institution, would be open: all but the Remnants, participated, every day, in different

pedagogical and sportive activities offered by the institution, and those who had already turned 18 would attend the institution only once a week to meet with Phenix academics.

The denomination given to the group was “The Remnants”, thanks to the criterion established for its formation, in other words, adolescents who had already participated in any of the activities offered by the public educational institution. When the group was named “Remnants” there was no etymological understanding of the word that was being used to qualify those adolescents. At the moment of this theoretical systematization, it was confirmed that even though there was no etymological clarity of the concept “remnants” when the group was created, social discrimination to which such adolescents were and are still exposed to, was already visible. According to the etymological dictionary (Cunha, 1982), the word remnant comes from Latin “*remanescentem*” and means second, remaining, the one that is left, rest or what is left over. Paradoxically, however, remaining also means those who resist, the one who is left out of all the exclusionary social process.

It was precisely in this situation of remainder that those teenagers were at the institution, and because of their poverty, it should be observed that the same occurred in various areas of their lives in society. However, it is not up to one to say that such teens are on the margins of society, because in fact they are the individuals who do not have access to social goods necessary condition for maintaining the status quo (Sawaia, 1999). No one can say, however, that such teens are on the margins of society, because in fact they are the individuals who do not have access to social goods, a necessary condition for maintaining the status quo (Sawaia, 1999).

Not everybody at the institution shared the same worries with Phenix and with the pedagogical coordinator, regarding the Remnants. According to information that covertly began to reach the Phenix academics, there were, in the institution, various forms of discrimination against those young people. They stated that it would be desirable that they should not return to the institution and therefore, a group with them should not be formed. Thus, with the support of the research of (Coimbra, 2001) it was understood that the image of criminality is identified as those offenses committed by impoverished social strata” (p. 59): in

other words, poverty is criminalized. However, there is no doubt that this categorization is based on prejudice to be "... deconstructed [as] such linear interpretations ...are ultimately looking for 'scapegoats', ie, any Machiavellian culprits responsible for certain issues" (Coimbra, 2001, p.74).

The insults they were subjected to were transmitted to the Phenix academics by the teenagers themselves, and at the beginning they were understood as rumors. They complained they were called lazy, accused of being always involved in street fights, drug users and involved in prostitution; finally they were considered criminals. They could not eat or play soccer with the other teenagers. The principal demanded that their entrance and exit be done through a particular gate, apart from the other teenagers and accompanied by a Phenix academic so that they would not be in touch with the other young people. After some time, the day and time of the weekly meeting was changed to Friday from 4:00 to 6:00 PM, a day and a time when other teenagers were not at the institution. The claim of the present Director was that they were already "criminal liability" (sic) and that if any timely act hurt another teen in the institution, it would surely be accounted responsible by the families of those young people, with no legal support to defend itself (Estatuto da Criança e do Adolescente, 1990).

The fact that those young people, without their approval, be idle and institutionally marginalized is interpreted, by many, as a characteristic that individualizes poor groups. As Coimbra (2001, p.105) points out, "... the relationship among vagrancy/idleness/indolence and poverty and poverty and hazardousness/violence/criminality has been established, crystalized". The Group of the Remnants has, therefore, brought within its formation, the mark of social stigmatization with the rejection of the institution that once housed them - before they were 18 - because it is, supported by the state, released from the responsibility of taking care of adolescents who are over 18 (Brasil, 1990).

The meetings began in September 2002 and continued until August 2004, with the acquiescence of the pedagogical coordination of the public educational institution that left in early 2003, since the institution was privatized by the state. When the first board of the assistance philanthropic institution took over, the Phenix academics suffered some subtle restrictions, which were

made to the Remnants. However, such embarrassing situation did not last long and was reversed as soon as the new pedagogical coordination of the assistance philanthropic institution took over and inserted the Group of Remnants into a community action programs of that institution.

Because those teenagers belong in an impoverished social class and are subject to the same social injunctions, the issues brought to the group by most of them were the same. The young people that belonged in the Group of the Remnants brought their stories of having transgressed limits, which they actually have, because they venture in those situations of death risk, either because of omnipotence, which deceives many, or because they are immersed in nowadays ideologies which present a person with no limits. Also, there were many judicial sanctions currently applied to young poor people, veiled and distorted by the idea of "socio-educational measures" proposed by the ECA (Brasil, 1990). Against this social inversion, specifically the ones of the stigmatizing nature of these young people, Bourquin (2003, p.4) points out that:

Judicial protection measures should not exclude minors from the possibility of living their adolescence. Juvenile delinquency is often just a passing phenomenon aggravated by serious social and cultural problems. The juvenile offender, more than any other, needs to be welcomed, listened to, trained, given a job, as well as learn the limits and boundaries of places that are not places of exclusion.

This author is benevolent in his criticism of the allocation of malignancy for those adolescents, for the qualification of the crime, once attributed to young people who committed some social infraction is no longer used and has been replaced by covered criminalization expressed in the definition of ECA (Brasil, 1990) of "adolescents in conflict with the law", which is much more denigrating

The group protagonist, (P.), cited above, was the victim of institutional reproduction of social stigmatization. Although P., on her own, has been the protagonist of the constitution of the Remnants Group, after the fourth meeting she started being away and frequently absent. Participants were asked in an attempt to know the reason why P. would not come. Initially, the teenagers said that her mother did not allow her to

attend the meeting due to the presence of another teenager in the group that used to harass her. Scholars came to look for her at her home to understand what had caused her leaving, which was strange - in view of her commitment for the group to be created - and bring her back to the group. After that, some of the participants reported that some member of the coordinating institution had "asked" P., to no longer attend the institution, for she would set a "bad example for the other students due to the fact that she was single and expecting a baby" (sic).

A tour to celebrate the end of the year, and the activities developed by the institution was taken in December 2002. Many of the other groups had already gone on that tour to the lake near the city. Their enthusiasm was accompanied by the frustration of the Group of the Remnants; but there was not a planning for them to participate in the tour as well, which only happened because of the requests of the Phenix scholars. Many educators, students from other groups and two scholars of the Project, "who later became responsible for the Coordination of the Institute to take care of the Group of the Remnants", (sic) were present in the tour. One of those scholars was also a target, on the tour, through words, of an attempt of seduction that came from one of the institution employees, whom P. had already pointed as the father of the baby she was expecting.

Interestingly, now the roles and responsibilities for malignancy have been inverted... resuming the previous episode, the member of the Phenix was called by the principal of the philanthropic assistance institution to determine the segregation of the Remnants entrance and exit - from the institution - through gates that were apart from the others. Well, to justify such segregation it was said that the youngsters were sexually harassing the institution students... That Principal was a lawyer and must have known that the attribution of "sex offenders" to those teenagers was wrongly used, for according to Article 216 of the Penal Code, (Brasil, 2001), sexual harassment is an aggression to the intimacy and dignity of a person in an *asymmetric relation* between the victim and the agent who is based on *abuse of power*.

It was a foolish way to give them a negative and defamatory nickname, so, not to assume the stigmatization, for such legal sanction cannot be

applied to the horizontal relationship among teens. Actually there was the creation of "scape goats", with the projection of social malignance over those adolescents who already carried the stigma of other criminalizing prejudice.

Besides, at the meetings with the group of the Remnants held in January 2003, some of the young people of the group gave information regarding intimate involvements between employees and some students from the institution, encounters that took place at "parties" at their places according to the testimony of one of the scholars of Phenix, who was also sexually harassed by that employee; is such crime to be punished? It is sad... but the stigma of being a "bad example" was put on P. which justified her disguised expelling from the Group of the Remnants. According to Velho (1987, p.59):

...the existence of an identifying moral order of a particular society makes the deviator work as a limiting factor of frontiers, a differentiator symbol of identity, which allows society to discover itself, to understand itself through what it is and what it does not want to be (emphasis added).

The label "bad example", front to the other students of the institution, has a stigmatizing and excluding moral perversion regarding P. Furthermore, because it is an assistance institution, some ethical cowardice and pedagogical inability to deal with the problem is reflected at allowing the staying of that immoral employee who went on disrespecting even scholars. The attribution of such label to P. shows the teenager as an "evil carrier", who should be kept away from the institution. The way the institution dealt with P's pregnancy corroborates, again, the stigmatization against those young people. The aim of such attribution is to silence and/or ignore them, so that in silence they cannot report the contradictions of society and the violence imposed to them (Caniato, 2008).

The imposing of a "reporting category" (Velho, 1987) has not happened only to the referred protagonist of the Remnants Group, but is present in the lives of all the other participants. It is about a socially built process, which is not restricting to the institutional sphere. It pursues and makes it, at all times, difficult to insert those young people in society in a critical and dignified way.

As systematizing happened, it was understood that because it was necessary to ask the institution coordination for permission to allow those teenagers to participate in their activities, (such as playing soccer during the breaks, eating at the institution, etc.), the Phenix participants worried about protecting them from possible humiliation, once they considered themselves segregated. In the end, the continuity of social discrimination reproduction, by the institution until a few months after the establishment of the philanthropic assistance institution, was lessened due to the fact that Phenix asked, on teenagers' behalf, about their participation in the activities offered by the institution. While it was tried not to let the segregation practices, reproduced by the institution, have worse disruptive effects on the teenagers, the coordination remained indifferent to the assessment it produced.

With such understanding of the process developed with the teenagers of the Group of the Remnants, the main goal was to work on the reinterpretation of their perverse identification with prejudice that was socially imputed to them. It is evident that they expressed themselves through pseudo individuation (Adorno, 1986a), through lack of self-respect and through unconscious complicity with evil prejudiced attributions that are imposed/attributed to them while in an impoverished class (Velho, 1987; Coimbra, 2001). Actually, the teenagers showed their fragility because they were submitted to this social violence. Certainly, institutional helplessness made it easy for them to be submitted, to become easy prey to be manipulated and captured by the destructiveness of the identifications with the evil attributes imposed to them by society.

Entering the adventures of the remnants under experienced social violence

Such aspects were identified, already in the first meeting, once the issues and demands that guided the intervention were raised. At that moment it was possible to realize how immersed in social violence they were, for the issues had been placed, from the beginning, around this topic, and were present in all other meetings and all through the intervention process. All meetings are reported in what was called "Anthropological Diary". The issues raised by them were discussed through films

and television programs, dramatizations, dynamics, texts and posters and the interpretations were supported by concepts such as: "internalization and social violence" (Freud, 1930/1981; Adorno & Horkheimer, 1985); "accusation category" (Velho, 1987); "dangerous classes" (Coimbra, 2001); "cult to a hero" (Caniato, 1997), the omnipotence of social demand; "suffering at work" (Dejours, 1999), the destruction of subjectivity through identifying models conveyed by the media (Abeche, 2003; Caniato, 2003), "stay with" (Chaves, 1997) and "standardization" of subjectivity (Adorno, 1986a).

At first, the standing hypothesis was that the insistence on the same topic was because of the significant turnover rate of the members of the group through the intervention process. It was known, however, that the social violence issue followed the lives of each and every teenager of the group... All involved people, at different times, entered the Group, reported experienced situations that involved daily risk and danger. The information was similar to the experience already reported in the testimony of the other members of the group. This way, the central topic, violence, related to such experiences was taken up and discussed repeatedly.

The exposition of their lives to death was told in an ordinary way, even hilarious. When there was no explicit violence in the narrated facts, they aggregated it.

That can be seen in the report of a teenager, who, laughing, told about having been "stabbed" (sic) on the forehead, which was covered by a Band-Aid. It was stated that it was a lie; however, its meaning, regarded as bravado, gave the woman a prominent status in the group. There were only a few bruises and scratches due to family conflicts that she did not have to hide. Such simple curative would not be appropriate for a knife wound. What called the attention was the fact that the happening, which involved physical violence, was reported the way the teenager did: showing off as glorious, convinced that she was the "tragedy" heroin.

It was tried to show the group how exposed to danger and to death, which they challenged, they were. The violent way of living they were treating as ordinary and worse, considering glamorous, dealing with those experiences in a frivolous way, once they were not

differentiating life from death, and were, in addition, transforming death into a show, was pointed out.

Following the procedures of seeking clarification for demands and searching for elements for discussions about social violence, it was offered to the group a trip to the movies to watch the film "City of God" on 10/16/2002. When they arrived at the theater, it was noticed that the group was observed by the people who were at the mall, where the movie was shown. The teenagers were very excited about the atypical situation they were living at that moment. As they entered the movie theater the lights had already been turned off and the film showed *trailers*. When they went up the stairs in the room, one of the teenagers tripped over something and the others laughed, which made a lady shout: "shut up, you bunch of vagabonds" (sic). Front to the offense the teenager reacted verbally. Nevertheless, it did not end because the woman insisted on opposing to their stay in the movies, and gave birth to a series of events that ended in physical fight, police and the expelling of the teenagers from the movie theater. The happening ended in the women's police office and all through the procedures, the teenager was ironic and disrespectful towards everybody involved: police officers, scholars, movie theater manager, and deputy. She kept on attending the Group of the Remnants for a while. Later she did not show up to the meetings and nobody knew how the story ended. Many meetings of the group were dedicated to the discussion of what had happened at the cinema.

Sometime later, when the scholars were arriving for a meeting with the Group of the Remnants teenagers, a member of the pedagogical team of the Philanthropic Assistance Institution called them for a word in their room and the presence of the scholars was demanded. At that moment the order came: the Remnants could only enter the institution on meeting days, in other words, only on Wednesdays from 1:30 to 4:00 PM. The decision of the team was to order the entrance and the exit of the Remnants, only with the presence of scholars, only on the day and time allocated for the intervention and through a different gate, apart from the other learners. Once the scholars had no autonomy to do a research in the institution without consent, it was regarded as an attempt to expel the teenagers from this protective shelter. The situation remained the same until the change of the management, when the young people were awarded by the

community care program, finally establishing a bond of belonging.

At the meetings with the Group of the Remnants, scholars were watchful at capturing everyday attitudes and justifications used to think and act destructively as they used to. They tried to examine their adventures and analyze the violent psychosocial meanings of their experiences. There was always the intention to help them to reorganize their lives, by discussing with them ways to have social insertion in a critical way, to better protect and to free them from the malignancy and prejudice that had been socially imposed to them.

Deeper understanding of the damage caused by internalized social prejudice: Destroyed subjectivities

Phenix follows the conception that the human being is the "culture being", that everything related to human subjectivity must be analyzed eminently and always under the light of the social, historical and ethic context of each period, and linked to the psychosocial issues that are pertinent to them (Leontiév, 1978). It was evident that the work with the Group of the Remnants that, in contemporaneity, Culture - ethos of men had lost its people's protective dimension and had turned into the main instrument of social violence because it had been transformed into cultural industry (Adorno, 1986a).

Such transformation is related to the attention given to economic interests of the hegemonic social class, for nowadays society is at the service of Capital and not at the service of men (Crochik, 2005). Such inversion perverts the protection objective of Culture, as it was studied by Freud (1930/1981), serving as the main instrument to impose ideology and identification models that correspond to the maintenance of the status quo. Violence is, therefore, the acting instrument together with the individuals, because of the production of knowledge and objects of pleasure, which have been withdrawn from men and deposited on money and consumer goods, inherent to the building of ideology. Having money, in this case, is more valuable than being a person. Those "ideas", however, are transmitted to individuals under intense seduction and glamour (Lucchesi, 2002). They are convinced to

“interpret them” as real “designations” to be followed, as if they had originated in them and appropriate to the whole world. Such inverted and dislocated appropriation of thought and desires of people for goods and money makes each person and everybody subordinate and accomplices to those abusing suffered actions. They start to be reproduced by individuals as a prize to be shown off.

However, there is no doubt that they are facing a strong indication that cultural industry acts on people in a way to weaken their superior psychological structure (principle of reality), weakening their real possibilities of discernment and choice. Men may reflect and “... *discernir lo interior (perteneciente a lo) de lo exterior (originado por el mundo)*...” (Freud, 1930/1981, p.3019, italics added); however, under the kingdom of cultural industry, they are at the mercy of primary processes, (unconscious/‘oceanic feeling’), in other words, to sheer principle of pleasure, to total irrationality of the full discharge of disproportional drives, lacking any care/preoccupation with conditions imposed by the external world. The ideology to suppress and repress all the data related to reality, provides an illusory understanding of this reality, because, besides presenting the objects partially and distorted, thus imposing its “diabolical constructions” as if they were truths (Cohn, 1986).

The deficient development of higher psychological structures, developed in relation to culture (Freud, 1930/1981), if executed under the sign of symbolic violence of ideology - to provide illusory “knowledge” about reality - brings therefore, damage in the apprehension of the real and imposes severe damage to the process of self-identification (individuation). Individuals, besides becoming passive recipients, are devoid of relational capacity of thought for being “banned” from having access to all constituent objects. The deception and lies (Caniato, 2007) are their inseparable companions in all areas of their lives. Wouldn't this installation of failure, in men, the driving force that sustains the exclusionary way of living of most individuals?

It is within this rapist process that culture loses not only its function of support to men and to become a disruptive powerful force of the subjective attributes of individuals, but also comes and devours the integrative force of the relationship between men. The “ideas” disseminated in a misleading way (ideology),

deform the ability to grasp and to understand human thought. The identification of such concealed violence becomes difficult. It is seized only by the irrationality of the ‘oceanic feeling’ (Freud, 1930/1981), consistent with the symbioses of individuals among themselves and the maintaining of links regressed from the individual with themselves, affecting interpersonal relationships and institutions of Culture. If human thought could be driven into service of force subject of men, it would be focused on building a Culture of men and for men effectively (Adorno 1985; Adorno & Horkheimer, 1947/1985).

Within the neoliberal context in which the present Culture is being managed, the Market is the only ruler, both economically and socially (Guinsberg, 2001).

It is easy to recognize how mean the identifying models induced by the media are. In modern times they work as real seduction and capture strategies (standardization) of subjectivities. They do not excel because of the individual in their humanity and autonomy, but the only and exclusive interest on them is as a consumer. The act of consumption becomes the most valued. Men, thus, in the illusion of being the subject of today society, do not realize that the action of the industrial culture is just a passive object of the same.

Through cultural industry, or maybe the Desire industry, even idleness is commercialized. That can be exemplified by the article “Pleasure and Danger” (Shelp, 2003), in which there is the exaltation of adventure and extreme sports as a possible way to let go, in their free time, the instinctive reactions that are not repressed and not-integrated like anger. The substitutive reward is to give men the illusion of omnipotence. It is a routine to turn on the television and face programs whose main theme is extreme sports and their doers, considered as “adrenaline heroes”. The building of current subjectivities is guided, mainly, by identifying models that claim, tirelessly, the search for the breaking of all and any limit, a kind of apology to “human deification”.

Among common, strong adrenaline experiences lived and reported by teenagers in the meetings, are practices such as: “holding the end of a car”, “doing motorcycle Russian roulette”, skate or bicycle races on sloped avenues, in a way that their stop and crossroads is difficult or even impossible. The state, however, that

the pleasure they felt as they did such things was so intense that experiencing those dangerous situations was immeasurably enjoyable. These are the extreme sports of those poor teenagers.

According to the adolescents, as they experienced those “electrifying” (sic) situations they felt fear. They do not relate those actions, though, to the possibility of dying, but they fear becoming physically limited in case an accident happens and stop them or make it difficult for them to keep on participating in those “adventures”. They say, openly: “I am not afraid of dying” (sic). The circumstances in which they state such a thing nears cynicism or despair: it is scary to hear a young person discredit life.

Freud (1916-1918/1948) characterized fear as a reaction to danger that would wake in a person a reflex to run away as a means of protection. Although fear is a beneficial feeling to human life, for it alerts a person of a possible threat to their life. It is for this reason that the lack of fear of death showed by those adolescents, at the same time it deeply intrigues, it also instigates curiosity in wanting to understand better the mental processes involved in this inconsequent search for pleasure under imminence of death. There already is a path here.

The lack of fear of death, explicated by those young people, may be related to what Bauman (2001) says about the feeling of *immortality* in contemporaneity. Currently there is a very strong and growing devaluation/deflation in the sense of immortality. Such adjective was shifted from spatial and temporal dimensions to be directly associated to the notion of intensity. Thus, the immortal ceases to be what is not subject to death, that is, they exist as an object present in time and in space, infinitely, to take the disfiguring mask that was converted into immortal, because being *intense*, means being enthusiastic/passionate.

People whose egos Subjects are “destroyed but immortal”, supported by a deceptively intense experience of “pleasure” in “immeasurable doses”, showed a regressed functioning, maintained by the denial of the size of a destructive dimension of such “radicality”, and its perverse conversion into something wonderful. The imminence of their own death is emptied of its true meaning to convert into everything that provides instant pleasure. So it is perfectly understandable the fear young people have to commit

their physical power, and not death itself, for disability, actually means to “be dead”. In their rush to collect “immortal” moments, everything is valid and allowed, even killing or dying. According to Kurz (2004), the indifference towards others in our society, also reflects the detachment to life itself, indifference to their own selves.

Living under the sign of infinity of the ‘oceanic feeling’ (Freud, 1930/1981) and in communion with the All, reports a negative condition in which individuals are immersed and therefore, the denial of limits and the effective finitude of the human being. It is under this mental functioning that individuals become vulnerable to seduction and stop adhering to identifying heroic models, imposed by the cultural industry. Why do the hegemonic interests glamourize the absence of limits that unites all individuals symbiotically, so as to become undifferentiated from each other?

Wisely, the adolescents of the Group of the Remnants do not have financial support to do extreme sports such as rappel, bungee jumping, gliding, etc., so that they would try the “risk adrenaline” with “modern safety equipment”. However, despite the spread of the words “total security”, the incidence of serious or even lethal accidents involving such persons in such practices is common knowledge. It is understood that the discourse of “security technology” is ideological, serving as marketing attribute to social classes that can finance such practices. In fact, even the whole “security technology” does not deny the risk. Additionally, it serves the purpose of familiarizing people with fear, repressing its dimension of denouncing of danger, thus weakening them.

According to the Freudian/Adorno conception, this is nothing, but the maintenance of individuals in regressive psychic condition of pseudo-individualization and massification, gestated by the irrationality of the ‘oceanic feeling’ “...Ahora que encuentra muy cerca alcanzar este ideal, casi ha llegado a convertirse él mismo en un dios... . *El hombre ha llegado a ser, por así decirlo, un dios con prótesis*” (Freud, 1930/1981, p.3034 - emphasis added).

As soon as the work with the Group of the Remnants began, it was possible, based on their reports, to understand they had been captured by the violence of those identifying models that reproduced, and

certainly still do, with little discernment and criticism, what has been socially imposed. They are victims and accomplices of the process of social discrimination/elimination.

The standardization of the individuals (Adorno & Horkheimer, 1985) results from a mean process of social manipulation that leads to total elimination of differences and to the discernment disability. Standardized Individuals are fused together (symbiosis), equaling therefore, as to how to act, think, feel, relate to external/internal objects, etc., because they follow predetermined identification models, distributed mainly by the media. I mean, even the “core” of the inner life of the individual suffers from the disruptive influence of the social oppression that turns individuals into “death masks” (Adorno, 1986a).

Another moment when it was possible to realize the standardization in which adolescents are immersed, was one when one of them, (A.), “*said he was going to buy a gun as a justification that it was the only way to be respected*” (sic). It was tried to demonstrate to the Group that there were other ways to obtain respect from the others. The young man, however, insisted otherwise saying that “*for them (the poor), respect is gotten only with the possession of a gun*” (sic). The fact demonstrates how much adolescents had fallen into the social trap that has been transforming them into dangerous criminals. They cannot envision other alternatives but those threshed by society for them to follow. I mean: they have to get “respect” the same way they their “idols”, intended to be venerated by them, did. It is the case of Fernandinho Beira Mar, so praised by the media. But this is a form of “social mobility possible to the impoverished class”, “... closing, once more, the circle poverty-crime” (Coimbra, 2001, p.112).

Another example was the aggressor - agressed logic in the episode when they were insulted at the movies. They supported that the offense they received when they were insulted by that lady, until they left the cinema: “*we, the poor, do not have the right to go to the movies in a mall*” (sic). Was it not that the expelling insult from that lady when they had happily entered the movie theater? As such adolescents seek to enforce their rights through violence, eventually legitimize the ideological discourse of the ruling class which is that impoverished individuals are really “dangerous/criminals”, “and deserve”, this way, criminalizing containment or

even death. They showed their identification with the identifying model of a “dangerous class” (Coimbra, 2001) and, consequently, the internalization of social violence, by acting, exactly as the label impregnated with malignancy and dangerousness attributed to them. Not having watched the film and having supported, then the excluding attitude of the lady who “*expelled from cinema, assaulting one of them*”.

There is no doubt that the internalization of social violence is explained by the internalization/absorption of individuals regarding the identifying models that were socially proposed.

The almost-impossibility of preserving life: Would that be the conclusion?

Why can't these teenagers protect themselves from the evil action of prejudice, internalize their malign attributions and destroy themselves in complicity with those who brutalize them?

In order to better explain the type of violence to which we refer and to which these youngsters are exposed, it is worth Levisky (1998, p.79):

There is, nowadays, some kind of ideology going around that preaches that it is better to kill a “guttersnipe” today than to disturb society with one more criminal tomorrow. The massacre of the *Candelária* boys in *Rio de Janeiro* in 1993 only proves the existence of followers of this ideology, particularly in a Brazilian city whose ‘violence is endemic’ (*Folha de São Paulo*, 26/6/91). These are the extermination groups for children, organized in order to preserve the wellbeing of the civilized Brazilian society. This is the hypocrisy, the social effrontery of constituted authorities serving as a role model in a decadent society.

Thus, the subjectivities are immerse in the disseminated violence, internalized and reproduced by each and every individual of this society. Therefore, it is not only the Remnants that reproduce social violence by internalizing it in their psyche. They too reproduce this violence and, like many others, are subjected to these and to other forms of self-punishment.

It was not by chance that the first theme brought into discussion by the adolescents was of the violence, during all the time we were together, which

permeated all the other themes discussed. They reported their own or their friends' stories, in which violence was always present in several different manners: addictions; fights, often times with the use of weapons; saying that *"the thing is all about living dangerously"* (sic), *"living with adrenaline"* (sic); practicing radical sports such as skateboarding, motorcycling and biking with radical maneuvers and/or using themselves as obstacles so that others could just over them with these; attacking each other with slaps, pinches and punches on the head, etc.

E., an adolescent, said that when he was questioned because of his behavior of punching people on their heads during school break he said: "when I was little, I got punched on the head... today, *I've grown up, so I punch others on their heads*" (sic). "The one who is hard on themselves acquires the right to do it on to others, and takes revenge for the pain they did not have the freedom to demonstrate and needed to repress" (Adorno, 1986b, p.39).

Although the expression of major intimacies were not allowed during the meetings with the Remnants, their existential suffering became clear, manifested through violent practices that attempted to hide such suffering. One example is the fact that the teenagers look for the academics of Phenix before going to the meeting rooms and talk, in a banal manner, about their "adventures" over the weekend: *"hey, teacher, I've broken my arm but it was really nothing"* (sic) or when they showed/exhibited sign of aggressions on their bodies as a result of involvements in fights and in the practice of the "radical sports".

In summary, it was found that, in a final analysis, teenagers end up reproducing what society expects from them: they are subservient and not emancipated, and proceeding this way, the segregation practices that they suffer will only act to stigmatize them, although not explicitly. By reproducing what society expects from them as a poor class, the teenagers create the justifications that are given for the prevalence of the prejudices that imprison them. By behaving according to what society expects from them, they become submissive and accomplices with the society that guilts them in a terrifying manner.

The "idea", disseminated by the mass means of communication about the naturalization (biological

explanation) of violence, as if it were present in the blood of each individual of poor classes, treated as dangerous for the sake of being poor, is pointed out by Coimbra (2001) and becomes evident in a teenager's (Y.) reflection, when she writes about hatred: *"it is a feeling that came out of our mothers' wombs: it is a challenge as it tries to dominate us..."* (sic). Later, she expressed the internalized hatred and said: *"... the bullet can be for you, there is no escape, no hiding, it always finds you, and you know why? Hatred is inside you too!"* (sic). There is evidence, thus, that the poor class itself does not react because it has in its core, in its mind, the conception that "it is dangerous by its own nature" and deserves to be punished.

It is necessary to always have in mind that the construction of ideas full of prejudice about individuals of classes that are less socially favored is highly mutilating of their autonomy process. Moreover, it requires the complicity of those who incorporate what is imputed onto them. The efficiency of the violence of the internalized prejudices only has its strength because it is supported by the adhesion of the ones who suffered such violence, even if unconsciously. The psychosocial massacre of these individuals can be understood in this way. However, we believe in the Human capacity to revert this process by means of resistance to these judgments, in the capacity individuals have to break the cycle poverty-marginality-dangerousness/criminality.

It is through the use of reflexive integrity, bonding and supporting among men that subject-actions can be developed ("emancipatory education" - Adorno, 1995). For those who value life it is meaningful and nurturing to work in solidarity with teenagers that, just like the ones from the Group of the Remnants, suffer under the domain of powerful social prejudices. This is only possible when one loves themselves and believes in the life force and transformations of individuals. A human being can be a phoenix!

References

- Abeche, R. P. C. (2003). *Por trás das câmeras ocultas a subjetividade desvanece* (Tese de doutorado não-publicada). Programa de Psicologia da Religião, Universidade Metodista de São Bernardo.
- Adorno, T. (1986a). A indústria cultural. In F. Fernandes (Ed.), *Theodor W. Adorno: Sociologia* (pp.92-99). São Paulo: Ática.

- Adorno, T. (1986b). Educação após Auschwitz. In F. Fernandes (Ed.), *Theodor W. Adorno: sociologia* (pp.32-45). São Paulo: Ática.
- Adorno, T. (1995). *Educação e emancipação*. São Paulo: Paz e Terra.
- Adorno, T., & Horkheimer, M. A. (1985). *Dialética do esclarecimento: fragmentos filosóficos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar. (Originalmente publicada em 1947).
- Agamben, G. (2007). *Estado de exceção*. São Paulo: Boitempo.
- Bauman, Z. (1998). *Modernidade e holocausto*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Bauman, Z. (2001). *Modernidade líquida*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Bourquin, J. (2003). Delinquência juvenil: punir ou educar? *Lê monde Diplomatique*. Recuperado em setembro 27, 2003, disponível em <<http://www.diplo.com.br/aberto/materia.php?id=343>>.
- Brandão, C. R. (Org.). (1981). *Pesquisa participante*. São Paulo: Brasiliense.
- Brandão, C. R. (Org.). (1984). *Repensando a pesquisa participante*. São Paulo: Brasiliense.
- Brasil. (1990). *Estatuto da criança e do adolescente*. São Paulo: Cortez.
- Brasil. (2001). *Código penal* (39ª ed.). São Paulo: Saraiva.
- Caniato, A. M. P. (1997). A sociabilidade autoritária: comprometimento na individualização e para a cidadania. *Psicologia em Estudo*, 2(3), 109-130.
- Caniato, A. M. P., Rodrigues, A., Silva, J., Quilice, K., Santos, L., & Corazza, L. F., et al. (2002). *Phenix: The daring of the erbirth of citizen subjectivity*. Porto Alegre. *Psicologia e Sociedade*, 14(2), p.95-132.
- Caniato, A. M. P. (2003). *Da subjetividade sob sofrimento narcísico numa cultura da banalidade do mal*. Recuperado em dezembro 29, 2004, disponível em <www.estadosgerais.org/mundial_rj/download/5c_Caniato_18050803_port.pdf>.
- Caniato, A. M. P. (2007). A banalização da mentira como uma das perversões na sociedade contemporânea e sua internalização como destrutividade psíquica. *Psicologia e Sociedade*, 19(3), 96-107.
- Caniato, A. M. P. (2008). A violência do preconceito: a desagregação dos vínculos coletivos e das subjetividades. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 60(2), 20-31.
- Carone, I. (2003). Adorno e a educação musical pelo rádio. *Educação & Sociedade*, 24(83), 2-18.
- Chaves, J. (1997). *"Ficar com": um novo código entre os jovens*. Rio de Janeiro: Revan.
- Coimbra, C. M. B. (2001). *Operação Rio: o mito das classes perigosas: um estudo sobre a violência urbana, a mídia impressa e os discursos de segurança pública*. Niterói: Intertexto.
- Cohn, G. (1986). Adorno e a teoria crítica. In G. Cohn. *Sociologia* (pp.7-30). São Paulo: Ática.
- Crochik, J. L. (2005). Preconceito: relações com a ideologia e com a personalidade. *Estudos de Psicologia* (Campinas), 22(3), 309-319. doi: 10.1590/S0103-166X.
- Cunha, A. G. (1982). *Dicionário etimológico: nova fronteira da língua portuguesa*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- Dejours, C. (1999). A violência invisível: entrevista. *Caros Amigos*, 26, 16-17.
- Freud, S. (1948). Introdução al psicoanálisis. In S. Freud. *Obras completas* (pp.262). Madrid: Biblioteca Nueva (Originalmente publicado em 1916-1918).
- Freud, S. (1981). El malestar en la cultura. In S. Freud. *Obras completas* (pp.3018-3067). Madrid: Biblioteca Nueva. (Originalmente publicado em 1930).
- González Rey, F. (2005). *Pesquisa qualitativa e subjetividade: os processos da construção da informação*. São Paulo: Pioneira Thompson Learning.
- Guinsberg, E. (2001). *La salud mental en el liberalismo*. Mexico: Plaza y Valdés.
- Kurz, R. (2004). *La globalización debe adaptarse a las necesidades de las personas, y no al contrario*. Recuperado em mayo 22, 2004, disponible en <<http://www.rebelion.org/sociales/040517kurz.htm>>.
- Leontiev, A. (1978). O homem e a cultura. In A. Leontiev. *O desenvolvimento do psiquismo* (pp.259-284). Lisboa: Horizonte Universitário.
- Levisky, D. L. (1998). *Adolescência: reflexões psicanalíticas*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Lucchesi, I. (2002). Mídia e sedução sem encantamento. In *Observatório da Imprensa*. Rio de Janeiro. Recuperado em agosto 4, 2002, disponível em <<http://www.observatorio.daimprensa.com.br/artigos/jd060320024.htm>>.
- Mariotti, H. (2000). *A era da avareza: a concentração de renda como patologia bio-psico-social*. Recuperado em agosto 16, 2003, disponível em <<http://www.geocities.com/complexidade/avareza.html>>.
- Martin, H. P., & Schumann, H. (1999). *Armadilhas da globalização* (5ª ed.). São Paulo: Globo.
- Martin-Baró, I. (1987). El latino indolente: carácter ideológico del fatalismo latinoamericano. In M. Montero (Coord.), *Psicología política latinoamericana* (pp.135-162). Caracas: Panapo.
- Sawaia, B. (1999). *As artimanhas da exclusão: análise psicossocial e ética da injustiça social*. Petrópolis: Vozes.
- Shelp, D. (2003). Prazer e perigo. *Veja*, 1811, 70-78.
- Thiollent, M. (1981). *Crítica metodológica: investigação social e enquete operária* (2ª ed.). São Paulo: Polis.
- Velho, G. (1987). Duas categorias de acusação na cultura brasileira contemporânea. In G. Velho. *Individualismo e cultura: notas para uma antropologia da sociedade contemporânea* (pp.59-68). Rio de Janeiro: Jorge Zahar.

Received on: 10/2/2011
Approved on: 9/5/2012

A organização do trabalho na era digital

The work organization in the digital era

Lilia Aparecida **KANAN**¹
Marina Patrício de **ARRUDA**¹

Resumo

Atualmente a organização do trabalho se dá sob certas condições sociais, econômicas e culturais influenciadas pelo excesso de informações e tecnologias próprios da era digital. Para discutir tal situação, o presente artigo, uma revisão crítica, buscou conteúdos em livros e artigos que foram selecionados em razão de apresentarem relação entre organização do trabalho-contemporaneidade e transformações do trabalho/trabalhadores-era digital. A partir disto, objetiva-se discutir algumas características da organização do trabalho na era digital, visivelmente marcadas por aspectos antagônicos e complementares. O trabalho é problematizado em meio a essas características de complexidade, cuja dinâmica engloba, ao mesmo tempo, condições de liberdade e de subserviência. Assim, analisar as mudanças que ocorrem na organização do trabalho a partir dos impactos da era digital pode ser significativo para ampliar a reflexão sobre fatos e acontecimentos que vêm modificando o comportamento de trabalhadores e, em uma instância ampliada, da sociedade na qual ele se insere.

Unitermos: Ambiente de trabalho; Mudança organizacional; Trabalhadores; Trabalho.

Abstract

Currently the organization of work occurs under certain social, economic and cultural conditions influenced by the excess of information and technologies of the digital age. To discuss this situation, the present article, a critical review, searched contents in books and articles that were selected due to the existence of a relationship between the organization of work-contemporaneity and transformations of the work/workers-digital era. From this, the aim is to discuss some characteristics of the organization of work in the digital age, which is visibly marked by antagonistic and complementary aspects. Work is problematized in the middle of these characteristics of complexity, which simultaneously includes conditions of freedom and subservience in the dynamic. Therefore, to analyze the changes that occur in the organization of work from the impacts of the digital era may be significant to broaden the debate on facts and events that change the behavior of the worker and, in an extended way, the society where he/she is inserted.

Uniterms: Working environment; Organizational innovation; Workers; Work.

A organização do trabalho na era digital

A era digital é caracterizada pela constante inovação, por descobertas significativas e pela marcante complexidade *dos* e *nos* processos de trabalho. É

inegável o impacto do microprocessador e das redes de computadores como teia na qual todas as memórias informatizadas permitem o surgimento do coletivo pensante (Lévy, 2000), na qual homem e tecnologia interagem, produzindo novas formas de subjetividade,



¹ Universidade do Planalto Catarinense, Programa de Pós-Graduação em Ambiente e Saúde. Av. Castelo Branco, 170, Bairro Universitário, 88509-900, Lages, SC, Brasil. Correspondência para/Correspondence to: L. A. KANAN. E-mail: <lak@uniplac.net>.

de cognição e de trabalho. O cenário mundial se altera profundamente em decorrência das mudanças contextuais decorrentes deste progresso tecnológico e científico. Credita-se à mudança do trabalho ao longo dos últimos cinquenta anos a produção das maiores alterações vividas pela sociedade. Impulsionada pelo conhecimento, a era digital está mudando os cenários laborais, os valores da sociedade e o relacionamento humano de forma mais profunda, trazendo uma série de implicações.

A inquietação derivada dessa constatação originou o presente artigo de revisão crítica, que objetiva descrever, analisar e discutir conhecimentos já publicados de abrangência temática, cuja função pretendeu sua atualização. Foram consultados livros e artigos nas bases de dados SciELO, Lilacs e Latindex entre os anos de 2000 e 2011. O critério de seleção tanto de livros quanto de artigos esteve relacionado à existência de relação entre organização do trabalho-contemporaneidade, e transformação do trabalho e de trabalhadores-era digital. Foram referidas ainda quatro publicações anteriores ao período definido (Camus, 1942; Dejours, 1992; Demo, 1996; Engels, 1971) em razão de suas contribuições ao tema.

Nesta revisão adotou-se o conceito de organização de trabalho proposta por Dejours (1992, p.25): "por organização de trabalho designamos a divisão do trabalho, o conteúdo da tarefa (na medida em que ele dela deriva), o sistema hierárquico, as modalidades de comando, as relações de poder, as questões de responsabilidade etc..".

O início da discussão ora proposta está assentado no entendimento de que, atualmente, acumular informações e saber utilizá-las passou a ter tanto valor quanto tinha acumular bens materiais há pouco tempo atrás. Sob a égide desta possibilidade, as pessoas vivem uma transição paradigmática, na qual os capitais tangíveis passam a ser substituídos pelos intangíveis, mudança que demanda de todos um grande esforço de compreensão deste novo momento de transformação social.

Em nada diferente de países desenvolvidos, o Brasil vive um momento de grandes e profundas transformações decorrentes da realocação da força de trabalho da indústria para os serviços, do trabalho assalariado para o autônomo, do emprego presencial para o

virtual. Advém destes fatos que os novos processos de produção e de prestação de serviços passaram a exigir trabalhadores mais qualificados, o que, em pouco tempo, fez surgir uma nova classe: o trabalhador do conhecimento e da economia mundializada.

Várias atividades antes executadas dentro das empresas, por razões diversas passaram a ser encomendadas ou realizadas fora delas, reduzindo o número de trabalhadores diretamente empregados como assalariados e ampliando o quantitativo de "empregos virtuais". As transformações do trabalho e, por conseguinte, nos demais campos sociais, aconteceram de forma tão acelerada que sequer permitiram às pessoas imaginar que, ao final de um mesmo século, a maior parte dos empregos estaria no setor de serviços.

Decorrente deste amplo processo de transformações, muitos gestores, empresários e administradores perceberam a necessidade de considerar a subjetividade à compreensão do comportamento humano no trabalho; tornaram-se mais conscientes de sua importância, pois aspectos que a evidenciam transcendem o prescrito, os contratos formais ou os regulamentos vigentes; compreenderam que as expressões de sentimentos e emoções e que as condutas e atitudes dos trabalhadores são determinadas por muitos aspectos, dentre eles os sociais, religiosos, políticos, econômicos e morais (Vergara, 2009). Passaram a investir - mesmo que timidamente -, na ampliação da satisfação e motivação no ambiente de trabalho, na integração organizacional como fato, na tecnologia e nos recursos voltados às metas organizacionais e à satisfação de clientes, na produtividade e no comprometimento em substituição à lealdade. É indubitável que todos estes fatores favorecem a qualidade de produtos/serviços e apontam para a exigência de ambientes de trabalho mais agradáveis, ainda que, não raro, a razão que orienta os dirigentes a tornar o ambiente de trabalho mais agradável seja a expectativa de maior produtividade e, conseqüentemente, maior lucro. Portanto, embora nem sempre norteados por um genuíno interesse nas pessoas, é provável que sejam eles os catalisadores dos processos de mudança em curso (Kanan, 2010).

Essas transformações alcançam um grande contingente de trabalhadores. Com a adoção das novas tecnologias virtuais e digitais altera-se a organização

do trabalho, abrindo frentes especializadas, inclusive para aqueles que hoje se encontram excluídos do mercado de trabalho. Logo, se as pessoas não estiverem minimamente conectadas à *Internet*, tornam-se obsoletas muito rapidamente. Essa máxima comumente professada nos dias atuais, embora possa ensejar angústia e sofrimento, também oportuniza ações e decisões pessoais e profissionais mais criativas e o desenvolvimento de habilidades para os novos processos que impactam a organização do trabalho. Esse fato representa contraponto à imobilidade, conservadorismo e centralização que tão explicitamente marcaram o trabalho no século XX.

Em razão desse novo cenário, novas competências são requeridas àqueles que pretendem administrar, participar e atuar ativamente nesse mercado de trabalho altamente competitivo, de concorrência acirrada e com grande grau de incertezas face às mudanças cada vez mais rápidas e constantes. Sob este aspecto, é tanto atual quanto oportuno referir Heráclito de Éfeso (aprox. 540a.C. - 470a.C.), filósofo pré-socrático considerado o 'pai da dialética', que há mais de dois mil anos já afirmava não haver nada mais permanente do que a mudança.

A inconstância que caracteriza os tempos atuais origina e é originada pelas alterações no processo de produção do capital e suas repercussões no processo de trabalho: as várias e, por vezes, contraditórias dimensões que o caracterizam criam e subordinam, humanizam e degradam, libertam e escravizam, emancipam e alienam, e continuam mantendo o trabalho como questão axial em nossas vidas (Antunes, 2005). É possível constatar, então, uma transformação estrutural do trabalho que demanda novas formas de compreensão sobre o mesmo. Decorre que este contexto de mudanças intensas requer um sujeito interrogante e um pensamento cada vez mais complexo, capaz de promover a compreensão da multiplicidade e da diversidade. Em meio a tantas e tão profundas transformações, a era digital propicia o surgimento de um novo paradigma que privilegia o processo e a relação entre múltiplos fenômenos, de maneira que as pessoas, neste contexto, estabelecem ao mesmo tempo relações libertadoras e sacrificantes, que tanto podem emancipá-las, quanto fazê-las padecer.

A complexificação dos processos de trabalho

O avanço tecnológico propiciou o desenvolvimento das redes de computadores, cujo ícone atual é a *Internet*. Estas fizeram emergir uma nova cultura, a digital, que, ao promover o acesso à infinita quantidade de informações, determina a incapacidade humana de abarcar, reter e elaborar tanto saber, marca registrada das sociedades informatizadas.

Na era industrial a hierarquia era mantida pelo controle e centralização do poder. Hoje, há uma tendência à horizontalização das relações de trabalho, com pouca ou mesmo sem hierarquia. Zuffo (2005, p.63) corrobora tal entendimento: "devido à propagação muito rápida de informações, a hierarquia vai desaparecer totalmente e ficará um esquema mais ou menos horizontal de associação. As pessoas serão valorizadas pela sua capacidade, e não pela posição que ocupam".

De certa forma, há uma transformação social em curso, resultado da influência e intensificação de informações (Zuffo, 2002) imprimindo mudanças ao conceito de trabalho. A educação se tornou fator decisivo para o desenvolvimento e a revolução tecnológica que transformou a economia nas últimas décadas e criou um problema para trabalhadores e empregadores. Na medida em que a economia brasileira se modernizou, os bons empregos ficaram restritos aos mais bem preparados; os demais foram excluídos, passando a atuar no mercado informal - outra tendência dessa época - com baixa remuneração e trabalho precário. Neste ínterim, ganhou destaque a educação, principalmente aquela voltada ao aprendizado contínuo.

A própria modernidade se encarregou de mudar o sentido do trabalho. Na perspectiva psicológica, o trabalho é hoje considerado uma categoria central no desenvolvimento do autoconceito e uma fonte de autoestima (Zanelli, 2010), que alicerça a constituição do sujeito e sua rede de significados.

Hoje, preparar-se intelectualmente é tipicamente trabalho. Por isso a educação foi se tornando essencial, presente na raiz da formação do sujeito histórico, capaz de emancipar-se também pelo trabalho. O que faz do trabalho algo produtivo não é propriamente o esforço físico, mas a inteligência nele investida (Demo, 1996) e a energia pessoal exigida à

sua realização. É desta forma que o trabalho, em uma era cada vez mais digital, pode ser traduzido pelo termo aprendizado.

Maturana (2000) convida “a uma reconversão de olhar” ao se referir à inexistência de uma realidade independente do observador. Aquilo que o homem observa como lhe sendo exterior não é nada além do que ele mesmo é. Nesse sentido, não há separação entre produtor e produto, sujeito e objeto, trabalho e trabalhador. A unidade autopoietica contém o ser e o fazer, esse é seu modo específico de organização. *Poiesis*, termo grego, significa produção; por extensão, autopoiese representa a autoprodução. Segundo Mariotti (2000, *online*) ‘a palavra surgiu pela primeira vez na literatura internacional em 1974, num artigo publicado por Varela, Maturana e Uribe, para definir os seres vivos como sistemas que produzem continuamente a si mesmos’. Depreende-se assim que uma unidade autopoética é aquele que é capaz de refazer, de maneira contínua, seus componentes que sofreram desgastes, ou seja, o sistema é simultaneamente produtor e produto.

É nesta medida que referir ao “fazer profissional” significa autorreferência. Nessa nova condição o trabalho passa a ser considerado como um sistema vivo que pode ser descrito apenas em parte. O trabalhador como um sujeito implicado, problematizante e de acordo com seu repertório e suas motivações assume cada vez mais a diligência de seu “fazer”. Desta forma, a época contemporânea acena para uma transformação paradigmática da percepção das relações e dos sentidos do mundo. Na era digital, as novas tecnologias não são apenas ferramentas a serem aplicadas, mas processos a serem desenvolvidos pelo trabalhador; por isso, o conceito de trabalho, hoje, passa pela compreensão do conceito de autopoiesis cunhado por Maturana (1997).

O caráter contraditório da inovação tecnológica

No Brasil, pode-se dizer que a mudança nos padrões de emprego ocorreu de forma abrupta. A partir de 1990, decorrente do impulso de modernização, restou claro um sério problema do Brasil: a educação. Metade da população que trabalhava tinha educação precária, sendo incapaz de operar com eficiência em

economias modernas. Qualificar essas pessoas e reunir esforços contra o desemprego foi um dos problemas que a pós-modernidade nos reservou.

As novas tecnologias, ao romperem com a lógica linear requisitando uma lógica pautada na rede hipertextual e no estabelecimento de múltiplas conexões (Lévy, 2000), mostraram que os novos processos de trabalho também reconfiguraram as profissões. Para o autor (p.172), não se trata apenas de “usar as tecnologias a qualquer custo, mas de acompanhar consciente e deliberadamente uma mudança de civilização que questiona profundamente as formas institucionais, as mentalidades e a cultura dos sistemas educacionais tradicionais e, sobretudo os papéis de professor e de aluno”. Posturas como esta destacam a relevância do desenvolvimento de programas de inclusão digital como dispositivos de inclusão social. Esse autor considera que a tecnologia pode contribuir para uma sociedade mais justa por desenvolver a habilidade de acessar, adaptar e criar novo conhecimento e possibilidades sociais. Assim, parece que são as habilidades digitais que condicionam as oportunidades individuais, sociais, socioeconômicas, políticas e socioculturais (Demo, 2007).

Em pouco tempo, o trabalho e sua organização passaram por reformulações profundas que favoreceram a configuração de um novo paradigma respaldado por ideias muito diferenciadas como, por exemplo, a desmaterialização da produção e da prestação de serviços. Responder à globalização instou a necessidade de administrar e conviver no trabalho com pessoas de diferentes culturas e com significativa diversidade da força de trabalho (sexo, orientação sexual, idade, raça, religião, etnia, deficiências ou necessidades especiais), bem como de lidar com a temporariedade, com a flexibilidade e com a imprevisibilidade (Robbins, 2009).

No Brasil, somente na década de oitenta as pesquisas sobre a organização do trabalho se proliferaram, possibilitando uma multiplicidade de produções com ênfases variadas apontando o caráter contraditório da inovação tecnológica. Entretanto, nos anos noventa as mudanças se acentuaram ainda mais, possibilitando discussões mais profundas na medida em que alguns autores contemporâneos passaram a insistir na perda do significado do processo de trabalho como centro

da dominação (Antunes, 2006). Sob este ponto de vista, as mudanças nas formas de organização do trabalho suscitaram questionamentos a respeito de outras possibilidades, sinalizando que, para além da perspectiva de alienação e sacrifício, poderia também existir expectativa de liberdade e de emancipação.

Esta breve retomada histórica mostra que em menos de um século os processos de trabalho sofreram profundas transformações. A chamada Terceira Revolução Industrial incluiu nova base tecnológica, nova modalidade de organização e gestão da produção e serviços que permite a globalização do processo produtivo, do sistema financeiro e a formação dos grandes blocos econômicos (Antunes, 2006). A introdução gradativa de máquinas-ferramenta promoveu a substituição da força física do trabalhador, à medida que certas atividades foram absorvidas por artefatos produtivos, que hoje encontram seu protótipo mais avançado no computador. A busca de lucro cada vez maior, mais seguro e duradouro levaria o capitalista a preferir processos produtivos inteligentes. Previa-se, então, que o trabalho como dispêndio de força física recuará, mesmo no contexto da exploração capitalista (Engels, 1971). E assim, as novas tecnologias como produto humano, que não podem ser pensadas de forma separada do homem, apresentaram também uma característica contraditória: ao mesmo tempo em que se pretendiam poupadoras de mão de obra, também oportunizaram ao homem o repensar de sua própria relação com o trabalho, colocando-o como possibilidade de desalienação.

Um movimento complexo: liberdade e sacrifícios

A busca da construção de um metaponto de vista para a compreensão das transformações do trabalho na atualidade possibilita perceber que as circunstâncias atuais descrevem as tendências mundiais da complexificação dos processos com destaque a um movimento contraditório que promove liberdade e sacrifícios. O fato é que os valores e os padrões vêm mudando já há algum tempo. Não se trata apenas de uma resposta à exigência da nova organização de trabalho, mas de uma necessidade pessoal de cada profissional resultante da compreensão crítica de um mundo cada vez mais complexo e globalizado. A nova

relação que se estabelece com o trabalho se exterioriza visivelmente por meio de mudanças em seus comportamentos: maior interesse pela escolarização (mais anos de estudo), maior senso crítico, posicionamento contra tratamento injusto ou arbitrário, exigência de respeito e espaço para a iniciativa e criatividade, entre outras características que podem ser atribuídas ao seu novo perfil.

Pode-se perceber, assim, que esta nova era está mudando sobremaneira os valores da sociedade e o relacionamento humano (Zuffo, 2005). Por conseguinte, o homem inserido na trama das relações sociais é pressionado por estas necessidades e por novas exigências, porém o que está em pauta é, justamente, uma nova relação com o trabalho e com a organização que o emprega. A contemporaneidade requer novas maneiras para se entabular as relações que no contexto laboral ocorrem. Considerar este alerta representa compreender que a tecnologia, muitas vezes, é vista como impacto, ou seja, como algo arremessado de fora pra dentro. Esta compreensão pode propiciar uma ideia equivocada na medida em que se percebe “uma sociedade como um alvo indefeso”.

Esse tipo de pensamento ingênuo, cartesiano, não considera que as técnicas são produzidas pela própria sociedade que, por esta produção, passa a demandar profissionais com novas habilidades. Sob essa perspectiva, o trabalhador é considerado como vítima de um processo capitalista aviltante que apenas o explora. Entretanto, convém assinalar que os homens não apenas fabricam as técnicas como também as utilizam; homem e técnica caminham juntos, um está no outro em uma mesma medida. A tecnologia não é autônoma nem separada da sociedade. Não é externa ao meio e nem age por conta própria.

A perspectiva dialógica trabalhada por Morin (2002) destaca que as pessoas são levadas a considerar as implicações entre sujeito/objeto, homem/técnica. Aqui está presente a ideia de autonomia e dependência. Quando algo acontece em uma parte do todo, tudo se reorganiza/desorganiza. Nesta perspectiva, é possível afirmar que os processos de trabalho na era digital possibilitam o estabelecimento de relações e experiências antagônicas, concorrentes e complementares. Os trabalhadores vivenciam situações de liberdade e de sacrifícios, de autonomia e subserviência, de prazer e de sofrimento concomitantemente.

As novas tecnologias suprimiram as lacunas e espaços no tempo de trabalho, invadiram em alguma medida a vida pessoal dos trabalhadores, levando-os a experimentar “uma tensão crescente e sem perspectiva de finalização, entre polos contraditórios, em que o sujeito não encontra espaços para a sua realização”. (Abrahão & Sznelwar, 2011, p.103). Convém destacar, entretanto, que as necessidades humanas jamais serão atendidas completamente; em meio a isto, transformar o sofrimento a partir da consciência de suas causas, dos conflitos e das frustrações que os originaram representa comportamento saudável (Mendes, 2004), uma resposta resiliente.

É possível perceber que, na medida em que novas perspectivas de trabalho (aprendizado) se apresentam, a flexibilização no trabalho aponta também para a precarização, adoecimento e para crescentes exigências de qualificação. Diferente do trabalhador que repete o seu trabalho no ritmo da esteira, na cadência da linha de montagem, em um trabalho totalmente alienante e desumanizante, hoje a sociedade se depara com sistemas que se organizam ora com ares de liberdade, de emancipação, ora com ares sacrificantes. As novas tecnologias, de fato, levaram a uma nova organização dos processos de trabalho. Na experiência virtual, por exemplo, é perceptível uma nova epistemologia. Esta se baseia em ideias bastante diferentes daquelas estudadas até então: a complexidade, o hipertexto, o tempo real, o coletivo pensante, comunicação *online*, as redes sociais, dentre outras. Trocar experiências e conhecimentos com pessoas do mundo inteiro, assim como visitar bibliotecas, centros de pesquisas, universidades e museus, faz com que a própria perspectiva de mundo e de realidade se modifique, dando lugar à construção de um conhecimento mais global, menos limitado às fronteiras nacionais e imediatas.

Relações de trabalho: o que a era digital tem promovido?

Grande número de trabalhadores adoecem em razão dos reveses causados pela precarização do trabalho, ainda que a mais inusitada tecnologia da era digital esteja presente ou determine seus processos de trabalho. Por exemplo, conforme já mencionado, a

atualidade em termos organizacionais é marcada pela elevada transposição de atividade do setor industrial para o setor de serviços. Contudo, o avanço tecnológico, a lógica do *self-service*, que determina ao consumidor o desempenho de muitas das atividades antes realizadas pelos empregados, além de rarear significativamente as ofertas de trabalho neste setor, promoveu o aniquilamento por meio de infindáveis exigências daqueles que permaneceram, o setor bancário é um bom exemplo deste fato: cada terminal de autoatendimento instalado representou a demissão de muitos funcionários e a ameaça constante de demissão daqueles que permaneceram.

O entendimento de Antunes (2005) sobre uma nova morfologia do trabalho contribui para ampliar as reflexões aqui postas, uma vez que ele destaca que ... “a sociedade capitalista moderna vem ampliando enormemente o contingente de homens e mulheres terceirizados, subcontratados, *part-time*, exercendo trabalhos temporários, entre tantas outras formas assemelhadas de informalização do trabalho, que proliferam em todas as partes do mundo” (p.143).

Se sob a ótica da organização do trabalho e de seus processos há evidências de arraigadas mudanças, é igualmente importante destacá-las pelo viés do homem que o realiza. Por exemplo, Zanelli (2010) faz referência às pressões sofridas pelos trabalhadores por exigências cada vez mais complexas; atribuição de mais responsabilidades e desempenho aos profissionais; manutenção de colaboradores permanentes em paralelo a um conjunto de temporários; pressões colocadas aos profissionais por aprendizagem contínua e rápida de procedimentos de novas tecnologias e atualização permanente; constantes ameaças de desemprego e vivências de sofrimento no trabalho e, conseqüentemente, risco de adoecimento; aumento do individualismo em contraposição às solicitações por integração e coesão; comprometimento com a carreira em vez do comprometimento com a organização. Outros aspectos além dos citados pelo autor podem ser acrescidos: informalidade, flexibilização da jornada de trabalho, terceirização e precarização das relações entabuladas neste contexto.

Exigências constantes por maximização de desempenho das equipes de trabalho constituem prer-

rogativas intrínsecas à função de chefia. Este fato se naturalizou de tal modo que, atualmente, o *stress* no contexto laboral aparece travestido de estímulo para realização, muito mais do que como sinônimo de doença ocupacional. O discurso recorrente entre os trabalhadores da contemporaneidade concentra ordens para se “administrar” situações estressoras, muito mais do que para eliminá-las, já que tal tarefa se apresenta com hercúlea. Goulejac (2007) sintetiza com clareza o que a este respeito é importante destacar: “o desempenho ilimitado é o motor de um assédio sem fim. Ele gera uma lógica de obsolescência implacável” (p.309). E, ao se submeter às exigências das novas tecnologias e dos sistemas informatizados e padecer em razão dos aspectos dolorosos associados, os trabalhadores “criam estratégias de defesa, como a busca de reificação da relação que, no final de contas, reforça essa ideia de serem programados, de incorporarem um controle que era externo e se torna algo interno, sempre presente” (Abrahão & Sznelwar, 2011, p.103).

Paralelamente a tais constatações é prudente, neste exercício reflexivo, considerar que o Mito de Sísifo no trabalho, não mais tem espaço para prosperar. Este mito tornou-se conhecido por fazer referência à execução de trabalhos rotineiros, repetitivos, cansativos e que envolvem esforços inúteis - Sísifo, mestre da malícia e dos truques, ofendeu muitos deuses e como castigo, por toda a eternidade, foi condenado a rolar uma grande pedra de mármore com suas mãos até o cume de uma montanha. Sempre que ele estava quase no topo, a pedra rolava montanha abaixo, o que lhe exigia começar sua inútil tarefa repetidamente (Camus, 1942).

Atualmente, parece ser inimaginável crer que o trabalhador se conforme e aceite um labor que o mantenha preso a um eterno presente, com perspectivas nulas de alteração de seu fazer ou de sua condição de mão de obra. Sob essa perspectiva, é possível encontrar diferentes produções que destacam aspectos positivos presentes na organização do trabalho na era digital. Por exemplo, Boonen (2003), a respeito do uso das tecnologias digitais que possibilitam o trabalho no contexto do lar, identifica a economia de tempo, redução do desgaste físico e psicológico decorrentes do deslocamento e, por conseguinte, menor possibilidade de acidentes de trânsito, maior dedicação aos outros pa-

péis desempenhados (pai/mãe), além do tempo mais ampliado para o lazer, o esporte e os cuidados pessoais. O autor defende o entendimento de que a redução do nível de *stress*, a flexibilização dos horários de trabalho, dentre outros, representam benefícios decorrentes do teletrabalho.

Além destes, encontra-se em Costa (2007) que há uma tendência de reforço à autoimagem destes profissionais como indivíduos responsáveis, comprometidos, independentes e autônomos, o que representa, junto aos mais jovens, uma oportunidade de amadurecimento profissional. Para a autora, a decorrente diminuição do controle direto se traduz em maior autonomia, aumento de responsabilidade e oportunidade de demonstrar competência.

Thiry-Cherques (2007) é enfático ao afirmar que a distinção do trabalho virtual é o profissionalismo emancipado. Para o autor, é a partir do poder de decidir sobre conteúdo/forma do produzir que se convencionou este profissionalismo, vez que a técnica e o controle do próprio esforço estão sob o domínio do trabalhador. Prossegue destacando que “o atributo do trabalho virtual é a autonomia. O seu foco está dirigido para a comunicação, para a interação com os demais trabalhadores e com as organizações” (p.712).

Nesse sentido, o trabalho na era digital enseja ainda outros benefícios: ganhos de tempo e de produtividade devidos às facilidades de acesso à informação; menor distração; maior flexibilidade para organizar o tempo e o espaço do produzir; e alteração no processo de comunicação, antes falha, não documentada e pessoal para uma comunicação sistemática, documentável e formal (Thiry-Cherques, 2007).

É significativo considerar, ainda, que a organização do trabalho em si não consegue imobilizar o trabalhador; tal fato somente acontece quando o controle dos processos inconscientes é fortemente exercido (Antunes, 2006). Independentemente dos benefícios ou dos malefícios anteriormente referidos decorrentes da organização do trabalho na era digital, cabe considerar que existe a possibilidade real de que as demandas decorrentes do aceite e do uso das novas tecnologias produzam perturbações que permitam ao indivíduo acionar sua capacidade de auto-organização e de mobilização para constituir-se num trabalhador reflexivo, pronto para reinventar a si e a seu trabalho.

Considerações Finais

Ao discutir as transformações do trabalho na era digital, objetivo deste artigo, observaram-se fenômenos antagônicos e complementares que incidem sobre o ser/fazer/produzir no contexto laboral. Contudo, é pertinente destacar que a organização do trabalho na era digital como um todo mostra, hoje, o trânsito do trabalho manual para o trabalho intelectual; essa mudança fundamental implica a auto-organização do trabalhador, levando-o à autocriação e conferindo-lhe a possibilidade de reinventar seu próprio trabalho.

O trabalho da era digital inclui a compreensão global de um conjunto de tarefas e também exige uma atitude de abertura a novas aprendizagens. As novas tecnologias não são apenas novas ferramentas auxiliares para as atividades tradicionais, mas produto da criação humana. É possível reconhecer que já está em curso um “estilo de vida digital” implementado por rupturas inima-gináveis há algum tempo. O computador, a Internet e as redes são tecnologias da inteligência que, ao ampliar a cognição humana, passam a demandar a ampliação da base educacional que, por sua vez, também influenciará os processos de trabalho daqui para frente. Desta forma, a época contemporânea convida todos a uma transformação paradigmática do trabalho que, por sua complexidade, inclui antagonismos e complementaridades ao promover momentos de emancipação, liberdade e sacrifícios.

As ideias aqui apresentadas não procuraram apontar vantagens ou desvantagens da complexificação do trabalho, mas sistematizar alguns entendimentos a partir dos quais é possível compreender de que maneira as técnicas/tecnologias revolucionaram estes processos e, por conseguinte, a vida dos trabalhadores.

A esta discussão interessa que as mudanças irreversíveis deste século pressionam tanto empresários quanto trabalhadores a repensarem a complexidade imposta por um novo conceito de trabalho. De qualquer forma, a complexidade convoca a todos a uma verdadeira reforma do pensamento, uma vez que essa nova abordagem e compreensão do mundo conferem novo sentido ao trabalho e à organização do trabalho, com prenúncio de maior liberdade e emancipação, o

que anuncia renovadas esperanças de menos sofrimento e mais situações de prazer no trabalho.

Por fim, é pertinente considerar que a inesgotabilidade de reflexões a respeito do tema ora tratado é evidente e que se reconhece a importância de novos estudos e pesquisas que ampliem o conhecimento a seu respeito. A insuficiente quantidade de pesquisas empíricas sobre o assunto em foco é limitação identificada que obsta a proposição de um conjunto teórico mais significativo.

Referências

- Abrahão, J. I., & Sznalwar, L. I. (2011). Entre a tarefa e a atividade, a dor do trabalhar. In A. M. Mendes (Org.), *Trabalho e saúde: o sujeito entre a emancipação e a servidão* (pp.102-114). Curitiba: Juruá.
- Antunes, R. (2005). O caracol e sua concha: ensaio sobre a nova morfologia do trabalho. *Asian Journal of Latin American Studies*, 18(4), 137-155.
- Antunes, R. (2006). *Adeus ao trabalho? Ensaio sobre as metamorfoses e a centralidade do mundo do trabalho* (11ª ed.). São Paulo: Cortez.
- Boonen, E. M. (2003). As várias faces do trabalho. *Economia e Gestão*, 3(5), 106-127.
- Camus, A. (1942). *Le mythe de Sisyphe*. Paris: Gallimard.
- Costa, I. S. A. (2007). Teletrabalho: subjugação e construção de subjetividades. *Revista de Administração Pública*, 41(1), 105-124.
- Dejours, C. (1992). *A loucura do trabalho: estudo de psicopatologia do trabalho* (5ª ed.). São Paulo: Cortez-Oboré.
- Demo, P. (1996). *Educação e qualidade*. Campinas: Papyrus.
- Demo, P. (2007). Marginalização digital: digital divide. *Boletim Técnico do Senac: A Revista da Educação Profissional*, 33(2), 05-19.
- Engels, F. (1971). *Do socialismo utópico ao socialismo científico*. Lisboa: Estampa.
- Goulejac, V. (2007). *Gestão como doença social*. Aparecida: Idéias e Letras.
- Kanan, L. A. (2010). Poder e liderança de mulheres nas organizações de trabalho. *Organizações & Sociedade*, 17(53), 243-257.
- Lévy, P. (2000). *Cibercultura*. São Paulo: Editora 34.
- Mariotti, H. (2000). Autopoiese, cultura e sociedade. Recuperado em outubro 12, disponível em <www.geocities.com/pluriversu/autopoies.html>.
- Maturana, H. (1997). *Emociones y lenguaje en educación y política*. Santiago de Chile: Dolmen Ediciones.

- Maturana, H. (2000). The nature of the laws of nature. *Systems Research and Behavioral Science*, 17(5), 459-468.
- Mendes, A. M. (2004). Cultura organizacional e prazer e sofrimento no trabalho: uma abordagem psicodinâmica. In A. Tamayo (Org.), *Cultura e saúde nas organizações* (pp.60-76). Porto Alegre: Artmed.
- Morin, E. (2002). *O método 4: as idéias: habitat, vida, costumes: organização*. Porto Alegre: Editora Sulina.
- Robbins, S. P. (2009). *Fundamentos do comportamento organizacional*. São Paulo: Pearson Prentice Hall.
- Thiry-Cherques, H. R. (2007). O trabalho individualizado: da venda à dádiva. *Revista de Administração Pública*, 41(4), 707-731.
- Vergara, S. C. (2009). *Gestão de pessoas*. São Paulo: Atlas.
- Zanelli, J. C. (Coord). (2010). *Estresse nas organizações de trabalho: compreensão e intervenção baseadas em evidências*. Porto Alegre: Artmed.
- Zuffo, J. A. (2002). *O futuro das profissões e as profissões sem futuro*. Recuperado em janeiro 28, 2011, disponível em <<http://www.canalrh.com.br/editoriais/entrevistas>>.
- Zuffo, J. A. (2005). A infoera transformando as relações sociais. *Comunicação & Educação*, 10(1), 61-70.

Recebido em: 22/3/2011
Versão final em: 11/4/2012
Aprovado em: 3/5/2012

Aspectos psicológicos e reabilitação profissional: revisão de literatura

Psychological aspects and vocational rehabilitation: A literature review

Patricia **CANAL**¹
Roberto Moraes **CRUZ**¹

Resumo

As doenças ocupacionais podem gerar prejuízos para a saúde mental dos trabalhadores, o que resulta em incapacidade laboral. A partir dos programas de reabilitação profissional, esses trabalhadores podem voltar a exercer uma atividade laborativa. Este artigo tem como objetivo realizar um levantamento bibliográfico a respeito da reabilitação profissional e dos aspectos psicológicos relacionados. Realizou-se rastreamento nas bases de dados nacionais e internacionais, o que resultou em um total de 70 artigos, posteriormente organizados nas categorias conceitos e políticas de reabilitação profissional, aspectos psicológicos em reabilitação profissional e processos de intervenção em reabilitação profissional. Estudos no campo da reabilitação profissional envolvendo aspectos da saúde mental são recentes, e observou-se um aumento nas publicações a partir da década de 2000. Aponta-se a necessidade da realização de estudos nessa área, a fim de ampliar a produção sobre os aspectos da saúde mental em reabilitação profissional.

Unitermos: Aspectos psicológicos; Incapacidade; Reabilitação profissional; Saúde mental.

Abstract

Occupational diseases may cause damage to workers' mental health resulting in the incapacity to work. Through vocational rehabilitation programs these workers can be helped to return to work. This article is a literature review of studies related to vocational rehabilitation of workers suffering from psychological damage. Data were collected from national and international databases, resulting in a total of 70 articles that were organized into the following categories: concepts and policies of vocational rehabilitation, psychological aspects of vocational rehabilitation, and interventions in vocational rehabilitation. Studies in the field of vocational rehabilitation that involve aspects of mental health are recent, with an increase in publications since the 2000s. New studies within this field of knowledge are needed, aiming to increase the production related to mental health aspects in vocational rehabilitation.

Uniterms: *Psychological aspects; Inability; Rehabilitation vocational; Mental health.*

Conforme a Organização Internacional do Trabalho (OIT), os programas de reabilitação profissional têm como objetivo permitir que o sujeito com incapacidade

obtenha, conserve um emprego e progrida nele, para que se promova assim a integração ou a reintegração dessa pessoa à sociedade. A Reabilitação



¹ Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Filosofia e Ciências Humanas, Programa de Pós-Graduação em Psicologia. *Campus* Universitário Reitor João David Ferreira Lima, Trindade, 88040-970, Florianópolis, SC, Brasil. Correspondência para/Correspondence to: P. CANAL. E-mail: <pcanal@unochapeco.edu.br>.

Profissional compreende todas as ações sistemáticas e organizadas para dar apoio ao trabalhador incapacitado e promover sua reintegração ao emprego (Watzke & Galvao, 2008). Ao trabalhar em reabilitação, o profissional faz uso de processos interventivos que visam restituir as capacidades do indivíduo e reintegrá-lo de forma completa em todas as áreas de sua vida.

Os Transtornos Mentais e do Comportamento (TMC) estão geralmente entre os diagnósticos mais frequentes atribuídos aos trabalhadores afastados do emprego por incapacidade (Brasil, 2008). O sofrimento do trabalhador pode decorrer também da própria situação de afastamento e da condição de incapacidade (Ramos, Tittoni & Nardi, 2008). A intervenção em reabilitação profissional surge como dispositivo importante para promover a reinserção social dos trabalhadores adoecidos.

Neste artigo, aborda-se o conceito de reabilitação profissional e descrevem-se os aspectos psicológicos envolvidos nos processos de reabilitação profissional e a necessidade da inclusão de estratégias de intervenção psicológica nos programas de reabilitação profissional para garantir sua efetividade.

Método

Este estudo objetivou realizar um levantamento bibliográfico a respeito da reabilitação profissional e seus aspectos psicológicos. Foi realizado rastreamento nas bases de dados nacionais e internacionais *Psycarticles*, *Science Direct*, *SciELO*, *Springer Journals* e *PubMed*.

O levantamento de dados ocorreu no período de julho de 2009 a julho de 2010, e os descritores utilizados na busca foram: reabilitação profissional, transtornos mentais, trabalho, retorno ao trabalho e incapacidade. Os respectivos termos em inglês e espanhol foram utilizados para a busca em periódicos internacionais. Foram incluídos os artigos que atendiam os objetivos da pesquisa.

Levantou-se um total de 70 artigos, posteriormente organizados em três categorias teóricas: conceitos e políticas de reabilitação profissional, aspectos psicológicos em reabilitação profissional e processos de intervenção em reabilitação profissional.

Sobre a intervenção em reabilitação profissional, foram mapeadas as experiências descritas na literatura científica. Como critério de inclusão, adotou-se a intervenção psicológica em casos de afastamento do trabalho incluídas ou não dentro de um programa estruturado ou nomeado de reabilitação profissional. Foram identificadas 7 descrições de experiência em intervenção psicológica (Bartilotti, Andrade, Varandas, Ferreira & Cabral, 2009; Hatinen, Kinnunen, Pekkonen & Kalimo, 2007; Lima et al., 2010; Marques, Queirós & Rocha, 2006): 5 no Brasil e um na Finlândia.

Reabilitação profissional: conceitos e políticas

A palavra reabilitar deriva do latim *habilitare*, que significa tornar hábil ou apto, preparar, prover do necessário, adquirir habilitações. Reabilitar significa então adquirir novamente uma habilidade perdida ou reduzida. Tradicionalmente, o conceito de reabilitação tem sido apresentado pelos autores da área como um processo de restaurar uma capacidade perdida ou reduzida. Em consonância à origem etimológica do termo, Reagles, Wright e Butler (1971) atribuem ao processo de reabilitação o significado de restauração, ou seja, adquirir ou readquirir algo que foi perdido, objetivando a mudança ou melhora do indivíduo nos aspectos físico, mental, social e cultural.

Matsuo (2002) refere que a reabilitação tem sido tradicionalmente estudada a partir de uma abordagem biomédica, conseqüentemente a atenção tem sido realizada com foco nos aspectos clínicos do tratamento médico e na recuperação da capacidade física do indivíduo a ser reabilitado. A autora considera importante que se vá além dessa perspectiva e se busque uma compreensão dos mecanismos existentes no processo de reabilitação. Lollar (2008) cita a definição proposta pelo Dicionário Médico de Stedman, que caracteriza a reabilitação como restauração - seguinte a uma doença, enfermidade ou trauma -, de uma habilidade para a funcionalidade de modo normal ou próximo ao normal. O autor chama atenção para a noção, implícita neste conceito, de reabilitação como um processo focado no indivíduo, e propõe que se estude a área de forma mais ampla a partir das noções de *incapacidade e saúde* preconizadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em seu sistema de classificação de incapacidades (OMS, 2004).

A incapacidade está estreitamente relacionada à área de reabilitação, e é entendida como uma dificuldade para realizar determinados tipos de funções. A Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (OMS, 2004) aponta dois modelos de entendimento da incapacidade e baseia-se na integração desses dois modelos: o *modelo biomédico*, que considera a doença como um problema do indivíduo, tendo causa direta a doença, trauma ou problema de saúde, e requer intervenção individual na forma de tratamento de saúde; e o *modelo social*, que considera a incapacidade um problema social, e uma questão de integração plena do indivíduo na sociedade. Partindo-se desse pressuposto, a incapacidade deixa de ser um atributo de um indivíduo e se torna um conjunto complexo de condições, muitas das quais criadas pelo ambiente social. A responsabilidade de fazer as modificações ambientais necessárias para a participação plena das pessoas com incapacidades em todas as áreas da vida social é entendida como coletiva e da sociedade.

Momm e Geiecker (1998) discutem o conceito de incapacidade e apontam para a dificuldade de se chegar a um acordo no entendimento do termo. Segundo os autores, o significado do termo incapacidade em diferentes línguas remete à ideia de menor valor, menor capacidade, desvio, privação, limitação, o que implica o entendimento do termo como um problema exclusivo do indivíduo. No entanto, em consonância com o modelo social de incapacidade, os autores citados afirmam que o efeito da suposta disfunção tem relação com o ambiente, o que torna a incapacidade um conceito social e não exclusivamente um atributo do indivíduo.

O modelo social de incapacidade também é proposto por Pledger (2003) como alternativa ao modelo médico. O chamado novo modelo de incapacidade tem foco na funcionalidade dentro de um contexto socioecológico, e reforça a ideia de que os fatores externos contribuem para a experiência de incapacidade, que é produto da interação de características individuais e características do ambiente social. Os modelos de incapacidade norteiam as políticas voltadas para a área e são fundamentais para a definição dos critérios de elegibilidade dos sujeitos da reabilitação, disponibilidade dos serviços e acesso aos recursos. Da mesma forma, o modo como os profissionais

concebem a incapacidade pode ser determinante para embasar a intervenção.

Entre os objetivos da reabilitação profissional está a recolocação no mercado de trabalho de trabalhadores parcialmente incapacitados para o exercício laboral devido a um acidente de trabalho ou doença ocupacional. A Organização Internacional do Trabalho (OIT), na Convenção nº 159, preconiza como finalidade da reabilitação profissional “permitir que a pessoa deficiente obtenha e conserve um emprego e progrida no mesmo, e que se promova, assim, a integração ou a reintegração dessa pessoa na sociedade” (ILO, 1993).

No Brasil, as diretrizes para a reabilitação profissional são estabelecidas no âmbito da Previdência Social. O Decreto 3.048/99 a define como a assistência (re)educativa e de (re)adaptação profissional, instituída sob a denominação genérica de habilitação e reabilitação profissional, visa proporcionar aos beneficiários incapacitados, parcial ou totalmente para o trabalho, em caráter obrigatório, independentemente de carência, e às pessoas portadores de deficiência, os meios indicados para proporcionar o reingresso no mercado de trabalho e no contexto em que vivem (Brasil, 1999).

Dessa forma, as ações em reabilitação profissional acontecem por meio de: avaliação do potencial laborativo, orientação e acompanhamento da programação profissional, articulação com a comunidade e acompanhamento e pesquisa da fixação no mercado de trabalho. Observa-se que essa diretriz não contempla o tratamento e a intervenção em reabilitação, o que chama a atenção para a necessidade de se pensar em modelos de intervenção ainda não consolidados na políticas públicas do país.

Abordagens em reabilitação profissional

Atualmente, entre os desafios que enfrentam os profissionais envolvidos com intervenções em reabilitação profissional, está a contradição entre a necessidade de colocação de pessoas com incapacidade e as demandas das organizações empregadoras. O mercado de trabalho requer qualificações que não conseguem ser alcançadas às vezes nem pela população em geral, e em menor grau ainda pelas pessoas consideradas incapazes, principalmente portadoras de algum tipo de sofrimento psíquico (Watzke & Galvao, 2008). É neces-

sário então que se pense em modelos de reabilitação profissional que diminuam essa contradição, reduzam a incapacidade dos sujeitos e atuem sobre as condições ambientais para que as exigências do mercado se aproximem mais das habilidades desses sujeitos.

Simonelli, Camarotto, Bravo e Vilela (2010) apontam que, para reduzir a incapacidade, pode-se intervir de duas maneiras: incrementando a capacidade das pessoas segundo o modelo biomédico mais frequentemente utilizado ou ajustando a demanda das tarefas segundo os pressupostos do modelo social da deficiência e da análise da atividade.

Nas pesquisas levantadas, os pressupostos do modelo biomédico, com ações focadas no indivíduo, predominaram principalmente na literatura científica internacional. Dessa forma, observa-se que, apesar da literatura apontar para um novo modelo de incapacidade, o modo de intervir sobre a incapacidade ainda não avançou para um modelo que considere o ambiente de trabalho como participante do processo de incapacidade.

Entre as abordagens utilizadas para nortear as ações em reabilitação profissional, são citadas pelos autores: trabalho apoiado (*supported work*) (Bond et al., 2007; Hanrahan, Heiser, Cooper, Oulvey & Luchins, 2006; Trotter, Minkoff, Harrison & Hoops, 1988; Watzke & Galvao, 2008), os programas centrados na hospitalização, *sheltered workshops* e reabilitação psicossocial (Watzke & Galvao, 2008). Foram incluídas tanto abordagens que lidam com sujeitos em situação de retorno ao trabalho após afastamento como com sujeitos que estão fora do mercado de trabalho e desempregados de longa duração portadores de incapacidades.

a) Trabalho apoiado (*supported employment*): envolve a recolocação de pessoas com transtornos mentais severos no mercado de trabalho em conjunto com um apoio intensivo da equipe de saúde mental (Hanrahan et al., 2006). Respeitam-se as escolhas e a capacidade dos pacientes, que são colocados em empregos competitivos tão logo entram no programa. É considerada uma abordagem menos tradicional em reabilitação profissional. Os trabalhadores recebem apoio continuado por tempo indefinido para manter sua posição. É considerada a abordagem mais promissora em reabilitação profissional (Watzke & Galvao, 2008) e citada por vários autores. Foi observado em

pesquisas que a participação nos programas de apoio ao emprego é seguida de um aumento na habilidade de encontrar e manter um emprego.

b) Programas centrados na hospitalização (*hospital centered programs*): psiquiatras, psicólogos e trabalhadores sociais são responsáveis por identificar as necessidades dos pacientes de atingir a reabilitação profissional o mais cedo possível no curso da doença. O programa tem início com a entrada do paciente no hospital. O diagnóstico da capacidade de trabalho e das necessidades individuais tem a função de planejar e subsidiar a reabilitação. Depois de um longo período de desemprego, a terapia no hospital pode inicialmente promover o fortalecimento de algumas habilidades ocupacionais básicas (Watzker & Galvao, 2008).

c) Oficinas protegidas (*sheltered workshops*): oferecem oportunidades para pacientes com as mais diversas incapacidades. Fornecem treinamento pré-profissional e, em muitos casos, a pessoa com incapacidade chega ao final da reabilitação. Os pacientes têm responsabilidades por manter o lar, preparar refeições e trabalhar na administração do lar. Depois de um período de preparação para o trabalho, são definidos locais para recolocação profissional em uma variedade de empregos temporários (Drebing, Hebert, Mueller, Ormer & Herz, 2006; Watzker & Galvao, 2008).

d) Reabilitação psicossocial (*psychosocial rehabilitation*): programas que compreendem serviços psiquiátricos bem como psicoterápicos e terapia ocupacional. Em conjunto com o processo de reabilitação, são desenvolvidas metas realísticas com o paciente a respeito do seu futuro social e profissional. Técnicas breves e focadas são aplicadas para ensinar os pacientes a encontrar um emprego no mercado de trabalho, preencher fichas, e como se comportar em entrevistas de emprego. Atividades de lazer complementam o programa. O tratamento medicamentoso e psicoterapêutico e suporte social são elementos que se integram ao programa (Watzker & Galvao, 2008).

Aspectos psicológicos em reabilitação profissional

A literatura científica que discute os aspectos psicológicos em reabilitação é recente. Há a necessidade de pesquisas que embasem a intervenção psicológica, já que os estudos apontam a participação desses

aspectos na incapacidade laboral tanto no adoecimento que gera incapacidade quanto nos fatores que decorrem da condição de afastamento do trabalho. Tais aspectos são descritos a seguir.

Aspectos psicológicos associados às doenças decorrentes do trabalho

Os estudos indicam uma variedade de danos psicológicos decorrentes do trabalho ou da própria situação de incapacidade. Entre eles, os transtornos mentais e do comportamento (OMS, 1993) têm sido estudados pelos autores interessados no tema da saúde e do trabalho. O nexo entre adoecimento por questões de saúde mental e o trabalho foi reconhecido a partir da Portaria do Ministério da Saúde, nº 1.339/GM de 18 de novembro de 1999, que lista as doenças relacionadas ao trabalho (Brasil, 1999).

A partir disso, questões sobre saúde mental e trabalho têm preocupado pesquisadores, o que fez aumentar a produção científica sobre o assunto. No entanto, a produção científica sobre reabilitação desses trabalhadores após o reconhecimento do adoecimento mental decorrente do trabalho ainda é incipiente.

O número de trabalhadores com diagnóstico de TMC decorrentes do trabalho demonstra a necessidade de se produzirem referenciais para a atuação dos profissionais após o diagnóstico e o reconhecimento da incapacidade laboral. Dados da Previdência Social (Brasil, 2008) apresentam que entre 2006 e 2008 foram levantados 21 314 casos de acidentes de trabalho dentro do Grupo F do Código Internacional de Doenças (CID), em que se encontram os casos de agravo à saúde mental. Entre os diagnósticos frequentes estão o estresse, o transtorno ansioso, o transtorno bipolar, o transtorno depressivo e o transtorno devido ao uso de álcool.

Os transtornos mentais e do comportamento têm sido destacados entre os principais motivadores de afastamento do trabalho por adoecimento. Em estudo com servidores públicos no estado de Santa Catarina, Campos e Cruz (2007) observaram que o adoecimento psicológico foi a primeira causa de afastamento do trabalho entre 2001 e 2005, seguido pelas doenças do sistema osteomolecular, do tecido conjuntivo (grupo M da CID) e do aparelho circulatório (grupo

I da CID). Os autores chamam a atenção para a dificuldade de reabilitação desses pacientes. Em alguns casos, o agravamento da doença pode levar à aposentadoria por invalidez, o que gera consequências negativas para o trabalhador que tem seu potencial laborativo reduzido e para o sistema previdenciário devido à elevação dos custos com pagamento de benefícios.

Dados similares são encontrados em outros estudos realizados no Brasil. Siano, L. C. Ribeiro, Santiago e M. S. Ribeiro (2008), ao investigarem as perícias médicas do Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) em Juiz de Fora, observaram que os transtornos mentais foram a terceira razão de incapacidade presumida no período de julho de 2004 a dezembro de 2006. Em Porto Alegre (RS), os TMC foram observados como diagnósticos mais frequentes entre os trabalhadores que receberam benefício no ano de 1998, juntamente com as doenças osteomoleculares e as cardiovasculares (Boff, Leite & Azambuja, 2002). S. Sardá, Ruiz e Kirtsching (2009) apontaram a elevada prevalência de transtornos mentais em jovens trabalhadores de indústrias frigoríficas. Outro estudo aponta os TMC como o quarto grupo de diagnósticos mais frequente entre os usuários do serviço de reabilitação profissional de uma universidade pública de Minas Gerais (Sampaio, Silveira, Viana, Oliveira & Frade, 2005).

No âmbito internacional, pesquisas mostram que um número relevante de pessoas abandona seus empregos em decorrência de TMC. Juntamente com os problemas musculoesqueléticos, o adoecimento psicológico é responsável por uma significativa parte dos afastamentos por causas médicas (Houtmann & Kompler, 1998). Na Holanda, aproximadamente um terço das pessoas que recebem benefícios por incapacidade o fazem devido a problemas de saúde mental, a maior parte por transtornos menores que incluem o estresse. Quanto mais longos os períodos de afastamento, menor a probabilidade de retorno ao trabalho, o que resulta em uma população com uma situação financeira enfraquecida, com isolamento social e excluída do mercado de trabalho (Browers, Terluin, Tiemens & Verhaak, 2009).

Roelen, Koopmans, Anema e van der Beek (2010) estudaram o afastamento do trabalho em uma empresa pública da Alemanha no período de 2001 a 2007. A pesquisa constatou que os transtornos mentais são a

segunda causa de afastamento, atrás somente dos distúrbios musculoesqueléticos. Esses dois grupos de diagnóstico foram responsáveis por 58% dos afastamentos por adoecimento, o que representa um alto encargo econômico e social, já que esses diagnósticos foram mais comuns em trabalhadores pouco qualificados e com pouco tempo de emprego. A falta de qualificação e a pouca experiência na atividade dificultam a reinserção laboral. O afastamento precoce do trabalho traz consequências tanto para o trabalhador, que se vê precocemente com dificuldades para o retorno ao mercado de trabalho, quanto para o seguro social, que tem um contingente cada vez maior de concessão de benefícios.

Nos Estados Unidos, Brodhead, Blazer, George e Tse (1990) estudaram a relação entre a depressão e os sintomas depressivos com a incapacidade e o absenteísmo no trabalho. Observaram que indivíduos com diagnóstico de transtorno depressivo têm maiores riscos de desenvolver incapacidade laboral. Outro estudo americano relaciona a depressão e a capacidade para o trabalho, e enfatiza que o comprometimento social, cognitivo e físico produzido pelo adoecimento gera perdas financeiras para o país, e resulta em acidentes de trabalho, incapacidade, dias de trabalho perdidos e produtividade reduzida (Elinson, Houck, Marcus & Pincus, 2004).

Embora os TMC sejam apontados pelas pesquisas como os diagnósticos mais comuns, cabe lembrar que, em grande parte, eles não são notificados ou não aparecem como diagnóstico principal, já que podem estar associados a outros tipos de adoecimento, como as doenças osteomoleculares (Sardá Jr, Kupek, Cruz, Bartilotti & Cherem, 2009), o que pode aumentar a incidência de TMC que não constam nos dados oficiais. Trabalhadores acometidos de Lesão por Esforço Repetitivo (LER) e Distúrbio Osteomuscular Relacionado ao Trabalho (DORT) geralmente apresentam sofrimento psicológico importante (Sato, Lacaz & Bernardo, 2006). Dessa forma, é necessário atentar para esses diagnósticos, já que, em grande parte dos casos, o trabalho de reabilitação nessa área requer intervenção psicológica devido aos aspectos psicológicos relacionados.

Os aspectos psicológicos têm impacto significativo na atividade funcional de pessoas com dor crônica. Geisser, Robinson, Miller e Bade (2003) citam a

ansiedade e o medo relacionados à dor, os sentimentos catastróficos e as variáveis cognitivas como crenças, pensamentos, valores, autoeficácia e estratégias de enfrentamento como aspectos relacionados à incapacidade. A autoeficácia foi apontada como um forte preditor da performance física em pacientes com dor crônica. Além disso, estão associados à dor crônica aspectos psicopatológicos como a depressão e o estresse pós-traumático. Os autores apontam que o Transtorno Depressivo Maior é observado em 30% a 54% das pessoas com dor crônica. Fatores relacionados à organização do trabalho, como insatisfação e estresse laboral, também aparecem como risco para o desenvolvimento de incapacidade.

Os aspectos psicológicos no contexto da reabilitação e da perda de capacidades físicas em decorrência de acidentes foram estudados por Galhordas e Lima (2004). Segundo os autores, quando ocorre uma lesão corporal, elas geralmente vêm acompanhadas de alterações da imagem corporal às quais estão relacionados sentimentos de desvalorização da imagem estética e tristeza. São comuns manifestações como ansiedade, tristeza, raiva, sentimentos de frustração, agitação, autoacusação, desespero e situações de negação de perda da incapacidade. Podem surgir ainda sentimentos de culpa, agressividade e depressão. É importante, ao avaliar os aspectos psicológicos, distinguir a patologia depressiva dos sentimentos que são comuns ao indivíduo que lida com uma perda corporal.

Dessa forma, é essencial que a intervenção tenha como objetivo auxiliar o indivíduo na tomada de consciência da lesão ou da doença, recuperar o investimento em si próprio, construindo um projeto de vida coerente com a realidade de suas capacidades após o adoecimento. Para tanto, é necessário que os profissionais de reabilitação atuem não somente sobre um corpo atingido, mas sobre os aspectos psicológicos desse indivíduo.

Aspectos psicológicos associados à condição de afastamento

O afastamento do trabalho aparece na literatura como um fator importante que pode gerar sofrimento psicológico e agravar a condição de incapacidade. O

sofrimento psicológico associado à condição de estar afastado e incapacitado parcialmente para o trabalho foi observado por pesquisadores (Hoefel, Jacques, Amazarray, Mendes & Netz, 2004; Matsuo, 2002; Ramos et al., 2008; Rosin-Pinola, Silva & Garbulho, 2004; Sardá Jr, et al. 2009; Sato et al., 2006; Takahashi & Canesqui, 2003). A situação de afastamento do trabalho pode gerar sofrimento e desestabilizar os trabalhadores, já que o trabalho é um fator central na vida do indivíduo e no estabelecimento de modos de viver (Ramos et al., 2008).

Em pesquisa avaliativa sobre um programa de reabilitação profissional na cidade de Campinas (SP), Takahashi e Canesqui (2003) chamam atenção para o fato de trabalhadores muito jovens encontrarem-se afastados do trabalho. Segundo a autora, a ruptura nos projetos de vida representa uma perda muito significativa da identidade pessoal e profissional, tornando necessário que a intervenção o auxilie a buscar novos referenciais para que se reconheça e se construa um novo projeto de futuro.

O sofrimento psicológico decorre das situações com que o trabalhador considerado incapaz precisa lidar após o afastamento: “a perda do emprego, a não recolocação no mercado de trabalho, a recolocação em atividades com menor prestígio social, a quebra do cotidiano e as mudanças nas relações familiares... que interferem na construção da identidade profissional dos acidentados” (Rosin-Pinola et al., 2004, p.56).

Além disso, esses indivíduos ainda se deparam com situações de estigma (Matsuo, 2002) e discriminação no trabalho, na família e nos serviços de saúde (Hoefel et al., 2004). A intervenção em reabilitação profissional deve ainda lidar com a resistência do trabalhador em aceitar a limitação física e com o seu medo de voltar ao trabalho e sofrer outro acidente (Matsuo, 2002).

As consequências psicológicas podem atingir o trabalhador também quando ele retorna ao trabalho após a conclusão do processo de reabilitação profissional. Para Matsuo (2002), a mudança para uma função menos ou não qualificada possibilita pouco reconhecimento social e desenvolvimento profissional. Dessa forma, a perda do *status* e a impossibilidade de promoção passam a ser aspectos importantes no processo de reabilitação profissional do acidentado, que relata sentimentos de que o serviço que lhe é destinado

pode ser feito por qualquer pessoa. O trabalhador acaba realizando uma atividade percebida como vazia, insignificante, desprezível, o que afeta diretamente sua autoestima e sua identidade.

Ramos et al. (2008), em relato sobre a experiência de afastamento de trabalhadores adoecidos em um hospital público de Porto Alegre, referem aspectos psicológicos decorrentes da situação de afastamento independente do diagnóstico estabelecido. Sentimentos de falha, percepção de inferioridade em relação aos pares, medo de rejeição e exclusão, sofrimento gerado pelo afastamento do trabalho, sentimento de inutilidade, acusação de simulação e sentimento de discriminação foram citados pelos trabalhadores.

Dessa forma, apesar de nem todos os trabalhadores terem diagnóstico de TMC, o sofrimento psicológico pode estar associado à situação de estar incapacitado para o trabalho. Cabe lembrar que, quanto maior o tempo de afastamento, maiores são os níveis de incapacidade e menores as possibilidades de retorno ao trabalho (Sardá Jr et al., 2009). Assim, a intervenção psicológica complementar às intervenções físicas em reabilitação profissional é importante em qualquer situação de incapacidade para diminuir o tempo de afastamento e aumentar a probabilidade de retorno ao trabalho.

Sobre a intervenção em reabilitação profissional, foram mapeadas as experiências descritas na literatura científica. Como critério de inclusão, adotou-se a intervenção psicológica em situações de afastamento do trabalho, incluídas ou não dentro de um programa estruturado ou nomeado de reabilitação profissional. Foram identificadas sete descrições de experiência em intervenção psicológica (Bartilotti et al., 2009; Hatinen et al., 2007; Lima et al., 2010; Marques et al., 2006), sendo cinco no Brasil e um na Finlândia.

Embora o número de experiências descritas nos artigos levantados seja reduzido, todas as intervenções relatadas apresentam resultados positivos que demonstram a eficácia das ações de intervenção psicológica na inclusão de trabalhadores em reabilitação. Entre os resultados apresentados, pode-se destacar o resgate da autonomia, o aumento da autoestima, a capacidade de ressignificar o futuro, o reconhecimento de estratégias de enfrentamento do adoecimento, o aumento da percepção de controle sobre o trabalho e a redução de exaustão.

Conclusão

Os estudos no campo da reabilitação profissional e saúde mental são recentes, e observou-se aumento nas publicações na área a partir da década de 2000. Dos artigos rastreados, 65% foram publicados nesse período.

Emboa as pesquisas apontem o diagnóstico do grupo F do Código Internacional de Doenças (OMS, 1993) - Transtornos mentais e do comportamento -, entre as principais causas de afastamento do trabalho tanto no Brasil quanto nos estudos internacionais, ainda se observa uma maior atenção aos estudos com trabalhadores acometidos por problemas físicos, como as Ler/DORT. Aponta-se a necessidade da comunidade científica realizar mais estudos nessa área, ampliando a produção sobre os aspectos da saúde mental em reabilitação profissional.

Entre os principais aspectos psicológicos associados à condição de afastamento, os autores citam ruptura nos projetos de vida, perda da identidade pessoal e profissional, dificuldade de recolocação no mercado de trabalho, recolocação em atividades de menor prestígio social e menos qualificadas, quebra do cotidiano, mudanças nas relações familiares, e sentimentos de falha, de inferioridade e de inutilidade, além do preconceito gerado pela acusação de simulação. Dessa forma, a intervenção psicológica é necessária não somente em casos de diagnósticos na área de saúde mental. O suporte psicológico para trabalhadores em condição de afastamento se mostra importante para a eficácia dos programas de reabilitação profissional em geral.

Apesar do número reduzido, as experiências em reabilitação profissional na área de saúde mental descritas apresentam resultados que demonstram sua eficácia. Evidencia-se a necessidade de publicação de outras experiências de atuação em saúde mental no contexto da reabilitação profissional a fim de contribuir com a construção de modelos de intervenção na área.

Sugere-se a realização de estudos que sirvam como base para a construção de diretrizes para a atuação em saúde mental na reabilitação profissional, principalmente no campo da intervenção psicológica.

Referências

- Bartilotti, C., Andrade, P. R., Varandas, J. M., Ferreira, P. C. G., & Cabral, C. (2009). Programa de Reabilitação Ampliada (PRA): uma abordagem multidimensional do processo de reabilitação profissional. *Acta Fisiatras*, 16(2), 66-75.
- Boff, B. M., Leite, D. F., & Azambuja, M. I. R. (2002). Morbidade subjacente à concessão de benefício por incapacidade temporária para o trabalho. *Revista de Saúde Pública*, 36(3), 337-342.
- Bond, G. R., Salyers, M. P., Dincin, J., Drake, R. E., Becker, D. R., Fraser, V. V., et al. (2007). A randomized controlled trial comparing two vocational models for persons with severe mental illness. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(8), 968-982.
- Brasil. Ministério da Previdência e Assistência Social (1999, 7 de maio). Decreto nº 3.048, de 6 de maio de 1999. Aprova o regulamento da Previdência Social, e dá outras providências. Brasília: *Diário Oficial da União*, Seção 1, p.50.
- Brasil. Ministério da Saúde. (1999). Portaria Federal nº 1.339/GM, de 18 de novembro de 1999. *Institui a lista de doenças relacionadas ao trabalho, a ser adotada como referência dos agravos originadas no processo de trabalho no sistema Único de Saúde, para uso Clínico e epidemiológico*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério do Trabalho e Emprego (2008). *Anuário Estatístico dos Acidentes do Trabalho: AEAT*. Brasília: Ministério do Trabalho e Emprego.
- Browers, E. P. M., Terluin, B., Tiemens, B. G., & Verhaak, P. F. M. (2009). Predicting return to work in employees sick-listed due to minor mental disorders. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 19(4), 323-332.
- Broadhead, W. E., Blazer, D. G., George, L. K., & Tse, C. K. (1990). Depression, disability days, and days lost from work in a prospective epidemiologic survey. *JAMA*, 264(19), 2524-2528.
- Campos, I. C. M., & Cruz, R. M. (2007). Diagnóstico de transtornos mentais e comportamentais e relação com o trabalho de servidores públicos estaduais. In Secretaria do Estado da Administração. *I Coletânea de trabalhos científicos produzidos pelos servidores públicos*. Florianópolis: Secretaria do Estado da Administração.
- Drebing, C. E., Hebert, M., Mueller, L. N., Ormer, E. A. V., & Herz, L. (2006). Vocational rehabilitation from a behavioral economic perspective. *Psychological Services*, 3(3), 181-194.
- Elinson, L., Houck, P., Marcus, S. C., & Pincus, H. A. (2004). Depression and the ability to work. *Psychiatric Services*, 55(1), 29-34.
- Galhordas, J. G., & Lima, P. A. T. (2004). Aspectos psicológicos na reabilitação. *Re(habilitar)*, 0, 35-47.
- Geisser, M. E., Robinson, M. E., Miller, Q. L., & Bade, S. M. (2003). Psychosocial factors and functional capacity evaluation among persons with chronic pain. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 13(4), 259-276.
- Hanrahan, P., Heiser, W., Cooper, A. E., Oulvey, G., & Luchins, D. J. (2006). Limitations of system integration in providing employment services for persons with mental illness. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, 33(2), 244-252.

- Hatinen, M., Kinnunen, U., Pekkonen, M., & Kalimo, R. (2007). Comparing two burnout interventions: Perceived job control mediates decreases in burnout. *International Journal of Stress Management*, 14(3), 227-248.
- Hoefel, M. G., Jacques, M. G., Amazzarray, M. R., Mendes, J. M. R., & Netz, J. A. (2004). Uma proposta em saúde do trabalhador com portadores de LER/DORT: grupos de ação solidária. *Cadernos de Psicologia Social e do Trabalho*, 7, 31-39.
- Houtmann, I. L. D., & Kompler, M. A. J. (1998). Trabajo y salud mental. In *Enciclopedia de Salud y Seguridad en el Trabajo* (Vol.5, pp.5.1-5.23), Geneva: International Labour Organization.
- International Labour Organization. (1993). Convention concerning vocational rehabilitation and employment (disabled persons). Geneva: Author. Retrieved January 20, 2009, from <<http://www.ilo.org/ilolex/cgi-lex/convede.pl?C159>>.
- Lima, M. A. G., Andrade, A. G. M., Bulcão, C. M. A., Mota, E. M. C. L., Magalhães, F. B., Carvalho, R. C. P., et al. (2010). Programa de reabilitação profissional de trabalhadores com LER/DORT do Cesat/Bahia: ativador de mudanças na saúde do trabalhador. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 35(121), 112-121.
- Lollar, D. (2008). Rehabilitation psychology and public health: Commonalities, barriers and bridges. *Rehabilitation Psychology*, 53(2), 122-127.
- Marques, A. J., Queirós, C., & Rocha, N. B. (2006). Metodologias de reabilitação cognitiva num programa de desenvolvimento pessoal de indivíduos com doença mental e desempregados de longa duração. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 7(1), 109-116.
- Matsuo, M. (2002). *Acidentado do trabalho: reabilitação ou exclusão?* Brasília: Ministério do Trabalho e Emprego.
- Momm, W., & Geiecker, O. (1998). Discapacidad: conceptos y definiciones. In *Discapacidad y trabajo. Enciclopedia de salud y seguridad en el trabajo* (Vol.17, pp.17.2-17.9). Geneva: Organización Internacional del Trabajo.
- Organização Mundial de Saúde. (1993). *Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10*. Descrições clínicas e diretrizes diagnósticas. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Organização Mundial de Saúde. (2004). *Classificação internacional de funcionalidade, incapacidade e saúde*. Lisboa: Autor.
- Pledger, C. (2003). Discourse on disability and rehabilitation issues: Opportunities for psychology. *American Psychologist*, 58(4), 279-284.
- Ramos, M. Z., Tittoni, J., & Nardi, H. C. (2008). A experiência de afastamento do trabalho por adoecimento vivenciada como processo de ruptura ou continuidade nos modos de viver. *Cadernos de Psicologia Social e do Trabalho*, 11(2), 209-221.
- Reagles, K. W., Wright, G. N., & Butler, A. (1971). Rehabilitation gain: Relationship with client characteristics and counselor intervention. *Journal of Counseling Psychology*, 18(5), 490-495.
- Roelen, C. A. M., Koopmans, P. C., Anema, J. R., & van der Beek, A. J. (2010). Recurrence of medically certified sickness according to diagnosis: A sickness absence register study. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 20(1), 113-121.
- Rosin-Pinola, A. R., Silva, C. P., & Garbulho, N. F. (2004). Implicações psicossociais para o acidentado reinserido no mercado de trabalho e desempregado. *Revista Brasileira de Orientação Profissional*, 5(2), 53-62.
- Sampaio, R. F., Silveira, A. M., Viana, S. O., Oliveira, G. B. A., & Frade, F. (2005). Implantação do serviço de reabilitação profissional: a experiência da UFMG. *Fisioterapia e Pesquisa*, 12(2), 28-34.
- Sardá, S., Ruiz, R., & Kirstching, G. (2009). Tutela jurídica da saúde dos empregados de frigoríficos: considerações dos serviços públicos. *Acta Fisiatrica*, 16(2), 59-65.
- Sardá Jr., J. J., Kupek, E., Cruz, R. M., Bartilotti, C., & Cherem, A. J. (2009). Preditores de retorno ao trabalho em uma população de trabalhadores atendidos em um programa de reabilitação profissional. *Acta Fisiatra*, 16(2), 81-86.
- Sato, L., Lacaz, F. A., & Bernardo, M. H. (2006). Psicologia e saúde do trabalhador: práticas e investigações na saúde pública de São Paulo. *Estudos de Psicologia* (Natal), 11(3), 281-288.
- Siano, A. K., Ribeiro, L. C., Santiago, A. E., & Ribeiro, M. S. (2008). Relevância dos transtornos mentais entre as perícias médicas requerentes de auxílio-doença na gerência executiva do Instituto Nacional de Seguro Social de Juiz de Fora - Minas Gerais. *HU Revista*, 34(4), 235-242.
- Simonelli, A. P., Camarotto, J. A., Bravo, E. S., & Vilela, R. A. G. (2010). Proposta de articulação entre abordagens metodológicas para melhoria do processo de reabilitação profissional. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 35(121), 64-73.
- Takahashi, M. A. B. C., & Canesqui, A. M. (2003). Pesquisa avaliativa em reabilitação profissional: a efetividade de um serviço em desconstrução. *Cadernos de Saúde Pública*, 9(5), 1473-1483.
- Trotter, S., Minkoof, K., Harrison, K., & Hoops, J. (1988). Supported work: An innovative approach to the vocational rehabilitation of persons who are psychiatrically disabled. *Rehabilitation Psychology*, 33(1), 27-36.
- Watzke, S., & Galvao, A. (2008). The feasibility of vocational rehabilitation in subjects with severe mental illness. *Salud Pública de México*, 50(2), S260-S262.

Recebido em: 26/7/2011
 Versão final em: 4/4/2012
 Aprovado em: 21/5/2012

Depressive and anxiety symptoms in patients with Metabolic Syndrome

Sintomas de depressão e de ansiedade em pacientes com Síndrome Metabólica

Lilian Lopes SHAROVSKY¹

Bellkiss Wilma ROMANO¹

Abstract

Depressive symptoms have been associated to the Metabolic Syndrome. Nevertheless, only a few studies have evaluated anxiety and depression concomitantly. The objective of the research was to evaluate the intensity of depressive and anxiety symptoms in patients with Metabolic Syndrome and their relation to demographic variables. A unicenter, transversal study was carried out. A social demographic questionnaire was used. Depressive symptoms were measured with Beck Depression Inventory and anxiety symptoms were measured with Hamilton Anxiety Scale Rate. A total of 103 ambulatory patients, 60 of them men, with mean age 55.4 years ($\pm 7,6$) with a diagnosis of Metabolic Syndrome were included in the study. Anxiety symptoms of very severe intensity were present in 51.5% ($n=53$) while severe depressive symptoms in only 5.8% ($n=6$). Anxiety and depressive symptoms were significantly associated. In this sample, anxiety predominated in relation to the depressive symptoms. The anxiety symptoms were more intense in women and that had low level of education.

Uniterms: Anxiety; Depression; Metabolic syndrome.

Resumo

Os sintomas depressivos têm sido associados à Síndrome Metabólica. No entanto, poucos estudos avaliam simultaneamente ansiedade e depressão nessa população. A pesquisa teve por objetivo avaliar a intensidade de sintomas depressivos e de ansiedade em pacientes com Síndrome Metabólica, correlacionando-a com variáveis sociodemográficas. Configurou um estudo transversal e unicêntrico. Utilizou-se questionário sociodemográfico, Inventário de Depressão de Beck e Escala de Ansiedade de Hamilton. Participaram 103 pacientes ambulatoriais que apresentaram critérios médicos para a Síndrome Metabólica, selecionados consecutivamente. A idade média foi de 55,37 anos ($\pm 7,62$), sendo 60 homens. Os sintomas de ansiedade de gravíssima intensidade estiveram presentes em 51,5% pacientes ($n=53$), enquanto os sintomas depressivos graves estiveram presentes em 5,8% ($n=6$). Houve correlação positiva e expressiva entre as escalas de depressão e de ansiedade. Concluiu-se que, nesta amostra, os sintomas ansiosos de intensidade grave foram predominantes em relação aos sintomas depressivos, sobretudo entre as mulheres e entre indivíduos com baixa escolaridade.

Unitermos: Ansiedade; Depressão; Síndrome metabólica.

▼ ▼ ▼ ▼ ▼

¹ Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina, Instituto do Coração do Hospital das Clínicas. Av. Dr Enéas de Carvalho Aguiar, 65, Consolação, 05403-000, São Paulo, SP, Brasil. *Correspondência para/Correspondence to:* L.L. SHAROVSKY. *E-mail:* <liliansharovsky@hotmail.com>.

Article based on the dissertation of the L.L. SHAROVSKY, intitled "Avaliação de Sintomas depressivos e ansiosos nas variáveis clínicas da Síndrome Metabólica". Universidade de São Paulo, 2010.

Support: *Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo* (Process nº 08/58088).

Metabolic Syndrome (MS) can be defined as a group of cardiovascular risk factors, which includes the presence of at least three of the following diagnosis criteria: abdominal obesity, low High Density Lipoproteins (HDL) cholesterol, high blood pressure, elevated triglycerides and glucose fasting, according to the diagnosis criteria defined by the National Cholesterol Education Program Revised (Summary of the Third Report NCEP-ATP III, 2001). Its etiology is associated with the complex interaction of genetic and environmental factors (Corella & Ordovas, 2004; Grundy et al., 2005).

There are no representative studies on the prevalence of MS in our population (Sociedade Brasileira de Hipertensão, 2004). In the U.S. adult population, the prevalence of MS is estimated at 23.7%, increasing the risk of significant clinical events (Ford, Giles & Dietz, 2002).

In turn, symptoms of depression and anxiety symptoms have been associated with the onset of various medical conditions and adverse clinical responses, including cardiovascular disease, and its subsequent morbidity (Blumenthal et al., 2003; Grigsby, Anderson, Freehand, Clouse & Lustman, 2002; Huffman, Smith, Blais, Januzzi & Fracchione, 2008).

The First National Consensus and Guidelines for the Treatment of MS, for example, recommends interdisciplinary intervention, with the participation of psychologists, as facilitators of adherence to treatment (Sociedade Brasileira de Hipertensão, 2004). It is known that patients with depressive symptoms and/or anxiety tend to adopt risky behaviors such as overeating, alcohol abuse, physical inactivity, smoking, changes in sleep patterns and non-adherence to medical prescription, which in itself, may contribute to changes in metabolic parameters and worse results in adherence to the therapeutic proposal (DiMatteo, Lepper & Croghan, 2000).

Several studies, despite having controversial results, have demonstrated an association between depressive symptoms and MS (Björntorp, 2001; Herva et al., 2006; Vaccarino et al., 2008).

Depression and anxiety cases generally share symptoms such as irritability and somatic complaints. Moreover, anxiety symptoms tend to increase the risk of the onset of depression (Van Praag, 2005). However,

few studies have measured the intensity of anxious and depressive symptoms simultaneously, correlating the scores (Skilton, Moulin & Terra, 2007). The present study aimed to determine the intensity of symptoms of depression and anxiety in patients with MS and correlate it to socio-demographic variables.

Method

This is an observational, cross-sectional study with a sample of 103 patients registered at the Ambulatory the reference hospital in Cardiology in the city of *São Paulo* (SP). Data was collected between February 6, 2009 and March 31, 2009.

Composition of the sample

The inclusion criteria were a diagnosis of MS and accepting to take part in the study.

Exclusion criteria were: (1) Congestive heart failure, (2) Chronic Obstructive Pulmonary Disease; (3) Any thyroid disease including subclinical hypothyroidism; (4) History of neoplasia; (5) Use of neuroleptics; (6) Cognitive difficulties to understand the psychological scales, (7) Cerebrovascular Accident.

Data collection

Patients were consecutively included after accepting the invitation to participate in this study. They were invited on the day of their medical previously scheduled appointments at the Clinic of Lipids, or at the Hypertension Ambulatory or at the Clinic of Nutrition. They were informed about the purpose of the study and their rights as research subjects. Those who agreed to participate read and signed the Terms of Consent.

Assessment instruments used

The following instruments were applied in the following order (1) Demographic questionnaire that included age, gender, years of education, marital status and smoking, and (2) Hamilton Anxiety Rate Scale (HARS) and (3) Beck Depression Inventory (BDI).

For evaluation of depressive symptoms, the BDI was used, which has been widely applied to individuals who have coexisting medical conditions. It seeks to measure the intensity of depressive symptoms and, therefore, its goal is not to identify nosological categories. According to the rules of the version in Portuguese, in the validation for the target population, the symptoms are classified as: 0-11 (minimum), 12-19 (mild), 20-35 (moderate) and 36-63 (severe) (Cunha, 2001). Although it can be used as a self-report scale, we opted for the application conducted by the same trained investigator, to avoid bias application.

In order to assess the intensity of anxiety symptoms, we used the HARS which is composed of 14 items, seven for evaluating the anxious mood and seven for the evaluation of the somatic sphere associated with anxious symptoms. The intensity of symptoms is classified as: ≤ 17 (minimum), 18-24 (moderate), 25-30 (severe) and ≥ 30 very severe (Hamilton 1959). The same professional applying the BDI also performed the application of HARS.

Throughout the interviews patients identified with significant symptoms of depression and anxiety were referred to the Psychology Service of the institution or to the Basic Health System.

This study was approved by the Research and Ethics Committee of the Heart Institute of *Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo* (HCFMUSP) under 252/03, by *Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa* (CAPPesq).

We followed the principles of Resolution nº 196/96 of the National Health Council and the Resolution of the Federal Council of Psychology of 2000 that regulate the conditions of research involving human beings.

Statistical analysis

The sample size calculation was based on previous studies, observing that approximately 40% of patients with MS had depressive symptoms. The hypothesis was that, in our sample, the percentage of depression is 40%, varying between 30% and 50%. According to the estimative, with a reliability interval of 95% we obtained a $n=98$ patients.

The variables were initially analyzed descriptively: frequency distribution, mean, standard deviation median with minimum and maximum values.

Correlations were verified using nonparametric tests. P values were obtained from non-parametric tests, and statistical significance was defined as $p \leq 0.05$ (Type I error).

Results

Socio-demographic characteristics

The study included 103 consecutive patients aged between 30 and 70 years (mean 55.4 years), 60 men (58.3%), who presented the criteria for MS defined by NCEP-ATP III-R. Regarding marital status, 77 participants (74.8%) of the sample were married or living maritally, while 7 (6.8%) were widowed, 8 (7.8%) patients divorced, and the remaining ones, singles. As for education, which was divided in less than 8 years of schooling and over 8 years of study, we obtained, respectively, $n=53$ and $n=51$. From the 103 participants, 85.44% ($n=88$) reported being nonsmokers, 10 (9.71%) reported being smokers despite medical guidelines and 5 (4.85%) declared themselves ex - smokers, having ceased smoke for at least two years.

Depressive symptoms

The frequency distribution obtained by the Beck Depression Inventory is described in Table 1. It was observed that 76 (73.7%) of participants obtained scores from minimal to mild severity. There were significant differences regarding gender (Nonparametric Mann-Whitney Test, $p=0.036$): women presented significantly higher values than men in the population studied. Among them, the average was 17.18 (± 11.51), median 14 (minimum 1.00 and maximum 48). Among men, the mean was 12.78 (± 9.62), median of 10.00 being the minimum value of zero and a maximum of 41. Marital status groups did not differ in relation to the intensity of depressive symptoms (Nonparametric Kruskal-Wallis test, $p=0.833$). We observed no significant difference between age and BDI ($p=0.054$) nor between BDI and smoking.

Table 1

Occurrence of depressive symptoms according to BDI

BDI	Occurrence	%
Minimum	50	48.5
Mild	26	25.2
Moderate	21	20.4
Severe	6	5.8

Note: BDI: Beck Depression Inventory.

Table 2

Distribution according to HARS

HARS	Occurrence	%
Minimum	22	21.4
Moderate	14	13.6
Severe	14	13.6
Very severe	53	51.5

Note: HARS: Hamilton Anxiety Rating Scale.

As for education, no significant difference (Nonparametric Mann-Whitney Test, $p=0.116$) among those who had ≥ 8 years of education ($n=51$, mean 13.15 , ± 10.06 , median 10 , minimum zero and maximum 41) and those who had < 8 years ($n=52$, mean 6.05 , ± 11.05 , median 13.50 ; minimum 0 and maximum 48).

There was a significant positive correlation between BDI and HARS (Spearman correlation coefficient, $p=0.0001$).

Anxiety symptoms

The frequency distribution of the scores obtained by the HARS is described in Table 2, observing that the anxiety symptoms of severe intensity had predominance over the other scores in this sample (51.5%). As to gender, women had an average of 34.51 (± 11.44); median of 34.00 (minimum of 5.00 and maximum of 54.00), while men ($n=60$) had an average of 25.85 (± 12.99), median 25.00 (minimum 6.00 and maximum 56.00). The female group had significantly higher values than men's (Nonparametric Mann-Whitney Test, $p<0.001$). Regarding age, there was a significant negative correlation the higher the age the lower the value of HARS ($r=0.275$, $p=0.005$). There was significant difference between educational groups: the group with < 8 years of schooling presents significantly higher value than the group with ≥ 8 years (Non-parametric Mann-Whitney Test, $p=0.004$). In relation to marital status there

was no difference between groups (Kruskal - Wallis test $p=0.088$).

Discussion

There are few national studies on the association between depressive symptoms and anxiety and MS.

It was observed in the present study, greater intensity of depressive symptoms among women than among men. This finding was also obtained with middle-aged patients with MS and measured by the BDI (Koponen, Jokelainen, Keinänen-Kiukaanniemi, Kumpusalo & Vanhala, 2007). Other authors, using the reverse approach, found a higher prevalence of MS in women who already had a history of depression (Kinder, Carnethon, Palaviappan, King & Fortmann, 2004).

However, despite a higher intensity of depressive symptoms among women, that intensity set itself predominantly as mild to moderate, according to the classification proposed for the Brazilian population, which contradicted the initial hypothesis of this study, which expected a more expressive presence of depressive symptoms in the sample with MS studied.

Capuron, Shaoyong, Miller & Bremner (2008) also found intensity of depressive symptoms from lower to moderate (by the American version of the BDI, which corresponds to the value of $BDI \geq 14$), a value lower than expected by the authors, and only 15% of the population studied presented moderate to significant symptoms.

Diaz-Martinez et al. (2007) found no significant association between MS and depressive symptoms, as well as Herva et al. (2006), who also found no clear association between depressive symptoms with MS or between MS and anxiety symptoms. These findings are different to those of other authors who found an association between depressive symptoms and MS, regardless of age, sociodemographic and lifestyle, but did not observe the same association with anxiety symptoms (Skilton et al., 2007).

In our study, we obtained positive and significant correlation between the scales of depression and anxiety, even if there was a predominance of more severe anxiety symptoms. The same positive correlation

was obtained by Arenas et al. (2007), when they studied patients in dialysis programs.

The instruments used (BDI and HARS) to assess the intensity of depressive and anxiety symptoms may help identify patients presenting psychological risk, and by means of psychotherapeutic intervention, contribute to the control of clinical MS components.

In the present study, there was a predominance of anxiety symptoms of severe intensity, measured by HARS. A similar result was obtained by Carroll et al. (2009), in a sample of 4256 patients in which the Generalized Anxiety Disorder is positively associated with MS. However, they did not observe the association between MS and serious depressive symptoms.

In our study, we obtained higher intensity of anxiety symptoms among the women than among the men who composed our sample. According to Räikkönen, Matthews & Kuller (2002) healthy women with symptoms of anxiety and depression had a higher incidence of metabolic syndrome after 7.4 years after the first evaluation of their psychological condition. It was observed, however, that women who already had a diagnosis of MS, presented after the same 7.4 years a significant increase in the intensity of symptoms of anxiety and hostility, concluding that the association between psychological conditions and MS goes both ways.

In the study proposed by Wottrich et al. (2011) there is predominance of stress in women (41.4% of women and 15.5% of men) in the near-exhaustion phase.

The positive association between females and anxiety symptoms is consistent with results from other studies showing high prevalence of anxiety disorders in this population, influenced by the condition of women in society and their duties, and also influenced by hormonal changes (Kinrys & Wygant, 2005).

It was also found that the educational level was inversely related to the intensity of anxiety symptoms, corroborating the findings of other studies such as that conducted by researchers Maragno, Goldbaum, Gianini, Novaes and César (2006) in the, *Programa de Saúde da Família* (PSF, Family Health Program of Brazil). This same finding has led to the hypothesis that this data can be affected by stressors related to unfavorable socioeconomic conditions (Maragno et al., 2006).

However, the association between anxiety symptoms and MS is not clearly defined. In part, this association may be related to the perception of cardiovascular risk that the patient may have after the diagnosis of MS. Moreover, it is possible that neurovegetative symptoms present in anxious states, including fatigue, represents the potentiation of the positive association between depressive symptoms and MS, as states of anxiety and depression share symptoms such as irritability and complaints of somatic order, which can be reported by patients before the symptoms of depressed mood itself in the context of primary care.

Patients who experience severe anxiety symptoms may also adopt risk behaviors to health care such as changes in sleep patterns, excessive food intake and alcohol abuse in trying to get reassurance, which may contribute to changes in cardiovascular and metabolic parameters compromising the control of clinical variables of MS. Furthermore, high levels of anxiety can lead to poorer quality of life.

The data obtained by Lipp, Pereira, Justo and Matos (2006) show that, in a sample with mild hypertension, psychological variables, among which emotional stress, are important factors in determining the magnitude of the cardiovascular response. In turn, Tully, Baker and Knight (2008) reported that anxiety symptoms, and not depression, are associated with mortality after coronary artery bypass grafting. According to Keltikangas-Järvinen, Räikkönen, Hautanen and Adlercreutz (1996) chronic fatigue and psychological variables such as stress and hostility, correlate significantly with hyperglycemia, hypertension and central obesity, the latter clinical variables of MS.

Through the present study, it could be concluded that there was a predominance of anxiety symptoms of severe intensity, especially in women, and among those with low educational level. Further studies on the role of anxiety symptoms in MS must be performed.

References

- Arenas, M. D., Álvarez-Ude F., Reig-Ferrer A., Zito J.P., Gil, M. T., Carretón, M. A., et al. (2007). Emotional distress and health-related quality of life in patients on hemodialysis: The clinical value of COOP-WONCA charts. *Journal of Nephrology*, 20(3), 304-310.

- Björntorp, P. (2001). Do stress reactions cause abdominal obesity and comorbidities? *Obesity Reviews*, 2(2), 73-86.
- Blumenthal, J. A., Lett H. S., Babyak M. A., White W., Smith P. K., Mark D. B., et al. (2003). Depression as a risk factor for mortality after coronary artery bypass surgery. *The Lancet*, 362(9384), 604-609.
- Capuron, L., Shaoyong S., Miller A. H., & Bremner J. D. (2008). Depressive symptoms and metabolic syndrome: Is inflammation the underlying link? *Biological Psychiatry*, 64(10), 896-900.
- Carroll, D., Phillips A. C., Thomas G. N., Gale C. R., Deary I., & Batty G. D. (2009). Generalized anxiety disorder is associated with metabolic syndrome in the Vietnam experience. *Biological Psychiatry*, 66(1), 91-93.
- Corella, D., & Ordovas J. M. (2004). The metabolic syndrome: A crossroad for genotype-phenotype associations in atherosclerosis. *Current Atherosclerosis Reports*, 6(3), 186-196.
- Cunha, J. A. (2001). *Manual da versão em português das Escalas de Beck*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Díaz-Martínez, L., Serrano N., Pinzón J., Mantilla G., Velasco H., Martínez L., et al. (2007). Lack of association between metabolic syndrome and depressive symptoms in Colombian adults. *Revista Médica de Chile*, 135(8), 990-996.
- DiMatteo, M. R., Lepper, H. S., & Croghan, T. W. (2000). Depression is a risk factor for noncompliance with medical treatment: Meta-analysis of the effects of the anxiety and depression on patient adherence. *Archives of International Medicine*, 160(14), 2101-2107.
- Ford, E. S., Giles W. H., & Dietz W. H. (2002). Prevalence of the metabolic syndrome among US adults: Findings from the third national health and nutrition examination survey. *JAMA*, 287(3), 356-9.
- Grigsby, A. B., Anderson, R. J., Freedland, K. E., Clouse, R. E., & Lustman, P. J. (2002). Prevalence of anxiety in adults with diabetes: A systematic review. *Journal of Psychosomatic Research*, 53(6), 1053-1060.
- Grundey, S. M., Cleeman J. I., Daniels S. R., Donato K. A., Eckel R. H., Franklin B. A., et al. (2005). Diagnosis and management of the metabolic syndrome: An American Heart Association/National heart, lung and blood Institute Scientific Statement. *Circulation*, 112(17), 2735-2752.
- Hamilton, M. (1959). The assessment of anxiety states by rating. *British Journal of Medical Psychology*, 32(1), 50-55.
- Herva, A., Räsänen, P., Miettinen, J., Timonen, M., Läsky, K., Veijola, J., et al. (2006). Co-occurrence of metabolic syndrome with depression and anxiety in young adults: The Northern Finland 1966 Birth Cohort Study. *Psychosomatic Medicine*, 68(2), 213-216.
- Huffman, J. C., Smith, F. A., Blais, M. A., Januzzi, J. L., & Fricchione, G. L. (2008). Anxiety, independent of depressive symptoms, is associated with in-hospital cardiac complications after acute myocardial infarction. *Journal of Psychosomatic Research*, 65(6), 557-63.
- Keltikangas-Järvinen, L., Rääkkönen, K., Hautanen, A., & Adlercreutz, H. (1996). Vital exhaustion, anger expression, and pituitary and adrenocortical hormones implications for the insulin resistance syndrome. *Arteriosclerosis Thrombosis Vascular Biology*, 16(2), 275-28.
- Kinder, L. S., Carnethon, M. R., Palaniappan, L., King, A., & Fortmann, S. P. (2004). Depression and the metabolic syndrome in young adults: Findings from the third national health and nutrition examination survey. *Psychosomatic Medicine*, 66(3), 316-322.
- Kinrys, G., & Wygant, L. E. (2005). Anxiety disorders in women: Does gender matter to treatment? *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 27(Suppl.2), 43-50.
- Koponen, H., Jokelainen, J., Keinänen-Kiukkaanniemi, S., Kumpusalo, E., & Vanhala, M. (2007). Metabolic syndrome predisposes to depressive symptoms: A population-based 7-year follow-up study. *The Journal Clinical Psychiatry*, 69(2): 178-182.
- Lipp, M. E. N., Pereira, M. M. B., Justo, A. P., & Matos, T. M. G. (2006). Cardiovascular reactivity in hypertensives: Differential effect of expressing and inhibiting emotions during moments of interpersonal stress. *Spanish Journal of Psychology*, 9(2). Retrieved May 4, 2007, from <http://www.ucm.es/info/Psi/docs/journal/v9_n2_2006/art154.pdf>.
- Maragno, L., Goldbaum M., Gianini, R. J., Novaes, H. M. D., & César, C. L. G. (2006). Prevalence of common mental disorders in a population covered by the Family Health Program (QUALIS) in São Paulo, Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*, 22(8), 1639-1648. Retrieved October 18, 2013, from <http://www.scielosp.org>. doi: 10.1590/S0102-311X2006000800012.
- National Cholesterol Education Program. (2001). Expert panel on detection, evaluation and treatment of high blood cholesterol in adults. *JAMA*, 285(19), 2486-2497.
- Rääkkönen, K., Mattews, K. A., & Kuller, L. H. (2002). The relationship between psychological risk attributes and the metabolic syndrome in healthy women: Antecedent or consequence? *Metabolism*, 51(12), 1573-1577.
- Skilton, M. R., Moulin P. P., & Terra, J. L. (2007). Association between anxiety, depression, and metabolic syndrome. *Biological Psychiatry*, 62(11), 1251-1257.
- Sociedade Brasileira de Hipertensão, (2004). I Diretriz brasileira de diagnóstico e tratamento da síndrome metabólica. *Hipertensão*, 7(4), 124-159.
- Tully, P. J., Baker, R. A., & Knight, J. L. (2008). Anxiety and depression as a risk factor for mortality after coronary bypass surgery. *Journal of Psychosomatic Research*, 64(3), 285-90.
- Vaccarino, V., McClure C., Johnson D., Sheps D. S., Bittner V., Rutledge T., et al. (2008). Depression, metabolic syndrome and cardiovascular disease. *Psychosomatic Medicine*, 70(1), 40-48.
- Van Praag, H. M. (2005). Can stress cause depression? *The World Journal Biological Psychiatry*, 6(Suppl.2), 5-22.
- Wottrich, S. H., Ávila C. M., Machado S. G., Dillenburg D., Kuhl C. P., Irigoyen M. C., et al. (2011). Gênero e manifestação de stress em hipertensos. *Estudos de Psicologia* (Campinas), 28(1), 27-34. doi: 10.1590/S0103-166X2011000100003.

Received on: 8/9/2011

Final version on: 27/2/2012

Approved on: 12/3/2012

Produções discursivas sobre o trabalho em equipe no contexto da reforma psiquiátrica: um estudo com trabalhadores de Centros de Atenção Psicossocial

Discursive productions about the teamwork in the context of psychiatric reform: A study of workers in Psychosocial Care Centers

Juliana Catarine Barbosa da **SILVA**¹
Pedro de **OLIVEIRA FILHO**²

Resumo

O artigo objetiva analisar as produções discursivas de trabalhadores de Centros de Atenção Psicossocial sobre o processo de atuação em equipe. Adota-se como abordagem teórico-metodológica a Psicologia Social Discursiva, uma abordagem construcionista no contexto da Psicologia Social. A opção por centrar os estudos nos trabalhadores em saúde mental deve-se ao fato de que, no Brasil, esses profissionais foram os precursores do movimento de Reforma Psiquiátrica. A pesquisa, de natureza qualitativa, contemplou 14 entrevistas semiestruturadas com profissionais de dois Centros de Atenção Psicossocial da cidade de Recife (PE). Delimitação de lugares, diluição de saberes e necessidade de formação profissional foram sentenças recorrentes durante as entrevistas. As falas aqui analisadas revelam equipes que se encontram permeadas por conflitos, tensões e possibilidades de construção de suas práticas profissionais. Tais falas apontam para a necessidade de dar visibilidade e fomentar discussões sobre as referidas práticas.

Unitermos: Análise de discurso; Centros de Atenção Psicossocial; Interdisciplinaridade; Reforma psiquiátrica; Trabalho em equipe.

Abstract

This article aims to analyze the discursive productions of workers from the Psychosocial Care Centers about the process of team work. Adopts as theoretical approach the Discursive Social Psychology, a constructionist approach within the social psychology. The decision to focus our studies on professionals in mental health due to the fact that, in Brazil, these workers were the precursors of the Psychiatric Reform movement. Our research, qualitative, included 14 semi-structured survey with professionals from the Psychosocial Care Centers in the city of Recife (Pernambuco). Delimitation of seats, dilution of knowledge and need for training, these sentences were recurrent during the interviews. The reports reviewed here show teams that are permeated by conflicts, tensions and possibilities of construction of their professional practices. Such statements show the need of visualization and discussion of those practices.

Uniterms: Discourse analysis; Centros de Atenção Psicossocial; Interdisciplinarity; Psychiatric reform; Teamwork.

▼ ▼ ▼ ▼ ▼

¹ Universidade Federal de Pernambuco, Programa de Pós-Graduação em Psicologia. R. Don Manoel de Medeiros, s/n., Dois Irmãos, 52171-900, Recife, PE, Brasil. Correspondência para/Correspondence to: J.C.B. SILVA. E-mail: <jucatarine@gmail.com>.

² Universidade Federal de Campina Grande, Unidade Acadêmica de Ciências da Saúde. Campina Grande, PB, Brasil.

Artigo elaborado a partir da dissertação de J.C.B. SILVA, intitulada "Entre (des) encontros, tensões e possibilidades: reforma psiquiátrica e trabalho em equipe na cidade do Recife". Universidade Federal de Pernambuco, 2010.

O presente artigo tem como foco a questão do trabalho em equipe na perspectiva de trabalhadores que atuam no contexto da Reforma Psiquiátrica. No Brasil, esses personagens foram os precursores das críticas ao sistema psiquiátrico tradicional e propuseram mudanças éticas, políticas e técnicas para a construção de novos lugares para as pessoas em sofrimento psíquico. Segundo Birman (1992), a reforma da Psiquiatria propõe a construção de um novo espaço social destinado à loucura, tornando necessário repensar e construir novos repertórios de atuação para os profissionais da saúde mental.

O interesse em compreender o trabalho na saúde mental sob o prisma da atuação em equipe justifica-se pela prioridade que é dada a esse tipo de atividade no processo de estruturação dos serviços substitutivos. No Brasil, a partir da década de 1970, diante das políticas de cunho racionalizador adotadas pelo setor de saúde, as equipes ganharam destaque como forma de alcançar os objetivos propostos pelas novas políticas de saúde. O Movimento da Reforma Sanitária, atrelado às propostas de mudança assistencial, conferiu às equipes o papel de consolidar as ações de integralidade e melhoria dos serviços (Costa, 2007).

Peduzzi (2001), com base em uma análise da literatura sobre o tema, distingue duas noções de trabalho em equipe. A primeira, denominada equipe agrupamento, seria caracterizada pela justaposição das ações, agrupamento dos agentes e fragmentação. A segunda, denominada equipe integração, recomendada pela proposta da integralidade das ações de saúde, seria caracterizada pela articulação das ações e interação entre os agentes. Ainda segundo Peduzzi (2001), o trabalho em equipe do tipo integrado é representado como o modelo ideal de trabalho para as práticas em saúde, tendo assumido um lugar de “tábua de salvação” para diversos conflitos entre os distintos atores e suas especialidades nas equipes multiprofissionais nos últimos anos.

Esses conflitos e tensões, indiscutivelmente, fazem parte do cotidiano das equipes profissionais no campo da Saúde e da Saúde Mental, como atestam diferentes pesquisas. Um estudo realizado por Campos (1997), no interior dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) mineiros, mostra que a prática do trabalho em equipe no contexto da Reforma Psiquiátrica é marcada

por tensões e conflitos. Tensão e conflito foram detectados, igualmente, em estudo empírico realizado com uma equipe de um serviço ambulatorial de uma cidade nordestina. Nesse estudo, Severo e Dimenstein (2011) observaram a existência de conflito entre dois paradigmas de gestão e trabalho, o asilar e o psicossocial, que se assemelham à tipologia supracitada de Peduzzi (2001). O primeiro, hospitalocêntrico, apresenta as seguintes características: fragmentação das tarefas, pouco diálogo entre os profissionais, verticalização e poder decisório nas mãos dos médicos. O segundo, preconizado pela proposta de desinstitucionalização da Reforma Psiquiátrica, caracteriza-se pela cooperação, horizontalização e integração das ações.

Segundo Severo e Dimenstein (2011, p.347), a coexistência desses paradigmas “acaba gerando tensões no cotidiano do ambulatório, as quais indicam a verticalização do saber psiquiátrico, a hegemonia dos especialismos, a fragmentação dos processos de trabalho, dentre outros”. O trabalho de Severo e Dimenstein apresenta evidências de que o paradigma hegemônico, o asilar, resiste ao avanço do paradigma psicossocial. Não obstante essas resistências, no campo da saúde mental, o paradigma da atenção psicossocial ganha força e trás com ele o modelo de interdisciplinaridade e sua proposta de horizontalização das relações intrainstitucionais como ideal de ação para as equipes de saúde mental. É a partir da proposta de atenção psicossocial que a noção de interdisciplinaridade adentra nos serviços substitutivos aos manicômios (Tavares, 2005).

Costa-Rosa, Luzio e Yasui (2001) ressaltam que o princípio da integralidade, que também permeia as práticas dos referidos locais, implica uma série de mudanças nas ações de seus trabalhadores, e essas mudanças são a base para a efetivação de um princípio de cidadania dos trabalhadores em saúde mental que seja coerente com a meta de singularização proposta pela reforma. Essa compreensão da realidade no contexto do adoecer psíquico trabalha com uma série de elementos que transcendem os limites da disciplinaridade. Nesse contexto, a prática interdisciplinar é fundamental para que possamos compreender as idiosincrasias da pessoa em sofrimento psíquico (Silva & Tavares, 2003).

A respeito da saúde mental, Silva e Tavares (2003) ressaltam que as experiências de ação interdisciplinar são enfrentadas como um desafio, tendo em

vista a gama de especialidades profissionais que estão envolvidas na prática psicossocial. Para os autores, as possibilidades de integração profissional permitem o exercício do pensamento complexo, que corresponde ao pilar de sustentação epistemológica do paradigma da atenção psicossocial.

Contudo, tendo em vista o universo multifacetado que envolve as práticas interdisciplinares em saúde, ainda temos muito a aprender. Muitas dificuldades teóricas e práticas são percebidas durante a efetivação desse processo. Penido (2002) afirma, por exemplo, que é comum observar o uso equivocado do termo interdisciplinaridade com o sentido de multiprofissionalidade pelas equipes de saúde mental. Isso levaria as equipes multiprofissionais a pressupor um exercício interdisciplinar, o que nem sempre ocorre.

Procurando compreender a natureza desse processo em nosso contexto e identificar possíveis tensões, conflitos e impasses no caminho, realizamos um estudo com o objetivo de identificar o significado do trabalho em equipe em produções discursivas de trabalhadores de saúde mental que atuam em Centros de Atenção Psicossocial da cidade do Recife (PE).

Método

A pesquisa, de natureza qualitativa, foi realizada em dois CAPS da cidade Recife. Nossa inserção nos serviços ocorreu após a autorização formal para a realização da pesquisa por parte da prefeitura da referida cidade. Os serviços foram visitados, inicialmente, com o objetivo de apresentar a pesquisadora e o projeto de pesquisa ao corpo técnico das instituições. O projeto foi recebido de forma satisfatória pela maioria dos profissionais e a gerência de cada serviço disponibilizou uma sala para que as entrevistas fossem realizadas. O momento de realização das entrevistas foi negociado individualmente com cada profissional, de forma que não interferisse na rotina de cada instituição.

Os serviços foram frequentados no período de maio a setembro de 2009 para a realização das entrevistas. Mesmo sem observações sistemáticas da rotina dessas instituições, foi possível perceber que elas apresentavam estruturas de funcionamento bastante distintas. No momento da pesquisa, o primeiro serviço, que funcionava nos turnos da manhã e da tarde, era

formado por uma equipe mínima de profissionais, porém contava com um profissional de cada especialidade preconizada pelo projeto de funcionamento da instituição.

Já o segundo serviço encontrava-se, na ocasião da pesquisa, em precárias condições de funcionamento, contando apenas com seis técnicos que trabalhavam somente com os usuários já admitidos, e não realizava novas admissões. Segundo informações fornecidas pelos próprios funcionários, tais condições decorriam da não reposição dos trabalhadores que saíram da instituição.

Considerando as diretrizes para estudos com seres humanos, que normatizam a proteção dos direitos dos envolvidos na pesquisa, conforme os aspectos éticos indicados pela Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, as entrevistas foram realizadas somente depois que os participantes leram e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Foram realizadas 14 entrevistas semiestruturadas, com duração aproximada de 40 minutos cada. Os seguintes profissionais foram entrevistados: um assistente social, três enfermeiras, uma auxiliar de enfermagem, dois educadores físicos, dois médicos psiquiatras, duas psicólogas e três terapeutas ocupacionais. Dentre os entrevistados, apenas dois eram do sexo masculino: um médico psiquiatra e um educador físico. No que diz respeito aos anos de experiência profissional, os entrevistados variavam entre quatro e dezoito anos de experiência. Aos entrevistados foram atribuídos nomes fictícios com o objetivo de manter em sigilo suas identidades.

A pesquisa adotou como abordagem teórico-metodológica a Psicologia Social Discursiva, uma abordagem construcionista que desenvolve uma técnica específica de análise de discurso em Psicologia Social. Sua perspectiva tem como foco principal compreender a forma como as pessoas descrevem, explicam e significam o mundo em que vivem e as consequências dessas práticas discursivas (Potter, 1998; Potter & Wetherell, 1987; Wetherell & Potter, 1992).

Antes da análise propriamente dita, todas as entrevistas foram transcritas, com o cuidado de preservar ao máximo a forma como os participantes falaram (incluindo as marcas discursivas de pronúncia e as pausas).

Após a transcrição, foram realizadas leituras cuidadosas do material discursivo com o objetivo de torná-lo mais familiar aos analistas. A codificação, na perspectiva teórico-metodológica adotada, constitui apenas uma análise preliminar, cujo objetivo é organizar os dados brutos em categorias para análises mais aprofundadas (Gill, 2002; Potter & Wetherell, 1987). A análise dispensa uma atenção especial ao modo como os sujeitos entrevistados mobilizam sistemas de significação para realizar ações específicas, construir versões de ações, do eu e das estruturas sociais. Evita-se também aprofundar no modo como os sujeitos mobilizam recursos discursivos para apresentar suas versões como fatos objetivos, e não como meras versões da realidade construídas a partir de uma perspectiva limitadamente subjetiva (Potter, 1998; Potter & Wetherell, 1987; Wetherell & Potter, 1992).

Resultados e Discussão

Os relatos dos entrevistados sobre o trabalho em equipe nos serviços substitutivos foram divididos em duas categorias: 1) relatos que retratam de forma positiva essa forma de trabalho, e 2) relatos que a retratam de forma negativa, descrevendo-a como um elemento que apaga os limites das diferentes especialidades. Esses últimos relatos, predominantes na amostra (e organizados de maneira mais cuidadosa e complexa por adotarem um posicionamento ideológico contrário ao que oficialmente rege os serviços substitutivos), serão analisados mais demoradamente nas páginas que se seguem.

O elogio da interdisciplinaridade

Somente dois dos participantes entrevistados para essa pesquisa (um deles, José,³ médico psiquiatra, respondendo a um questionamento sobre o modo de funcionamento da equipe, e a outra, Marta, educadora física, respondendo a um questionamento sobre as relações entre os técnicos) retrataram de maneira claramente positiva a forma de trabalho em equipe preconizada pelos serviços substitutivos.

José - psiquiatra: Um momento muito rico, porque a gente tem oportunidade de trocar ideias com profissionais de outras áreas, ver o ponto de vista da terapia ocupacional, do serviço social, da enfermagem, não é? Da psicologia, não é? E... resolver conflitos, ou pelo menos tentar diminuir esses conflitos existentes na equipe, porque isso é natural, no trabalho, não é? Multiprofissional, não é? Que ocorram essas dúvidas... A visão de um é pela admissão, isso acontece com muita frequência.

Marta - educadora física: ...eu não sei o quê que acontece no grupo de psicologia. Entendeu? Então, eu acho que ajudaria muito se fosse, se tivesse essa maior interação. Esse lado da profissão. Porque se diz "uma equipe multidisciplinar". É uma equipe que se reúne uma vez por semana para falar de vários casos, são quatro horas, mesmo assim não dá tempo para falar de todos os casos. E fica cada um meio assim na sua área, né? ...na hora realmente da prática cada um na sua área.

Embora reconheça a existência de conflitos, José afirma que o trabalho em equipe de natureza multiprofissional é "um momento muito rico", que possibilita o diálogo entre as diferentes áreas. Em sua fala, o termo "multiprofissional" nomeia um conjunto de práticas geralmente associadas ao conceito de interdisciplinaridade, próximo ao desenvolvido por Vasconcelos (2002), que define a interdisciplinaridade como uma estrutura horizontal que tende a restringir as relações de poder entre as distintas disciplinas, prevalecendo a reciprocidade e o enriquecimento mútuo.

Marta, assim como José, posiciona-se positivamente em relação à interação dos técnicos em uma equipe de saúde mental, que ela denomina "multidisciplinar". Ela destaca, no entanto, uma contradição no interior do grupo, pois afirma que sua equipe é multidisciplinar, mas não consegue interagir e trocar saberes. Como José, a educadora física descreve um conjunto de práticas associadas ao conceito de interdisciplinaridade, práticas que, diferentemente daquilo que afirma José, não fariam parte do cotidiano da equipe. Marta e José fazem parte da mesma equipe; contudo, apresentam relatos distintos e contraditórios sobre o modo como ela funciona.

Interdisciplinaridade e perda da identidade profissional

Como afirmado anteriormente, a maioria dos participantes retratou de maneira negativa o trabalho em equipe do tipo “interdisciplinar” ou “multiprofissional”. Isso foi feito, algumas vezes, de maneira aberta, ou de maneira muito sutil. Mas em todos os argumentos desses participantes o tema da perda da identidade profissional esteve presente. Esse tema apresenta-se na fala de Marina, em resposta a um questionamento sobre o trabalho do enfermeiro em saúde mental:

Marina - enfermeira: O trabalho do enfermeiro na saúde mental ele fica meio que... diluído com... como a gente trabalha em equipe fica uma coisa meio que diluída. Especificamente do enfermeiro não aparece muita coisa, mais a questão da medicação, dos cuidados que a gente tem que ter com qualquer paciente, mas que não só o enfermeiro tem, os outros técnicos também passam a ter como é uma coisa meio, é muito, muito... interdisciplinar, né? ...é meio que misturado, as funções, a gente é... faz um trabalho um pouco do psicólogo, um pouco de assistente social, um pouco do médico, um pouco de tudo, nem sempre tem todos os profissionais presentes na equipe.

Marina constrói um relato no qual a atuação de sua profissão, Enfermagem, ainda não está clara e bem definida no contexto das equipes de saúde mental dos CAPS. Um relato no qual a identidade da enfermeira se dilui e em que os limites, as atribuições e as especificidades de cada profissão tornam-se opacos. Aquilo que era atribuição do enfermeiro também é feito por outros profissionais. Por outro lado, o enfermeiro passa a fazer “um pouco” do trabalho do psicólogo, do médico, do assistente social etc. Tudo se mistura nesse contexto. Embora não o diga explicitamente, há uma tácita desaprovação da forma de organização dos CAPS em seu discurso. Várias passagens indicam essa desaprovação, mas a passagem na qual isso se torna mais claro é quando, com evidente ironia, Marina afirma que o trabalho em equipe no CAPS é [“... uma coisa... muito, muito... interdisciplinar”].

O relato de Camila (também enfermeira, porém não pertencente ao mesmo serviço de Marina), produzido quando a entrevistadora lhe solicitou a descrição do funcionamento da equipe no serviço, retrata um

contexto marcado pelo incômodo resultante da falta de limites entre os espaços de atuação de cada profissional.

Camila - enfermeira: Agora assim, uma coisa que eu sempre tenho cuidado é isso: me policiar para não entrar no espaço do outro, porque às vezes, eu acho que o pessoal perde essa noção. ... Aqui é tão... Que se você não tiver cuidado você entra. Eu mesma, eu sou muito fácil de entrar no de C. [psiquiatra], eu passei quinze anos no hospital, eu sei muito de medicação. ... Até com a prática você aprende e assim, eu tenho muito esse cuidado, sabe? Eu já vi tanto psiquiatra ir embora, justamente por isso. Eu acho que se o pessoal... Tem psiquiatras muito bons que se você falar do CAPS, o CAPS é uma peste para eles. Eles não aguentam essa coisa de questionar, questionar. Não sei por que diacho tem os psicólogos que gostam tanto de questionar diagnóstico de médico. É uma coisa que não me incomoda, se ele errar é problema dele, não é meu. Aqui já teve casos de um psicólogo suspender a medicação de paciente... não é? Foi isso que fez os psiquiatras debandarem. Eu acho que a gente tem que respeitar, não é?

Aqui é importante destacar as estratégias discursivas utilizadas por Camila para construir a ideia de que a interdisciplinaridade pode produzir conflitos entre os distintos especialistas nos CAPS. A profissional inicia assim sua fala: “Agora assim, uma coisa que eu sempre tenho cuidado é isso: me policiar para não entrar no espaço do outro, porque às vezes, eu acho que o pessoal perde essa noção”. Antes de lançar a acusação sobre os membros da equipe que “perdem a noção”, ela já se posiciona como aquela pessoa que procura não fazê-lo. A enfermeira relata a interferência de alguns profissionais nas especificidades de seus companheiros de equipe, ressaltando que tais interferências resultaram em brigas e até mesmo na saída de membros do grupo.

Camila, antes de posicionar algumas categorias profissionais - “os psicólogos” -, no lugar daqueles que interferem na seara de atuação de outras especialidades e que não conhecem o seu lugar, posiciona-se como alguém que, mesmo tendo mais propriedade que esses para fazê-lo - “Eu mesma, eu sou muito fácil de entrar no de C. (psiquiatra), eu passei quinze anos no hospital, eu sei muito de medicação” -, não o faz.

Camila relata que os psiquiatras não suportam os constantes questionamentos no CAPS: “Eles não

aguentam essa coisa de questionar, questionar". Ao apoiar a não aceitação dos questionamentos por parte dos profissionais médicos, a enfermeira também se coloca contra o próprio sistema reformista, que apoia a dissolução das hierarquias nos serviços; hierarquias que ela defende com um discurso que pode ser lido como uma defesa veemente do sistema tradicional presente nos hospitais.

A enfermeira coloca-se contra as interferências e invasões das especialidades e ressalta que "...se ele errar é problema dele...". Tal sentença, além de refletir a necessidade de que as atribuições sejam delimitadas, também questiona, implicitamente, a ideia de que atividades partilhadas devem implicar em responsabilidades partilhadas. Em seu discurso, o saber médico aparece em destaque e o profissional de medicina é colocado no lugar daquele que não pode e nem deve ser questionado.

Seguindo a mesma linha argumentativa de Marina e Camila, a fala de Rita, abaixo, produzida em resposta a uma pergunta sobre a relação entre os técnicos, desenvolve a ideia de que as possibilidades de interferência, ou mesmo sobreposições de papéis, gerariam tensões e incômodos entre os membros da equipe:

Rita - psicóloga: ...eu não participei, mas semana passada parece que teve um lance desse aí. A enfermeira parece que foi participar... apresentar um caso dela se eu não me engano de... um caso já antigo aqui... e ela foi internada. E ela colocou essa questão que estava cuidando com muita dificuldade, cuidando dela. Embora, assim, por ela trabalhar no Ulysses, ela também tem uma visão de lá... . Então, acha que muitas coisas de lá é correto agir aqui também. Então, eu acho que falta um pouquinho assim... em relação à profissão dela, ela é enfermeira, ela não é psicóloga. Então, ela tava fazendo um acompanhamento como se fosse uma psicóloga. Escutando, tentando e dizendo, mas da forma dela - 'faça assim, faça assim, faça assado', talvez ela estivesse tomando partido.

Potter (1998) afirma que, ao produzir um discurso, as pessoas utilizam uma série de recursos para anular ou minimizar as possíveis implicações negativas para elas próprias daquilo que afirmam, recursos denominados "vacinas" pelo autor. Rita procura deixar claro que seu relato é de segunda mão e não o relato de um evento que ela própria presenciou: "eu não participei,

mas semana passada parece que teve um lance desse aí". Ao iniciar seu relato dessa maneira, a entrevistada passa a narrar acontecimentos por cuja veracidade não pode se responsabilizar.

Na narrativa desenvolvida por Rita, a possibilidade de uma ampliação no leque de intervenções de um determinado profissional é logo interpretada como invasão à especificidade de outra disciplina. Em sua descrição, procura posicionar-se como alguém que não se preocupa com a "falta de identidade" supostamente presente no espaço do CAPS, e posiciona sua colega enfermeira como alguém que não sabe realizar seu trabalho de forma correta. Ou seja, seu posicionamento é o de não se incomodar com a intersecção de saberes. Em seguida, ela descreve um episódio que parece alertar para os perigos que podem advir dessa indefinição de papéis. Sua descrição põe em questionamento as habilidades da outra profissional ao apresentá-la como alguém que levou uma usuária antiga do serviço a ser internada novamente, afirmando que aquela profissional, por também atuar em um serviço de características manicomial, traz resquícios do outro espaço para o serviço substitutivo.

A fala de Karla, produzida em resposta a um questionamento sobre as relações entre as diferentes especialidades profissionais na equipe, destaca, assim como a de Rita, os incômodos decorrentes da ausência de delimitação de funções, como se os mesmos não lhe dissessem respeito. A entrevistada narra acontecimentos, fala de incômodos, reproduz falas de outros profissionais e relata situações de tensão, mas a maneira como articula seu discurso revela uma pessoa não diretamente implicada nas ações descritas:

Karla - terapeuta ocupacional: E hoje o pessoal está reclamando demais disso, muitos profissionais de CAPS hoje reclamam da falta de especificidade, que teve um tempo em que se disse: 'O profissional do CAPS é um técnico em saúde mental. Então, todo mundo vai fazer tudo! Então, começou com essa coisa que se perdia muito da especificidade, não é? Mas, isso pelo que a gente tem feito, pelo que a gente vem percebendo, causa um incômodo. É do enfermeiro que diz: 'Mas, eu não sou psicólogo'. 'Eu não posso estar fazendo isso, eu não posso estar fazendo aquilo'. Então, é difícil você traçar uma linha. ... A proposta quando você diz que vai discutir um caso, que vai compartilhar, eu acho que passa por um respeito ao trabalho do outro. E eu percebi

que você pode contribuir e no final tirar um todo. E isso é difícil, principalmente a gente tendo a formação que tem, é muito difícil.

Trata-se de uma estratégia narrativa que se aproxima do que Potter (1998) caracteriza como “descrição vívida”. Nesta forma de argumentação, o falante utiliza uma série de detalhes contextuais e acontecimentos para criar a impressão de que observa o contexto “em volta” a partir de um olhar singular.

Nesse sentido, sua postura é de distanciamento. Não se posiciona de maneira clara em relação àquilo que descreve. Não é Karla que tem reclamações em relação ao modelo, são os outros que reclamam: *“hoje o pessoal está reclamando”*. Não é ela que está incomodada, mas o que ela vê ao seu redor indica o incômodo: *“pelo que a gente vem percebendo, causa um incômodo”*. Karla assume a postura de quem faz um relato fiel do cotidiano do CAPS, um relato realista de alguém que simplesmente observa aquilo que ocorre. Como resultado, a crítica sutil ao novo modelo aparece em sua fala como uma avaliação ponderada das dificuldades no caminho de uma nova prática, dificuldades que teriam relação com a própria formação dos técnicos.

A fala de Isabel, em resposta ao questionamento sobre o trabalho em equipe no serviço, aproxima-se da fala de Karla em relação ao tom de distanciamento adotado:

Isabel - enfermeira: ...no CAPS é bem diferente, inclusive há muito questionamento no CAPS, a essa questão da especificidade, tem técnico que ele cobra muito isso... aí assim, ele não admite, por exemplo, ele ser um psicólogo, um terapeuta ocupacional e estar lá... dentro de uma farmácia, mesmo que esteja a medicação tudo organizado, mas ele pegar e dar a alguém, porque ele acha que isso aí não tem nada a ver com a área específica dele. Já outras pessoas acreditam que trabalhar em equipe é trabalhar dessa forma, que o CAPS tem que de... de... de... entendimento de funções.

(E): *E você como é que vê isso?*

(I): *Às vezes, de forma muito ambivalente, porque a minha existe... existe um código de ética que ele é muito preciso, né? Ela... ele na hora que a lei vem ela não... ela não quer saber de subjetivo, ela vem, e ela vem e enquadra você. Por outro lado, da forma que é dentro deste modelo sei que não teria como funcionar com*

muita rigidez, certo? Então, você fica muito ambivalente quando você vê uma pessoa provar matematicamente que ela pode se comprometer, se ela for fazer determinada função e por outro, você... se a gente começa com tanta rigidez será que a gente não vai terminar novamente no manicômio?

Contudo, em sua fala, observa-se um elemento novo. Quando a entrevistadora a questiona no intuito de que ela se posicione em relação à situação descrita, Isabel demonstra não ter opinião definida sobre a temática em questão. Coloca argumentos contra, expõe ideias a favor, dá voz à opinião de terceiros; define-se, enfim, como alguém que tem uma posição ambivalente em relação à questão.

A tentativa de não se comprometer com quaisquer posicionamentos fica evidente quando ela faz uso de uma categoria de crédito (Potter, 1998) - no caso, o código de ética -, para apoiar o argumento de que ele delimita melhor as funções. Não é ela, Isabel, quem afirma que é preciso haver delimitação entre as funções profissionais: é o código de ética.

As profissionais cujas falas foram analisadas neste item usam diferentes estratégias discursivas, evitando ser criticadas por se alinharem a um modelo atrasado e conservador. Elas combatem, sutilmente, o modelo interdisciplinar de atuação em equipe, que orientou ideologicamente a criação dos serviços substitutivos em que atuam.

O discurso sobre perda de identidade profissional, mobilizado por elas como forma de resistência ao modelo interdisciplinar, não é um fato isolado, presente somente entre esses profissionais que trabalham nos serviços substitutivos na capital pernambucana; é encontrado também em outras pesquisas acadêmicas sobre esses serviços (Campos, 1997; Vasconcellos, 2010). Na pesquisa de Vasconcellos, realizada em um CAPS no Rio de Janeiro (RJ), algumas passagens das entrevistas realizadas com os profissionais são muito semelhantes às encontradas na pesquisa descrita no presente artigo.

Em estudo realizado por Abuhab, Santos, Messenberg, Fonseca e Aranha e Silva (2005), em um CAPS, o discurso sobre a perda da identidade profissional não se apresentou de forma explícita; no entanto, os profissionais (psiquiatras, enfermeiros, psicólogos) foram enfáticos ao apontar as dificuldades

para integrar de fato a equipe. Dentre essas dificuldades, os profissionais citam a resistência das diferentes categorias profissionais quando se trata de analisar os transtornos dos usuários com um olhar interdisciplinar. Os profissionais não médicos citam, principalmente, a resistência dos psiquiatras à integração e a hegemonia desses profissionais no serviço.

Dois trabalhos realizados com enfermeiros indicam que, no caso específico dessa categoria, o especialismo, o corporativismo e o alinhamento com o modelo asilar podem ter relação com essa resistência. Castel (1987) afirma haver, desde as propostas trazidas pela psiquiatria de setor, uma forte oposição por parte dos profissionais de enfermagem à atuação em espaços extra-hospitalares. O autor ressalta ainda que, na ocasião da proposta dos setores, alguns sindicatos de enfermagem chegaram a se opor oficialmente “à supressão dos leitos hospitalares em defesa do ‘instrumento de trabalho’ de sua categoria” (p.57). No Brasil, Silva et al. (2004) constataram, pelas entrevistas com estudantes do último ano de enfermagem de uma universidade federal do nordeste brasileiro, a solidariedade entre o saber da Enfermagem e o saber da Psiquiatria tradicional no contexto dos serviços substitutivos.

Considerações Finais

Os elementos expostos neste artigo revelam equipes permeadas por conflitos, tensões e possibilidades de construção de suas práticas profissionais. Os trabalhadores entrevistados apresentam relatos que tratam de suas experiências no contexto da saúde mental e das dificuldades relacionadas à prática interdisciplinar.

Nesses relatos, predominou o pensamento de que o trabalho em equipe nos serviços substitutivos aparece como um elemento diluidor das especificidades de cada profissional, como produtor de confusão e de perda da identidade profissional. São relatos que defendem, de maneira taxativa, a necessidade de delimitação dos espaços profissionais. A questão dos limites entre as especialidades apareceu nas falas dos entrevistados sob diversas perspectivas, e a invasão do espaço de atuação dos especialistas foi recorrente nas descrições de situações conflituosas.

Nesse contexto, ressaltam-se as precárias condições nas quais se encontravam os serviços visitados e

o número escasso de profissionais. Tal situação aponta para a falta de cuidado das políticas públicas para com os serviços, elemento que tem implicações diretas para a qualidade do trabalho oferecido.

O discurso da valorização da especialização, recorrente de forma direta ou indireta na fala da maior parte dos profissionais entrevistados, mostra o quanto o modelo positivista da estratificação do conhecimento ainda persiste em nossos campos de trabalho. Outro elemento desse contexto é o processo de formação profissional mencionado por alguns trabalhadores e que recorrentemente aparece no debate sobre interdisciplinaridade.

Conclui-se que os cursos de graduação em saúde, em sua maioria, são marcados por pouco diálogo entre as disciplinas e pela fragmentação de saberes.

Referências

- Abuhab, D., Santos, A. B. A. P., Messenberg, C. B., Fonseca, R. M. G. S., & Aranha e Silva, A. L. (2005). O trabalho em equipe multiprofissional no CAPS III: um desafio. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 26(3), 369-380.
- Birman, J. (1992). A cidadania tresloucada: notas introdutórias sobre a cidadania dos doentes mentais. In B. Bezerra & P. Amarante (Orgs.), *Psiquiatria sem hospício: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica* (pp.71-90). Rio de Janeiro: Relume-Dumará.
- Campos, G. V. (1997). Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre nodos de gerenciar trabalho em equipes de saúde. In E. E. Merhy, R. Onocko (Orgs.), *Agir em saúde: um desafio para o público* (pp.229-266). São Paulo: Hucitec.
- Castel, R. (1987). *A gestão dos riscos: da antipsiquiatria à pós-psicanálise*. Rio de Janeiro: Francisco Alves.
- Costa, R. P. (2007). Interdisciplinaridade e equipes de saúde: concepções. *Mental*, 8(8), 107-124.
- Costa-Rosa, A., Luzio, C. A., & Yasui, S. (2001.) As conferências nacionais de saúde mental e as premissas do modo psicossocial. *Saúde em Debate*, 25(58), 12-25.
- Gill, R. (2002). Análise do discurso. In G. Gaskell (Ed.), *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som* (pp.244-270). Petrópolis: Vozes.
- Peduzzi, M. (2001). Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Revista de Saúde Pública*, 35(1), 103-109.
- Penido, C. M. F. (2002). Embustes ‘interdisciplinares’: da especialização à polivalência: contribuições a partir do campo da saúde mental. In *GIBS: Grupo Interdisciplinaridade na Saúde* (pp.1-4). Recuperado em setembro 27, 2009, disponível em <<http://www.hc.ufmg.br/gids/>>

- textos_seminarios/os_riscos_da_interdisciplinaridade.pdf>.
- Potter, J. (1998). *Representing reality: Discourse, rhetoric and social construction*. London: Sage.
- Potter, J., & Wetherell, M. (1987). *Discourse and social psychology: Beyond attitudes and behavior*. London: Sage.
- Severo, A. K., & Dimenstein, M. (2011). Processos de trabalho e gestão na estratégia de atenção psicossocial. *Psicologia e Sociedade*, 23(2), 340-349.
- Silva, J. P. L., & Tavares, C. M. M. (2003). Educação permanente de profissionais de saúde mental: competências para o trabalho interdisciplinar. *Saúde em Debate*, 27(65), 290-301.
- Silva, A. T. M., Souza, J. S., Silva, C. C., Nóbrega, M. M. L., Oliveira Filha, M., Barros, S., et al. (2004). Formação de enfermeiros na perspectiva da reforma psiquiátrica. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 57(6), 675-678.
- Tavares, C. M. M. (2005). A interdisciplinaridade como requisito para a formação da enfermeira psiquiátrica na perspectiva da atenção psicossocial. *Texto e Contexto - Enfermagem*, 14(3), 403-410.
- Vasconcelos, E. M. (2002). Serviço social e interdisciplinaridade: o exemplo da saúde mental. In E. M. Vasconcelos. *Saúde mental e serviço social: o desafio da subjetividade e da interdisciplinaridade* (2ª ed., pp.35-67). São Paulo: Cortez.
- Vasconcellos, V. C. (2010). Trabalho em equipe na saúde mental: o desafio interdisciplinar em um CAPS. *SMAD, Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool Drogas*, 6(1), 1-16. Recuperado em novembro 28, 2013, disponível em <<http://www.redalyc.org/pdf/803/80313414015.pdf>>.
- Wetherell, M., & Potter, J. (1992). *Mapping the language of racism: Discourse and the legitimation of exploitation*. Hemel Hempstead: Harvester Wheatsheaf.

Recebido em: 11/8/2011
Versão final em: 18/3/2013
Aprovado em: 22/4/2013

Apoio social a pacientes coronarianos: efeitos de intervenção comportamental com um familiar

Social support for coronary patients: Effects of a behavioral intervention with a family member

Marcela **ABREU-RODRIGUES**¹

Eliane Maria Fleury **SEIDL**¹

Resumo

O estudo teve por objetivo aplicar um procedimento de intervenção comportamental em cuidadores de pacientes coronarianos e verificar seus efeitos mediante a percepção do paciente sobre a disponibilidade e satisfação com o apoio social antes (Linha de Base), imediatamente (Momento 2) e três meses após intervenção específica (Momento 3). Uma entrevista semiestruturada e uma escala validada para avaliar o suporte social foram utilizados em três pacientes com diagnóstico de angina instável. As intervenções com os três cuidadores consistiram de quatro sessões semanais, em que técnicas de reforçamento diferencial e automonitoramento foram as principais estratégias comportamentais utilizadas. Os resultados mostraram que, após a intervenção, houve um aumento dos escores dessa variável para os três pacientes ($p \leq 0,05$), se comparados à linha de base. Os resultados indicaram a possibilidade de aplicação de técnicas comportamentais para melhorar o apoio social de cuidadores a pacientes coronarianos.

Unitermos: Apoio social; Cuidador; Doença das coronárias; Intervenção comportamental.

Abstract

This study aimed to apply a behavioral intervention procedure for the caregivers of coronary heart disease patients, and to verify its effects through the patient's perception regarding the availability and satisfaction with the social support received before (baseline), immediately after, and three months after the specific intervention. A semi-structured interview and a validated scale to evaluate social support were used with three patients with unstable angina. The interventions with the three caregivers consisted of four weekly sessions in which differential reinforcement and self-monitoring techniques were the primary behavioral strategies used. The results evidenced an increase in the scores for this variable for all three patients after the intervention, compared to the baseline ($p \leq 0.05$). The results verified the possibility of applying behavioral techniques to improve caregiver social support for coronary patients.

Uniterms: Behavioral intervention; Caregiver; Coronary disease; Social support.

As enfermidades cardiovasculares são uma das principais causas de mortalidade em países desenvolvidos e em desenvolvimento. No caso do Brasil, elas

representam a terceira maior causa de internação hospitalar (Besser, Silva & Oliveira, 2006). Ademais, são responsáveis por quase 50% dos óbitos em indivíduos

▼ ▼ ▼ ▼ ▼

¹ Universidade de Brasília, Instituto de Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde. *Campus* Universitário Darcy Ribeiro, 70910-900, Brasília, DF, Brasil. Correspondência para/Correspondence to: M. ABREU-RODRIGUES. E-mail: <marcelabreu81@gmail.com>.

Artigo elaborado a partir da dissertação de M. ABREU-RODRIGUES, intitulada "Apoio social disponibilizado por cuidadores de pacientes coronarianos: efeitos de intervenção comportamental". Universidade de Brasília, 2008.

Apoio: Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior.

com mais de 30 anos e respondem por cerca de 1/3 da mortalidade na América Latina e no Brasil (Hirata, Queiroz, Souza, Oliveira & Martins, 2010).

A doença arterial coronariana é um distúrbio no qual depósitos de gordura acumulam-se nas células que revestem a parede de uma artéria coronária e, conseqüentemente, obstruem o fluxo sanguíneo para o coração. De acordo com Mansur et al. (2004), há três condições representativas da doença coronariana: (1) a angina estável, (2) a angina instável e (3) o Infarto Agudo do Miocárdio (IAM).

A angina é uma condição de dor no peito causada por restrição no suprimento de sangue para o coração. Quando essa dor surge apenas após esforço e cessa imediatamente é denominada angina estável. Já a angina instável ocorre ao longo de alguns dias com uma frequência de episódios crescentes, sendo estes provocados por esforços progressivamente menores. O infarto do miocárdio resulta na morte do tecido cardíaco em resposta à interrupção do suprimento de sangue para o miocárdio.

No que se refere às doenças coronarianas, há evidências de que o isolamento e a falta de apoio social são fatores associados a essa enfermidade. Wang, Mittleman e Orth-Gomet (2005) examinaram a relação entre o suporte social e a progressão da doença coronariana em 292 mulheres de meia idade que haviam sido internadas com infarto agudo do miocárdio e com angina instável. Três aspectos foram estudados: suporte emocional, integração social e relações interpessoais. A progressão da doença foi avaliada por meio de uma arteriografia coronariana. Os resultados do estudo mostraram que houve progressão acelerada da doença coronariana em mulheres que tinham suporte social insuficiente, que estavam em condições de isolamento social e com poucas relações interpessoais. Os dados mostraram, também, que o quadro clínico das mulheres com bom nível social evoluiu mais lentamente.

Nessa mesma linha de raciocínio, Heffner, Waring, Roberts, Eaton e Gramling (2011) pesquisaram a relação entre o isolamento social, o nível de proteína C reativa - seus marcadores indicam o nível de inflamação nas coronárias -, e a mortalidade causada pela doença arterial coronariana, em um estudo de corte com seguimento por quinze anos, a partir de uma

amostra de adultos acima de 40 anos sem histórico de IAM prévio. Os resultados indicaram que os indivíduos socialmente isolados, se comparados aos indivíduos socialmente integrados, apresentaram um nível de proteína C reativa 2,5 vezes mais elevado. Assim, a pesquisa revelou que as pessoas socialmente isoladas apresentaram um maior risco de desenvolvimento de doenças coronarianas em comparação àquelas com apoio social presente.

Suporte social: conceituação e classificação

Suporte social pode ser definido, segundo Cobb (1976), como a "informação que leva o indivíduo a acreditar que ele é cuidado, amado, estimado e que pertence a uma rede social com obrigações mútuas" (p.300). Nesse sentido, os efeitos do suporte social levariam ao sentimento e à percepção de estima e de integração a uma rede social com direitos e deveres comuns.

Atualmente, os estudos sobre suporte social focalizam dois aspectos: os estruturais e os funcionais do suporte (Seidl & Tróccoli, 2006). Os aspectos estruturais estão relacionados à frequência e à quantidade de suporte recebido. O aspecto funcional diz respeito à disponibilidade e ao tipo de apoio recebido, assim como ao nível de satisfação com o mesmo.

Duas categorias têm predominado na literatura no que tange ao suporte funcional: instrumental e emocional (Seidl & Tróccoli, 2006). Esses autores definem o suporte instrumental "como a disponibilização de apoio financeiro, material e auxílio em relação a aspectos práticos do dia-a-dia. O suporte emocional consiste em comportamentos de escutar, prover atenção ou fazer companhia que contribuem para que a pessoa se sinta cuidada e/ou estimada" (p.318).

Desde o início de sua vida, os indivíduos iniciam a construção de redes de apoio, que podem ser comparadas a uma trama que modela e é modelada pelas pessoas (Faquinello, Carreira & Marcon, 2010). Os autores afirmam que o apoio social é um fator que protege a vida dos indivíduos nos aspectos físico, mental e psicofetivo, principalmente em condição de enfermidade crônica.

A importância da orientação para o fornecimento de suporte social

Pesquisadores têm investigado a relação entre suporte social e comportamentos de adesão a tratamentos, ou seja, comportamentos que diminuem o risco de piora do quadro clínico do doente coronariano. Nesse contexto, o suporte social tem se mostrado eficaz na adesão à atividade física regular, alimentação adequada, uso de medicação, cessação do tabagismo e redução do consumo de álcool (Eng, Rimm, Fitzmaurice & Kawachi, 2002). Wallace, Buckwot, Kirby e Sherman (2000) demonstraram que o apoio de amigos e familiares prediz a participação em atividades físicas e, conseqüentemente, leva à diminuição do sedentarismo em pacientes coronarianos. Em suma, a literatura aponta que o fornecimento de suporte social contribui para a melhoria das condições de saúde dos pacientes, uma vez que tende a aumentar a adesão ao tratamento. Evidências se aplicam, também, ao contexto de doença coronariana.

Pérez-Garcia, Ruiz, Sanjúan e Rueda (2011) realizaram um estudo com 95 pacientes com diagnóstico de infarto agudo do miocárdio, com o objetivo de investigar a relação entre sexo e suporte social percebido, a satisfação com a vida e a percepção de eventos negativos. Os resultados indicaram que, independentemente do sexo, quanto maior a satisfação com o apoio social, maior será a satisfação com a vida e, conseqüentemente, menor a percepção dos eventos negativos. As autoras concluíram que intervenções no suporte social podem facilitar o enfrentamento e o bem-estar de pacientes infartados.

Boutin-Foster (2005) afirma que os pacientes com apoio social precário ou inexistente parecem apresentar maiores dificuldades em aderir a comportamentos que promovam a saúde e o bem-estar (e.g., atividade física regular, alimentação adequada e cessação do tabagismo), tendendo a apresentar piora de suas condições físicas. Nessa perspectiva, o autor investigou as modalidades de suporte social instrumental percebidas por pacientes coronarianos como mais adequadas à modificação de comportamentos em prol da saúde. Uma amostra de 63 pessoas com doença coronariana participou desse estudo. Os resultados mostraram que as mudanças mais relatadas foram

modificações na dieta, no sedentarismo, no aumento da frequência a consultas médicas, ingestão correta de medicações e adesão à atividade física. Os tipos de apoio social instrumental que mais ajudaram a fazer tais mudanças, segundo os participantes, foram aqueles que: (1) facilitaram e tornaram mais prático o engajamento em tais comportamentos; (2) aliviaram situações estressantes; e (3) facilitaram o processo de recebimento de cuidados médicos.

O fornecimento de orientação ao cuidador sobre as peculiaridades do quadro de saúde do paciente, assim como sobre as formas de fornecer apoio social instrumental e emocional compatíveis com suas necessidades, é fundamental para promover o desenvolvimento de suporte relevante e, conseqüentemente, auxiliar no processo de reabilitação e promoção da saúde do paciente (Abreu-Rodrigues & Seidl, 2008). Wing e Jeffery (1999), por exemplo, observaram que pacientes obesos que recrutaram um amigo ou familiar para realizar uma sessão de orientação de suporte social perderam mais peso do que aqueles que recrutaram um cuidador sem o fornecimento de orientação.

Cabe ressaltar que, no que tange às doenças coronarianas, não foram encontrados estudos atuais que revelassem a importância da orientação aos cuidadores de pacientes coronarianos para o fornecimento de suporte compatível com as necessidades do paciente. Assim, é necessário o desenvolvimento de pesquisas com propostas de intervenção que investiguem o papel de cuidadores na disponibilidade de apoio social, de modo a favorecer a eficácia do tratamento de pacientes acometidos por enfermidade coronariana (Nicassio, Meyerowitz & Kerns, 2004). É evidente que o provimento de cuidados de saúde de qualidade ao paciente coronariano será uma das grandes preocupações dos profissionais do século XXI. Nesse contexto, compreender como a enfermidade afeta a rede social do paciente será de grande importância para o entendimento acerca da evolução do seu quadro clínico.

O estudo descrito neste artigo, de caráter exploratório, teve como objetivos: (1) elaborar um procedimento de intervenção, com uso de técnicas comportamentais para cuidadores de pacientes coronarianos, visando à compatibilidade do suporte social disponibilizado com as necessidades de apoio do cuidador, e

(2) verificar os efeitos da intervenção comportamental com o cuidador, a partir da percepção do paciente sobre disponibilidade e satisfação com o apoio recebido do cuidador.

Método

Participantes

O estudo contou com a participação de 3 pacientes com doença coronariana (angina instável) e de seus respectivos cuidadores, acompanhados em ambulatório de cardiologia de um hospital da rede pública de saúde do Distrito Federal. Os critérios de inclusão no estudo foram: (1) pacientes alfabetizados (no mínimo 3ª série do Ensino Fundamental), (2) portadores de doença coronariana (angina instável ou Infarto Agudo do Miocárdio prévio), com diagnóstico definido no período de 30 dias a 18 meses, que não estivessem internados e não possuíssem doenças congênitas, psiquiátricas ou deficiência física (que comprometessem sua capacidade física e/ou mental). Os cuidadores, para serem incluídos, deveriam ser alfabetizados, ter idade superior a 18 anos, não apresentar transtornos

psiquiátricos e não estar recebendo qualquer remuneração para cuidar do paciente. Os dados sociodemográficos e clínicos dos três Pacientes (P1, P2 e P3) e os dados referentes aos respectivos Cuidadores (C1, C2 e C3) podem ser visualizados na Tabela 1.

Procedimentos

Inicialmente, o estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília. Utilizou-se delineamento quase experimental, com procedimento de intervenção psicoeducativa com o cuidador, a partir das seguintes avaliações com o paciente: (1) antes do procedimento (linha de base); (2) imediatamente após o procedimento e (3) três meses depois da intervenção específica. Foram utilizadas uma entrevista semiestruturada e uma escala validada para avaliar o suporte social em três pacientes com diagnóstico de angina instável.

A intervenção comportamental teve como objetivo auxiliar o cuidador a fornecer apoio social compatível com as necessidades do paciente coronariano, segundo o projeto terapêutico elaborado pela equipe

Tabela 1

Caracterização dos pacientes e dos cuidadores. Hospital Universitário de Brasília, 2007

Variáveis	P1	P2	P3
<i>Dados sociodemográficos e clínicos dos pacientes</i>			
Sexo	Feminino	Masculino	Masculino
Escolaridade	Fundamental completo	Médio completo	Fundamental incompleto
Estado civil	Casada	Casado	Casado
Número de filhos	4	2	3
Situação empregatícia	Autônomo	Benefício continuado	Benefício continuado
Tempo de diagnóstico	1 ano e 3 meses	1 ano	1 ano e 1 mês
Angioplastia	Sim	Sim	Sim
Presença de hipertensão	Sim	Sim	Sim
Presença de diabetes	Sim	Não	Sim
Número de medicamentos diários	6	5	10
<i>Dados sociodemográficos dos cuidadores</i>			
Idade	41	42	37
Sexo	Masculino	Feminino	Feminino
Escolaridade	Supletivo completo	Fundamental completo	Fundamental completo
Estado civil	Casado	Casado	Casada
Número de filhos	0	3	3
Relação de parentesco	Filho	Esposa	Esposa
Reside com o paciente	Não	Sim	Sim
Situação empregatícia	Emprego com direitos trabalhistas	Do lar	Do lar

Nota: C: Cuidadores.

de saúde para cada um dos três casos. Os cuidadores foram escolhidos e indicados pelos pacientes e consentiram em participar do estudo, mediante assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido específico. Foram utilizados instrumentos e materiais distintos para os pacientes e para os cuidadores.

Instrumentos

Pacientes

- Roteiro de entrevista sobre aspectos sociodemográficos: com questões referentes a sexo, idade, situação conjugal, existência de filhos e situação empregatícia.

- Escala de Suporte Social: o uso deste instrumento teve por objetivo avaliar a disponibilidade percebida e a satisfação acerca do apoio social emocional e instrumental. Foi utilizada a versão brasileira validada por Seidl e Tróccoli (2006) da *Social Support Inventory for People Who Are HIV Positive or Have AIDS* (Renwick, Halpen, Rudman & Friedland, 1999), denominada Escala de Suporte Social para Pessoas com HIV/AIDS. A escolha dessa escala deveu-se à adequação de seus itens para análise do suporte social em contextos de saúde e doença, independentemente da enfermidade que esteja acometendo o paciente. Outro motivo é que não foram identificados instrumentos específicos direcionados à mensuração do apoio social de pessoas com enfermidades cardíacas. Ademais, a escala foi utilizada em pesquisas anteriores, aplicada a pessoas portadoras de outros agravos; por exemplo, lesão medular traumática (Ribeiro, 2006) e pacientes cardíacos cirúrgicos (Moraes & Dantas, 2007).

Foram mensuradas duas categorias de suporte com 22 itens: (1) suporte social instrumental (10 itens, alfa de Cronbach igual a 0,84) - percepção da satisfação quanto à disponibilidade de apoio no manejo ou resolução de questões operacionais do tratamento ou do cuidado de saúde, de atividades práticas do cotidiano, de ajuda material e/ou financeira, (2) suporte social emocional (12 itens, alfa de Cronbach igual a 0,92) - percepção e satisfação quanto à disponibilidade de escuta, atenção, informação, estima, companhia e apoio emocional. Pode ser usada na versão unifatorial, opção adotada no estudo ora descrito, propiciando um escore geral do apoio social. As respostas foram dadas em

escala Likert de cinco pontos para frequência do apoio (1=nunca; 5=sempre) e satisfação (1=muito insatisfeito; 5=muito satisfeito). Os escores foram obtidos mediante o cálculo da média aritmética das respostas à escala, podendo variar de 1 a 5. Escores mais elevados indicavam maior disponibilidade percebida e/ou satisfação com o suporte social recebido.

Instrumentos e materiais para os cuidadores

- Entrevista sobre aspectos sociodemográficos: com questões referentes a sexo, idade, escolaridade, situação conjugal, relação de parentesco com o paciente, se residia com o mesmo e tempo de convívio.

- Panfleto educativo: elaborado para o estudo pela primeira autora, com seis páginas em formato de folheto com características didáticas, ilustrado com desenhos e figuras, escrito em linguagem acessível, com informações sobre a definição de suporte social e formas de fornecer apoio baseado em recomendações das Diretrizes Brasileiras de Doenças Coronarianas e Angina Instável (Mansur et al., 2004). Apresenta informações sobre os cuidados com pacientes coronarianos, incluindo as seguintes categorias: uso de medicamentos, alimentação balanceada, adesão a atividades físicas, controle do *stress* e realização de atividades de lazer.

- Ficha de registro e automonitoramento (Rehm, 1999): consiste em um *checklist* sobre o fornecimento ou não fornecimento de apoio social pelo cuidador, por um período de sete dias. As cinco categorias comportamentais presentes no panfleto informativo eram mencionadas - uso de medicamentos, alimentação balanceada, adesão a atividades físicas, controle do *stress* e realização de atividades de lazer. Ressalta-se que foi realizada uma breve descrição individual das formas de fornecer suporte social em cada categoria, com base no que estava previsto para o paciente. Caso o cuidador tivesse emitido comportamentos compatíveis com o fornecimento de apoio social naquela categoria, ele faria o registro; isto é, marcaria um X na categoria correspondente ao dia específico. Essa ficha representava uma "tarefa de casa" e avaliava o período de três semanas.

Coleta de dados e intervenção

Antes do início da coleta de dados, foram levantadas informações dos prontuários dos pacientes (Ta-

bela 1): dados sociodemográficos; tempo de diagnóstico; se havia realizado (ou não) procedimento de angioplastia; presença de outras comorbidades (Hipertensão arterial sistêmica, Diabetes *Mellitus* tipo II) nível da lesão (obstrução); tipo e frequência de medicações em uso.

Linha de Base (LB) - Na linha de base, após assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido, os pacientes responderam à entrevista e à Escala de Suporte Social. Essa etapa teve duração média de 40 minutos e foi gravada em áudio.

Intervenção (1ª a 4ª sessão) - A intervenção ocorreu em quatro sessões individuais, com intervalos semanais, com duração de aproximadamente 90 minutos cada. A pesquisadora fez contato prévio por telefone com os cuidadores para agendar os dias em que ocorreriam as sessões. As entrevistas e sessões foram gravadas em áudio e realizadas pela pesquisadora. A intervenção incluiu, após a apresentação de seus objetivos, técnicas de base comportamental: fornecimento de informação, treino para solução de problemas, reforçamento diferencial, registro e automonitoramento. A descrição dessas técnicas segue abaixo.

- 1ª sessão: o objetivo foi fazer um levantamento do repertório comportamental atual de apoio social e de condutas dos cuidadores que poderiam ser adquiridas ou modificadas para subsidiar as intervenções subsequentes. Nessa etapa, investigou-se a compreensão sobre a conceituação de suporte social e sobre o papel que cuidadores poderiam ter no apoio a pessoas com doença coronariana. As seguintes perguntas foram feitas: "O que é fornecer suporte a uma pessoa com problemas de saúde como doença coronariana?"; "Considerando as necessidades do paciente (seu familiar) no momento atual, como você tem fornecido apoio a ele(a)?" Foi proposta uma tarefa de casa: leitura do panfleto educativo sobre apoio social.

- 2ª sessão: o objetivo dessa sessão foi informar os cuidadores sobre o conceito de suporte social no contexto de doenças coronarianas, bem como instruir e incentivar a realização da tarefa de registro e automonitoramento. Inicialmente, verificou-se a realização da tarefa de casa da sessão anterior e foi feita a leitura do panfleto educativo para avaliar sua compreensão sobre

apoio social. Em seguida, foram investigadas as dificuldades e as facilidades que os cuidadores tinham em fornecer suporte social a seus familiares. As dificuldades relatadas foram abordadas com o fornecimento de orientações sobre suporte social instrumental e emocional compatíveis com o contexto de doença coronariana e das dificuldades específicas de cada caso. Tais informações buscaram disponibilizar orientação aos cuidadores sobre a relevância dos cinco temas para a saúde do paciente - uso de medicamentos, alimentação balanceada, adesão a atividades físicas, controle do estresse e realização de atividades de lazer -, além de orientar sobre como os cuidadores poderiam ajudar os pacientes a aderir a esses comportamentos de saúde. Os cuidadores foram orientados e sensibilizados sobre a tarefa de automonitoramento e da importância da realização da mesma para o desenvolvimento do trabalho. O registro de automonitoramento teve como objetivo o desenvolvimento de respostas de auto-observação, de modo que os cuidadores aumentassem seu conhecimento sobre a adesão e sobre as variáveis que interferiam em sua ocorrência. Ao final da sessão, foi entregue aos cuidadores a ficha de automonitoramento.

- 3ª sessão: foram verificados, junto aos cuidadores, os registros da ficha de automonitoramento, discutindo cada resposta e as contingências para a emissão ou não de determinado comportamento pelo cuidador. A intervenção consistia no levantamento de estratégias para a solução de problemas específicos e no fornecimento de reforçamento diferencial, a partir de relatos de emissão de comportamentos de apoio social compatíveis com as necessidades do paciente. O reforço foi disponibilizado pela profissional de acordo com as demandas e dificuldades do cuidador.

- 4ª sessão: a finalização da intervenção ocorreu nessa sessão e o procedimento foi semelhante ao desenvolvido na terceira sessão. Solicitou-se ainda aos cuidadores que fornecessem um *feedback* a respeito do trabalho realizado.

Momento 2 - Foi reaplicada a Escala de Suporte Social com os pacientes do estudo após a realização da intervenção com os cuidadores. A reaplicação da escala ocorreu de uma a duas semanas após o término da intervenção.

Momento 3 (Seguimento) - Foi reaplicada a Escala de Suporte Social com os pacientes três meses após o término da intervenção, para investigar os efeitos da intervenção comportamental na promoção de suporte social em médio prazo.

Análise dos dados

Procedeu-se à avaliação intrassujeito, de modo que as respostas de cada paciente foram comparadas nos três momentos (Linha Base, Momento 2 e Momento 3) para identificar a ocorrência de diferença nos escores médios das medidas de suporte social, mediante a utilização do teste não paramétrico *t* de Wilcoxon ($p \leq 0,05$). Para proceder a essa análise, foi utilizado o *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) (versão 18.1), sendo que o banco de dados foi construído de modo que cada participante teve três colunas correspondentes à LB, M2 e M3, compostas dos valores das respostas aos 22 itens da Escala de Suporte Social. Dessa forma, os escores desse instrumento foram comparados nos três momentos para cada participante.

Resultados

Suporte social na linha de base e depois da intervenção

Na Tabela 2 estão descritas as médias e desvios-padrão referentes aos escores obtidos nos três momentos. As respostas dos participantes na linha de base indicaram que eles tinham disponibilidade e satisfação insuficientes com o suporte recebido, apresentando escores menores ou em torno do ponto médio (escore=3). Observou-se o aumento progressivo nas médias dos escores para os participantes entre a linha de base e os momentos dois e três.

A Tabela 3 ilustra os valores do teste não-paramétrico *T* de Wilcoxon e o nível de significância dos escores da Escala de Suporte Social. Diferenças entre os escores da medida de suporte social foram pesquisadas na Linha de Base e nos momentos posteriores à intervenção (Momento 2 e Momento 3) para os três participantes, em modalidade de avaliação intrassujeito.

Tabela 2

Médias e desvios-padrão dos escores obtidos por P1, P2 e P3 nos três momentos da aplicação da Escala de Suporte Social. Hospital Universitário de Brasília, 2007

Participante	Linha de Base		Pós-intervenção (M2)		Seguimento (M3)	
	M	DP	M	DP	M	DP
P1	3,59	0,96	4,45	0,80	4,50	0,74
P2	2,95	1,46	4,27	0,63	4,45	0,74
P3	3,32	1,08	3,95	0,65	4,55	0,51

M: Média; DP: Desvio-Padrão; M2: Momento 2; M3: Momento 3.

Tabela 3

Diferença das médias dos escores, valores do teste *T* de Wilcoxon e nível de significância na Escala de Suporte Social nas avaliações da linha de base, pós-intervenção (M2) e seguimento (M3) para P1, P2 e P3. Hospital Universitário de Brasília, 2007

Participante	Pares	Diferença das médias	<i>T</i> de Wilcoxon	<i>p</i>
P1	LB - M2	-0,86	-3,272	0,001***
	M2 - M3	-0,5	-0,351	0,725
	LB - M3	-0,91	-3,216	0,001***
P2	LB - M2	-1,32	-3,220	0,001***
	M2 - M3	-0,18	-0,623	0,533
	LB - M3	-1,50	-3,129	0,002**
P3	LB - M2	-0,64	-2,401	0,016*
	M2 - M3	-0,59	-3,127	0,002**
	LB - M3	-1,23	-3,448	0,001***

Nota: * $p \leq 0,05$; ** $p \leq 0,01$; *** $p \leq 0,001$. LB: Linha de Base; M2: Momento 2; M3: Momento 3.

Tanto para P1 quanto para P2 o padrão foi semelhante, pois foram identificadas diferenças significativas nos escores entre a Linha de Base e o pós-teste Momento 2, e ausência de diferença significativa de Momento 2 para Momento 3, conforme dados da Tabela 3. Esses resultados indicaram uma estabilidade da percepção de disponibilidade e da satisfação com o apoio social. Para os dois casos, isso ocorreu sem alterações nos três meses após a intervenção. O relato de P1 ilustra tal conclusão: *“Meu filho contratou uma faxineira pra ajudar na arrumação lá de casa e ele me liga todos os dias desde que começou a vir aqui. Fui para Fortaleza de férias com o meu filho, eu nunca tinha viajado com ele antes. Adorei!”*. Para P2: *“Minha mulher está sempre preocupada comigo, quer que eu fique bem. Me leva para a Igreja quase que diariamente e isso tem me feito muito bem”*.

Para P3, verificou-se diferença significativa nos três momentos. No entanto, os dados apontam que os efeitos da intervenção junto ao cuidador parecem ter tido maior repercussão no período entre o término da intervenção e três meses depois do procedimento ($T=-3,12$; $p\leq 0,001$). Pode ser que outras variáveis (não controladas) tenham influenciado a percepção de disponibilidade e da satisfação com o apoio social de P3. Acredita-se que tais variáveis estejam relacionadas com o padrão de “querer agradecer” à pesquisadora, visando manter um vínculo positivo com a mesma. Ressalta-se que P3 apresentava diagnóstico de diversas doenças crônicas, o que o levava a frequentar o hospital várias vezes ao mês. Assim, a manutenção de um relacionamento positivo com profissionais dentro do contexto hospitalar facilitaria a manutenção do atendimento eficaz ao paciente. Ademais, relatos da cuidadora permitem levantar a hipótese da presença de dificuldades psicológicas e conflitos conjugais que extrapolam a intervenção direcionada ao apoio social.

Discussão

Ao final do estudo, os três pacientes relataram modificação no padrão de apoio social recebido, sendo que este passou a ser mais adequado às suas necessidades. A intervenção psicológica propiciou escuta profissional qualificada às dificuldades apresentadas pelos pacientes, sob a ótica de seus cuidadores, permi-

tindo identificar práticas que poderiam melhorar a adesão e o prognóstico dos mesmos. Após terem sido expostos às condições de fornecimento de informações e ao treino comportamental, com base nas dificuldades individuais relatadas e nas necessidades médicas dos pacientes, os cuidadores modificaram o padrão de fornecimento de suporte social em cinco categorias comportamentais, que são priorizadas no tratamento do paciente coronariano (Mansur et al., 2004).

Sabe-se que o suporte social exerce influência na vida e no prognóstico de pacientes coronarianos (Boutin-Foster, 2005; Hogan, Linden & Najariah, 2002; Uchino, 2004). Além disso, a literatura aponta que a disponibilidade e a satisfação com o suporte tornam-se fundamentais para a melhora do quadro clínico e psicológico do paciente (Boutin-Foster, 2005) e, ainda, reforça a necessidade da avaliação e acompanhamento dessa variável por profissionais de saúde. Os resultados obtidos com esta pesquisa confirmam os aspectos apontados pela literatura ao destacar que a intervenção junto aos cuidadores de pacientes coronarianos melhorou a disponibilidade e satisfação do apoio social dessa população.

Metodologicamente, a lacuna referente à inexistência de um instrumento específico para avaliação do suporte social em pacientes coronarianos aponta para a necessidade e relevância quanto à construção de uma ferramenta com essas características. A prática profissional cotidiana se beneficiaria desse instrumento na medida em que o mesmo ampliaria a compreensão acerca do suporte social desses pacientes e possibilitaria a construção de intervenções mais eficazes.

Os resultados desse estudo sugerem que os registros de automonitoramento ajudaram na descrição dos comportamentos de apoio em relação aos relatos anteriores. Também indicam que o instrumento pode ter alterado a probabilidade de manifestação de comportamentos inadequados anteriormente relatados ao tornar-se uma das contingências responsáveis pelo comportamento de apoio adequado. Esses dados corroboram a literatura na medida em que o automonitoramento objetiva a observação das contingências que controlam o próprio comportamento e, assim, promove a modificação do repertório e/ou o fortale-

cimento de respostas compatíveis com as necessidades dos pacientes (Rehm, 1999).

Como limitação do estudo, cabe ressaltar o fato de que o número de participantes foi reduzido e constituiu amostra de conveniência, sem qualquer critério de randomização. Esse aspecto indica a necessidade de acentuada parcimônia quanto aos resultados encontrados, sem possibilidade de generalização dos mesmos. Por outro lado, os resultados permitem concluir que a intervenção comportamental ajudou os cuidadores participantes a fornecerem suporte social compatível com a necessidade de pacientes coronarianos, contribuindo para a melhora da saúde e da qualidade de vida dos seus familiares.

Como mencionado, a doença coronariana é o maior alvo de convergência de esforços de profissionais da área de saúde, sendo uma das maiores preocupações da atualidade. Deve-se ter em mente que os cuidadores desses pacientes são os maiores aliados nessa luta com o propósito de promover saúde e qualidade de vida aos pacientes. Enfim, devemos cuidar dos cuidadores.

Por fim, os objetivos do estudo foram alcançados, mas é importante frisar que os diversos contextos psicossociais em que as pessoas estão inseridas podem demandar diferentes habilidades e estratégias de intervenção. Assim, outras pesquisas precisam ser conduzidas para avaliar a intervenção de modo longitudinal, em um período mais longo, bem como o uso dessas intervenções em diferentes contextos psicossociais.

Reitera-se ainda que a relevância do estudo deve-se ao seu pioneirismo, na medida em que não foi encontrado na literatura estudo brasileiro publicado sobre suporte social em pacientes coronarianos. Esse fato torna os resultados importantes para profissionais que acompanham pacientes coronarianos, favorecendo maior atenção ao tema apoio social no processo de cuidado desses pacientes.

Referências

- Abreu-Rodrigues, M., & Seidl, E. M. F. (2008). A importância do apoio social em pacientes coronarianos. *Paidéia*, 18(40), 279-288.
- Besser, H. W., Silva, N. A. S., & Oliveira, G. M. M. O. (2006). A epidemiologia clínica das doenças cardiovasculares incapacitantes do ponto de vista laborativo. *Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado do Rio de Janeiro*, 19(4), 318-325.
- Boutin-Foster, C. (2005). Getting to the heart of social support: A qualitative analysis of the types of instrumental support that are most helpful in motivating cardiac risk factor modification. *Heart & Lung*, 34(1), 22-29.
- Cobb, S. (1976). Social support as a moderator of life stress. *Psychosomatic Medicine*, 38(5), 300-314.
- Eng, M. P., Rimm, B. E., Fitzmaurice, G., & Kawachi, I. (2002). Social ties and change in social ties to subsequent total and cause-specific mortality in coronary heart disease incidence in men. *American Journal of Epidemiology*, 155(8), 700-709.
- Faquinello, P., Carreira, L., & Marcon, S. S. (2010). A unidade básica de saúde e sua função na rede de apoio social ao hipertenso. *Texto Contexto-Enfermagem*, 19(4), 736-744.
- Heffner, K. L., Waring, M. E., Roberts, M. B., Eaton, C. B., & Gramling, R. (2011). Social isolation, C-reactive protein, and coronary heart disease mortality among community-dwelling adults. *Social Science & Medicine*, 72(9), 1482-1488.
- Hirata, M. D., Queiroz, N. R., Souza, R. C., Oliveira, L. B., & Martins, W. A. (2010). Qualidade da informação na internet sobre coronariopatia. *Revista Brasileira de Cardiologia*, 23(1), 39-46.
- Hogan, B., Linden, W., & Najarian, B. (2002). Social support interventions: Do they work? *Clinical Psychology Review*, 22(3), 381-440.
- Mansur, A. P., Armaganijan, D., Amino, J.G., Sousa, A. C., Simão, A. F., Brito A. X., et al. (2004). Diretrizes de doença coronariana crônica e angina instável. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 83(2), 2-43.
- Moraes, T. P. R., & Dantas, R. A. S. (2007). Avaliação do suporte social entre pacientes cardíacos cirúrgicos: subsídio para o planejamento da assistência de enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 15(2), 323-329.
- Nicassio, P. M., Meyerowitz, B. E., & Kerns, R. D. (2004). The future of Health Psychology interventions. *Health Psychology*, 23(2), 119-125.
- Pérez-García, A. M., Ruiz, M. A., Sanjúan, P., & Rueda, B. (2011). The association of social support and gender with life satisfaction, emotional symptoms and mental adjustment in patients following a first cardiac coronary event. *Health and Stress*, 27(3), 252-260.
- Rehm, L. P. (1999). Métodos de autocontrole. In V. E. Caballo (Org.), *Manual de técnicas de terapia e modificação do comportamento* (pp.581-605). São Paulo: Santos Livraria Editora.
- Renwick, R., Halpen, T., Rudman, D. & Friedland, J. (1999). Description and validation of a measure of received support specific to HIV. *Psychological Reports*, 84(2), 663-673.

Ribeiro, P. C. H. Y. (2006). *Suporte social e qualidade de vida em pessoas portadoras de lesão medular traumática* (Dissertação de mestrado não-publicada), Programa de Pós-Graduação em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde, Universidade de Brasília.

Seidl, E. M. F., & Tróccoli, B. T. (2006). Desenvolvimento de escala para avaliação do suporte social em pessoas vivendo com HIV/aids. *Psicologia Teoria e Pesquisa*, 22(3), 317-326.

Uchino, B. N. (2004). *Social support and physical health*. New Haven: Yale University Press.

Wallace, L. S., Buckwort, J., Kirby, T. E., & Sherman, W. N. (2000). Characteristics of exercise behavior among students:

Application of social cognitive theory to predict stage change. *Preventive Medicine*, 31(5), 494-505.

Wang, H., Mittleman, A. M., & Orth-Gomer, K. (2005). Influence of social support on progression of coronary artery disease in women. *Social Science and Medicine*, 60(3), 599-607.

Wing, R. R., & Jeffery, W. R. (1999). Benefits of recruiting participants with friends and increasing social support for weight loss and maintenance. *Journal of Consulting Clinical Psychology*, 67(1), 132-138.

Recebido em: 15/12/2011

Versão final em: 28/5/2012

Aprovado em: 25/6/2012

A relação mãe-criança durante o atendimento odontológico: contribuições da análise do comportamento

Mother-child relations during dental care: Behavior analysis contributions

Olivia Justen **BRANDENBURG**¹
Maria Luiza **MARINHO-CASANOVA**²

Resumo

O presente artigo visou analisar a interação entre mães e crianças durante o atendimento odontológico. Participaram cinco pacientes (idade entre 2 e 7 anos) com seus acompanhantes. Os atendimentos foram filmados e observadores registraram os comportamentos infantis e maternos. Dentre os dados quantitativos, houve maior índice de não colaboração associado ao menor índice de interação materna. A análise qualitativa dos dados, feita pela análise funcional, indicou que as mães podem exercer função de estímulos antecedentes e consequentes para o comportamento infantil no atendimento odontológico e podem exercer função de variável histórica pela modelagem de comportamentos de autocontrole e de seguir regras. Analisando as contingências, é possível prever e controlar o comportamento. Pais podem ser instruídos e treinados para agirem de forma mais adequada durante o atendimento odontológico, em benefício da saúde de seu filho.

Unitermos: Análise funcional; Criança; Odontopediatria; Relações mãe-filho.

Abstract

This article intended to analyze the interaction between mother's and children's behaviors during dental care. The subjects were 5 dental patients (aged between 2 and 7 years) with their mothers. Dental sessions were videotaped, observers recorded child's and dentist's behavior. Quantitative analysis showed the higher rates of non-cooperation associated to the least interactive mother. Qualitative analysis, through functional analysis, indicated that the mothers might play a role as antecedents and as consequences for children's behavior in dental care; also, they can exert the function of historical variable by training self-controlled and rule-following behavior. Analyzing the contingencies, it is possible to predict and control behavior. Parents can be instructed and trained to conduct themselves more properly for the benefit of their child's health.

Uniterms: Functional analysis; Child; Pediatric dentistry; Mother-child relations.



¹ Faculdade de Administração, Ciências Contábeis, Educação e Letras, Curso de Psicologia. Av. Vicente Machado, 156, Centro, 80420-010, Curitiba, PR, Brasil. Correspondência para/Correspondence to: O. J. BRANDENBURG. E-mail: <oliviaozi@yahoo.com.br>.

² Universidade Estadual de Londrina, Curso de Psicologia, Departamento de Psicologia Geral e Análise do Comportamento. Londrina, PR, Brasil.

Artigo elaborado a partir da dissertação de O.J. BRANDENBURG, intitulada "Análise da interação entre a mãe e a criança durante atendimento odontológico". Universidade Estadual de Londrina, 2008.

Apoio: Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior. Demanda Social: 2008.

A atuação do psicólogo junto ao comportamento infantil envolve sempre o trabalho com pais. Na área da saúde, tanto no âmbito médico quanto no odontológico, não é diferente. Ao tratar da promoção da saúde infantil, da prevenção de doenças ou da adesão ao tratamento, é necessário que o profissional compreenda o papel dos pais e busque reeducar o comportamento dos mesmos para que possa atingir objetivos que tragam benefícios para a criança.

A adesão ao tratamento no contexto odontológico inclui submeter-se a tratamentos profiláticos e cirúrgicos. No entanto, algumas crianças dificultam o atendimento do dentista ao apresentarem comportamentos como choro, gritos, movimentos corporais. Estes são denominados comportamentos não colaborativos por atrasarem ou impedirem o procedimento odontológico, exigindo do dentista alteração da rotina da consulta (Possobon, Moraes, Costa Júnior & Ambrosano, 2003).

O estudo do comportamento de colaboração infantil durante o atendimento odontológico corresponde a um dos grandes focos da literatura científica de odontopediatria. Dentre os fatores que afetam tal comportamento, tem-se investigado o comportamento dos pais, que aparece nas pesquisas como uma variável relevante (Allen, Huftless & Larzelere, 2003; Fenlon, Dobbs & Curzon, 1993; Kotsanos, Arhakis & Coolidge, 2005; Marzo, Campanella, Albani & Gallusi, 2003; Robey, 2006; Tomita, Costa Junior & Moraes, 2007).

Sabendo que os pais preferem estar presentes na consulta odontológica durante o tratamento de seu filho (Araújo, Silveira, Mello, Caregnato & Dal'Asta, 2010), eles podem receber orientações sobre como agir para facilitar a colaboração infantil. A literatura a esse respeito já apresenta a possibilidade de intervenção com pais, como mostra o exemplo da pesquisa de Xia e Zhang (2012), que treinou pais para ajudarem o filho na colaboração com o dentista. Esses pais treinados, em comparação com o grupo controle, apresentaram-se mais relaxados e usaram linguagem mais positiva durante a consulta; como resultado, seus filhos colaboraram mais.

Percebe-se, então, a relevância de investigações a respeito do papel dos pais sobre o comportamento de colaboração infantil no atendimento odontológico. Por envolver aspectos comportamentais, esse é um

campo de estudo que se beneficia da parceria entre Psicologia e Odontologia, como ressaltado por Cardoso e Loureiro (2008).

A Análise do Comportamento tem muito a contribuir na explicação do comportamento não colaborativo infantil, como já demonstrado nos estudos de Brandenburg e Haydu (2009); Fioravante e Marinho-Casanova (2009); Fioravante, Soares, Silveira e Zakir (2007); Moraes, Sanchez, Possobon e Costa Júnior (2004); Rolim, Moraes, César e Costa Júnior (2004). Esses autores focaram na análise dos comportamentos da criança e do dentista.

Assim, o presente artigo pretende trazer maiores contribuições ao analisar o comportamento das mães relacionado ao da criança no contexto odontológico, sob o ponto de vista analítico-comportamental. Para isso, será apresentada de forma breve a visão teórica dessa ciência psicológica, para, na sequência, discutir os dados da literatura sobre os pais no contexto odontopediátrico, tornando-se possível descrever o método e os dados encontrados na presente pesquisa.

Os comportamentos de não colaboração da criança são, geralmente, atribuídos a fatores internos ao indivíduo, como medo, ansiedade, traumas, condições fisiológicas, havendo menos atenção aos eventos presentes no ambiente odontológico (Brandenburg & Haydu, 2009). Para o analista do comportamento, quando se procura dentro do organismo uma explicação para o que o indivíduo faz, deixa-se de investigar as variáveis passíveis de análise científica, as quais estão fora do organismo: no ambiente atual ou histórico (Skinner, 1953/1993).

Portanto, analistas do comportamento procuram explicar a não colaboração infantil no consultório do dentista por meio da identificação das relações funcionais entre o comportamento da criança e as variáveis ambientais, ou seja, por meio da análise funcional. Esta análise de relações inclui a ocasião em que a resposta ocorre (antecedente), a própria resposta e as consequências ambientais (Skinner, 1953/1993).

As condições ambientais que podem ter função sobre esse comportamento infantil são inúmeras. Moraes e Pessotti (1985) citam, como exemplos de condições antecedentes para o comportamento das crianças, os eventos ocorridos na sala de espera (como ouvir

histórias e esperar muito pela consulta), ruídos e odores fortes na sala de atendimento e instruções fornecidas pelo dentista; como exemplos de condições consequentes, os autores citam as decorrências da intervenção (como alívio da dor e recuperação estética) e os comportamentos do dentista de reforçar ou punir a criança. Acrescenta-se a essas variáveis antecedentes e consequentes o comportamento dos pais. Pesquisas empíricas têm investigado o comportamento dos pais no ambiente imediato do consultório odontológico ou no ambiente histórico infantil; seguem as descrições de algumas delas.

Pesquisas sobre comportamento dos pais relacionados ao comportamento da criança no atendimento odontológico

O efeito dos comportamentos parentais sobre a colaboração dos filhos na sala de consulta odontológica é uma preocupação que vem de longa data. Wright, Alpern e Leake (1973) citam autores discutindo esse tema desde o final do século XIX e início do século XX. Algumas das variáveis estudadas nos pais são a ansiedade, o medo e o *stress*. Johnson e Baldwin (1969), Koenigsberg e Johnson (1972) e Wright et al. (1973) relataram que os maiores índices de ansiedade materna se correlacionaram de forma significativa e positiva com a não colaboração infantil. Robey (2006) notou que os altos índices de *stress* observados nas crianças durante o tratamento odontológico estavam correlacionados, de forma significativa, com maiores escores de medo do dentista e ansiedade relatados pelos pais ou mães. As análises realizadas por Cardoso e Loureiro (2008) observaram que as crianças menos colaboradoras estavam acompanhadas por mães que apresentaram maiores indicadores de medo odontológico e de *stress*.

Outro fator de interesse científico são as práticas educativas parentais, como mostram Venham, Murray e Gaulin-Kremer (1979) e Allen et al. (2003). Sobre a investigação de práticas educativas parentais, Venham et al. (1979). Encontraram correlação significativa entre menores índices de ansiedade infantil e organização do ambiente familiar, com mães responsivas que impunham limites e faziam uso amplo de reforçamento e punição. Já as crianças ansiosas na consulta odontológica tinham mães permissivas, irritadas e com pouca

autoconfiança, que evitavam punições ou limitações. Este último dado corrobora um resultado da pesquisa de Allen et al. (2003): dos pais avaliados, aqueles que cediam muito e estabeleciam poucos limites tiveram maior probabilidade de ter crianças não colaboradoras no dentista.

Embora seja importante ressaltar o fato de os estudos serem correlacionais e parte dos dados ter sido coletada de forma indireta, a relevância dessas pesquisas descritas encontra-se no fato de indicarem relação entre o comportamento da criança na consulta odontológica e comportamentos parentais fora do consultório. A forma como a criança reage no dentista pode depender, entre outros fatores, de sua relação com os pais, que ensinam diferentes repertórios necessários para enfrentar ou não um atendimento odontológico.

Assim, o estudo dos comportamentos parentais, como ansiedade e medo ou práticas educativas, é interessante por possibilitar a compreensão do controle do comportamento infantil por variáveis que não necessariamente estão presentes no atendimento odontológico. O comportamento atual interage com contingências presentes e também com as passadas, pois sua explicação envolve variáveis históricas (Chiesa, 1994). Portanto, a colaboração e a não colaboração da criança no dentista não estão apenas sob controle de eventos atuais do momento da consulta: a história individual aumenta a probabilidade de a criança interagir com certos estímulos ou não.

O comportamento dos pais durante a consulta odontológica também tem sido investigado para explicar o comportamento infantil de colaborar ou não com o dentista. São poucas as pesquisas encontradas na literatura a respeito e não há consenso nos resultados.

Os resultados de Fenlon et al. (1993) mostraram que a presença ou a ausência dos pais das 32 crianças (de 4 a 12 anos) analisadas durante o atendimento odontológico não alterou de forma significativa o comportamento infantil na consulta. Correlação significativa apareceu na comparação entre as idades: as crianças menores apresentaram maiores índices de comportamento negativo do que as mais velhas, independentemente do grupo ao qual pertenciam. Os autores buscaram explicação no fato de as crianças mais novas ainda não terem experiências anteriores para lidar com

ambiente estranho e, portanto, terem pouco repertório de enfrentamento.

Na pesquisa realizada por Marzo et al. (2003), 200 crianças foram divididas em dois grupos: no Grupo 1 os pais estavam ausentes e no Grupo 2 os pais estavam presentes. Nos resultados, o Grupo 1 teve 89% das crianças totalmente cooperativas contra 63% no Grupo 2; além disso, 8% das crianças do Grupo 2 não voltaram para qualquer cuidado odontológico mais profundo, contra 1% no Grupo 1. Assim, concluiu-se que a visita odontológica inicial é melhor quando os pais estão ausentes.

A presença ou a ausência dos pais foi manipulada na pesquisa de Kotsanos et al. (2005). Em primeira consulta, 85 crianças não colaborativas, com idade entre 2 e 8 anos, tiveram seus pais retirados da sala de atendimento, os quais retornaram somente quando a criança passou a colaborar. Como resultado, observou-se o sucesso da estratégia na redução da não colaboração em 94% dessas crianças.

Os dados dessas três pesquisas mostram que os resultados não são claros a respeito do controle que os pais exercem sobre o comportamento da criança durante o atendimento odontológico. Na pesquisa de Kotsanos et al. (2005), comportamentos não colaborativos diminuíram nas consultas em que os pais se retiraram da sala de atendimento. Pode-se considerar que a ausência parental funcionou como punição para comportamentos não colaborativos da criança por esses diminuírem após a saída dos pais; e o retorno dos pais para a sala pode ter exercido função reforçadora positiva para a colaboração da criança. Na pesquisa de Marzo et al. (2003), não ficou esclarecido qual tipo de controle os pais exerceram sobre o comportamento da criança, ao indicar que filhos com pais ausentes se mostraram mais colaboradores do que aqueles com pais presentes na sala. Os comportamentos dos pais poderiam funcionar tanto como antecedentes quanto como consequentes para a criança. Por fim, na pesquisa de Fenlon et al. (1993), os pais pareceram não exercer controle sobre o comportamento infantil, já que a maioria colaborou, independentemente da presença ou ausência de seus pais.

Apesar dos esforços dos pesquisadores em entender o efeito da presença dos pais no comportamento da criança em atendimento odontológico, iden-

tificar respostas emitidas pela criança de acordo com a ausência/presença traz poucos esclarecimentos sobre o controle dos pais sobre seus filhos nesse contexto. Faz-se necessário entender porque isso ocorre e descrever quais são os comportamentos parentais apresentados durante o atendimento odontológico que afetam a colaboração e a não colaboração dos filhos.

Nesse sentido, a pesquisa de Tomita et al. (2007) traz muitas contribuições, ao descrever os comportamentos de dez mães na observação do atendimento a crianças de três anos não colaboradoras. Verificou-se que o aumento da colaboração da criança relacionou-se tanto com o aumento de comportamentos afetivos das mães, quanto com a diminuição do "conter a criança" e com a diminuição do "segurar a mão". Considerou-se que o afeto materno interferiu na colaboração do filho até certo ponto, pelo fato de os procedimentos odontológicos passarem a exercer maior controle sobre o comportamento da criança. De forma geral, o trabalho dessa autora expõe quais comportamentos as mães apresentam durante a consulta odontológica do filho e como esses comportamentos variam de acordo com o procedimento odontológico e de acordo com o comportamento da criança.

Enfim, com todas as pesquisas citadas, obtiveram-se indicações de que o comportamento dos pais exerce influência sobre o comportamento do filho na consulta odontológica. Apesar do reconhecimento desse impacto, ainda não foi esclarecido como ocorre esse processo (Shiota, 2004). Nesse sentido, a pesquisa que resultou no presente artigo teve essa proposta, na medida em que buscou analisar a interação entre mães e crianças durante o atendimento odontológico do filho, com o objetivo de investigar o comportamento da mãe como uma das variáveis controladoras do comportamento infantil de não colaboração.

Método

Participantes

Participaram cinco crianças, sendo duas do sexo feminino e três do sexo masculino. Para facilitar o relato dos dados, cada criança recebeu um nome fictício: Pedro tinha sete anos, Vitória tinha cinco anos, Alice

tinha três anos, Davi e Lucas tinham dois anos. Todos estavam acompanhados de suas mães, com exceção de Vitória, que estava com sua avó.

A coleta de dados foi realizada no pronto-socorro de uma clínica universitária de odontologia que atende gratuitamente pacientes de até seis anos de idade. Excepcionalmente pode ocorrer, neste serviço, o atendimento a crianças com sete anos, como foi o caso de Pedro, participante desta pesquisa.

Instrumentos

No pronto-socorro odontológico da clínica, as crianças são atendidas por duplas de profissionais de odontologia que cursam especialização ou fazem residência em Odontopediatria. Sete desses profissionais, todas do sexo feminino, compuseram as equipes que atenderam às crianças participantes da pesquisa. A conduta de todas as dentistas seguiu um determinado padrão, de acordo com o treinamento que receberam na instituição, como: fazer “mágica” para a cadeira levantar e deitar, usar a técnica “conte-mostre-faça” e conversar com a criança. Ainda segundo o treinamento, se a criança estiver agitada pode-se utilizar algum tipo de restrição física, como o abridor de boca, a retenção de movimentos por parte de outra pessoa que segura o corpo da criança ou o pacote pediátrico (restrição física total em que a criança fica envolvida com um lençol).

Foram utilizados filmadora, tripé, televisão e videocassete, destinados à gravação das interações entre mães e filhos na clínica odontológica para posterior análise. Após a fase de registro dos comportamentos filmados e as análises dos dados, as fitas com as gravações realizadas foram destruídas.

Procedimentos

Primeiramente, o projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres humanos da Universidade Estadual de Londrina, tendo sido aprovado (Parecer nº 268/06 em 30 de outubro de 2006). Todos os participantes assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido antes de sua inclusão na amostra. Os responsáveis pela criança e as dentistas autorizaram a realização da pesquisa com filmagem das sessões.

Para selecionar as cinco díades participantes, foram estabelecidos os seguintes critérios: criança com idade igual ou maior que dois anos, atendidas no pronto-socorro, com necessidade de tratamento odontológico cirúrgico (pulpectomia ou exodontia), que pudesse ser observada em duas consultas.

A filmagem era iniciada quando a criança se sentava na cadeira odontológica e continuava até o término da consulta. Os comportamentos das crianças e de suas mães foram gravados em dois atendimentos para posterior observação e análise, sem que houvesse nenhum tipo de interferência por parte da pesquisadora na consulta.

Análise dos dados

Os comportamentos das crianças e de suas mães foram diretamente observados, posteriormente registrados e analisados de forma quantitativa e qualitativa, por meio da análise funcional do comportamento.

Para a análise quantitativa, os comportamentos de não colaboração da criança e os comportamentos interativos da mãe foram categorizados. As categorias para as mães foram: a) interação verbal com a criança, como elogio, consolo, promessa de recompensa, distração, instrução; b) interação gestual com a criança, mediante contatos físicos como tocar as pernas, braços, mãos, rosto, excluindo restrição física. Seguem as categorias definidas para as crianças: a) movimento do corpo ou da cabeça: qualquer movimento de corpo e/ou cabeça que ocorresse no início ou durante um procedimento odontológico e que atrapalhasse a atuação do dentista, mas sem interrompê-lo, concomitante ou não com choro (Possobon et al., 2003), excluindo movimentos em resposta às instruções do dentista; b) choro e reclamações: qualquer choro ou reclamação, grito e gemido durante ou entre procedimentos odontológicos, excluindo reclamações em resposta a questões do dentista; quando a criança chorava e gritava ao mesmo tempo foram contabilizados dois comportamentos no intervalo.

Os comportamentos foram registrados em intervalos de 15 segundos. As categorias “a” e “b” da criança foram somadas, assim como as categorias “a” e “b” da mãe foram somadas, por minuto, permitindo a

elaboração dos gráficos de cada diáde. Além disso, realizou-se o cálculo da frequência do comportamento por minuto (divisão do número de comportamentos emitidos pelo tempo da consulta) para comparação entre as diádes.

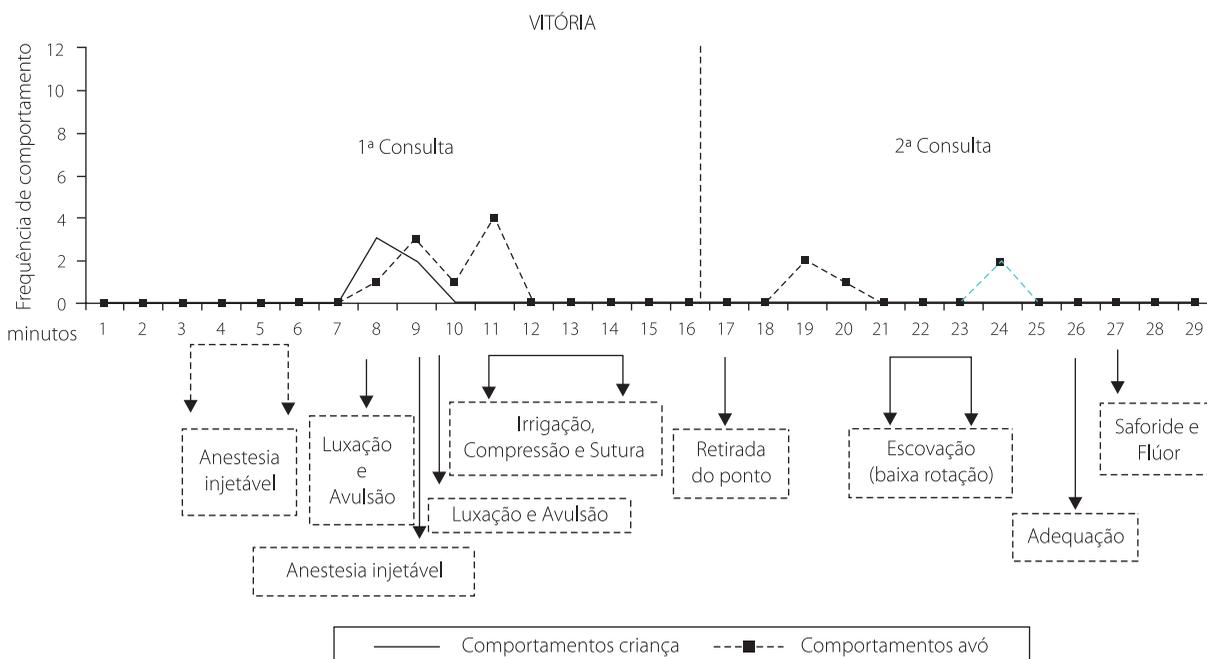
Resultados e Discussão

Os dados das diádes podem ser observados nas Figuras 1 a 4. Nota-se que não foi apresentado o gráfico dos comportamentos de Pedro, por não ter apresentado resposta de não colaboração nas consultas. A partir dos dados das figuras, percebe-se que houve diferença entre as crianças e diferença entre as mães. Como o objetivo desta pesquisa foi analisar o comportamento da mãe como uma variável que controla o comportamento de não colaboração do filho na consulta odontológica, o ponto de partida foi o comportamento das crianças. Será apresentada, a seguir, a análise funcional do comportamento de não colaboração, com base nos dados das figuras apresentadas, com discussão sobre as diferentes variáveis que afetam tal comportamento, sendo uma delas o comportamento materno.

Análise funcional do comportamento de não colaboração da criança

Pelas Figuras 1 a 4, pode-se verificar que o choro e os movimentos corporais apresentados pelas crianças estavam, em parte, sob controle do procedimento odontológico em ação. Certamente, tal procedimento pode envolver estimulação aversiva. O estímulo aversivo é aquele que reforça comportamentos que o removem (Skinner, 1953/1993) ou pune comportamentos que o produzem, além de eliciar comportamentos emocionais como medo e ansiedade (Catania, 1999).

Assim, compreende-se que alguns eventos na consulta odontológica, para Vitória, Alice, Davi e Lucas, caracterizaram-se como estimulações aversivas que eliciaram e evocaram comportamentos de choro e movimentos corporais. Evidências experimentais indicam que o procedimento odontológico exerce função de estímulo aversivo para algumas crianças (Allen, K.D., Loiben, Allen S.J. & Stanley, 1992; Allen, Stark, Rigney, Nash & Stokes, 1988; Allen & Stokes, 1987; O'Callaghan, Allen & Powell, 2006). Alice, Davi e Lucas emitiram comportamentos como não abrir a boca, mexer a cabeça ou morder o dedo da dentista, atra-



634 **Figura 1.** Comportamentos de Vitória e de sua avó ao longo das duas consultas odontológicas. Londrina (PR), 2008.

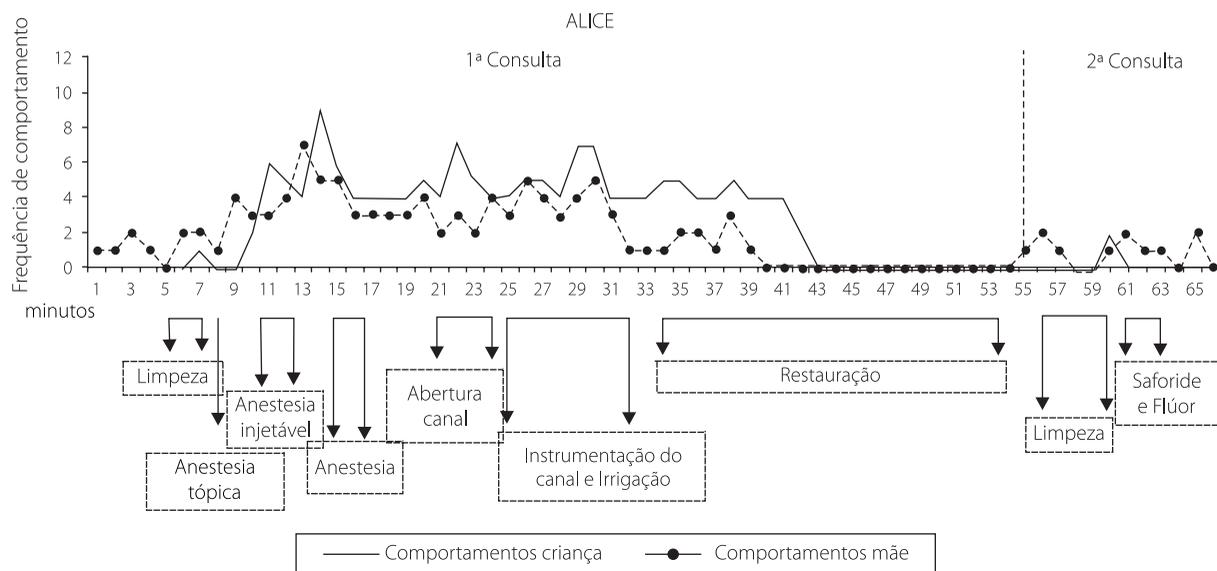


Figura 2. Comportamentos de Alice e de sua mãe ao longo das duas consultas odontológicas. Londrina (PR), 2008.

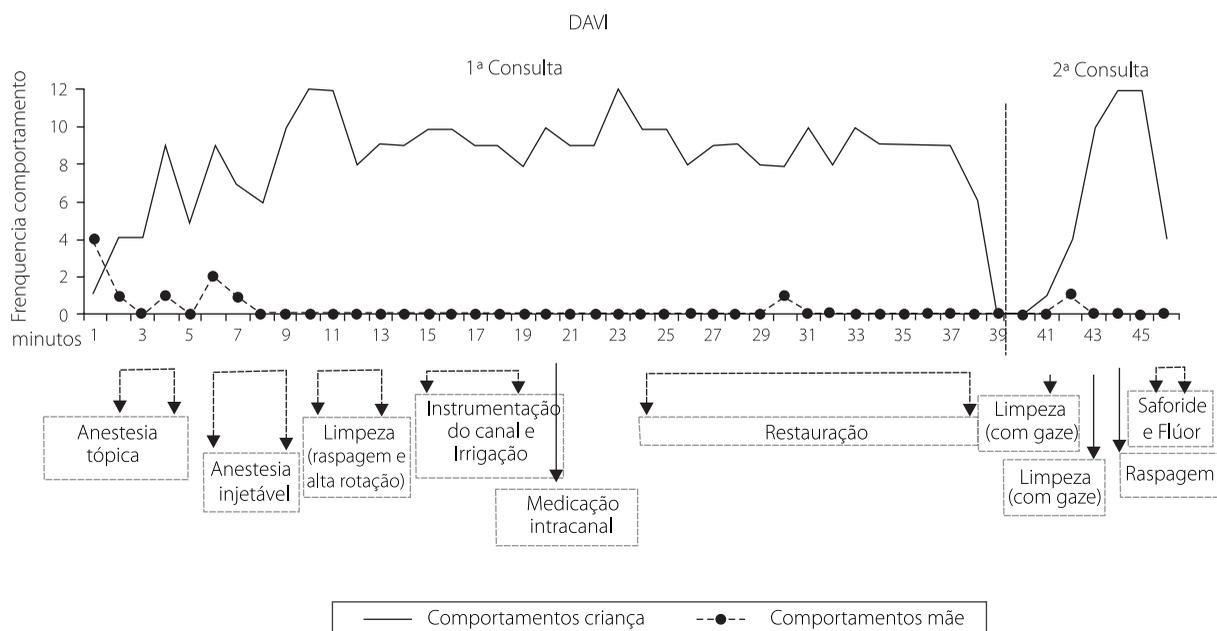


Figura 3. Comportamentos de Davi e de sua mãe ao longo das duas consultas odontológicas. Londrina (PR), 2008.

sando os procedimentos odontológicos e exigindo algum tipo de restrição física, sendo esta o abridor de boca, uma auxiliar segurando ou o pacote pediátrico. Nota-se que Davi foi a criança que mais se movimentou, durante mais tempo, mesmo estando imobilizado pelo pacote pediátrico.

Os comportamentos de não colaboração tiveram frequências alteradas em função do tipo de procedimento, como anestesia ou uso de alta rotação, conforme aparece nas Figuras 1 a 4. Vitória, por exemplo, colaborou na maior parte do tempo, chorou apenas durante a luxação e avulsão dentária. Dados de pes-

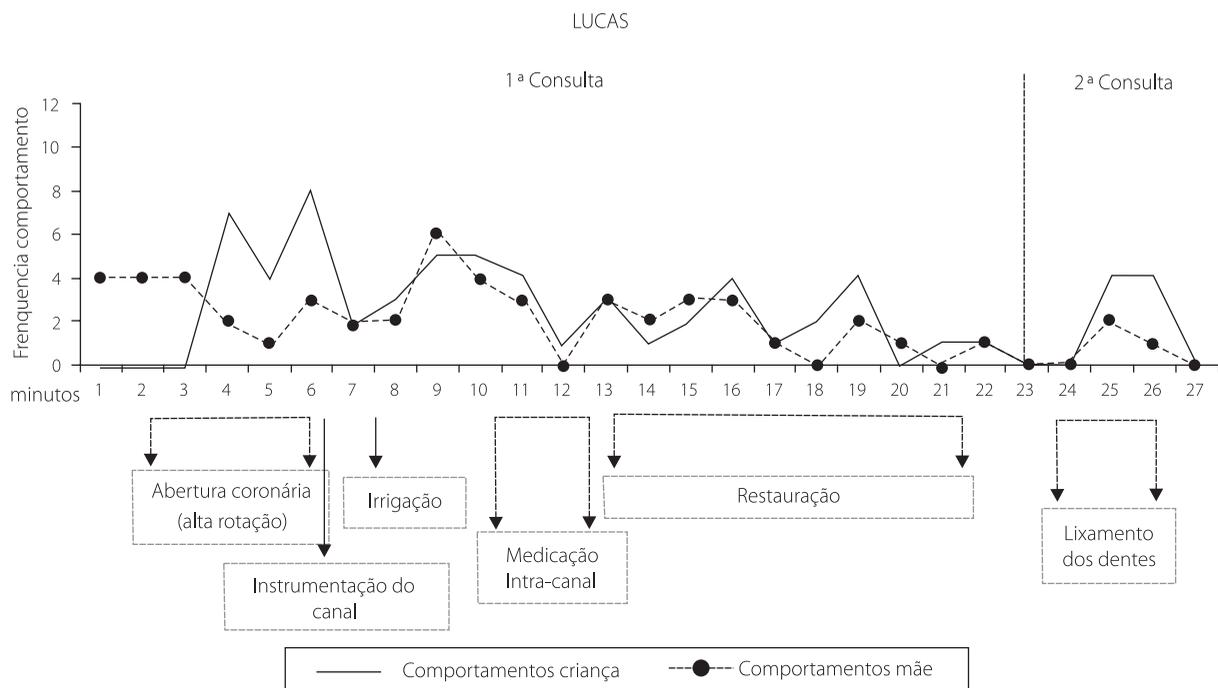


Figura 4. Comportamentos de Lucas e de sua mãe ao longo das duas consultas odontológicas. Londrina, (PR), 2008.

quisa confirmam que, durante os procedimentos classificados como invasivos, ocorre aumento da manifestação de *stress* das crianças, acompanhado do aumento significativo da dificuldade de colaboração por parte delas (Cardoso & Loureiro, 2008).

No entanto, os estímulos presentes nos procedimentos odontológicos não são necessariamente aversivos para todas as crianças. Para compreender esse fato, deve-se considerar a diferença de idade. As crianças mais velhas, Pedro e Vitória (com sete e cinco anos, respectivamente), foram as mais colaboradoras. As mais novas, Alice, com três anos, e Davi e Lucas, ambos com dois anos, foram as menos colaboradoras. A diferença de idade pode ser um fator que explique a diferença entre as crianças, e por isso será analisado a seguir.

Como nos resultados da pesquisa ora descrita, a literatura apresenta dados de menos colaboração por parte de crianças mais novas (Allen et al., 2003; Wright et al., 1973). Gross, Stern, Levin, Dale e Wojnilower (1983) afirmaram que crianças mais novas apresentavam maiores índices de choro, agressão e resistência antes e durante o procedimento, e Robey (2006) verificou maior índice de *stress* nos pacientes mais novos. Diante dos dados de maior índice de comportamentos nega-

tivos entre as crianças mais novas, Fenlon et al. (1993) buscaram atribuir este fenômeno ao fato de crianças menores terem poucas experiências anteriores em lidar com ambiente estranho e pouco repertório de enfrentamento.

Concordando com a explicação de Fenlon et al. (1993), a análise funcional dos comportamentos das três crianças mais novas da presente amostra pode contribuir para compreender a não colaboração delas. Considera-se que existe um déficit de comportamentos de autocontrole e de seguir regras no repertório de Alice, Davi e Lucas, dificultando o enfrentamento da situação de atendimento odontológico.

O comportamento de controlar o próprio comportamento ocorre em algumas situações, dentre elas, quando se aceita um evento aversivo relativamente pequeno e imediato, e esta aceitação leva a consequências distantes no tempo, como um reforçador maior, ou evita um aversivo maior (Catania, 1999). Provavelmente, Pedro e Vitória suportaram eventos aversivos pequenos durante os procedimentos odontológicos (ficar imóvel e com boca aberta) e isso levou a um reforçador maior (elogio dos pais, dentes saudáveis) ou evitou um aversivo maior (críticas, imobilização,

dor de dente). Além disso, no caso de Vitória, parece ter-se estabelecido conflito entre consequências reforçadoras e punitivas, necessário para a ocorrência de autocontrole (Nico, 2001). Nos momentos em que a criança passava pelos procedimentos potencialmente aversivos, como anestesia e luxação, a avó elogiava a criança, fornecendo reforçadores.

Por outro lado, observa-se que Alice, Davi e Lucas não apresentaram comportamentos de autocontrole e, de fato, não se espera que crianças com dois e três anos se comportem sob o efeito de consequências atrasadas. Se, para ocorrer o autocontrole, é necessário que o estímulo aversivo imediato seja pequeno e o reforçador e o aversivo atrasados sejam maiores, para essas três crianças mais novas o evento aversivo imediato teve valor maior. Pôde-se observar isso pelo fato de os três terem recebido, durante o atendimento, promessas de brindes ao final da consulta, reforçadores atrasados, e isso não ter afetado seu comportamento. As mães de Alice e de Lucas deram, por diversas vezes, respostas verbais de consolo e distração. A mãe de Lucas, por exemplo, falava sobre assuntos de que seu filho gostava, como a lanterna que era parecida com a luz da cadeira do dentista. A mãe de Alice forneceu seu exemplo, elogiou e, em alguns momentos, ofereceu sua mão para a filha apertar no momento de dor. Quando Alice chorou e gritou muito, a mãe ameaçou sair da sala. Foram tentativas que diminuíram o choro ou movimentos dos filhos, mas não foram estímulos fortes o suficiente na competição com os aversivos imediatos do procedimento odontológico para eliminar as respostas de não colaboração. Trata-se de um conhecimento importante, pois, entendendo que a criança está muito mais sob controle de consequências imediatas, os reforçadores imediatos devem ser utilizados, inclusive para a criança aprender a se controlar.

Um fator que contribui para explicar a ausência do conflito necessário para o estabelecimento do autocontrole é a falta de repertório em seguir regras. Trata-se de um repertório necessário para que outras aprendizagens aconteçam, incluindo a de autocontrole. Vitória e Pedro, por exemplo, seguiram as instruções das dentistas, o que indica um histórico de modelagem do comportamento de seguir regras. Assim, o reforço positivo de obedecer às instruções da dentista ou da mãe pode ter controlado o comportamento dessas crianças. Compreende-se que dentes saudáveis são reforçadores

muito atrasados, o que diminui sua eficiência (Catania, 1999). Reforçadores imediatos, como a aprovação por obediência, podem ter adquirido maior valor na história dessas crianças, o que é favorável para competir com o possível controle aversivo aos procedimentos odontológicos e proporcionar o autocontrole.

Por outro lado, as crianças mais novas, de dois e três anos, não apresentaram o mesmo repertório de seguir regras. As mães dessas crianças forneciam instruções de ficar quieto, não mexer, abrir a boca, que nem sempre eram seguidas. A mãe de Davi deu apenas uma instrução no início da segunda consulta e as dentistas instruíam o tempo todo, mas Davi não obedecia. Com isso, essas três crianças parecem ainda não ter o treino para apresentar repertório de seguir regras. A importância do uso de instruções como treino de seguir regras está no favorecimento de tornar o comportamento controlado por consequências atrasadas (Reis, Teixeira & Paracampo, 2005).

O comportamento das mães como uma variável controladora dos comportamentos infantis de não colaboração

Nas análises realizadas até o momento sobre a não colaboração infantil, percebe-se que as respostas das mães podem funcionar como estímulos antecedentes (instruções, prometer recompensa, tentativa de distrair mudando o foco de atenção, fornecer exemplo) e como estímulos consequentes (elogio, consolo, ameaças de sair). As mães de Alice e de Lucas, que apresentaram esses estímulos, facilitaram o desenvolvimento de autocontrole e de seguir regras nas crianças. A mãe de Pedro e a avó de Vitória não precisaram fazer uso disso, já que as crianças colaboraram. Já a mãe de Davi não emitiu esse tipo de comportamento enquanto havia demanda de seu filho para isso. Com essas análises do comportamento infantil, percebe-se a importância do comportamento materno para a compreensão da colaboração e da não colaboração por parte da criança. São os pais, normalmente, os responsáveis pela modelagem de repertórios como autocontrole e seguimento de regras.

Assim, há indícios de que o comportamento materno pode influenciar o comportamento infantil durante o atendimento odontológico. Certamente,

deve-se considerar que a pesquisa não se caracterizou como experimental, para que se possa estabelecer uma relação de causalidade - o que pode demonstrar uma limitação metodológica. No entanto, o ponto forte em buscar dados coletados diretamente, e não por relato, favorece a confiança nos resultados, que, analisados de forma quantitativa e qualitativa, mostraram o comportamento materno como um fator relevante na explicação do comportamento infantil em consulta odontológica.

A Figura 5, a seguir, facilita a comparação entre as díades. Os dados desta resumem aqueles demonstrados nas Figuras 1 a 4. As duas crianças mais velhas, com baixos valores de comportamento não colaborativo, apresentaram dados de mães com baixa frequência de comportamentos interativos. Para as crianças mais novas, aparece um contraste ao comparar as díades. A mãe da criança menos colaborativa, Davi, foi a que apresentou menos interação com a criança

durante as duas consultas de atendimento odontológico. A comparação entre Alice e Davi é interessante: a mãe de Alice apresentou maior índice de interação que a mãe de Davi, e Alice apresentou menor índice de comportamentos não colaborativos que Davi. Os dados das cinco díades apontam diferenças no comportamento infantil de acordo com a interação da mãe com o filho.

Os dados de Tomita et al. (2007) também mostraram que os comportamentos maternos afetaram, em parte, o comportamento infantil, em razão da interferência do procedimento odontológico. Assim, é certo que existe alta probabilidade de o comportamento infantil ficar sob controle do procedimento odontológico, mas os dados aqui descritos mostram que o comportamento materno também pode afetar o comportamento da criança. Os comportamentos de usar palavras de conselho, apoio, consolo e distração, ou os modos de tocar a criança para acariciar e acalmar,

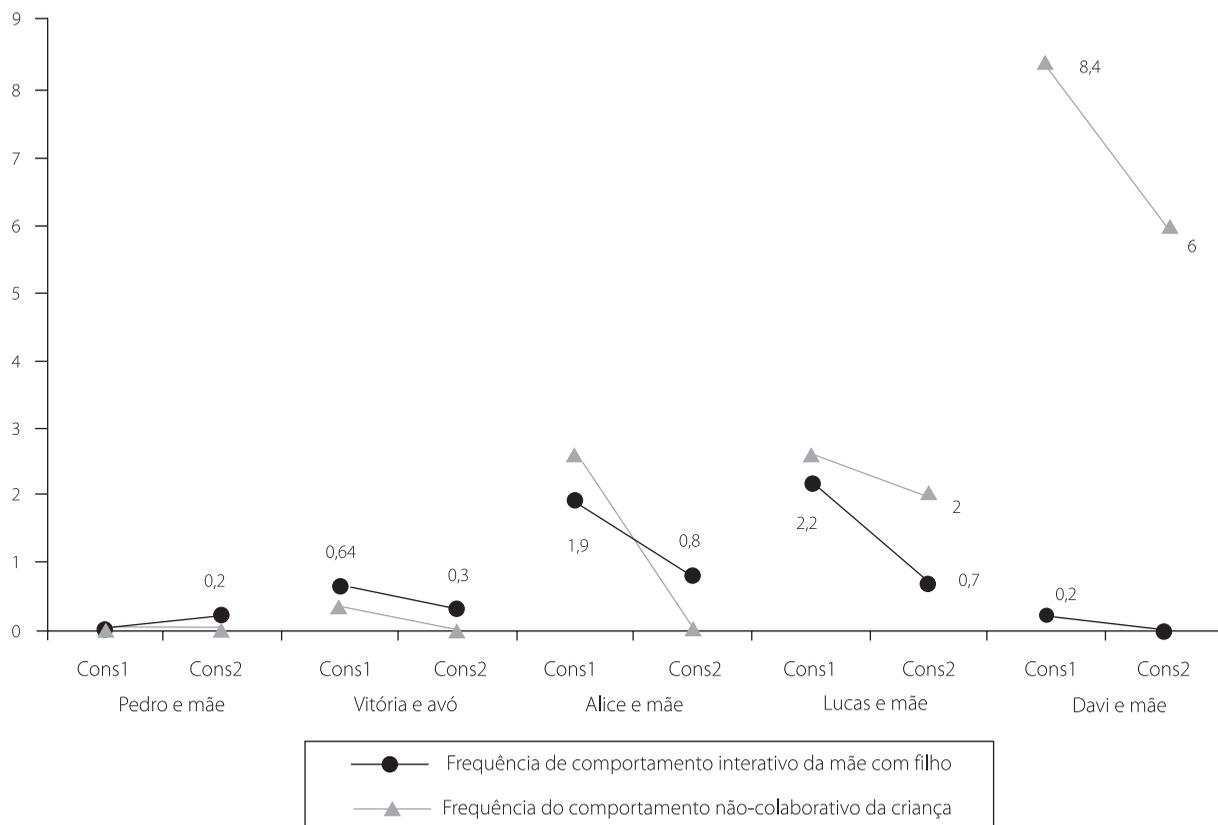


Figura 5. Comportamentos interativos da mãe e comportamentos não colaborativos das crianças na primeira e na segunda consulta. Londrina (PR), 2008.

Nota: Cons: Consulta.

emitidos pela mãe de Alice, podem ter favorecido que as crianças suportassem as estimulações aversivas. Davi praticamente não recebeu apoio nem instrução materna; sua mãe, inclusive, olhou muito pouco para ele. Em um único momento de carinho, em que a mãe acariciou a perna do filho, o choro diminuiu.

A comparação entre as díades Alice/mãe e Davi/mãe remete aos dados do estudo de Shiota (2004). A autora verificou correlações positivas e significativas: as mães de crianças do grupo de adesão ao tratamento apresentaram maior índice na categoria “carinho”, enquanto as mães do grupo de não adesão obtiveram maior índice na categoria “indiferença”. Nesse mesmo estudo, Shiota fez análise individual de uma díade de cada grupo e encontrou responsividade na mãe da criança que aderiu ao tratamento e permissividade na mãe da criança que não aderiu ao tratamento.

A pesquisa apresentada neste artigo alcançou seu objetivo de analisar a relação entre mãe e criança no contexto odontológico. Os dados coletados, ao serem quantificados, demonstraram diferenças entre as díades e possibilitaram análise qualitativa do comportamento infantil de não colaboração. A análise funcional identificou diversas variáveis que podem influenciar o comportamento da criança, dentre elas, o comportamento materno.

Os resultados e as discussões efetuadas sobre os dados dos comportamentos maternos e infantis trazem mais esclarecimentos sobre o fenômeno da não colaboração no dentista, que foi uma contribuição importante da pesquisa descrita. As análises aqui apresentadas foram além da constatação sobre o comportamento de crianças ser ou não afetado pela presença ou a ausência dos pais durante o atendimento, o que já foi bastante explorado na literatura; elas apresentaram algum progresso ao trazerem explicações sobre como ocorre essa influência. As análises funcionais realizadas possibilitam explicar que mães podem exercer função de estímulos antecedentes e consequentes para o comportamento infantil no momento do atendimento odontológico, estabelecendo condições para o comportamento da criança de se autocontrolar e de seguir regras. O entendimento teórico do que ocorre durante uma consulta odontológica com crianças que pouco colaboram vem sendo pouco explorado por parte da comunidade

científica e, por isso, a realização de estudos nesse sentido tem grande valor.

Percebe-se o quanto a análise do comportamento contribui para os estudos da área de Odontopediatria a respeito do comportamento não colaborativo infantil. Entende-se que o choro ou os movimentos são comportamentos eliciados ou parte de repertório aprendido em resposta à presença de estimulações aversivas. Tal aprendizado envolve condições ambientais das quais os pais fazem parte. Isso indica que não se pode apenas responsabilizar as crianças por chorarem ou se moverem, rotulando-as como “difíceis” e “teimosas”, mas podem-se buscar as relações entre indivíduo e ambiente. Esta é uma visão skinneriana otimista, pois, se a causa não está no interior da criança, e sim nas contingências, então é possível manipular as variáveis para modificar o comportamento. Dentre as variáveis manipuláveis estão os pais, que podem ser instruídos e treinados para agirem de forma mais adequada durante o atendimento odontológico, em benefício à saúde de seu filho.

Referências

- Allen, K. D., Huftless, S., & Larzelere, R. (2003). Evaluation of two predictors of child disruptive behavior during restorative dental treatment. *Journal of Dentistry for Children, 70*(3), 221-225
- Allen, K. D., Loiben, T., Allen S. J., & Stanley, R. T. (1992). Dentist implemented contingent escape for management of disruptive child behavior. *Journal of Applied Behavior Analysis, 25*(3), 629-636.
- Allen, K. D., Stark, L. J., Rigney, B. A., Nash, D. A., & Stokes, T. F. (1988). Reinforced practice of children's cooperative behavior during restorative dental treatment. *Journal of Dentistry for Children, 55*(4), 273-277.
- Allen, K. D., & Stokes, T. F. (1987). Use of escape and reward in the management of young children during dental treatment. *Journal of Applied Behavior Analysis, 20*(4), 381-390.
- Araújo, S. M., Silveira, E. G., Mello, L.D., Caregnato, M., & Dal'Asta, V. G. (2010). Ponto de vista dos pais em relação a sua presença durante o atendimento odontológico de seus filhos. *Salusvita, 29*(2), 17-27.
- Brandenburg, O. J., & Haydu, V. B. (2009). Contribuições da análise do comportamento em odontopediatria. *Psicologia Ciência e Profissão, 29*(3), 462-475.
- Cardoso, C. L., & Loureiro, S. R. (2008). Estresse e comportamento de colaboração em face do tratamento odontopediátrico. *Psicologia em Estudo, 13*(1), 133-141.

- Catania, A. C. (1999). *Aprendizagem: comportamento, linguagem e cognição*. Porto Alegre: Artmed.
- Chiesa, M. (1994). *Radical behaviorism: The philosophy and the science*. Boston: Authors Cooperative.
- Fenlon, W. L., Dobbs, A. R., & Curzon, A. E. J. (1993). Parental presence during treatment of the child patient: A study with British parents. *British Dental Journal*, 174(1), 23-28.
- Fioravante, D. P., & Marinho-Casanova, M. L. (2009). Comportamento de crianças e de dentistas em atendimentos odontológicos profiláticos e de emergência. *Interação em Psicologia*, 13(1), 147-154.
- Fioravante, D. P., Soares, M. R. Z., Silveira, J. M., & Zakir, N. S. (2007). Análise funcional da interação profissional-paciente em odontopediatria. *Estudos de Psicologia* (Campinas), 24(2), 267-277. doi: 10.1590/S0103-166X2007000200013.
- Gross, A. M., Stern, R. M., Levin, R. B., Dale, J., & Wojnilower, D. A. (1983). The effect of mother-child separation on the behavior of children experiencing A diagnostic medical procedure. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51(5), 783-785.
- Johnson, R., & Baldwin, D. C. (1969). Maternal anxiety and child behavior. *Journal of Dentistry for Children*, 36(2), 87-92.
- Koenigsberg, S. R., & Johnson, R. (1972). Child behavior during sequential dental visits. *Journal of American Dental Association*, 85(1), 128-132.
- Kotsanos, N., Arhakis, A., & Coolidge T. (2005). Parental presence versus absence in the dental operator: A technique to manage the uncooperative child dental patient. *European Journal of Paediatric Dentistry*, 6(3), 144-148.
- Marzo, G., Campanella, V., Albani, F., & Gallusi, G. (2003). Psychological aspects in paediatric dentistry: Parental presence. *European Journal of Paediatric Dentistry*, 4(4), 177-180 [Abstract]. Retrieved November 20, 2006, from <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/>>.
- Moraes, A. B. A., & Pessotti, I. (1985). *Psicologia aplicada à odontologia*. São Paulo: Sarvier.
- Moraes, A. B. A., Sanchez, K. A. S., Possobon, R. F., & Costa Júnior, A. L. (2004). Psicologia e Odontopediatria: a contribuição da análise funcional do comportamento. *Psicologia Reflexão e Crítica*, 17(1), 75-82.
- Nico, Y. C. (2001). *A contribuição de B.F. Skinner para o ensino do autocontrole como objetivo da educação* (Dissertação de mestrado não-publicada). Programa de Estudos Pós-graduados em Psicologia Experimental, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.
- O'Callaghan, P. M., Allen, K. D., & Powell, S. (2006). The efficacy of noncontingent escape for decreasing children's disruptive behavior during restorative dental treatment. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 39(2), 161-171.
- Possobon, R. F., Moraes, A. B. A., Costa Júnior, A. L., & Ambrosano, G. M. B. (2003). O comportamento de crianças durante atendimento odontológico. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 19(1), 59-64.
- Reis, A. A., Teixeira, E. R., & Paracampo, C. C. P. (2005). Auto-regras como variáveis facilitadoras na emissão de comportamentos autocontrolados: o exemplo do comportamento alimentar. *Interação em Psicologia*, 9(1), 57-64.
- Robey, L. M. (2006). *Stress in the dental chair: An investigation of the roles of parental stress and child preparation* (Monograph unpublished). St. Mary's College of Maryland, MA. Retrieved April 24, 2007, from <http://www.smcm.edu/psyc/_assets/documents/SMP/Showcase/0506-LRobey.pdf>.
- Rollim, G. S., Moraes, A. B. A., César, J., & Costa Júnior, A. L. (2004). Análise do comportamento do odontólogo no contexto de atendimento infantil. *Estudos de Psicologia* (Natal), 9(3), 533-541.
- Shiota, C. (2004). *Estilos parentais e comportamentos de adesão em crianças com câncer* (Dissertação de mestrado não-publicada). Programa Pós-Graduação em Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de Campinas.
- Skinner, B. F. (1993). *Ciência e comportamento humano*. São Paulo: Martins Fontes. (Originalmente publicado em 1953).
- Tomita, L. M., Costa Junior, A. L., & Moraes, A. B. A. (2007). Ansiedade materna manifestada durante o tratamento odontológico de seus filhos. *Psico-USF*, 12(2), 249-256.
- Venham, L. L., Murray, P., & Gaulin-Kremer, E. (1979). Child-rearing variables affecting the preschool child's response to dental stress. *Journal of Dental Research*, 58(11), 2042-2045.
- Wright, G. Z., Alpern, G. D., & Leake, J. L. (1973). The modifiability of maternal anxiety as it relates to children's cooperative dental behavior. *ASDC Journal of Dentistry for Children*, 40(4), 265-271.
- Xia, B., & Zhang, S. (2012). Effect of pretreatment education of the guardians of children's behavior during dental treatment. *Beijing Da Xue Xue Bao*; 44(1), 125-9 [Abstract]. Retrieved April 15, 2012, from <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22353915>>.

Recebido em: 12/9/2012
Versão final em: 10/5/2012
Aprovado em: 28/5/2012

Resenha

Juventude e projetos vitais na sociedade contemporânea¹

Youth purpose in contemporary society

Cristina Satiê de Oliveira **PÁTARO**²

Na sociedade contemporânea, as possibilidades de escolha dos sujeitos apresentam-se de modo bem mais ampliado do que o eram nas sociedades tradicionais, de modo que as perspectivas de futuro tornaram-se menos previsíveis, permeadas pela multiplicidade e pelas incertezas que caracterizam a própria contemporaneidade. Nesse contexto em que - na constituição da trajetória, da biografia e da(s) identidade(s) -, as decisões e escolhas dos sujeitos mostram-se tão relevantes quanto as determinações e imposições da sociedade, a construção de um projeto de vida que possa servir de orientação e dar um sentido ao juízo e às ações dos sujeitos torna-se fundamental.

Diante dessa constatação, como educar a(s) juventude(s)? Sendo a juventude uma fase da vida na qual as mudanças ocorrem de modo mais intenso e em que o sujeito deve aprender a lidar com a tensão permanente entre continuidade e ruptura, constituindo o senso de identidade e de permanência, como fomentar a construção de projetos de vida pelos jovens?

Essas são questões que permeiam a obra "O que o jovem quer da vida?", do psicólogo norte americano William Damon, pesquisador da Universidade de Stanford, diretor do *Stanford Center on Adolescence* e estudioso do desenvolvimento humano, em especial

do desenvolvimento moral. Em seu livro, que traz os primeiros resultados e discussões de pesquisas realizadas nos últimos anos, o autor volta-se especificamente para a formação moral da juventude, partindo do princípio de que muitos dos jovens que parecem prosperar - permanecendo longe de problemas e cumprindo com as atribuições que a sociedade lhes confere -, estão, na verdade, sem rumo, não tendo ainda encontrado algum propósito ao qual dedicar suas vidas.

Damon apresenta o conceito de "projeto vital", compreendido como uma intenção de alcançar algo que é significativo tanto para o eu quanto para o mundo além do eu. Os projetos vitais são, portanto, construídos com base em valores morais, e expressam um engajamento do sujeito em fazer a diferença no mundo, a partir de seus interesses e potencialidades, em uma postura otimista, persistente e empreendedora. Embora a tradução direta do conceito nos conduza ao termo "propósito", o trabalho de Damon chega ao Brasil sob a denominação de "projeto vital", por ser o termo mais apropriado à definição posta nos estudos desenvolvidos pelo autor. Nesse sentido, é necessário ressaltar que o projeto vital se caracteriza não apenas por atribuir um sentido ético à vida do sujeito, mas por ser também fundamental, essencial, central em seus interesses e em sua identidade.



¹ Damon, W. (2009). *O que o jovem quer da vida?* São Paulo: Summus.

² Universidade Estadual do Paraná, Faculdade Estadual de Ciências e Letras de Campo Mourão, Departamento de Pedagogia. Av. Comendador Norberto Marcondes, 733, Centro, 87303-100, Campo Mourão, PR, Brasil. E-mail: <crispataro@gmail.com>.

A obra é organizada em sete capítulos. Inicialmente, o autor busca contextualizar a(s) juventude(s) na contemporaneidade, por meio de discussões, questionamentos e resultados de pesquisas acerca das vivências, preocupações e expectativas dos jovens, na intenção de demonstrar a importância dos projetos vitais para os sujeitos.

Os três capítulos que se seguem são dedicados à apresentação do conceito de projeto vital e das características dos jovens que os constroem. Assim, o segundo capítulo do livro discute especificamente os projetos vitais, seus pressupostos e suas bases psicológicas, a partir do diálogo com diferentes pesquisadores do campo do desenvolvimento humano e da psicologia moral. No terceiro capítulo, são destacadas características de quatro diferentes grupos de jovens, identificados por Damon a partir de suas pesquisas e de entrevistas realizadas com jovens norte-americanos, e que refletem o modo como o sujeito se posiciona diante dos projetos vitais. São eles: os desengajados, os sonhadores, os superficiais e os jovens com projetos vitais. Já no quarto capítulo, Damon expõe o perfil e a história de quatro jovens que possuem projetos vitais, no intuito de indicar elementos, experiências e posturas que os diferenciam.

Os três últimos capítulos do livro têm como objetivo realizar apontamentos e reflexões acerca de uma educação para as crianças e jovens que contribua para a construção de projetos vitais. O autor traz orientações voltadas para as diferentes instâncias que devem atuar na formação moral das novas gerações, versando sobre contribuições que podem advir dos familiares, da instituição escolar, da comunidade e, inclusive, da esfera pública, em vista da criação de uma cultura de projetos vitais para todos os jovens. A proposta de Damon, nesse sentido, é a de apontar possibilidades de superação da cultura do imediatismo que vem caracterizando a sociedade contemporânea, e que acaba valorizando preocupações imediatistas e objetivos de curto prazo pautados na lógica da competição, da autopromoção, do *status* e do ganho material.

Para além de orientações aos jovens, aos familiares, aos educadores e aos pesquisadores envolvidos com a juventude, as considerações e discussões suscitadas pela obra de Damon representam contribuições importantes para os estudos sobre a moralidade humana e o desenvolvimento da identidade moral. Ao entender o projeto vital como um elemento vinculado à moral e à identidade do sujeito, permeado tanto por preocupações significativas para o mundo mais amplo quanto para o próprio sujeito, o trabalho de Damon permite considerar a relevância de aspectos pessoais e idiossincráticos no julgamento e na ação moral, bem como no processo de construção da moralidade, o que acaba por colocar em cheque concepções racionalistas que encaram a moral em uma perspectiva universal, impessoal e abstrata.

As ideias expostas nesse livro, assim como todo o trabalho que vem sendo desenvolvido por Damon nos últimos anos, inserem-se nas discussões da psicologia positiva, movimento iniciado ao final da década de 1990 a partir, sobretudo, do trabalho do norte-americano Martin Seligman, cujo enfoque consiste em investigar as possibilidades, as potencialidades e os aspectos positivos do ser humano. No que tange aos estudos sobre a juventude, essa perspectiva faz-se especialmente relevante, contribuindo no sentido de superar a visão negativa que em geral é associada aos jovens - tidos como naturalmente rebeldes, problemáticos e vivenciando uma fase de transição e de incompletude rumo à plenitude da vida adulta.

Por fim, cabe ressaltar que, no Brasil, vêm sendo realizadas as primeiras pesquisas com base no conceito de projeto vital da juventude. Tais investigações certamente trarão grandes contribuições não apenas para os estudos da psicologia moral, mas também para a compreensão dos jovens brasileiros, possibilitando importantes implicações aos processos educativos voltados para a juventude.

Recebido em: 8/9/2011
Aprovado em: 10/5/2012

Índice de Autores

A

ABREU-RODRIGUES, Marcela	619
ABS, Daniel	437
AIELLO-VAISBERG, Tania Maria José	275
ALMEIDA, Ana Maria de	187
ALMEIDA, Leandro Silva	19
ALMEIDA, Leonor	425
ALVES, Simone Marin	161
AMAZONAS, Maria Cristina Lopes de Almeida	199
ANACLETO, Geovana Mellisa Castrezana	393
ANDRADA, Paula Costa de	355
ANDRADE, Márcia Siqueira de	29
ANGONESE, Mônica	455
AQUINO, Rita de Cássia de	393
ARAÚJO, Tereza Cristina Cavalcanti Ferreira de	267
ARRUDA, Marina Patrício de	583
AZEVÉDO, Adriano Valério dos Santos	57

B

BARBIERI, Flavio Eitor	497
BARBOZA, Gláucia de Souza	553
BARRETO, Carmem Lúcia Brito Tavares	199
BASTOS, Isabella Teixeira	383
BENELLI, Silvio José	283
BESSET, Vera Lopes	405
BIANCHINI, Marília Pinto	455
BORGES, Carolina de Campos	177
BORGES, Fernanda Czarneski	415
BORGOBELLO, Ana	169
BRANDENBURG, Olivia Justen	629
BROERING, Camilla Volpato	367
BRUST-RENCK, Priscila Goergen	337
BURTON, Mark	249
BUSTAMANTE, Vania	507
BZUNECK, José Aloyseo	345

C

CABRAL, Ana Carolina	497
CABRAL, João Carlos Centurion Rodrigues	415
CANAL, Patrícia	593
CANIATO, Angela Maria Pires	569
CARVALHO, Lucas de Francisco	479
CARVALHO, Wilma Nascimento dos Santos Ganso	29
CASTRO, Michele Aparecida	569

CASTRO, Odilon	525
CAVENAGHI, Ana Raquel Abelha	345
CESNIK, Vanessa Monteiro	187
CÔCO, Karen Gonçalves	415
COSTA JUNIOR, Áderson Luiz	539
COSTA-ROSA, Abílio da	283
CREPALDI, Maria Aparecida	367
CRUZ, Roberto Moraes	593

D

DAVID, Ana Paula Marques	19
DAWALIBI, Nathaly Wehbe	393
DE PAULA COUTO, Maria Clara Pinheiro	151
DONOLO, Danilo Silvio	39
DUTRA, Betânia Marques da Silva	317

E

ESCHILETTI PRATI, Laíssa	151
ENUMO, Sônia Regina Fiorim	479

F

FERNANDES, Rafael Aiello	275
FERRARI, Andrea Gabriela	239
FIGEL, Flávia Caroline	211
FONSECA, Felipe Lessa da	383
FRANCISCHETTO, Vanuza	317

G

GALLO, Sabrina	497
GEARA, Gabriela Ballardin	75
GIAMI, Alain	187
GOULART, Rita Maria Monteiro	393
GURGEL, Léia Gonçalves	487

I

IBÉRICO NOGUEIRA, Sara	425
------------------------	-----

H

HAMEISTER, Bianca da Rocha	415
HOHENDORFF, Jean Von	151

J

JESUS, Adelaide Lopes	425
JOLY, Maria Cristina Rodrigues Azevedo	487

JUSTI, Mirella Martins	553	OTTA, Emma	7
JUSTO, Ana Paula	497	OTUKA, Livia Kusumi	89
K		P	
KAFROUNI, Roberta	121	PAIXÃO, Jairo Antônio da	561
KANAN, Lilia Aparecida	583	PALMA, Priscila de Camargo	337
KHEIFETS, Leeka	497	PÁTARO, Cristina Satiê de Oliveira	641
KOHLSDORF, Marina	539	PEÇANHA, Adriana Penha da Costa Lima	317
KOWALSKI, Marizabel	561	PERALTA, Nadia Soledad	169
KUNZLER, Lia Silvia	267	PEREIRA, Pedro Paulo Gomes	525
L		PFEIFFER, Steven I.	219
LABRES, Ivete Dörr	437	PICCININI, Cesar Augusto	75, 239
LEIME, Jamila Leão	161	PINHEIRO, Elke do Pilar Nemer	211
LEITE, Liziane Souza	337	PINHEIRO, Francisco Pablo Huascar Aragão	231
LIMA, Fernanda de Azevedo	199	PIONER, Thaís	437
LIPP, Marilda Emmanuel Novaes	497	PLENTZ, Rodrigo Della Méa	487
LOPES, Andressa Pereira	49	PRADO, Renata Lopes Costa	101
LOPES, Rita de Cássia Sobreira	75, 239	PRIMI, Ricardo	19, 479
LOTUFO NETO, Francisco	375	Q	
LUCCI, Tania Kiehl	7	QUEIROZ, Odoisa Antunes de	479
M		R	
MACEDO, Fernanda dos Santos de	455	RASERA, Emerson Fernando	111
MAGALHÃES, Andrea Seixas	177	REIS, Alberto Olavo Advíncula	383
MARINHO-CASANOVA, Maria Luiza	629	REPPOLD, Caroline Tozzi	487
MARQUESINI, Matilde Aparecida Motta	517	REZENDE, Manuel Morgado	49
MARTINELLI, Karina Quilice	569	RIBEIRO, Alessandra Mussi	131
MARTINS, Maria das Graças Teles	525	RIGO, Daiana Yamila	39
MARTINS, Pedro Pablo Sampaio	111	RIQUE NETO, Júlio	161
MASCELLA, Vivian	303	ROMANINI, Moises	455
MAUS, Daiane	437	ROMANO, Bellkiss Wilma	603
MENDES, Marcelo Simões	261	ROSELLI, Néstor Daniel	169
MENEGATTI, Cláudia Lúcia	211	ROSO, Adriane	455
MENEZES, Walfrido Nunes de	199	RUFINI, Sueli Édi	345
MIMOSO, Teresa	425	S	
MIRANDA, Jacqueline Maia de	317	SAFFI, Fabiana	375
MONAIAR, Alex Barcelos	455	SAMPAIO, Jáder dos Reis	67
MONTEIRO, Janine Kieling	437	SANTÁNNA, Leonel	497
MORAIS, Maria de Fátima	19	SANTOS, Adelson Bruno dos Reis	405
MORAIS, Maria de Lima Salum e	7	SANTOS, Carla Pellicer dos	111
N		SANTOS, Daniela Barsotti	187
NAKANO, Tatiana de Cássia	19	SANTOS, Flávia Urbini dos	497
NASCIMENTO, Elizabeth do	67	SANTOS, Lara Hauser	569
NEUFELD, Carmem Beatriz	337	SANTOS, Manoel Antônio dos	89, 187
O		SCHWARTZ, Eda Regina Doederlein	445
OLIVEIRA FILHO, Pedro de	609	SCORSOLINI-COMIN, Fabio	89
OLIVEIRA, Débora Silva de	445	SEIDL, Eliane Maria Fleury	619
		SENA, Soraya da Silva	329
		SHAROVSKY, Lilian Lopes	603
		SILVA, Juliana Catarine Barbosa da	609
		SILVA, Sarah Gisele	569

SIMÕES, Cristiane Helena Dias	275	VIEIRA, Elisabeth Meloni	187
SOARES, Adriana Benevides	317	VIEIRA, Emanuel Meireles	231
SOUZA, Luciana Karine de	329	VIVIAN, Aline Groff	75
SOUZA, Valéria Fernandes de	131		
SOUZA, Vera Lucia Trevisan de	355	W	
T		WECHSLER, Solange Muglia	219
TABAQUIM, Maria de Lourdes Merighi	517	WEINTRAUB, Ana Cecília Andrade de Moraes	383
TORRO-ALVES, Nelson	161	WITTER, Carla	393
V		Z	
VALLE, Lionezia dos Santos	131	ZAVANELLI, Adriana Cristina	553
VASCONCELLOS, Michelle de Sousa	383	ZIMMER, Marilene	415
VASCONCELOS, Alina Gomide	67	ZUIM, Paulo Renato Junqueira	553

Índice de Assuntos

A

Abordagem centrada na pessoa	231
Adaptação acadêmica	317
Adoção	445
Adoção tardia	89
Adolescência	49, 151
Adolescente	29
Adolescentes	383
Alta habilidade	219
Alteridade	231
Ambiente de trabalho	583
Análise de discurso	609
Análise fatorial	19
Análise funcional	211, 629
Análise institucional	283
Ansiedade	49, 132, 603
Antártica	415
Apoio social	619
Aprendizado	169
Aprendizagem	29
Articulação temporomandibular	553
Aspectos psicológicos	445, 593
Assistência social	283
Avaliação assistida	479

B

Bombeiros	437
-----------	-----

C

Campos eletromagnéticos	497
Castração	405
Centro cirúrgico	525
Centro de Terapia Intensiva	525
Centros de Atenção Psicossocial	609
Cirurgia na infância	367
Cirurgia plástica	517
Complexo de Édipo	239
Comunicação	539
Condições de trabalho	437
Constituição subjetiva	239
Construcionismo	111
Controle social	569
Corpo	525
Crack (drogas)	455
Criança	329, 539, 629
Criança hospitalizada	57
Crianças	383

Criatividade	219
Criatividade no trabalho	425
Cuidado da criança	507
Cuidador	619

D

Depressão	603
Depressão pós-parto	7
Desejo sexual	405
Desenvolvimento	161
Desenvolvimento infantil	7, 329, 507
Desistência	249
Desvios sexuais	405
Discriminação social	569
Doenças das coronárias	619
Doença mental	275
Drogas	49

E

Educação	67, 569
Emoção	161
Ensino	169
Escola	507
Estudos de intervenção	569
Estatuto da criança e do adolescente	445
Estratégias de enfrentamento	199
Estresse	132, 415, 497, 525
Estresse fisiológico	517
Estresse psicológico	517
Estrutura familiar	75
Estudos de validação	487
Evasão	261
Expressões faciais	161

F

Falsas memórias	337
Família	199, 177, 507
Fatores de risco	561
Fatores de risco para o suicídio	211
Fissura palatina	517

G

Gestação	75
----------	----

H

Habilidade cognitiva	67
Habilidades sociais	151, 317

Hemodiálise	132	Percepção de risco	497
Histórias	337	Percepções sociais	29
I		Perfil sociodemográfico	383
Incapacidade	593	Personal	39
Inclusão	249, 261	Pesquisa científica	393
Individualismo	177	Políticas públicas	283
Infância	101	Preconceito	569
Infantojuvenil	383	Preparação psicológica	367
Inteligência	219, 317	Prevenção da criminalidade	375
Inteligencia	39	Prisões	375
Interdisciplinaridade	609	Processos legais	445
Interesse	345	Profissionais de saúde	275
Interpretación teórica	39	Promoção da saúde	267
Intervenção comportamental	619	Psicanálise	89
Isolamento social	415	Psicologia	101
J		Psicologia ambiental	415
Jornais	455	Psicologia comunitária	121
L		Psicologia da criança	367
Liderança	219	Psicologia histórico-cultural	355
Língua estrangeira	345	Psicologia hospitalar	199
Literatura de revisão como assunto	539	Psicologia social	121, 283, 455
Loucura	275	Psicopatologia	151, 437
M		Psicoterapia	111, 231
Mastectomia	188	Psiquismo	355
Materialismo dialético	355	Publicações científicas e técnicas	101
Maternidade	239	Q	
Medidas de criatividade	19	Qualidade de vida	267, 393
Meio ambiente	561	Queimaduras	57
Memória	337	R	
Metas de realização	345	Reabilitação	375
Modelo de Rasch	479	Reabilitação profissional	593
Motivação	249, 261, 345	Recreação	57
Mudança organizacional	583	Reforma psiquiátrica	275, 609
N		Relação mãe-criança	7
Natureza	561	Relação mãe-filho	629
Neoplasias mamárias	188	Relações conjugais	89
Nível de alerta	337	Relações mãe-criança	75
Nível de conhecimento	169	Relações médico-paciente	539
O		Resiliência psicológica	487
Odontologia	553	S	
Odontopediatria	629	Satisfação pessoal	561
P		Saúde mental	275, 437, 593
Pacientes renais	132	Segundo filho	75
Parentalidade	89	Serviços de saúde mental	383
Percepção	161	Sexualidade	188
		Síndrome metabólica	603
		Subjetividade	121
		Superdotação	219

T

Tentativa de suicídio	211
Teoria de Resposta ao Item	479
Terapia cognitiva	267, 375
Terapia focada na solução	111
Teste de Torrance	19
Testes psicológicos	487
Trabalhadores	425, 583
Trabalho	437, 583
Trabalho em equipe	609
Trabalho infantil	101
Trajatória de vida	177

Transtorno do déficit de atenção com hiperatividade	329
Tratamento multidisciplinar	553

U

Unidade de terapia intensiva	199
------------------------------	-----

V

Validade do teste	19
Validade dos testes	67
Valores sociais	425
Variáveis sociodemográficas	151
Velhice	393
Violência social	569
Vygotsky (Lev)	355

Agradecimentos

Acknowledgements

A revista Estudos de Psicologia contou com a colaboração de especialistas *ad hoc* para a avaliação dos trabalhos a ela submetidos em 2013.

Adelma do Socorro Gonçalves Pimentel
Áderson Luiz Costa Junior
Adinete Sousa da Costa Mezzomo
Adriana Wagner
Adrianna Loduca
Adriano Valério dos Santos Azevêdo
Aidyl Macedo de Queiroz Pérez-Ramos
Albertina Mitjáns Martínez
Alessandra Gotuzo Seabra Capovilla
Alessandra Turini Borsoni-Silva
Alexandra Ayach Anache
Alexandra de Araújo
Alexsandro Luiz de Andrade
Ana Carla Seabra Torres Pires
Ana Cristina Garcia Dias
Ana Emília Vita Carvalho
Ana Lúcia Gatti
Ana Maria Jacó Vilela
Ana Maria Pimenta Carvalho
Ana Paula Porto Noronha
Anamélia Lins e Silva Franco
Andréa Perosa Saigh Jurdi
Andréa Seixas Magalhães
Anelice Astrid Ribetto
Angela Mágda R. Virgolim
Anna Carolina Lo Bianco Clementino
Antonia Regina Ferreira Furegato
Antonio Euzébios Filho

Bárbara Byrne
Benilton Carlos Bezerra Junior

Carmem Lúcia Brito Tavares Barreto
Carmem Magda Ghetti Senra
Carolina Lisboa Mezzomo
Cecília Guarnieri Batista
César Augusto Piccinini
Cilene Rejane Ramos Alves

Universidade Federal do Pará
Universidade de Brasília
Pontifícia Universidade Católica de Campinas
Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul
Pontifícia Universidade Católica de São Paulo
ANPEPP
Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo
Universidade Estadual do Ceará
Universidade Presbiteriana Mackenzie
Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho
Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Universidade do Minho
Universidade Federal do Espírito Santo
Universidade de Aveiro - Portugal
Universidade Federal de Santa Maria
Centro Universidade do Pará
Universidade São Judas Tadeu
Universidade Est. do Rio de Janeiro
Universidade de São Paulo
Universidade São Francisco
Universidade Federal da Bahia
Universidade Federal de São Paulo
Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro
Universidade Federal Fluminense
Universidade de Brasília
Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
Universidade Federal de Alfenas
Centro Universidade das Faculdades Metropolitanas Unidas

University of Ottawa - Canadá
Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Universidade Católica de Pernambuco
Prefeitura Municipal de Campinas
Universidade Federal de Santa Maria
Universidade Estadual de Campinas
Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Universidade Federal de Pernambuco

Claudette Maria Medeiros Vendramini	Universidade Estadual de Campinas
Clara Regina Brandão de Ávila	Universidade Federal de São Paulo
Cláudio Vital de Lima Ferreira	Instituto Nacional de Estudos e Pesquisa Educacionais Anísio Teixeira
Cláudio Simon Hutz	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Clarissa de Antoni	Fundação Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre
Cristina Landgraf Lee	Universidade de São Paulo
Daniela Patrícia Ado Maldonado	Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho
Daniela Ribeiro Shneider	Universidade Federal de Santa Catarina
Daniela Sacramento Zanini	Universidade Paulista
Daniilo Rodrigues Silva	Universidade de Lisboa
Denise de Souza Fleith	Universidade de Brasília
Dóris Lieth Nunes Peçanha	Universidade Federal de São Paulo
Edyleine Bellini Peroni Benczik	Instituto Saber e FACEPD
Eleonora Arnaud Pereira	Universidade Federal do Pará
Elisa Médici Pizão Yoshida	Pontifícia Universidade Católica de Campinas
Evely Boruchovitch	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
Fabian Javier Marín Rueda	Conselho Nacional de Trânsito
Fernanda Neísa Mariano	Tribunal de Justiça do Estado de São Paulo
Flávia Helena Pereira Padovani	Faculdade de Medicina de Botucatu
Geraldina Porto Witter	Universidade Camilo Castelo Branco
Gilberto Safra	Universidade de São Paulo
Gina Cláudia Enguiça Marques Pereira de Lemos	Universidade do Minho
Iara Bittante de Oliveira	Pontifícia Universidade Católica de Campinas
Ilka Franco Ferrari	Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais
Izabella Mendes Sant'Anna	Universidade Federal de São Carlos
Jaileila de Araújo Menezes Santos	Universidade Federal do Pernambuco
Jamir João Sardá Júnior	Universidade do Vale do Itajaí
João Batista Alves de Oliveira	Pontifícia Universidade Católica de São Paulo
João José Rodrigues Lima de Almeida	Universidade Estadual de Campinas
Joaquim Carlos Rossini	Universidade Federal de Uberlândia
José Carlos Rosa Pires de Souza	Universidade Católica Dom Bosco
José Francisco Miguel Henriques Bairrão	Universidade de São Paulo
Kátia Damiani	Universidade de São Paulo
Kely Maria Pereira de Paula	Universidade Federal do Espírito Santo
Leandro Castro Oltramari	Universidade Federal de Santa Catarina
Leila Maria Ferreira Salles	Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho
Leila Yuri Sugahara	Faculdade Integral Cantareira
Lícia Miranda	Instituto Superior de Educação e Trabalho (Portugal)
Lívia de Matos Chicayban	Associação Ribeiraopretana de Apoio ao Ensino, Pesquisa, Assistência ao Hipertenso
Lúcia Helena Pena Pereira	Universidade Federal de São João Del-Rei
Luciana Esgalha Carnier	Instituto Municipal de Ensino Superior de São Manuel
Luísa Maria Soares Faria	Universidade do Porto
Lúcia Helena Pena Pereira	Universidade Federal de São João Del-Rei
Luciana Esgalha Carnier	Instituto Municipal de Ensino Superior de São Manuel
Luísa Maria Soares Faria	Universidade do Porto
Manuel Jauará	Universidade Federal de São João Del-Rei
Maracy Domingues Alves	Universidade Estácio de Sá

Marcelo Simões Mendes	Universidade Paulista
Márcia Hespanhol Bernardo	Pontifícia Universidade Católica de Campinas
Márcia Regina Ferreira Brito Dias	Universidade Estadual de Campinas
Maria Angela Guimarães Feitosa	Fundação de Empreendimentos Científicos e Tecnológicos
Maria Angélica Sadir Prieto	Universidade Paulista Campinas
Maria Aparecida Crepaldi	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
Maria Cristina Lopes de Almeida Amazonas	Universidade Católica de Pernambuco
Maria Cristina Rodrigues Azevedo Joly	Universidade de Brasília
Maria de Lima Salum e Morais	Instituto de Saúde
Maria do Carmo Cintra de Almeida Prato	Universidade Federal do Rio de Janeiro
Maria Helena Pereira Franco	Pontifícia Universidade Católica de São Paulo
Maria Helena Rodrigues Navas Zamora	Universidade Salgado de Oliveira
Maria Inês Garcia de Freitas Bittencourt	Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro
Maria Luíza Torres Queiroz Barros	Universidade de Lisboa
Maria Rita Zoéga Soares	Universidade Estadual de Londrina
Maria Teresa Carthery Goulart	Med Res Council, Cognition and Brain Sci Unit, Cambridge
Mariângela Gentil Savoia	Universidade de São Paulo
Marina Kohlsdorf	Universidade Católica de Brasília
Marina Rezende Bazon	Universidade de São Paulo
Marisa Silvana Zazzeta de Mendiondo	Universidade Federal de São Carlos
Marlene Alves da Silva	Universidade Federal da Bahia
Marlene Fagundes Carvalho Gonçalves	Universidade de São Paulo
Marta Helena de Freitas	Fundação de Apoio à Pesquisa do Distrito Federal
Martha Franco Diniz Hueb	Universidade Federal de Minas Gerais
Mary Sandra Carlotto	Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul
Martha Helena Diniz Hueb	Universidade Federal do Triângulo Mineiro
Miriam Tachibana	Universidade de São Paulo
Monalisa Muniz Nascimento	Conselho Federal de Psicologia
Olga Maria Piazzentin Rolim Rodrigues	Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho
Patrícia Martins Goulart	Universidade do Extremo Sul Catarinense
Patrícia Santos de Souza Delfini	Universidade Mogi das Cruzes
Patrícia Waltz Schelini	Universidade Federal de São Carlos
Rachel Aisengart Menezes	Université de Montreal
Rachel Rodrigues Kerbauy	Associação Brasileira de Psicologia e Medicina Comportamental
Raquel Souza Lobo Guzzo	Instituto Nacional de Estudos e Pesquisa Educacionais Anísio Teixeira
Regina Lúcia Sucupira Pedroza	Universidade de Brasília
Regina Taam	Universidade Estadual de Maringá
Roberto Alves Banaco	Pontifícia Universidade Católica de São Paulo
Rui Poinhos	Universidade do Porto
Sandra Francesca Conte de Almeida	Universidade Católica de Brasília
Sérgio Antonio da Silva Leite	Universidade Estadual de Campinas
Sérgio Kodato	Universidade de São Paulo
Shirley Costa Ferrari	Faculdades Diadema
Sibelle Maria Martins de Barros	Universidade Estadual da Paraíba
Silvio José Lemos Vasconcellos	Universidade Federal de Santa Maria
Simone Rocha de Vasconcellos Hage	Universidade de São Paulo
Solange Muglia Wechsler	Pontifícia Universidade Católica de Campinas
Sônia Alberti	Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Sônia Grubits	Fundação Oswaldo Cruz
Tagma Marina Schneider Donelli	Universidade do Vale do Rio dos Sinos
Tânia Mara Marques Granato	Pontifícia Universidade Católica de Campinas

Tatiane Lebre Dias
Telmo Mota Ronzani
Tereza Cristina Cavalcanti Ferreira de Araújo
Terezinha Féres-Carneiro
Valéria Barbieri
Vera Lúcia Trevisan de Souza
Vera Maria Nigro de Souza Placco
Verônica Morais Barbosa
Verônica Morais Ximenes

Wagner Bandeira Andriola
Wanda Maria Junqueira Aguiar

Universidade Federal do Mato Grosso
Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
Universidade de Brasília
Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro
Universidade de São Paulo
Pontifícia Universidade Católica de Campinas
Pontifícia Universidade Católica de São Paulo
Universidade Federal do Ceará
Universidade Federal do Ceará

Universidade Federal do Ceará
Pontifícia Universidade Católica de São Paulo

Instruções aos Autores

Estudos de Psicologia é uma revista científica trimestral (ISSN: 0103-166X), vinculada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia, do Centro de Ciências da Vida, da Pontifícia Universidade Católica de Campinas (*home page* da revista: <http://www.scielo.br/estpsi>). A Revista foi fundada em 1983 e, atualmente, está classificada como A2 na lista Qualis/Capes. É indexada nas seguintes bases de dados nacionais e internacionais: SciELO, Lilacs, PsycINFO, Latindex, Clase, Index Psi.

I - TIPOS DE TRABALHOS ACEITOS PELA REVISTA *ESTUDOS DE PSICOLOGIA*

Estudos de Psicologia incentiva contribuições da comunidade científica nacional e internacional, e é distribuída a leitores de todo o Brasil e de vários outros países. Todos os artigos devem ser submetidos de forma eletrônica pela página <<http://www.scielo.br/estpsi>>.

Aceitam-se trabalhos originais de pesquisa, em qualquer área da Psicologia, com objetivo de promover e divulgar o conhecimento científico, bem como discutir o significado de práticas, tanto no campo profissional, como no da pesquisa em Psicologia. Antes do envio do manuscrito para avaliação dos consultores *ad hoc* ele é submetido à pré-análise pelo Conselho Editorial. As seguintes categorias de trabalhos são aceitas para publicação:

- **Estudos Empíricos:** artigos originais baseados em dados empíricos. Estes artigos consistem das seguintes seções: introdução, método, resultados e discussão.

- **Artigos Teóricos:** revisão crítica da literatura sobre temas pertinentes à Psicologia, levando ao questionamento de modelos existentes e à elaboração de hipóteses para futuras pesquisas.

- **Artigos de Revisão de Literatura:** apresenta síntese de resultados de estudos originais, quantitativos ou qualitativos, respondendo a alguma pergunta específica e de relevância para a área da Psicologia. Descreve o processo de busca dos estudos originais, os critérios utilizados para seleção daqueles que foram incluídos na revisão e os procedimentos empregados na síntese dos resultados obtidos pelos estudos revisados.

- **Estudos de Caso:** relatos de trabalhos feitos com indivíduos, grupos ou organizações indicando um problema e uma maneira de solucioná-lo, baseando-se na literatura.

- **Resenha:** apresentação e análise crítica de livro publicado na área há, no máximo, 1 ano anterior a submissão.

Todos estes tipos de artigos deverão apresentar no máximo 25 laudas, incluindo tabelas, figuras, quadros e referências. A contagem de páginas começa pela página de rosto, numerada como página 1. O manuscrito que se enquadra nas categorias acima será submetido à pré-análise da Comissão Editorial.

II - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA

Resultados de pesquisas relacionadas a seres humanos devem ser acompanhados de cópia de aprovação do parecer de um Comitê de Ética em pesquisa. Além disso, deverá constar, no último parágrafo do item Método, o número do protocolo e data de aprovação do Comitê de Ética.

III - APRECIÇÃO PELO CONSELHO EDITORIAL

Os originais serão aceitos para avaliação desde que não tenham sido publicados anteriormente e que venham acompanhados de carta de encaminhamento, assinada pelos autores do trabalho, solicitando publicação na Revista.

O processo editorial só terá início se os manuscritos encaminhados obedecerem às condições das Instruções. Caso contrário, serão devolvidos para adequação às normas, inclusão de carta ou outros documentos, antes mesmo de serem submetidos à pré-análise da Comissão Editorial e à posterior avaliação de mérito do trabalho pelos revisores *ad hoc*.

Ao passar pela etapa de pré-análise, pode-se ter como desfecho:

(1) encaminhá-lo para os consultores *ad hoc*.

(2) devolver o manuscrito aos autores, solicitando modificações.

(3) recusá-lo quanto a: (i) conteúdo, no que se refere à linha temática da revista; (ii) originalidade, relevância do tema e qualidade da metodologia científica utilizada.

(4) o manuscrito será enviado ao processo de avaliação pelos revisores *ad hoc*, caso atenda aos critérios supracitados.

1) Avaliação de manuscritos

O processo de avaliação por pares é o sistema de *blind review*, procedimento sigiloso quanto à identidade tanto dos autores quanto dos revisores. Por isso, os autores deverão empregar todos os meios possíveis para evitar a identificação de autoria do manuscrito. Os originais serão encaminhados, sem o(s) nome(s) do(s) autor(es), a pelo menos dois revisores *ad hoc*. São necessários dois pareceres favoráveis para a aceitação final da publicação. Caso ocorra um desacordo, o original será enviado para mais um revisor, para nova avaliação. No caso de identificação de *conflito de interesses* por parte dos revisores, o Comitê Editorial encaminhará o manuscrito a outro revisor *ad hoc*. A identificação dos pareceres emitidos será mantida em absoluto sigilo. Aos autores, será comunicada a decisão de aceitação ou recusa do trabalho. Os trabalhos que receberem sugestões para alterações serão devolvidos aos autores para as devidas correções, com os pareceres emitidos, devendo ser devolvidos no prazo máximo de 30 dias.

Os pareceres dos revisores comportam quatro possibilidades: a) aprovação; b) recomendação de nova análise, após pequena reformulação; c) recomendação de nova análise, após extensa reformulação; d) recusa. Em quaisquer desses casos, o autor será comunicado. No último número de cada volume da revista, será publicada a *nominata* dos consultores *ad hoc* que colaboraram na avaliação dos manuscritos, no ano corrente.

O processo de avaliação dos manuscritos terminará na segunda versão. A decisão final sobre a publicação ou não do manuscrito é sempre dos editores. Pequenas alterações no texto poderão ser feitas pelo Conselho Editorial da revista, de acordo com critérios e normas de revisão internas.

2) Provas

Serão enviadas provas tipográficas aos autores para a correção de erros de impressão. As provas devem retornar ao Núcleo de

Editoração na data estipulada. Outras mudanças no manuscrito original não serão aceitas nesta fase. Cada autor de artigo publicado receberá dois exemplares do fascículo no qual seu estudo foi publicado.

IV - FORMA DE APRESENTAÇÃO DOS ORIGINAIS

Estudos de Psicologia adota as normas de publicação da *American Psychological Association (APA)* (6ª edição, 2010). Os originais deverão ser redigidos em português, inglês, francês ou espanhol. Todos os originais deverão incluir título e resumo em inglês.

Para submeter o artigo para avaliação pelo Conselho Editorial da Revista *Estudos de Psicologia* os manuscritos deverão ser enviados via eletrônica e inserido no site: <<http://www.scielo.br/estpsi>>. Manuscritos recebidos por correio convencional, fax, e-mail ou qualquer outra forma de envio não serão apreciados pelos editores.

O texto deve ser preparado em espaço duplo, com fonte *Arial* 12, e deverá ter entre 15-25 laudas. O arquivo deverá ser gravado em editor de texto similar à versão 97-2003 do *Word*. O papel deverá ser de tamanho A4, com formatação de margens superior e inferior (2,5cm), esquerda e direita (3cm).

Importante: a avaliação dos manuscritos é feita às cegas quanto à identidade dos autores. É responsabilidade dos autores garantir que não haja elementos capazes de identificá-los em qualquer parte do texto. Não serão aceitos anexos, tampouco notas de rodapé no corpo do texto.

Publicação em inglês: em caso de aprovação, os artigos indicados pelo Conselho Editorial serão publicados na versão em inglês. Nestes casos para que o manuscrito seja publicado, os autores deverão providenciar sua versão completa (tal como aprovado) para o inglês, arcando com os custos de sua tradução. Para assegurar a qualidade e uniformidade dos textos traduzidos para a Língua Inglesa, esse trabalho deverá ser realizado, necessariamente, por um tradutor altamente capacitado e com experiência comprovada na versão de textos científicos, indicados e credenciados junto à Revista.

Versão reformulada

A versão reformulada deverá ser encaminhada via site <<http://www.scielo.br/estpsi>>. **Os autor(es) deverá(ão) enviar apenas a última versão do trabalho.** As modificações deverão ser destacadas em fonte na cor azul, sendo anexada a uma carta ao editor, reiterando o interesse em publicar nesta Revista e informando quais alterações foram processadas no manuscrito. Se houver discordância quanto às recomendações da consultoria, o(s) autor(es) deverão apresentar os argumentos que justificam sua posição. Caso os autores não encaminhem o manuscrito revisado e a carta-resposta no prazo estipulado, o processo editorial será encerrado, em qualquer etapa da submissão.

Os trabalhos deverão apresentar os seguintes elementos, respeitando-se a ordem aqui sugerida:

1) Folha de rosto com identificação dos autores, contendo:

- Título completo em português; deverá ser conciso e evitar palavras desnecessárias e/ou redundantes, como "avaliação do...", "considerações acerca de...", "Um estudo exploratório sobre...".
- Sugestão de título abreviado para cabeçalho, não excedendo cinco palavras.
- Título completo em inglês, compatível com o título em português.
- Nome de cada autor, por extenso, seguido por afiliação institucional. Não abreviar os prenomes.

- Todos os dados da titulação afiliação deverão ser apresentados por extenso, sem nenhuma sigla.

- Indicação dos endereços completos de todas as universidades às quais estão vinculados todos os autores.

- Indicação de endereço para correspondência com o editor para a tramitação do original, incluindo fax, telefone e endereço eletrônico.

- Poderá ser incluída nota de rodapé contendo apoio financeiro, agradecimentos pela colaboração de colegas e técnicos, em parágrafo não superior a três linhas. Este parágrafo deverá informar, também, a origem do trabalho e outras informações que forem consideradas relevantes.

- Caso haja utilização de figuras ou tabelas publicadas em outras fontes bibliográficas, deve-se anexar documento que ateste a permissão para seu uso.

2) Folha de rosto à parte

Deverá conter somente o nome do artigo e sua tradução em inglês, sem identificação dos autores.

3) Folha à parte contendo resumo em português

O resumo deverá conter, no mínimo 100 e no máximo 150 palavras. Não é permitido o uso de siglas ou citações. Deverá conter, ao final, de 3-5 palavras-chave que descrevam exatamente o conteúdo do trabalho. As palavras-chave ou descritores deverão ser obtidos na Terminologia Psi <<http://www.bvs-psi.org.br>> ou na Terminologia em Ciências da Saúde (DeCS) <<http://decs.br>>. As palavras-chave ou descritores deverão estar escritas em letras minúsculas, separadas por ponto e vírgula.

O resumo deverá incluir breve referência ao problema investigado, características da amostra, método usado para a coleta de dados, resultados e conclusões. Apenas a resenha dispensa o resumo. O resumo segue a numeração da capa com identificação dos autores, e da folha sem identificação dos autores, devendo ser numerado como página 3.

4) Folha à parte contendo abstract em inglês

O *abstract* deverá ser compatível com o texto do resumo. Deverá seguir as mesmas normas, e vir acompanhado de *keywords* também obtidas nos sites da Biblioteca Virtual de Saúde (BVS) <<http://www.bvs-psi.org.br>> e <<http://decs.br>>. Esta página será numerada como página 4.

5) Organização do trabalho

O texto de todo trabalho submetido à publicação deverá ter uma organização clara e títulos e subtítulos que facilitem a leitura. Para os relatos de pesquisa, o texto deverá, obrigatoriamente, apresentar: introdução; método com informações consistentes sobre os participantes, instrumentos e procedimentos utilizados; os resultados mais importantes, que respondem aos objetivos da pesquisa; a discussão deverá explorar, adequada e objetivamente, os resultados discutidos à luz de outras observações já registradas na literatura. As considerações finais devem apresentar as conclusões relevantes, considerando os objetivos do trabalho, sendo baseadas na literatura revisada na introdução do artigo. Devem ser apontadas as limitações do estudo assim como sugestões para futuras pesquisas.

6) Ilustrações

Tabelas, quadros e figuras deverão ser limitados ao total de 5, sendo numerados consecutiva e independentemente, com algarismos arábicos, de acordo com a ordem de menção dos dados. Deverão ser apresentados em folhas individuais e separadas, com indicação de sua localização no texto. A cada um se deverá atribuir um título breve.

O autor se responsabiliza pela qualidade das figuras (desenhos, ilustrações e gráficos), que deverão permitir redução sem perda de definição, para os tamanhos de uma ou duas colunas (7 cm e 15cm, respectivamente), pois, não é permitido o formato paisagem. Figuras digitalizadas deverão ter extensão JPEG e TIFF e resolução mínima de 500 Dpi.

As palavras **Figura, Tabela e Anexo**, que aparecerem no texto, deverão ser escritas com a primeira letra maiúscula e acompanhadas do número (Figuras, Tabelas e Anexos) a que se referirem. Os locais sugeridos para inserção de figuras e tabelas deverão ser indicados no texto. Os títulos deverão ser concisos. Imagens coloridas não serão aceitas.

7) Citações

Não serão aceitas referências secundárias, ou seja, a citação de citação do autor original.

As citações de artigos de autoria múltipla deverão ser feitas da seguinte forma:

- Artigo com dois autores: citar os dois autores sempre que o artigo for referido.

- Artigo com três a cinco autores: citar todos os autores na primeira aparição no texto; da segunda aparição em diante, utilizar sobrenome do primeiro autor seguido de et al. e a data.

- Artigos com seis autores ou mais: citar o sobrenome do primeiro autor seguido de et al. e a data, desde a primeira aparição no texto.

No caso de **citação literal**, com até 40 palavras, devem vir no corpo do texto entre aspas, com indicação do sobrenome do autor, a data e a página.

As citações com mais de 40 palavras devem vir em um novo parágrafo, com espaçamento simples, fonte tamanho 11 e com recuo de 4cm da margem esquerda.

Obras antigas e reeditadas

Em caso de citações antigas, com novas edições da obra, a citação deverá incluir as duas datas, a original e a data da edição lida pelo autor. Por exemplo: Freud (1912/1969, p.154). Caso haja outras citações ou referências de outros textos da mesma publicação consultada, diferencie com letras minúsculas. Por exemplo, Freud (1939/1969a) e assim sucessivamente.

8) Referências

Trabalhos com um único autor deverão vir antes dos trabalhos de autoria múltipla, quando o sobrenome é o mesmo. Em caso de trabalhos em que o primeiro autor seja o mesmo, mas os coautores sejam diferentes, deverá ser assumida como critério a ordem alfabética dos sobrenomes dos coautores. Trabalhos com os mesmos autores deverão ser ordenados por data, vindo em primeiro lugar o mais antigo. Trabalhos com a mesma autoria e a mesma data. Deverão ser diferenciados em "a" e "b". Artigo no prelo deverá ser evitado.

A formatação das referências deverá facilitar a tarefa de revisão e de editoração; para tal, entrelinhas de 1,5 e tamanho de fonte 12. Sugere-se a inclusão de referências de artigos já publicados na revista Estudos de Psicologia como forma de aumentar o seu fator de impacto.

A exatidão e a adequação das referências a trabalhos que tenham sido consultados e mencionados no texto do artigo são de responsabilidade do autor, do mesmo modo que o conteúdo dos trabalhos é de sua exclusiva responsabilidade. Todos os autores, cujos trabalhos forem citados no texto, deverão ser seguidos da data de publicação e listados na seção de Referências. As citações e referências deverão ser feitas de acordo com as normas da APA (2010).

Exemplos

Artigo de revista científica

Garcia del Castillo, J. A., Dias, P. C., & Castelar-Perim, P. (2012). Autor-regulação e consumo de substâncias na adolescência. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 25(2), 238-247.

Livros

Fernandes, J. M. G. A., & Gutierrez Filho, P. J. B. (2012). *Psicomotricidade: abordagens emergentes*. Barueri: Manole.

Capítulos de livros

Böhm, G., & Tanner, C. (2012). Environmental risk perception. In L. Steg, A. E. van den Berg & J. I. M. Groot (Eds.), *Environmental psychology: An introduction* (pp.16-25). Oxford: BPS Blackwell.

Obra antiga e reeditada em data muito posterior

Sartre, J-P. (2012). *The imagination*. New York: Routledge. (Original work published 1936).

Teses ou dissertações não-publicadas

Vasconcellos, T. B. (2012). *Um diálogo sobre a noção de autenticidade* (Dissertação de mestrado não-publicada). Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade de São Paulo.

Autoria institucional

World Health Organization. (2012). *Safe abortion: Technical and policy guidance for health systems evidence summaries and grade tables*. Washington: The Author.

Trabalho apresentado em congressos publicado em anais

Malabris, L. E. (2006). A terapia cognitivo-comportamental frente ao stress ocupacional e a síndrome de Burnout. *Anais do VI Congresso Latinoamericano de Psicoterapias Cognitivas* (Vol 1). Buenos Aires.

Material eletrônico

Artigos de periódicos

Romanini, M., & Roso, A. (2012). Psicanálise, instituição e laço social: o grupo como dispositivo. *Psicologia USP*, 23(2), 343-365. Recuperado em outubro 8, 2012, disponível em <<http://www.scielo.br>>. doi: 10.1590/S0103-65642012005000002.

Teses ou dissertações

Bruckman, A. (1997). *MOOSE crossing: Construction, community, and learning in a networked virtual world for kids* (Doctoral dissertation). Massachusetts Institute of Technology. Retrieved December 13, 2012, from <<http://www.static.cc.gatech.edu/~sbb/thesis/>>.

Autoria institucional

Instituto Nacional de Câncer. (2012). Estimativa 2012: incidência de câncer no Brasil. Recuperado em outubro 8, 2012, disponível em <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2012/>>.

Trabalho apresentado em congresso publicado em anais

Herculano-Houzel, S., Collins, C. E., Wong P., Kaas, J. H., & Lent, R. (2008). The basic nonuniformity of the cerebral cortex. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, Washington, DC. Retrieved December 13, 2012, from <<http://www.pnas.org/content/105/34/12593.full.pdf+html>>.

9) Anexos

Evite. Só poderão ser introduzidos quando contiverem informação indispensável para a compreensão dos textos.

V - LISTA DE VERIFICAÇÃO

1 - Declarações de responsabilidade e de transferência de direitos autorais assinadas por cada autor.

2 - Página de rosto com a identificação dos autores e suas instituições.

3 - Incluir título do original, em português e inglês.

4 - Incluir agradecimentos com os nomes de agências financiadoras, caso necessário.

5 - Incluir título abreviado, não excedendo cinco (5) palavras, para fins de legenda em todas as páginas impressas.

6 - Página de rosto sem identificação de autores, contendo apenas o título em português e inglês.

7 - Resumo em folha à parte, no máximo 150 palavras, contendo, ao final, com 3-5 palavras-chave.

8 - *Abstract* em folha a parte, máximo 150 palavras, contendo ao final 3-5 *keywords*.

9 - Verificar se o texto, incluindo resumos, tabelas e referências, está reproduzido com letra *Arial*, tamanho 12 e espaço duplo, e com formatação de margens superior e inferior (no mínimo, 2,5cm), esquerda e direita (no mínimo, 3cm).

10 - Verificar se as referências estão normalizadas segundo o estilo da APA - 6a. ed. (2010).

11 - Incluir permissão de editores para reprodução de figuras ou tabelas reproduzidas de outras fontes.

VI - DIREITOS AUTORAIS DA REVISTA ESTUDOS DE PSICOLOGIA

Todos os direitos editoriais são reservados. Nenhuma parte das publicações pode ser reproduzida, estocada por qualquer sistema

ou transmitida por quaisquer meios ou formas existentes ou que venham a ser criados, sem prévia permissão por escrito do editor chefe, ou sem constar o crédito de referência, de acordo com as leis de direitos autorais vigentes no Brasil. A aceitação do trabalho para a publicação implica na transferência de direitos do autor para a revista, sendo assegurada a mais ampla disseminação da informação.

DECLARAÇÃO DE RESPONSABILIDADE E TRANSFERÊNCIA DE DIREITOS AUTORAIS

Cada autor deve ler e assinar ambos os documentos:

- 1) Declaração de Responsabilidade e
- 2) Transferência de Direitos Autorais.

1. Declaração de responsabilidade

- Título do manuscrito:

- Nome por extenso dos autores (na mesma ordem em que aparecem no manuscrito):

- Autor responsável pelas negociações:

Certifico que:

- Participei da concepção do trabalho e torno pública minha responsabilidade pelo seu conteúdo;

- Não omiti quaisquer ligações ou acordos de financiamento entre os autores e companhias que possam ter interesse na publicação deste artigo;

- Trata-se de artigo original e o trabalho, em parte ou na íntegra, ou qualquer outro trabalho com conteúdo substancialmente similar, de minha autoria, não foi enviado para 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.

Assinatura do(s) autores(s) Data ____/____/____

2. Transferência de Direitos Autorais

- Título do manuscrito:

- Nome por extenso dos autores (na mesma ordem em que aparecem no manuscrito):

- Autor responsável pelas negociações:

Declaro que, em caso de aceitação do artigo, a revista *Estudos de Psicologia* passa a ter os direitos autorais a ele referentes, que se tornarão propriedade exclusiva da revista, sendo vedada qualquer reprodução, total ou parcial, em qualquer outra parte ou meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem que a prévia e necessária autorização seja solicitada e, se obtida, farei constar o competente agradecimento à Revista.

Assinatura do(s) autores(s) Data ____/____/____

Toda correspondência deve ser enviada à revista de *Estudos de Psicologia* no endereço:

Núcleo de Editoração SBI - Campus II

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

Fone/Fax: +55-19-3343-6875

E-mail: sbi.estudosdepsicologiapuc@puc-campinas.edu.br

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

Guide for Authors

Psychological Studies is a scientific quarterly journal (ISSN 0103-166X), entailed with the graduate course in Psychology, in the department of Life Sciences of the Pontifical Catholic University of Campinas (*Pontifícia Universidade Católica de Campinas*). Home page: <http://www.scielo.br/estpsi>. The journal was founded in 1983 and currently is ranked as A2 from the Qualis/Capes list (<http://www.capes.gov.br/avaliacao/qualis>). The journal is indexed in national and international data bases: SciELO, Lilacs, PsycINFO, Latindex, Clase, Index Psi.

I - TYPES OF PAPERS ACCEPTED BY THE JOURNAL PSYCHOLOGICAL STUDIES

Psychological Studies stimulates the contributions of national and international scientific community, and it's distributed in Brazil and in several other countries. All articles must be submitted online through the home page: <http://www.scielo.br/estpsi>.

The journal accepts original research in any area of Psychology, aiming to promote, and disseminate scientific knowledge as well as to discuss the significance of practices in the professional and research fields in Psychology. Before submitting the manuscript for evaluation to the *ad hoc* consultants it is submitted for pre-analysis by the academic editorial board. The following research categories are accepted for publications:

- **Empirical Studies:** Original papers articles based on empirical data. The articles must present the following sections: introduction, method, results e discussion.

- **Theoretical Articles:** Critical review of the literature on topics relevant to Psychology, questioning current concepts and developing hypotheses for future research.

- **Literature Reviews:** Synthesis of quantitative or qualitative studies answering a specific and relevant question in the psychology field. Description of the process for searching the original studies, the criteria used to select those that were included in the review as well as the procedure to synthesize the obtained results.

- **Case Studies:** Reports of studies with individuals, groups or organizations, indicating a problem and a way to resolve it based on literature.

- **Book Reviews:** Presentation and critical analysis of a book related to psychology area, one year ago, at the most.

All articles must present a maximum of 25 pages including charts, images and references. The counting will start by the cover page, it must be numbered page one. The manuscript that meets the above categories will be submitted for pre-analysis to the Editorial Board.

II - REPORT OF THE ETHICS COMMITTEE OPINION

Results of the studies with human beings must be accompanied by a copy of the Research Ethics Committee's approval. In addition, it should be stated in the last paragraph of the method section the protocol number and the approval date from Ethics Committee.

III - CONSIDERATION BY THE EDITORIAL BOARD

Original manuscripts will be accepted for evaluation if they have not been previously published. They should be submitted together with a covering letter which should be signed by the authors, requesting publication in the Journal.

The editorial process will only begin if the submitted manuscript follows the Journal requirements. Otherwise, it will be returned for adjustment to the Journal standards, or to include a letter or other documents, even before being submitted to the pre-analysis of the Editorial Committee Board and for the later merit evaluation by *ad hoc* reviewers.

After the pre-analysis stage, the following may occur:

(1) The manuscript will be forward to the *ad hoc* consultants.

(2) The manuscript may be returned to the authors, requesting modifications.

(3) The manuscript may be rejected due to: (i) contents, considering the Journal main themes; (ii) originality, relevancy to the theme and quality of the scientific method used.

(4) The manuscript will be send for peer reviewed by *ad hoc* if the manuscript meets the above criteria.

1) Evaluation of manuscripts

The peer review process used is the blind review, where the identity of the authors and the reviewers is not mutually known. With this in mind, the authors should not identify themselves in the manuscript. The original manuscripts, without author's identification, will be sent to at least two *ad hoc* reviewers. Two favorable reports are needed for final acceptance for publication. If there is any disagreement, the original will be sent to a third reviewer for analysis. If the reviewers identify any interest conflict, the Editorial Board will send the manuscript to another *ad hoc* reviewer.

The evaluation of the manuscripts will be kept in strict confidence. The authors will be informed if the manuscript has been accepted or rejected. Papers that have received suggestions for changes will be returned to authors for corrections with the reports and manuscript must be returned within thirty days. The evaluation process of the manuscripts will be completed after submission of the second and last version.

The reviewers' reports admit four possibilities: (a) approval; (b) recommendation for new analysis after a small redraft version; (c) recommendation for new analysis, after a complete redraft version. (d) Rejection. In any of these cases, the author(s) will be informed. On the last number of each Journal volume, it will be published the names of the *ad hoc* consultants who collaborated on the manuscripts evaluation in the current year.

The final process of the manuscript evaluation ends in the second version. The final decision regarding publication or not of the manuscript will be always made by the Editors. Minor changes in the manuscript may be made by the Editorial Board of the Journal, according to internal review criteria and standards. The reviewed manuscript must be returned within the stipulated deadline.

2) Proofs

Will be sent typesetting to the authors for correction of printing errors. The proofs must be returned to the Editing Office on

the stipulated date. Any other changes to the original manuscript will not be accepted at this stage. The author(s) of the paper will receive two copies of the issue in which their study was published.

IV - PRESENTATION OF THE ORIGINAL MANUSCRIPTS

The *Psychological Studies journal* uses the publication norms of the American Psychological Association (APA) (6th Edition, 2010). The original manuscripts must be written in Portuguese, English, French, or Spanish. All manuscripts must have a title and an English abstract.

To be considered for review by the Editorial Board of *Studies in Psychology*, the manuscripts should be submitted online home page: <<http://www.scielo.br/estpsi>>. Manuscripts that are forwarded by post mail, fax, e-mail or any other form other than online submissions will not be considered by the Editors.

The manuscripts must be double-spaced, Arial size 12 and 15 to 25 pages. The file should be saved in a text editor similar to Word version 97-2003 for Windows. The manuscript must be typed on A4-size paper, leaving margins on the top and bottom (minimum 2.5cm) and on the left and right (minimum of 3cm).

Important: The manuscript is blind reviewed in relation to the authors' identification. Therefore, authors are responsible for checking if there are no indications in the text that might identify them. There will be no acceptance of attachments, appendices or foot notes on the manuscript. The Journal is not responsible for the authors who do not abide by this norm.

Publication in English: Articles approved may be indicated by the Editorial Board will be published in English. In order to have the manuscript published, authors are responsible to finance the complete English translation version of their work. To assure the quality and uniformity of translated English manuscripts, the work should be done by a English translator expert on scientific publications, nominated by the Journal.

Revised version

The revised version must be sent via online (<<http://www.scielo.br/estpsi>>). The author(s) must only send the last version of the article. The alterations must be highlighted in blue followed by a letter to the editor reaffirming the interest in publishing in this Journal and informing which alterations were introduced in the manuscript. If there is any disagreement concerning the reviewers recommendations, the author(s) must present the arguments that justify their position. If the authors do not forward the revised manuscript and reply-letter within the stipulated deadline, the editorial process will be terminated at any stage of submission.

The manuscripts must have the following items in the order suggested:

1) Title page with author(s) identification containing the following information:

- Full title in Portuguese: Must be concise and avoid unnecessary and/or redundant words such as "assessment of...", "considerations about...", "an exploratory study on..."
- Suggestion of abbreviated title, not exceeding five words.
- Full title in English, compatible with the title in Portuguese.
- Name of each author(s), followed by affiliated institution. Do not abbreviate middle names.
- All data of titles and affiliation must be written without abbreviations or acronym.

- Full addresses of all the universities to which the authors are affiliated.

- Corresponding author(s) address, telephone and fax numbers, and email address.

- Include a footnote indicating financial support, acknowledgments to colleagues and technicians in one paragraph not exceeding three lines. This paragraph should also provide information about the source for the study and other information that is deemed relevant.

- If there are figures or tables published elsewhere, permission for their use should be attached to the manuscript.

2) Separate cover page

Separate title page only with the manuscript name and its English translation, without authors' identification.

3) Abstract in Portuguese on a separate page

The abstract must have a minimum of 100 and maximum of 150 words. No quotes or acronyms are allowed. It must have three to five key words at the end that precisely describe the content of the study. The abstract should include a brief reference to the problem investigated, sample characteristics, method used to collect data, results, and conclusions. Only the Book Review does not require an abstract. The Portuguese abstract should be numbered as page 3, following the page without identification.

4) Abstract in English on a separate page

It must be compatible with the Portuguese abstract. It must follow the norms and have keywords. This is page number 4.

5) Manuscript organization

The text of the manuscript submitted for publication should be clearly organized with headings and subheadings to facilitate reading. For research reports, the manuscript must have an introduction; method section containing consistent information about the participants, instruments, and the procedures used; a result section that must state the most important aspects related to the research objectives; and the discussion that should adequately and objectively address the results discussed making reference to studies in the literature. The final considerations must present the relevant conclusions, considering the objectives of the study and indicate further possible studies. Studies limitations as well as suggestions for future research should be indicated.

6) Illustrations

Tables, charts and figures must be limited to a maximum of five consecutively and independently numbered in Arabic numerals according to the sequence of appearance of the data/in the text. They must each be on an individual and separated sheet, indicating their locations in the text. A short title must be given must be given to each of them.

The author(s) is responsible for the quality of the figures (drawings, illustrations, and graphs), which must allow reduction without loss of definition to the size of one or two columns (7 and 15cm, respectively); landscape format is not allowed. Digitalized figures must be supplied in jpeg or tiff with a minimum resolution of 500 Dpi. The words Figure, Table, Appendix that appear in the text

should be written with the first letter capitalized and followed by the number (Figures, Tables and Appendices) to which they refer. The suggested location for inserting the figures and tables should be indicated in the text. The titles must be concise. No colored images are accepted.

7) Citations

Secondary references will not be accepted or citing a citation of the original author.

Citations of articles with more than one author:

- Articles with two authors: list the two authors whenever referring to the article.

- Articles with three to five authors: list all the authors when first referring to the article; after second reference to the article, list the surname of the first author followed by et al. and the date.

- Articles with six or more authors: list the surname of the first author followed by et al. and the date at first reference to the article in the text.

In the case of a literal citation with up to 40 words, the citation in the text should appear with quotation marks, followed by the surname of the author, date, and page.

A new paragraph must be used for citations with more than 40 words, single-spacing, font size 11, and indented 4cm from the left margin.

Citation of re-edited or old publications

In case of old citations with new editions of the work, the citation should include the two dates, the date of the first publication and the edition read by the author. For example: Freud (1912/1969, p.154). If there are other citations or references to other texts of the same publication, differentiate using lowercase letters. For example, Freud (1939/1969a) and so forth.

8) References

Studies by a single author should precede the work of multiple authors when the surname is the same. In case of studies in which the first author is the same, but the co-authors are different, the criterion of alphabetical order of last names of the co-authors should be used. Studies by the same author should be ordered by date, the oldest work being mentioned first. Studies by the same author and same date must be differentiated using "a" and "b". Journal Article in press should be avoided.

The formatting of references should facilitate the task of reviewing and editing, for such, use line spacing of 1.5 and font size 12. References to other articles published in the Journal are recommended as a way to increase the impact factor

Exactness and adequateness of references to studies which have been consulted and mentioned in the text of the manuscript and the content of the study are the author's responsibility. All the authors whose studies were cited in the text must be followed by the date of publication and listed in the Reference section. References and citations must be made according to the norms of the APA.

Examples of most common references used

Article in scientific journal

Garcia del Castillo, J. A., Dias, P. C., & Castelar-Perim, P. (2012). Autor-regulação e consumo de substâncias na adolescência. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 25(2), 238-247.

Books

Fernandes, J. M. G. A., & Gutierrez Filho, P. J. B. (2012). *Psicomotricidade: abordagens emergentes*. Barueri: Manole.

Book Chapters

Böhm, G., & Tanner, C. (2012). Environmental risk perception. In L. Steg, A. E. van den Berg & J. I. M. Groot (Eds.), *Environmental psychology: An introduction* (pp.16-25). Oxford: BPS Blackwell.

Re-edition of century-old publications

Sartre, J-P. (2012). *The imagination*. New York: Routledge. (Original work published 1936).

Doctoral Dissertations and Master's Thesis

For an unpublished doctoral dissertations

Wilfley, D. E. (1989). *Interpersonal analyses of bulimia: Normal-weight and obese* (Unpublished doctoral dissertation). University of Missouri, Columbia.

Corporate authorship

World Health Organization. (2012). *Safe abortion: Technical and policy guidance for health systems evidence summaries and grade tables*. Washington, DC: Author.

Meetings and Symposia

Malabris, L. E. (2006). A terapia cognitivo-comportamental frente ao stress ocupacional e a síndrome de Burnout. *Anais do VI Congresso Latinoamericano de Psicoterapias Cognitivas* (Vol 1). Buenos Aires.

Electronic Material

Article in scientific journal

Mora, R. I., Lobos, A., & Ibanez, A. (2012). Straight to the point: How people encode linear discontinuations. *Fractal: Revista de Psicologia*, 24(3), 501-512. Retrieved December 17, 2012, from <<http://www.scielo.br/scielo.br>>.

Doctoral dissertations and master's thesis

Doctoral dissertations from web

Bruckman, A. (1997). *MOOSE crossing: Construction, community, and learning in a networked virtual world for kids* (Doctoral dissertation). Massachusetts Institute of Technology. Retrieved December 13, 2012, from <<http://www.static.cc.gatech.edu/~sb/thesis/>>.

Corporate authorship

World Health Organization. (2012). *Safe abortion: Technical and policy guidance for health systems evidence summaries and grade tables*. Washington, DC: The Author. Retrieved December 19, 2012, from <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70914/1/9789241548434_eng.pdf>.

Meetings and Symposia

Herculano-Houzel, S., Collins, C. E., Wong P., Kaas, J. H., & Lent, R. (2008). The basic nonuniformity of the cerebral cortex. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, Washington, DC. Retrieved December 13, 2012, from <<http://www.pnas.org/content/105/34/12593.full.pdf+html>>.

9) Attachments

Avoid them. They can only be included when they contain indispensable information for the understanding of the text.

V - CHECKLIST

1 - Declaration of responsibility and transference of copyrights signed by each author.

2 - Cover page with the authors identification and institutions.

3 - Include manuscript title in Portuguese and English; Include short title, not exceeding five words, to be used as legend on all the pages.

4 - Acknowledgements of financial support from agencies, if needed.

5 - Abbreviated title with no more than 5 words.

6 - Cover page without no authors' identification, just with the manuscript title and its English translation.

7 - Portuguese abstract, with no more than 150 words, with 3-5 keywords at the end.

8 - English abstract, with no more than 150 words, with 3-5 keywords at the end.

9 - Check if the text, including the abstracts, tables, and references, is typed with Arial font size 12, double-spaced, with margins on the top and bottom (minimum 2.5cm) and on the left and right (minimum of 3cm).

10 - Check if the references are standardized within the norms of the APA style, 6th Edition.

11 - Include permission from editors to reproduce the figures or tables reproduced elsewhere.

VI- COPYRIGHT OF THE JOURNAL OF STUDIES ON PSYCHOLOGY

All copyrights are reserved. No part of the publications may be reproduced, stored in a retrieval system or transmitted by any means or form that may exist or be created, without prior written permission of the Editor-in-Chief, or without crediting the source, in

accordance with the laws of copyright in Brazil. Upon acceptance of an article, the author(s) will be asked to transfer copyrights. This transfer will ensure widest possible dissemination of information.

DECLARATION OF RESPONSIBILITY AND TRANSFERENCE OF COPYRIGHT

Each author must read and sign the following documents:

1) Declaration of responsibility and 2) transference of copyright.

- Title of the manuscript;

- Full name of authors (in the same order in which they appear in the manuscript);

- Author responsible for correspondence.

1. Declaration of Responsibility

I certify that:

- I participated in the study and I publicly acknowledge the content as being of my responsibility;

- I did not omit any connections or financial agreements among the authors and companies that may have interest in the publication of this manuscript;

- I certify that the manuscript is original and that the partial or complete study or any other study with similar content written by me has not been sent to another Journal and it will not be while its publication is being considered by *Psychological Studies* Journal whether in printed or electronic format.

Signature of author(s), Date ____ / ____ / ____

2. Transference of Copyright

I declare that, if the article is accepted, the *Psychological Studies* Journal will have all the copyrights referent to the article, which will become exclusive property of the Journal, and total or partial reproduction is forbidden, in any other publicizing mean, printed or electronic, without prior permission and if authorized and obtained the Journal shall be acknowledged.

Signature of author(s), Date ____ / ____ / ____

All correspondence must be sent to the Psychological Studies journal to the following address

Núcleo de Editoração SBI - Campus II

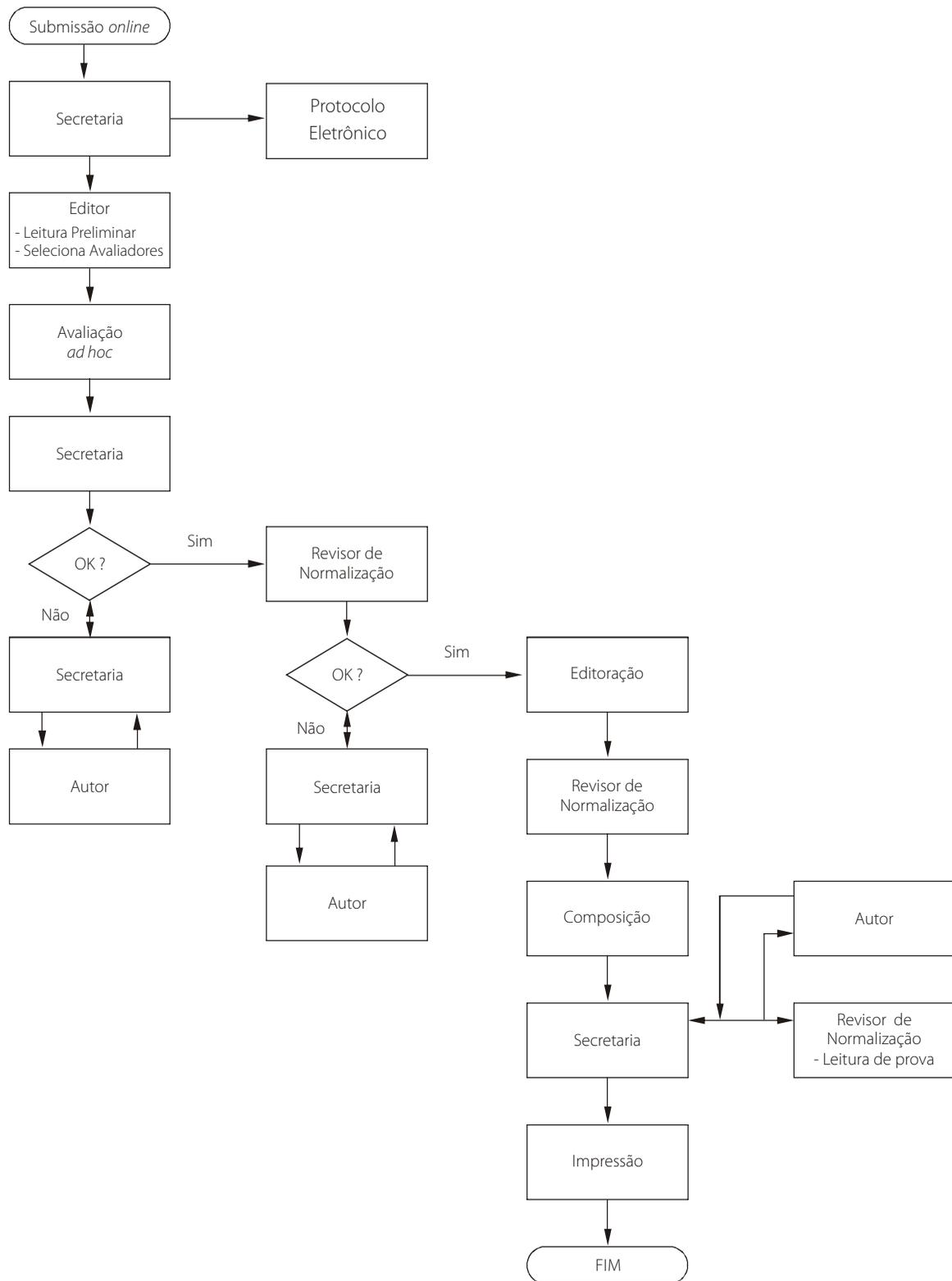
Av. John Boyd Dunlop, s/n. - Prédio de Odontologia - Jd. Ipaussurama - 13060-904 - Campinas, SP, Brazil

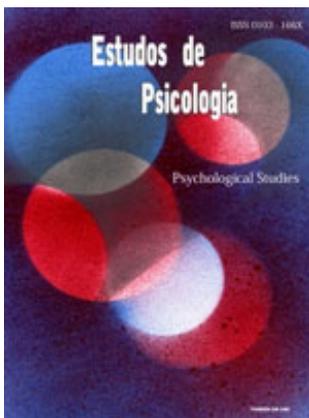
Fone/Fax:+55-19-3343-6875

E-mail: sbi.estudosdepsicologiapuc@puc-campinas.edu.br

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

Fluxograma de Artigos





Prezado leitor,

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, indexada nas bases de dados internacionais: PsycINFO, Psycodoc, SciELO, Clase, Latindex, Lilacs e Index Psi.

Lista Qualis: A2 - Psicologia.

Esperamos contar com sua presença entre nossos assinantes regulares.

Preencha o canhoto abaixo.

Comissão Editorial

ASSINATURA

RENOVAÇÃO

<input type="checkbox"/> Volume 22 (2005)	<input type="checkbox"/> Pessoas Físicas	R\$ 40,00	<input type="checkbox"/> Institucional	R\$ 50,00	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Volume 23 (2006)	<input type="checkbox"/> Pessoas Físicas	R\$ 40,00	<input type="checkbox"/> Institucional	R\$ 50,00	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Volume 24 (2007)	<input type="checkbox"/> Pessoas Físicas	R\$ 40,00	<input type="checkbox"/> Institucional	R\$ 80,00	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Volume 25 (2008)	<input type="checkbox"/> Pessoas Físicas	R\$ 70,00	<input type="checkbox"/> Institucional	R\$ 120,00	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Volume 26 (2009)	<input type="checkbox"/> Pessoas Físicas	R\$ 80,00	<input type="checkbox"/> Institucional	R\$ 130,00	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Volume 27 (2010)	<input type="checkbox"/> Pessoas Físicas	R\$ 90,00	<input type="checkbox"/> Institucional	R\$ 200,00	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Volume 28 (2011)	<input type="checkbox"/> Pessoas Físicas	R\$ 90,00	<input type="checkbox"/> Institucional	R\$ 250,00	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Volume 29 (2012)	<input type="checkbox"/> Pessoas Físicas	R\$ 90,00	<input type="checkbox"/> Institucional	R\$ 300,00	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Volume 30 (2013)	<input type="checkbox"/> Pessoas Físicas	R\$ 90,00	<input type="checkbox"/> Institucional	R\$ 300,00	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Volume 31 (2014)	<input type="checkbox"/> Pessoas Físicas	R\$ 90,00	<input type="checkbox"/> Institucional	R\$ 350,00	<input type="checkbox"/>

Nome: _____

Endereço: _____ Bairro: _____

CEP: _____ Cidade: _____ Estado: _____ Telefone: _____

CNPJ/CPF: _____ E-mail: _____

Assinatura: _____ Data: ____/____/____

FORMA DE PAGAMENTO

Boleto Bancário

Solicitar via e-mail: sbi.assinaturane@puc-campinas.edu.br

OBS.: Favor indicar melhor data para pagamento e em nome de quem o boleto deverá ser emitido.

Estudos de Psicologia - Núcleo de Editoração - Prédio de Odontologia - Campus II

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

Fone: (19) 3343-7351/3343-7640 - Fax: (19) 3343-7271

E-mail: sbi.assinaturane@puc-campinas.edu.br - Home Page: www.scielo.br/estpsi

Pontifícia Universidade Católica de Campinas
(Sociedade Campineira de Educação e Instrução)

Grão-Chanceler: Dom Airton José dos Santos

Reitora: Profa. Dra. Angela de Mendonça Engelbrecht

Vice-Reitor: Prof. Dr. Eduard Pranic

Pró-Reitoria de Graduação: Prof. Dr. Germano Rigacci Júnior

Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação: Profa. Dra. Vera Engler Cury

Pró-Reitoria de Extensão e Assuntos Comunitários: Profa. Dra. Vera Engler Cury

Pró-Reitoria de Administração: Prof. Dr. Ricardo Pannain

Diretora do Centro de Ciências da Vida: Profa. Dra. Miralva Aparecida de Jesus Silva

Diretor-Adjunto do Centro de Ciências da Vida: Prof. Dr. José Gonzaga Teixeira de Camargo

Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Psicologia: Profa. Dra. Vera Lúcia Trevisan de Souza

Estudos de Psicologia

Com capa impressa no papel supremo 250g/m² e miolo no papel pólen soft 90g/m²

Capa / Cover

Morgan Klaus

Miolo

Katia Harumi Terasaka

Editoração eletrônica / DTP

MRB Editoração

Impressão / Printing

Grupo Santa Edwiges

Tiragem / Edition

800

Distribuição / Distribution

Sistema de Bibliotecas e Informação da PUC-Campinas - Serviço de Publicação, Divulgação e Intercâmbio

INSTRUMENTOS E PROCESSOS EM AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA INSTRUMENTS AND PROCESS IN PSYCHOLOGICAL ASSESSMENTS

Employment of Item Response Theory to measure change in Children's Analogical Thinking Modifiability Test

Emprego da Teoria de Resposta do Item para medida de mudança no Children's Analogical Thinking Modifiability Test

| Odoisa Antunes de Queiroz | Ricardo Primi | Lucas de Francisco Carvalho | Sônia Regina Fiorim Enumo

Avaliação da resiliência em adultos e idosos: revisão de instrumentos

Assessment of resilience in adults and the elderly: A review of instruments

| Léia Gonçalves Gurgel | Rodrigo Della Méa Plentz | Maria Cristina Rodrigues Azevedo Joly | Caroline Tozzi Reppold

Perception of risk from electric and magnetic fields: Stress effects and psychological aspects

Percepção de risco de campos elétricos e magnéticos: efeitos do estresse e outros aspectos psicológicos

| Marilda Emmanue Novaes Lipp | Flavio Eitor Barbieri | Leonel Sant'anna | Ana Paula Justo | Ana Carolina Cabral | Flavia Urbini dos Santos | Sabrina Gallo | Leeka Kheifets

PSICOLOGIA DO ENSINO E APRENDIZAGEM PSYCHOLOGY OF TEACHING AND LEARNING

Cuidado e desenvolvimento em crianças escolares de Salvador

Care and development in schoolchildren in Salvador, Bahia, Brazil

| Vania Bustamante

PSICOLOGIA DE SAÚDE HEALTH PSYCHOLOGY

Study of the stress of parents of patients with cleft lip and palate in a surgical process

Estudo do estresse de pais de pacientes com fissura labiopalatina em processo cirúrgico

| Maria de Lourdes Merighi Tabaquim | Matilde Aparecida Motta Marquesini

Body, stress and nursing: Ethnography of an Intensive Care and Surgical Center

Corpo, estresse e enfermagem: etnografia em Centro de Tratamento Intensivo e Centro Cirúrgico

| Maria das Graças Teles Martins | Odilon Castro | Pedro Paulo Gomes Pereira

Comunicação em pediatria: revisão sistemática de literatura

Pediatric communication: A systematic literature review

| Marina Kohlsdorf | Aderson Luiz Costa Junior

Disfunção temporomandibular na visão de profissionais e acadêmicos de odontologia

Temporomandibular disorders from the perspective of dentistry academics and professionals

| Adriana Cristina Zavanelli | Paulo Renato Junqueira Zuim | Gláucia de Souza Barboza | Mirella Martins Justi

Fatores intervenientes à prática do mountain bike junto à natureza

Factors involved in the practice of mountain biking in nature

| Jairo Antônio da Paixão | Marizabel Kowalski

PSICOLOGIA SOCIAL SOCIAL PSYCHOLOGY

Overcoming prejudices in emancipatory education: The remaining group

Tentando desfazer preconceitos em uma educação emancipatória: o grupo dos remanescentes

| Angela Maria Pires Caniato | Michele Aparecida Castro | Karina Quilice Martinelli | Lara Hauser Santos | Sarah Gisele Silva

A organização do trabalho na era digital

The work organization in the digital era

| Lília Aparecida Kanan | Marina Patrício de Arruda

Aspectos psicológicos e reabilitação profissional: revisão de literatura

Psychological aspects and vocational rehabilitation: A literature review

| Patrícia Canal | Roberto Moraes Cruz

TRATAMENTO E PREVENÇÃO PSICOLÓGICO PSYCHOLOGICAL TREATMENT AND PREVENTION

Depressive and anxiety symptoms in patients with Metabolic Syndrome

Sintomas de depressão e de ansiedade em pacientes com Síndrome Metabólica

| Lillian Lopes Sharovsky | Bellkiss Wilma Romano

Produções discursivas sobre o trabalho em equipe no contexto da reforma psiquiátrica: um estudo com trabalhadores de Centros de

Atenção Psicossocial

Discursive productions about the teamwork in the context of psychiatric reform: A study of workers in Psychosocial Care Centers

| Juliana Catarine Barbosa da Silva | Pedro de Oliveira Filho

Apoio social a pacientes coronarianos: efeitos de intervenção comportamental com um familiar

Social support for coronary patients: Effects of a behavioral intervention with a family member

| Marcela Abreu-Rodrigues | Eliane Maria Fleury Seidl

A relação mãe-criança durante o atendimento odontológico: contribuições da análise do comportamento