

ISSN 0103 - 166X

ESTUDOS DE PSICOLOGIA

Psychological Studies

Volume 31
Número 1

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.31 n.1 jan./mar. 2014

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 Velloso Gouveia - UFPB - João Pessoa (PB) - Brasil
Verônica Morais 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
Leonor M. C. Espinosa - Universitat Autònoma de Barcelona - Barcelona - Espanha
Maria de Fátima Morais - 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. Jimeron - 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 31

Número 1

Janeiro/Março

2014

sumário CONTENTS

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

- 3** **If you do not know the child's temperament you do not know the child**
Se não se conhece o temperamento da criança, não se conhece a criança
| Carmelo Callueng | Thomas Oakland
- 15** **Social skills of adolescents: Convergent validity between IHSA-Del-Prette and MESSY**
Habilidades sociais de adolescentes: validade convergente entre o IHSA-Del-Prette e a MESSY
| Zilda Aparecida Pereira Del Prette | Maycoln Teodoro | Almir Del Prette
- 25** **Accuracy in dictation after improvement of reading and copying skills in a student with learning difficulties**
Precisão em ditado após fortalecimento de leitura e cópia em um escolar de risco
| Ana Claudia Moreira Almeida Verdu | France Matos de Oliveira

PSICOLOGIA DO ENSINO E APRENDIZAGEM *PSYCHOLOGY TEACHING AND LEARNING*

- 35** **Espiritualidade na formação acadêmica em psicologia no Rio Grande do Sul**
Spirituality in psychology academic training: A comparative study of senior and freshmen undergraduate students in Rio Grande do Sul
| Carla Maria Frezza Cavalheiro | Denise Falcke
- 45** **University students in crisis: University dropout and professional re-selection**
Estudo sobre universitários em crise: evasão e re-escolha profissional
| Yvette Piha Lehman
- 55** **Aprendendo com o insucesso: um estudo de caso de aplicação da resolução criativa de problemas ao projeto educativo**
Learning from failure: A case study on the use of creative problem solving with the educational project
| Fernando Cardoso de Sousa | José Manuel Brito Pires Bica | Ileana Pardal Monteiro

PSICOLOGIA DE SAÚDE *HEALTH PSYCHOLOGY*

- 65** **A influência dos amigos no consumo de drogas entre adolescentes**
Friend's influence on drug consumption among adolescents
| Luciana Roberta Donola Cardoso | André Malbergier

- 75** **Decisões em saúde no relacionamento entre o profissional e o paciente com transtorno alimentar**
Health decision in the relationship between professional and patient with eating disorder
| Laura Vilela e Souza | Manoel Antônio dos Santos
- 85** **Esquemas desadaptativos e sua relação com o transtorno de estresse pós-traumático: uma revisão sistemática**
Maladaptive schemas and its relationship with posttraumatic stress disorder: A systematic review
| Nathália Susin | Clarissa Salle Carvalho | Christian Haag Kristensen
- 97** **A comunicação entre o casal no contexto do cancro da mama**
Communication between the couple in the context of breast cancer
| Helena Moreira | Maria Cristina Canavarro

TRATAMENTO E PREVENÇÃO PSICOLÓGICO *PSYCHOLOGICAL TREATMENT AND PREVENTION*

- 107** **Users' psychological characterization of the *Birigui* Mental Health Clinic**
Caracterização dos usuários do atendimento psicológico do Ambulatório de Saúde Mental de Birigui
| Renato Salviato Fajardo | Adriana Cristina Zavanelli | Eliene Ferreira Botasim | Glauca de Souza Barboza
- 115** **Breathing and relaxation training for patients with hypertension and stress**
Treino de relaxamento e respiração em pacientes com hipertensão e estresse
| Livia de Matos Chicayban | Lucia Emmanoel Novaes Malagris

RESENHA *BOOK REVIEW*

- 127** **Psicoterapeuta: teoria e paciente**
Psychotherapist: Theory and patient
| Geraldina Porto Witter
- 131** ***IN MEMORIAN***
Geraldina Porto Witter 1934-2014
| Raquel Souza Lobo Guzzo
- 133** **Instruções aos Autores**
Guide for Authors

If you do not know the child's temperament
you do not know the child

*Se não se conhece o temperamento da criança,
não se conhece a criança*

Carmelo **CALLUENG**¹
Thomas **OAKLAND**²

Abstract

Current scholarship generally characterizes temperament as stylistic and relatively stable traits that subsume intrinsic tendencies to act and react in somewhat predictable ways to people, events, and other stimuli. An understanding of children's temperament preferences aids our understanding of the origins of behaviors as well as normal attitudes children display at home, school, and elsewhere. The purpose of this paper is to provide an introduction to children's temperament along with a desire that this information serve to stimulate further research and applications in Brazil. The concept of temperament has evolved from a classic (Hippocrates and Galen) to a modern (Jung and Myers and Briggs) perspective. Two theoretical orientations (Thomas and Chess as well as Oakland and colleagues) provide somewhat popular methods to explain temperament constructs displayed by children and youth. This paper focuses on Oakland and colleagues' approach to temperament in children ages 8-17 in terms of the eight basic styles that are grouped into four bipolar traits: extroverted or introverted, practical or imaginative, thinking or feeling, and organized or flexible styles. Descriptions of the temperament styles and their corresponding behavioral characteristics in children are included. Findings from cross-national research on children's temperaments also are discussed.

Keywords: Child behavior; Questionnaires; Temperament.

Resumo

O conhecimento atual geralmente caracteriza temperamento como traços de estilo relativamente estáveis que classificam tendências intrínsecas para agir e reagir de maneiras mais ou menos previsíveis à pessoas, eventos e outros estímulos. Entender as preferências de temperamentos infantis nos ajuda a entender as origens dos comportamentos das crianças bem como suas atitudes cotidianas em casa, na escola ou em outros lugares. O objetivo deste artigo é fornecer uma introdução ao temperamento infantil juntamente com um desejo de que esta informação estimule estudos futuros e aplicações no Brasil. O conceito de temperamento tem evoluído da perspectiva clássica (Hipócrates e Galeno) para a moderna (Jung e Myers e Briggs). Duas referências teóricas (Thomas e Chess assim como Oakland e colaboradores) nos fornece métodos um tanto populares para explicar constructos de temperamento apresentados por crianças e jovens. Este artigo é focado na abordagem de Oakland e seus colaboradores ao temperamento de crianças entre 8 e

▼ ▼ ▼ ▼ ▼

¹ University of Nebraska, College of Education, School Psychology Department. 1615 West 24th, Street, 68849 Kearney, NE, United States. *Correspondência para/Correspondence to:* C. CALLUENG. *E-mail:* <calluengcm@unk.edu>.

² University of Florida, College of Education, Department of Educacional Psychology. Gainesville, FL, United States.

17 anos que apresenta oito estilos básicos agrupados em quatro traços bipolares: extrovertido ou introvertido, prático ou imaginativo, raciocínio ou emoção, e organizado ou flexível. Descrições dos estilos de temperamento e suas características comportamentais em crianças estão incluídas. Os resultados de pesquisa transnacional abordando temperamento infantil também são discutidos.

Palavras-chave: Comportamento infantil; Questionários; Temperamento.

Parents and professional engaged with children and youth generally detect important differences in their attitudes and behaviors-often at an early age. For example, some children are practical, serious, quiet, organized, dependable, and succeed through concentration and thoroughness. In contrast, other children are warmly enthusiastic, ingenious, imaginative, readily help others, and succeed by improvising instead of preparing in advance. A closer examination of these children will reveal important value differences. The first group of children value traditions and seek to contribute to important institutions through their personal involvement in schools, families, and often religious institutions. In contrast, the second group of children values their personal development and seek continued opportunities to grow and develop, recognizing such growth occurs best when they are surrounded by harmony. These differences reflect temperament differences.

Over centuries, scholars have attempted to describe and explain the origins of these and other important temperament and personality differences-ones that often are viewed through the lens of behavioral styles, emotions, degrees of stability, and heritability (Goldsmith et al., 1987). The resulting scholarship generally characterizes temperament as stylistic and relatively stable traits that subsume intrinsic tendencies to act and react in somewhat predictable ways to people, events, and other stimuli. Temperament reflects behavioral tendencies rather than specific behaviors; temperament traits appear early in life (Goldsmith et al., 1987; Thomas & Chess 1977) and thus are assumed to have a biological origin (Bates & Wachs, 1994; Goldsmith et al., 1987; Kagan, 1989, 1994a, 1994b, 1998; Keogh, 2003; Oakland, Glutting, & Horton, 1996). The development of temperament may be tempered by the environment and personal choice through the process of acculturation and

accommodation, an idea closely related to psychological anthropology that views culture as establishing preferred behavioral styles (Miller, 1999).

An understanding of children's temperament preferences aids our understanding of the origins of behaviors as well as normal attitudes children display at home, school, and elsewhere. Temperament can assist in identifying talent, adjusting for possible weaknesses, enhancing personal and social development, promoting an understanding of others, assessing learning styles, promoting educational development, exploring career interest, and facilitating research and evaluation studies (Oakland et al., 1996). These broad uses of temperament are closely aligned to an ultimate goal of educators and psychologists, namely to accurately describe and understand children's core qualities and to utilize this information when providing services that enable children and youth to succeed academically, socially, behaviorally, and emotionally.

The purpose of this article is to provide an introduction to children's temperament along with a desire that this information serve to stimulate further research and applications in Brazil. A brief introduction to historic and current theory that guides our understanding of temperament is followed by a more detailed discussion of correlates of temperament together with international perspectives on children's temperament.

Theoretical perspective of temperament

The concept of temperament has evolved from a somewhat simple idea related to body fluids to a more sophisticated and broad theoretical explanation that encompasses biological and environmental influences together with personal

choice. The following discussion presents a brief introduction to historic perspective of temperament theory.

Classic theory of temperament

Hippocrates. Temperament was introduced in the Greek culture as early as the 4th century b.C. by Hippocrates (1939, 1988, 1994). Temperament was described as behavior that clusters in four humors, namely yellow and black bile, blood, and phlegm. These were considered to be neurochemical precursors of bipolar behaviors thought to oppose each other (warm versus cool, dry versus moist). Hippocrates' temperament theory was based on the premise that all mental, emotional, and behavioral disorders are caused by natural factors such as inherited susceptibility and an imbalance of the four humors (Hergenbahn, 2001).

Galen. Galen expanded Hippocrates' four humors by translating them into four physical and emotional temperament characteristics (Galen, 1992; Hergenbahn, 2001; Hippocrates, 1939): choleric, phlegmatic, melancholic, and sanguine. Galen believed that emotional and behavioral functioning was due to the dominance of one pair of bodily states over the complementary pair (warm and moist dominating cool and dry). For example, those with a choleric type have an over supply of yellow bile that would incline persons to be both angered and calmed easily, to change moods and likes quickly, and, when extreme, to be seen as a fool. Kant added other behaviors to these four qualities (H.J. Eysenck & Eysenck, 1985).

Modern theory of temperament

Jung. Jung's theory of temperament arose from his observations and interactions with clients seeking psychiatric services. He noted that patients with similar temperament qualities displayed similar adjustment problems. For example, he reported that patients with hysteria displayed extroverted attitudes regardless of their emotional instability.

He described these patients as being consistently aware of their surroundings and interacting actively with the therapist. On the other hand, patients with schizophrenia displayed introverted attitudes and preferred to be alone and withdrawn from others (Storr, 1991).

Jung explored the unconscious mind through the study of attitudes and values. Jung described attitude as "the psyche's ability to act or react in a certain way" (Jung, 1921/1971, p.414). The fundamental ideas in Jung's psychological typology are the two attitudes of introversion and extroversion-bipolar qualities found on every viable scale of temperament and personality. He believed every person displays both introversion and extroversion *behavioral tendencies* (Jung, 1921/1971). However, each person is thought to have a particular *preference* for either introversion or extroversion and most often display behaviors consistent with their preferences. Introversion and extroversion are displayed along a continuum. Thus, persons may vary from being strongly introverted to slightly introverted or strongly extroverted to slightly extroverted (Jung, 1921/1971). Introversion and extroversion bring both positive and negative qualities depending on a person's general disposition (Wehr, 1971).

Jung also identified four basic psychological functions: thinking, feeling, sensation, and intuition (Jung, 1921/1971). Each of these functions can be displayed along with extroversion and introversion. Jung viewed thinking and feeling as rational functions (Jung, 1921/1971). Persons who display a thinking preference make decisions through careful deliberation together with the use of logical and objective information. They value justice, truth, and facts. In contrast, persons who display a feeling preference base decisions on a subjective process. The value loyalty, sympathy, and harmony. These values create a sense of liking, disliking, or general mood that integrates past experiences and can lead to either accepting or rejecting a choice.

Jung believed intuition and sensation represent two different functions for acquiring and assessing information. Intuition and sensation operate in opposite directions and are considered

irrational decision-making styles. Persons who display an intuition assimilate quickly, thus integrating past experiences and unconscious perceptions. In contrast, persons who display sensation require direct physical experiences of the world, with facts or external stimuli acquired through their physical senses. Unlike intuition, sensation is a conscious perception and acquired through concrete experience rather than by analysis.

Myers and Briggs Theory. Myers was fascinated with Jung's work, accepted his three bipolar qualities, and added a fourth: judging and perceiving. Judging and perceiving are concepts that relate to how persons prefer to structure their lives in relation to the environment. Person with a judging orientation prefer planning, systems, order, routines, standards, self-regimentation, purposeful actions, decisiveness, and closure. Persons with a perceiving orientation prefer spontaneity, understanding, tolerance, curiosity, zest for experience, and adaptability (I.B. Myers & Myers 1980).

Myers and Briggs developed the Myers-Briggs Type Indicator (MBTI) (I.B. Myers & Myers, 1980). The MBTI combines Jung's three psychological dimensions [extroversion (E)-introversion (I), sensing (S)-intuition (N), and thinking (T)-feeling (F)] and added the judging (J)-perceiving (P) dimension. These four bipolar qualities yield 16 type combinations: ISTJ, ISFJ, INFJ, INTJ, ISTP, ISFP, INFP, INTP, ESTP, ESFP, ENFP, ENTP, ESTJ, ESFJ, ENFJ, and ENTJ (Quenk, 2009). The MBTI is one of the most widely used measures of temperament and personality internationally, given the breadth of its applications for adults (Joyce, 2010).

Temperament construct for children and youth

Early theory and research on temperament were conceptualized on adult behavior patterns. However, theorists agree that temperament dispositions are early appearing and that temperament differences are present as early as infancy, thus suggesting temperament is innate or biologically rooted (Jung, 1928/1945; Rothbart, 1989; Teglasi, 1998a; Teglasi, 1998b). Differences

in infants' activity levels, sociability, and emotionality reflect their temperaments (Buss, 2011; Jung (1928/1945; Thomas & Chess, 1989) described infants' adaptation to the environment, especially how quickly they interact with objects and other people, as an early sign of extroversion. Indicators of introversion in children include shyness, reflective thinking, and fearfulness of unknown objects and persons.

Thomas and chess temperament theory

Thomas and Chess (1977, 1989) developed a framework for understanding children's temperaments based on behavioral characteristics that helped explain the similarities between behavioral styles and temperament. Behavioral style describes how a person behaves rather than how well, what (abilities and content), or why (motivation) a person behaves. The term *behavioral style* refers to behavioral characteristics that are present at birth and throughout life. In contrast, temperament refers to *preferred* behavioral tendencies. They too appear in early infancy and may last throughout life. Temperament measures for children and adults generally assess preferences, not behaviors.

Thomas and Chess considered development as a complex interplay between the child and the environment. They believed temperament is best understood when it is described in the context of a child's environment. They used the concept of *goodness of fit* to explain the temperament-environment interactive process. Goodness of fit occurs when there is a good match between the preferred characteristics of the child and the preferred characteristics of the environment. Poorness of fit occurs when there is a mismatch between the child's preferred characteristics and those of the environment.

Thomas and Chess identified three somewhat common temperament styles in infants: easy, difficult, and slow-to-warm-up. An easy temperament was displayed by approximately 40%

of the infants. They were described as being able to establish regular routines, were cheerful, adapt easily to new situations, contented, and easy going. A difficult temperament was displayed by approximately 10% of the infants. About 70% of these children later encountered long-term adjustment problems at some point in the future. They were described as experiencing irregular routines, problematic sleep cycles, were slow to adapt to new circumstances, and tended to react negatively to persons and events. A slow-to-warm temperament was displayed by approximately 50% of the infants. They were described as watchful of strangers, lethargic, tending to display a negative mood, and to adjust rather slowly to new situations. Approximately 35% of the infants displayed a combination of temperament styles.

Oakland's approach to children's temperament

Oakland and colleagues (Oakland et al., 1996) developed the Student Styles Questionnaire (SSQ) in an effort to better understand the temperament qualities of children and youth, ages 8-18. The SSQ is based on the previously discussed Myers/Briggs model of temperament and thus describes children's temperament through eight basic styles that are grouped into four bipolar traits: extroverted or introverted, practical or imaginative, thinking or feeling, and organized or flexible styles. In turn, the basic styles can form 16 meaningful combinations with four styles (one of the 16 is extroverted-practical-thinking-organized styles) in each combination (Oakland et al., 1996). Each of the temperament qualities is discussed below.

Extroverted-introverted traits. Knowledge of extroverted-introverted traits helps us understand the primary source from which children derive energy. Those who prefer an extroverted style generally derive energy primarily from the external environment and thus are more oriented to people. In contrast, those who prefer an introverted style generally derive energy primarily from themselves and thus are more oriented to their personal ideas and reflection.

Children who prefer an extroverted style.

Children who prefer extroverted style generally enjoy meeting and interacting with people. They exhibit higher energy levels, socialize readily and often, and enjoy discussing different topics. They are drawn to participate in group activities and experience discomfort when required to spend too much time alone. Socially, they move easily from situation to situation, learning people's names, and engaging in conversation.

In school, children with an extroverted style preference develop their thoughts and ideas by discussing them and thus thrive in a learning environment in which they have opportunities to participate and talk. Positive behaviors are reinforced through encouragement and praises. They may not be comfortable when working on long assignments or seatwork. They also tend to act without thinking and planning. Their desire for interaction may disrupt the classroom environment and, at an extreme, may be annoying to students who display strong preference for an introverted style.

Children who prefer an introverted style.

Children who prefer introverted style are likely to enjoy being alone or with a small group of like-minded peers. They may feel exhausted and bored following intense and long periods of social interaction. They generally respond to their surrounding slowly and display a wait-and-see attitude before joining an activity. They generally are cautious and prefer to listen than to talk when in a group. Although they may have fewer friends, their friendships tend to be more intimate. They tend to be more private and thus more selective of people with whom they want to be close. Their reserved and quiet manner may be misinterpreted as lacking adequate social skills.

In school, children with an introverted style preference can work for long hours on a project without interruption. They prefer to work alone or with a small group of students who match their behavioral qualities. They like doing tasks that draw on their methodical, reflective, and reasoning skills. They prefer to be called on by the teacher to recite in class rather than volunteer to recite. Unfortunately,

at times, teachers and other adults may label them as unfriendly, uncooperative, and withdrawn because of their preference to be alone and quiet.

Practical-imaginative trait. Knowledge of practical-imaginative traits helps us understand how children prefer to learn and process information. Those who prefer a practical style generally have realistic and pragmatic views of the world. They tend to attend more to details and facts when acquiring information than to theories and generalizations. In contrast, those who prefer imaginative style generally do best when their creative qualities and interests are used. They assimilate information readily. Thus, they tend to attend to theories and generalizations more than to details and facts.

Children who prefer a practical style. Children who prefer a practical style generally are keen observers and use their physical senses to understand their environments. Although they generally attend to details well, they may be less able to assimilate and synthesize details needed to form a broad understanding. They generally enjoy traditions, recreation, leisure time, and the company of their family. To them, the present is more important than the distant future.

In school, children with a practical style preference generally enjoy learning through the use of well sequenced (step-by-step) methods. They tend to be organized, have good rote memory, and persist in working toward their goals. They prefer to engage in subjects that have practical value in their lives and thus tend to become disinterested in learning complex material and abstract concepts.

Children who prefer an imaginative style. Children who prefer an imaginative style generally enjoy acquiring new skills. They love ideas and concepts that stimulate new and keen insights rather than facts and sensory-based knowledge. They generally are more engaged in tasks that require comprehension, analysis, and formulating conclusions. They are proud of their ability to assimilate facts into logical summaries. They prefer to learn the theory first and proceed to know its usefulness and application. They generally have close relationships with their family.

In school, children with an imaginative style preference often acquire an understanding of somewhat complex issues and learn novel tasks quickly. They enjoy proposing and testing hypothesis and generating insights about their experiences. They generally prefer to work on projects and assignments that require imagination and analysis. They are fascinated to learn new theories, even trivial ones that lack empirical evidence. At times, they come up with very complex and sophisticated plans that can be difficult to implement. They may overlook important details.

Thinking-feeling traits. Knowledge of thinking-feeling traits helps us understand how children make decisions. Those who prefer a thinking style rely principally on their thoughts, leading to decisions that are likely to be fair, objective, and logical. In contrast, those who prefer a feeling style rely principally on their feelings and emotions, leading to decisions that are sympathetic and supportive.

Children who prefer a thinking style. Children who prefer a thinking style generally are engaged in activities that require analysis of facts and ideas. They are inclined to be skeptical of what they hear and read and typically ask questions before being convinced about other's ideas. Their opinions and beliefs tend to be firm and somewhat consistent. They are likely to enjoy the company of peers who share common interests. When with friends, they prefer tasks that stimulate their logical and analytical skills rather than engage in superficial social conversation. They enjoy playing with ideas that may not be supported by evidences. They tend to criticize themselves and others-at times offending others with criticisms that seem to be harsh. Although they tend to be close to their family members, they are less likely to express their love and affection either verbally or non-verbally. They cooperate and follow family rules that seem fair and reasonable.

In school, children with a thinking style preference often sustain attention during lectures and presentation that are organized logically. They are more likely to enjoy subjects that require the

use of logical and analytical skills (math and science) and less likely to enjoy those that rely on an expression of feelings (art, romantic literature).

Children who prefer a feeling style Children who prefer a feeling style rely on their emotions and interpersonal relationship when making decisions. They tend to be friendly, charming, sympathetic, generous, caring, and empathetic. They generally support or participate in projects that promote human welfare, peace, and harmony. Thus, they tend to avoid conflict or disagreement with others that may strain relationships or hurt other's feelings. Their desire to achieve harmony prevents them, at times, from honestly expressing their thoughts and feelings. They generally display affection and love toward their family. However, family conflict or disagreement may cause considerable distress.

In school, children with a feeling style preference tend to enjoy subjects or lessons that focus on people (history, psychology, literature). Praise and other forms of affirmation are effective strategies to motivate them to perform well. When working in groups, they prefer to work with friends or to assist others who may need their assistance. They are more likely to be cooperative than competitive in school-related activities.

Organized-flexible traits. Knowledge of organized-flexible traits helps us understand when a person prefers to make decisions. Those who prefer an organized style generally make decisions rather quickly and in a planned manner. In contrast, those who prefer a flexible style generally postpone decisions and rush to complete them just before they are due.

Children who prefer an organized style. Children who prefer organized style generally structure and plan their activities and thus complete them in an organized way. They prefer an orderly and routine lifestyle and may rely on lists to help structure their time. They generally display and expect to receive loyalty and support between friends. They may devote considerable time preparing for activities and may become upset when changes are made without consulting them. They

prefer a well-planned home life and expect parents and other family members to fulfill their promises. They generally are obedient to rules and complete chores in an orderly way.

In school, children with an organized style preference generally display an admirable self-regulated work ethic (persistence, dependable, and self-disciplined), generally have good study habits, complete assignments on time, and are in control of their school activities. They generally respect authority. Others see them as responsible, obedient, and dependable. They also expect teachers to display these qualities by providing explicit instructions and guidelines related to grading, examinations, assignments, and classroom behavior. They generally put forth their best effort to attain goals and are motivated to maintain good work and behavior through consistent praises and rewards.

Children to prefer a flexible style. Children who prefer a flexible style generally are adaptable and thus tend to adjust easily to changes in their lives and enjoy surprises. The role of rules in their lives can be somewhat complex. They have a high need for autonomy and thus may resist rules at home and school. They are likely to reject rules that make little sense to them or are too confining, especially those that are imposed on them. They are likely to abide by rules when they are self-imposed and that are sensible to them. They generally seek fun activities, have difficulty coping with stress and problems, and thus strive to avoid them. Their social relationships tend to be flexible in style and often shorter in duration. They also discard relationships that become too confining. They generally accept diversity and tolerate different opinions. They prefer their family to be a source of fun and to minimize stress on them. Their personal room or space may not be organized or neat.

In school, children with a flexible style preference generally do best when they can turn work into play. Thus, they are likely to enjoy lessons and activities if presented in a game-like manner. They like to participate and perform in school

activities especially when there are incentives for winning. They do best in classroom environments that provide options, have flexible deadlines for assignment and projects, allow them to move around the room, and have few rules. They enjoy entertaining others and may become the class clown, making people laugh and have fun.

Cross-national differences in children's temperament

International interest in children's temperament, including possible age and gender differences, led to considerable scholarship, including cross-national studies on children's temperament traits, including the validation of the SSQ's adaptation (Benson, Oakland, & Shermis, 2009). Temperament preferences were examined in light of the four bipolar qualities measured by the SSQ in children from 17 countries: Australia (Oakland, Faulkner, & Bassett, 2005), China (Oakland & Lu, 2006), Costa Rica (Oakland & Mata, 2007), Gaza (Oakland, Alghorani, & Lee, 2006), Greece (Oakland & Hatzichristou, 2010), Hungary (Katona & Oakland, 2000), India (Oakland, Singh,

Callueng, Puri, & Goen, 2011), Japan (Callueng, Carvalho Filho, Isobe, & Oakland, 2012), Nigeria (Oakland, Mogaji, & Dempsey, 2006), Pakistan (Oakland, Rizwan, Aftab, & Callueng, 2011), Romania (Oakland, Illiescu, Dinca, & Dempsey, 2009), South Africa (Oakland, Pretorius, & Lee, 2008), Samoa (Callueng, Lee Hang, Gonzales, Ling-So'o, & Oakland, 2011), South Korea (Oakland & Lee, 2010), United States (Bassett & Oakland, 2009), Venezuela (Leon, Oakland, Wei, & Berrios 2009), and Zimbabwe (Oakland, Mpfu, & Sulkowski, 2007) were examined in light of the four bipolar traits measured by the SSQ. A synthesis of data from these countries suggests that children display several prevailing temperament qualities. A summary of the temperament preferences of children in 18 countries is found in Table 1. Age and gender differences on children's temperaments by country are summarized in Table 2.

Extroversion-introversion styles examined cross-culturally

Children from 13 countries generally display a preference for an extroversion style. In contrast, children from Nigeria generally display a preference

Table 1
Temperament preferences of children from 17 countries (in percent)

Country	E	I	P	M	T	F	O	L
Australia	54	46	36	64	65	35	55	45
China	59	41	61	39	58	42	86	14
Costa Rica	68	32	32	68	53	47	89	11
Gaza	46	54	64	36	40	60	88	12
Greece	76	24	51	49	53	47	74	26
Hungary	66	34	41	59	62	38	78	22
India	56	44	56	44	44	56	73	27
Japan	66	34	70	30	50	50	67	33
Nigeria	44	56	80	20	44	56	93	7
Pakistan	59	41	56	44	48	52	83	17
Romania	67	33	61	39	58	42	70	30
Samoa	70	30	89	11	63	37	98	2
South Africa	51	49	60	40	32	68	88	12
South Korea	77	23	31	69	39	61	46	54
United States	55	45	42	58	52	48	70	30
Venezuela	74	26	55	45	60	40	82	18
Zimbabwe	52	48	77	23	41	59	94	6

Note: E: Extroverted; I-Introverted; P: Practical; M: Imaginative; T: Thinking; F: Feeling; O: Organized; L: Flexible.

Table 2

Summary of gender and age differences in temperament preferences of children from 17 countries

Country	Gender difference				Age difference			
	EI	PM	TF	OL	EI	PM	TF	OL
Australia			✓					
China		✓	✓		✓			✓
Costa Rica			✓	✓	✓			✓
Gaza			✓	✓	✓			
Greece			✓	✓				✓
Hungary			✓		✓			
India								
Japan			✓	✓				✓
Nigeria			✓	✓				✓
Pakistan		✓	✓	✓		✓		✓
Romania							✓	✓
Samoa		✓						
South Africa			✓					✓
South Korea					✓	✓		✓
United States		✓	✓	✓		✓		
Venezuela			✓					✓
Zimbabwe								✓

Note: E: Extroverted; I-Introverted; P: Practical; M: Imaginative; T: Thinking; F: Feeling; O: Organized; L: Flexible.

for an introversion style. Children from Gaza, South Africa, and Zimbabwe show a somewhat balanced preference for extroversion and introversion styles. Age differences are evident in six countries. Compared to younger children, older children (15 year-olds) from China, Costa Rica, Gaza, Hungary, and South Korea are more likely to prefer introverted to extroverted styles. Gender differences on children's preferences for extroversion and introversion styles are not apparent.

Practical-imaginative styles examined cross-culturally

Children from 11 countries show a general preference for a practical style. In contrast, children from four countries generally show a preference for an imaginative style. Children from Greece display a somewhat a balanced preference for practical and imaginative styles. Gender differences are evident among children from China, Pakistan, Samoa, and United States with more males preferring an imaginative style and more females

preferring a practical style. Few age differences are evident. Older children from South Korea show a greater preference for a practical style while older children from Pakistan and the United States show a greater preference for an imaginative style.

Thinking-feeling styles examined cross-culturally

Children from most countries display somewhat balanced preferences for thinking and feeling styles. Gender differences in the thinking and feeling styles are apparent in children from Australia, China, Costa Rica, Gaza, Greece, Hungary, Japan, Nigeria, Pakistan, South Africa, United States, and Venezuela. Males generally prefer a thinking style and females generally prefer a feeling style. Both male and female children from India, South Africa, South Korea, and Zimbabwe show a general preference for a feeling style. Samoan male and female children show a preference for a thinking style. Age differences on children's preferences for thinking and feeling styles are rare and not consistent.

Organized-flexible styles examined cross-culturally

Children from 17 countries generally show a preference for an organized style. Children from seven countries show gender difference, with females preferring an organized style and males preferring a flexible style. Age related differences are evident in children from 12 countries. A preference for flexible style generally increases with age.

References

- Bassett, K., & Oakland, T. (2009). Temperament preferences for children ages 8 through 17 in a nationally represented sample. In J. Kaufman (Ed.). *Intelligent testing: Integrating psychological theory and clinical practice* (pp. 30-52). Boston: Cambridge University Press.
- Bates, J. E., & Wachs, T. D. (Eds.), (1994). *Temperament: Individual differences of the interface of biology and behavior*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Benson, N., Oakland, T., & Shermis, N. (2009). Cross-national invariance of children's temperament. *Journal of Psychoeducational Assessment*, 27(1), 3-16.
- Buss, A. H. (2011). *Pathways to individuality: Evolution and development of personality traits*. Washington, DC: APA.
- Callueng, C., Carvalho Filho, M. K., Isobe, M., & Oakland, T. (2012). Temperament styles of children from Japan and the United States: A cross-national study. *Educational Measurement and Evaluation Review*, 3, 3-23.
- Callueng, C. M., Lee Hang, D. M., Gonzales, R. C., Ling-So'o, A. C., & Oakland, T.D. (2011). Temperament styles of children from Samoa and the United States. *Educational Measurement and Educational Review*, 2, 18-34.
- Eysenck, H. J., & Eysenck, M. W. (1985). *Personality and individual differences: A natural science approach*. New York: Plenum.
- Galen (1992). *The art of cure-extracts from Galen: Maimonides' medical writings*. Haifa, Israel: Maimonides Research Institute. (Original work published date unknown).
- Goldsmith, H. H., Buss, A. H., Plomin, R., Rothbart, M. K., Thomas, A., Chess, S., et al. (1987). Roundtable: What is temperament? Four approaches. *Child Development*, 58(2), 505-529.
- Hergenhahn, B. R. (2001). *An introduction to the history of psychology* (4th ed.). Belmont, CA.: Brooks/Cole.
- Hippocrates. (1939). *Hippocrates*, 1. Cambridge, MA: Harvard University Press. (Original work published date unknown).
- Hippocrates (1988). *Hippocrates*, 5. Cambridge, MA: Harvard University Press. (Original work published date unknown).
- Hippocrates (1994). *Hippocrates*, 7. Cambridge, MA: Harvard University Press. (Original work published date unknown).
- Jung, C. G. (1945). *Contributions to analytical psychology*. New York: Kegan Paul, Trench, Trubner. (Original work published 1928).
- Jung, C. G. (1971). *Psychological types*. Princeton, NJ: Princeton University Press. (Original work published 1921).
- Joyce, D. (2010). *Essentials of temperament assessment*. New York: Wiley.
- Kagan, J. (1989). Temperamental contributions to social behavior. *American Psychologist*, 44(4), 668-674.
- Kagan, J. (1994a). *Galen's prophecy: Temperament in human nature*. New York: Basic Books.
- Kagan, J. (1994b). Inhibited and uninhibited temperaments. In W.B. Carey & S.C. McDevitt (Eds.), *Prevention and early intervention: Individual differences as risk factors for the mental health of children* (pp.35-41). New York: Brunner Mazel.
- Kagan, J. (1998). Biology and the child. In W. Damon & N. Eisenberg (Ed.), *Handbook of child psychology: Vol. 3*. (5th ed., pp.105-176). New York: Wiley.
- Katona, N., & Oakland, T. (2000). The development of temperament in Hungarian children. *Hungarian Journal of Psychology*, 1, 17-29.
- Keogh, B. (2003). *Temperament in the classroom*. New York: Brooks Publishing.
- Leon, C., Oakland, T., Wei, Y., & Berrios, M. (2009). Venezuelan children's temperament styles and comparison with their United States peers. *Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology*, 43, 407-415.
- Miller, J. G. (1999). Cultural psychology: Implications for basic psychological theory. *Psychological Science*, 10(2), 85-91.
- Myers, I. B., & Myers, P. B. (1980). *Gifts differing: Understanding personality type*. Palo Alto, CA: Consulting Psychological Press.
- Oakland, T. Faulkner, M., & Bassett, K. (2005). Temperament styles of children from Australia and the United States. *Australian Educational and Developmental Psychologist*, 19(1), 35- 51.
- Oakland, T., Glutting, J., & Horton, C. (1996). *Student styles questionnaire*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.

- Oakland, T., Alghorani, M. A., & Lee, D. H. (2006). Temperament-based learning styles of Palestinian and US children. *School Psychology International*, 28(1), 110-128.
- Oakland, T., Mogaji, A., & Dempsey, J. (2006). Temperament styles of Nigerian and U.S. children. *Journal of Psychology in Africa*, 16(1), 27-34.
- Oakland, T., & Lu, L. (2006). Temperament styles of children from the people's Republic of China and the United States. *School Psychology International*, 27(2), 192-208.
- Oakland, T., & Mata, A. (2007). Temperament styles of children from Costa Rica and the United States. *Journal of Psychological Type*, 67(10), 91-102.
- Oakland, T., Mporofu, E., & Sulkowski, M. (2007). Temperament styles of Zimbabwe and U.S. children. *Canadian Journal of School Psychology*, (1/2), 139-153.
- Oakland, T., Illiescu, D., Dinca, M., & Dempsey, A. (2009). Temperament styles of Romanian children. *Psihologia Sociala*, 22(2), 70-84.
- Oakland, T., & Lee, D. H. (2010). Temperament styles of children from South Korea and the United States. *School Psychology International*, 31(1), 77-94.
- Oakland, T., & Hatzichristou, S. (2010). Temperament styles of children from Greece and the United States. *School Psychology International*, 31(4), 422-437.
- Oakland, T., Pretorius, J., & Lee, D. H. (2008). Temperament styles of children from South Africa and the United States. *School Psychology International*, 29(5), 627-639.
- Oakland, T., Rizwan, M., Aftab, S., & Callueng, C. (2011). Temperament styles of children from Pakistan and the United States. *School Psychology International*, 33(2), 207-222.
- Oakland, T., Singh, K., Callueng, C., Puri, G.S., & Goen, A. (2011). Temperament styles of Indian and U.S. children. *School Psychology International*, 32(6), 655-670.
- Quenk, N. L. (2009). *Essentials of Myers-Briggs type indicator assessment* (2nd ed.). New York: John Wiley & Sons.
- Rothbart, M. K. (1989). Temperament and development. In G.A. Kohnstamm, J. E. Bates & M. K. Rothbart (Eds.), *Temperament in childhood* (pp.187-247). Chichester, UK: Wiley.
- Storr, A. (1991). *Jung*. New York: Routledge.
- Teglasi, H. (1998a). Introduction to the mini-series: Implications of temperament for the practice of school psychology. *School Psychology Review*, 27, 475-478.
- Teglasi, H. (1998b). Temperament constructs and measures. *School Psychology Review*, 27, 564-585.
- Thomas, A., & Chess, S. (1977). *Temperament and development*. New York: Brunner/Mazel.
- Thomas, A., & Chess, S. (1989). Temperament and personality. In G.A. Kohnstamm, J. E. Bates & M. K. Rothbart (Eds.), *Temperament in childhood* (pp.249-261). New York: Wiley.
- Wehr, G. (1971). *Portrait of Jung: An illustrated biography*. New York: Herder and Herder.

Received on: 25/2/2013
 Final version on: 5/8/2013
 Approved on: 17/9/2013

If you do not know the child's temperament
you do not know the child

*Se não se conhece o temperamento da criança,
não se conhece a criança*

Carmelo **CALLUENG**¹
Thomas **OAKLAND**²

Abstract

Current scholarship generally characterizes temperament as stylistic and relatively stable traits that subsume intrinsic tendencies to act and react in somewhat predictable ways to people, events, and other stimuli. An understanding of children's temperament preferences aids our understanding of the origins of behaviors as well as normal attitudes children display at home, school, and elsewhere. The purpose of this paper is to provide an introduction to children's temperament along with a desire that this information serve to stimulate further research and applications in Brazil. The concept of temperament has evolved from a classic (Hippocrates and Galen) to a modern (Jung and Myers and Briggs) perspective. Two theoretical orientations (Thomas and Chess as well as Oakland and colleagues) provide somewhat popular methods to explain temperament constructs displayed by children and youth. This paper focuses on Oakland and colleagues' approach to temperament in children ages 8-17 in terms of the eight basic styles that are grouped into four bipolar traits: extroverted or introverted, practical or imaginative, thinking or feeling, and organized or flexible styles. Descriptions of the temperament styles and their corresponding behavioral characteristics in children are included. Findings from cross-national research on children's temperaments also are discussed.

Keywords: Child behavior; Questionnaires; Temperament.

Resumo

O conhecimento atual geralmente caracteriza temperamento como traços de estilo relativamente estáveis que classificam tendências intrínsecas para agir e reagir de maneiras mais ou menos previsíveis à pessoas, eventos e outros estímulos. Entender as preferências de temperamentos infantis nos ajuda a entender as origens dos comportamentos das crianças bem como suas atitudes cotidianas em casa, na escola ou em outros lugares. O objetivo deste artigo é fornecer uma introdução ao temperamento infantil juntamente com um desejo de que esta informação estimule estudos futuros e aplicações no Brasil. O conceito de temperamento tem evoluído da perspectiva clássica (Hipócrates e Galeno) para a moderna (Jung e Myers e Briggs). Duas referências teóricas (Thomas e Chess assim como Oakland e colaboradores) nos fornece métodos um tanto populares para explicar constructos de temperamento apresentados por crianças e jovens. Este artigo é focado na abordagem de Oakland e seus colaboradores ao temperamento de crianças entre 8 e

▼ ▼ ▼ ▼ ▼

¹ University of Nebraska, College of Education, School Psychology Department. 1615 West 24th, Street, 68849 Kearney, NE, United States. *Correspondência para/Correspondence to:* C. CALLUENG. *E-mail:* <calluengcm@unk.edu>.

² University of Florida, College of Education, Department of Educacional Psychology. Gainesville, FL, United States.

17 anos que apresenta oito estilos básicos agrupados em quatro traços bipolares: extrovertido ou introvertido, prático ou imaginativo, raciocínio ou emoção, e organizado ou flexível. Descrições dos estilos de temperamento e suas características comportamentais em crianças estão incluídas. Os resultados de pesquisa transnacional abordando temperamento infantil também são discutidos.

Palavras-chave: Comportamento infantil; Questionários; Temperamento.

Parents and professional engaged with children and youth generally detect important differences in their attitudes and behaviors-often at an early age. For example, some children are practical, serious, quiet, organized, dependable, and succeed through concentration and thoroughness. In contrast, other children are warmly enthusiastic, ingenious, imaginative, readily help others, and succeed by improvising instead of preparing in advance. A closer examination of these children will reveal important value differences. The first group of children value traditions and seek to contribute to important institutions through their personal involvement in schools, families, and often religious institutions. In contrast, the second group of children values their personal development and seek continued opportunities to grow and develop, recognizing such growth occurs best when they are surrounded by harmony. These differences reflect temperament differences.

Over centuries, scholars have attempted to describe and explain the origins of these and other important temperament and personality differences-ones that often are viewed through the lens of behavioral styles, emotions, degrees of stability, and heritability (Goldsmith et al., 1987). The resulting scholarship generally characterizes temperament as stylistic and relatively stable traits that subsume intrinsic tendencies to act and react in somewhat predictable ways to people, events, and other stimuli. Temperament reflects behavioral tendencies rather than specific behaviors; temperament traits appear early in life (Goldsmith et al., 1987; Thomas & Chess 1977) and thus are assumed to have a biological origin (Bates & Wachs, 1994; Goldsmith et al., 1987; Kagan, 1989, 1994a, 1994b, 1998; Keogh, 2003; Oakland, Glutting, & Horton, 1996). The development of temperament may be tempered by the environment and personal choice through the process of acculturation and

accommodation, an idea closely related to psychological anthropology that views culture as establishing preferred behavioral styles (Miller, 1999).

An understanding of children's temperament preferences aids our understanding of the origins of behaviors as well as normal attitudes children display at home, school, and elsewhere. Temperament can assist in identifying talent, adjusting for possible weaknesses, enhancing personal and social development, promoting an understanding of others, assessing learning styles, promoting educational development, exploring career interest, and facilitating research and evaluation studies (Oakland et al., 1996). These broad uses of temperament are closely aligned to an ultimate goal of educators and psychologists, namely to accurately describe and understand children's core qualities and to utilize this information when providing services that enable children and youth to succeed academically, socially, behaviorally, and emotionally.

The purpose of this article is to provide an introduction to children's temperament along with a desire that this information serve to stimulate further research and applications in Brazil. A brief introduction to historic and current theory that guides our understanding of temperament is followed by a more detailed discussion of correlates of temperament together with international perspectives on children's temperament.

Theoretical perspective of temperament

The concept of temperament has evolved from a somewhat simple idea related to body fluids to a more sophisticated and broad theoretical explanation that encompasses biological and environmental influences together with personal

choice. The following discussion presents a brief introduction to historic perspective of temperament theory.

Classic theory of temperament

Hippocrates. Temperament was introduced in the Greek culture as early as the 4th century b.C. by Hippocrates (1939, 1988, 1994). Temperament was described as behavior that clusters in four humors, namely yellow and black bile, blood, and phlegm. These were considered to be neurochemical precursors of bipolar behaviors thought to oppose each other (warm versus cool, dry versus moist). Hippocrates' temperament theory was based on the premise that all mental, emotional, and behavioral disorders are caused by natural factors such as inherited susceptibility and an imbalance of the four humors (Hergenahn, 2001).

Galen. Galen expanded Hippocrates' four humors by translating them into four physical and emotional temperament characteristics (Galen, 1992; Hergenahn, 2001; Hippocrates, 1939): choleric, phlegmatic, melancholic, and sanguine. Galen believed that emotional and behavioral functioning was due to the dominance of one pair of bodily states over the complementary pair (warm and moist dominating cool and dry). For example, those with a choleric type have an over supply of yellow bile that would incline persons to be both angered and calmed easily, to change moods and likes quickly, and, when extreme, to be seen as a fool. Kant added other behaviors to these four qualities (H.J. Eysenck & Eysenck, 1985).

Modern theory of temperament

Jung. Jung's theory of temperament arose from his observations and interactions with clients seeking psychiatric services. He noted that patients with similar temperament qualities displayed similar adjustment problems. For example, he reported that patients with hysteria displayed extroverted attitudes regardless of their emotional instability.

He described these patients as being consistently aware of their surroundings and interacting actively with the therapist. On the other hand, patients with schizophrenia displayed introverted attitudes and preferred to be alone and withdrawn from others (Storr, 1991).

Jung explored the unconscious mind through the study of attitudes and values. Jung described attitude as "the psyche's ability to act or react in a certain way" (Jung, 1921/1971, p.414). The fundamental ideas in Jung's psychological typology are the two attitudes of introversion and extroversion-bipolar qualities found on every viable scale of temperament and personality. He believed every person displays both introversion and extroversion *behavioral tendencies* (Jung, 1921/1971). However, each person is thought to have a particular *preference* for either introversion or extroversion and most often display behaviors consistent with their preferences. Introversion and extroversion are displayed along a continuum. Thus, persons may vary from being strongly introverted to slightly introverted or strongly extroverted to slightly extroverted (Jung, 1921/1971). Introversion and extroversion bring both positive and negative qualities depending on a person's general disposition (Wehr, 1971).

Jung also identified four basic psychological functions: thinking, feeling, sensation, and intuition (Jung, 1921/1971). Each of these functions can be displayed along with extroversion and introversion. Jung viewed thinking and feeling as rational functions (Jung, 1921/1971). Persons who display a thinking preference make decisions through careful deliberation together with the use of logical and objective information. They value justice, truth, and facts. In contrast, persons who display a feeling preference base decisions on a subjective process. The value loyalty, sympathy, and harmony. These values create a sense of liking, disliking, or general mood that integrates past experiences and can lead to either accepting or rejecting a choice.

Jung believed intuition and sensation represent two different functions for acquiring and assessing information. Intuition and sensation operate in opposite directions and are considered

irrational decision-making styles. Persons who display an intuition assimilate quickly, thus integrating past experiences and unconscious perceptions. In contrast, persons who display sensation require direct physical experiences of the world, with facts or external stimuli acquired through their physical senses. Unlike intuition, sensation is a conscious perception and acquired through concrete experience rather than by analysis.

Myers and Briggs Theory. Myers was fascinated with Jung's work, accepted his three bipolar qualities, and added a fourth: judging and perceiving. Judging and perceiving are concepts that relate to how persons prefer to structure their lives in relation to the environment. Person with a judging orientation prefer planning, systems, order, routines, standards, self-regimentation, purposeful actions, decisiveness, and closure. Persons with a perceiving orientation prefer spontaneity, understanding, tolerance, curiosity, zest for experience, and adaptability (I.B. Myers & Myers 1980).

Myers and Briggs developed the Myers-Briggs Type Indicator (MBTI) (I.B. Myers & Myers, 1980). The MBTI combines Jung's three psychological dimensions [extroversion (E)-introversion (I), sensing (S)-intuition (N), and thinking (T)-feeling (F)] and added the judging (J)-perceiving (P) dimension. These four bipolar qualities yield 16 type combinations: ISTJ, ISFJ, INFJ, INTJ, ISTP, ISFP, INFP, INTP, ESTP, ESFP, ENFP, ENTP, ESTJ, ESFJ, ENFJ, and ENTJ (Quenk, 2009). The MBTI is one of the most widely used measures of temperament and personality internationally, given the breadth of its applications for adults (Joyce, 2010).

Temperament construct for children and youth

Early theory and research on temperament were conceptualized on adult behavior patterns. However, theorists agree that temperament dispositions are early appearing and that temperament differences are present as early as infancy, thus suggesting temperament is innate or biologically rooted (Jung, 1928/1945; Rothbart, 1989; Teglasi, 1998a; Teglasi, 1998b). Differences

in infants' activity levels, sociability, and emotionality reflect their temperaments (Buss, 2011; Jung (1928/1945; Thomas & Chess, 1989) described infants' adaptation to the environment, especially how quickly they interact with objects and other people, as an early sign of extroversion. Indicators of introversion in children include shyness, reflective thinking, and fearfulness of unknown objects and persons.

Thomas and chess temperament theory

Thomas and Chess (1977, 1989) developed a framework for understanding children's temperaments based on behavioral characteristics that helped explain the similarities between behavioral styles and temperament. Behavioral style describes how a person behaves rather than how well, what (abilities and content), or why (motivation) a person behaves. The term *behavioral style* refers to behavioral characteristics that are present at birth and throughout life. In contrast, temperament refers to *preferred* behavioral tendencies. They too appear in early infancy and may last throughout life. Temperament measures for children and adults generally assess preferences, not behaviors.

Thomas and Chess considered development as a complex interplay between the child and the environment. They believed temperament is best understood when it is described in the context of a child's environment. They used the concept of *goodness of fit* to explain the temperament-environment interactive process. Goodness of fit occurs when there is a good match between the preferred characteristics of the child and the preferred characteristics of the environment. Poorness of fit occurs when there is a mismatch between the child's preferred characteristics and those of the environment.

Thomas and Chess identified three somewhat common temperament styles in infants: easy, difficult, and slow-to-warm-up. An easy temperament was displayed by approximately 40%

of the infants. They were described as being able to establish regular routines, were cheerful, adapt easily to new situations, contented, and easy going. A difficult temperament was displayed by approximately 10% of the infants. About 70% of these children later encountered long-term adjustment problems at some point in the future. They were described as experiencing irregular routines, problematic sleep cycles, were slow to adapt to new circumstances, and tended to react negatively to persons and events. A slow-to-warm temperament was displayed by approximately 50% of the infants. They were described as watchful of strangers, lethargic, tending to display a negative mood, and to adjust rather slowly to new situations. Approximately 35% of the infants displayed a combination of temperament styles.

Oakland's approach to children's temperament

Oakland and colleagues (Oakland et al., 1996) developed the Student Styles Questionnaire (SSQ) in an effort to better understand the temperament qualities of children and youth, ages 8-18. The SSQ is based on the previously discussed Myers/Briggs model of temperament and thus describes children's temperament through eight basic styles that are grouped into four bipolar traits: extroverted or introverted, practical or imaginative, thinking or feeling, and organized or flexible styles. In turn, the basic styles can form 16 meaningful combinations with four styles (one of the 16 is extroverted-practical-thinking-organized styles) in each combination (Oakland et al., 1996). Each of the temperament qualities is discussed below.

Extroverted-introverted traits. Knowledge of extroverted-introverted traits helps us understand the primary source from which children derive energy. Those who prefer an extroverted style generally derive energy primarily from the external environment and thus are more oriented to people. In contrast, those who prefer an introverted style generally derive energy primarily from themselves and thus are more oriented to their personal ideas and reflection.

Children who prefer an extroverted style.

Children who prefer extroverted style generally enjoy meeting and interacting with people. They exhibit higher energy levels, socialize readily and often, and enjoy discussing different topics. They are drawn to participate in group activities and experience discomfort when required to spend too much time alone. Socially, they move easily from situation to situation, learning people's names, and engaging in conversation.

In school, children with an extroverted style preference develop their thoughts and ideas by discussing them and thus thrive in a learning environment in which they have opportunities to participate and talk. Positive behaviors are reinforced through encouragement and praises. They may not be comfortable when working on long assignments or seatwork. They also tend to act without thinking and planning. Their desire for interaction may disrupt the classroom environment and, at an extreme, may be annoying to students who display strong preference for an introverted style.

Children who prefer an introverted style.

Children who prefer introverted style are likely to enjoy being alone or with a small group of like-minded peers. They may feel exhausted and bored following intense and long periods of social interaction. They generally respond to their surrounding slowly and display a wait-and-see attitude before joining an activity. They generally are cautious and prefer to listen than to talk when in a group. Although they may have fewer friends, their friendships tend to be more intimate. They tend to be more private and thus more selective of people with whom they want to be close. Their reserved and quiet manner may be misinterpreted as lacking adequate social skills.

In school, children with an introverted style preference can work for long hours on a project without interruption. They prefer to work alone or with a small group of students who match their behavioral qualities. They like doing tasks that draw on their methodical, reflective, and reasoning skills. They prefer to be called on by the teacher to recite in class rather than volunteer to recite. Unfortunately,

at times, teachers and other adults may label them as unfriendly, uncooperative, and withdrawn because of their preference to be alone and quiet.

Practical-imaginative trait. Knowledge of practical-imaginative traits helps us understand how children prefer to learn and process information. Those who prefer a practical style generally have realistic and pragmatic views of the world. They tend to attend more to details and facts when acquiring information than to theories and generalizations. In contrast, those who prefer imaginative style generally do best when their creative qualities and interests are used. They assimilate information readily. Thus, they tend to attend to theories and generalizations more than to details and facts.

Children who prefer a practical style. Children who prefer a practical style generally are keen observers and use their physical senses to understand their environments. Although they generally attend to details well, they may be less able to assimilate and synthesize details needed to form a broad understanding. They generally enjoy traditions, recreation, leisure time, and the company of their family. To them, the present is more important than the distant future.

In school, children with a practical style preference generally enjoy learning through the use of well sequenced (step-by-step) methods. They tend to be organized, have good rote memory, and persist in working toward their goals. They prefer to engage in subjects that have practical value in their lives and thus tend to become disinterested in learning complex material and abstract concepts.

Children who prefer an imaginative style. Children who prefer an imaginative style generally enjoy acquiring new skills. They love ideas and concepts that stimulate new and keen insights rather than facts and sensory-based knowledge. They generally are more engaged in tasks that require comprehension, analysis, and formulating conclusions. They are proud of their ability to assimilate facts into logical summaries. They prefer to learn the theory first and proceed to know its usefulness and application. They generally have close relationships with their family.

In school, children with an imaginative style preference often acquire an understanding of somewhat complex issues and learn novel tasks quickly. They enjoy proposing and testing hypothesis and generating insights about their experiences. They generally prefer to work on projects and assignments that require imagination and analysis. They are fascinated to learn new theories, even trivial ones that lack empirical evidence. At times, they come up with very complex and sophisticated plans that can be difficult to implement. They may overlook important details.

Thinking-feeling traits. Knowledge of thinking-feeling traits helps us understand how children make decisions. Those who prefer a thinking style rely principally on their thoughts, leading to decisions that are likely to be fair, objective, and logical. In contrast, those who prefer a feeling style rely principally on their feelings and emotions, leading to decisions that are sympathetic and supportive.

Children who prefer a thinking style. Children who prefer a thinking style generally are engaged in activities that require analysis of facts and ideas. They are inclined to be skeptical of what they hear and read and typically ask questions before being convinced about other's ideas. Their opinions and beliefs tend to be firm and somewhat consistent. They are likely to enjoy the company of peers who share common interests. When with friends, they prefer tasks that stimulate their logical and analytical skills rather than engage in superficial social conversation. They enjoy playing with ideas that may not be supported by evidences. They tend to criticize themselves and others-at times offending others with criticisms that seem to be harsh. Although they tend to be close to their family members, they are less likely to express their love and affection either verbally or non-verbally. They cooperate and follow family rules that seem fair and reasonable.

In school, children with a thinking style preference often sustain attention during lectures and presentation that are organized logically. They are more likely to enjoy subjects that require the

use of logical and analytical skills (math and science) and less likely to enjoy those that rely on an expression of feelings (art, romantic literature).

Children who prefer a feeling style Children who prefer a feeling style rely on their emotions and interpersonal relationship when making decisions. They tend to be friendly, charming, sympathetic, generous, caring, and empathetic. They generally support or participate in projects that promote human welfare, peace, and harmony. Thus, they tend to avoid conflict or disagreement with others that may strain relationships or hurt other's feelings. Their desire to achieve harmony prevents them, at times, from honestly expressing their thoughts and feelings. They generally display affection and love toward their family. However, family conflict or disagreement may cause considerable distress.

In school, children with a feeling style preference tend to enjoy subjects or lessons that focus on people (history, psychology, literature). Praise and other forms of affirmation are effective strategies to motivate them to perform well. When working in groups, they prefer to work with friends or to assist others who may need their assistance. They are more likely to be cooperative than competitive in school-related activities.

Organized-flexible traits. Knowledge of organized-flexible traits helps us understand when a person prefers to make decisions. Those who prefer an organized style generally make decisions rather quickly and in a planned manner. In contrast, those who prefer a flexible style generally postpone decisions and rush to complete them just before they are due.

Children who prefer an organized style. Children who prefer organized style generally structure and plan their activities and thus complete them in an organized way. They prefer an orderly and routine lifestyle and may rely on lists to help structure their time. They generally display and expect to receive loyalty and support between friends. They may devote considerable time preparing for activities and may become upset when changes are made without consulting them. They

prefer a well-planned home life and expect parents and other family members to fulfill their promises. They generally are obedient to rules and complete chores in an orderly way.

In school, children with an organized style preference generally display an admirable self-regulated work ethic (persistence, dependable, and self-disciplined), generally have good study habits, complete assignments on time, and are in control of their school activities. They generally respect authority. Others see them as responsible, obedient, and dependable. They also expect teachers to display these qualities by providing explicit instructions and guidelines related to grading, examinations, assignments, and classroom behavior. They generally put forth their best effort to attain goals and are motivated to maintain good work and behavior through consistent praises and rewards.

Children to prefer a flexible style. Children who prefer a flexible style generally are adaptable and thus tend to adjust easily to changes in their lives and enjoy surprises. The role of rules in their lives can be somewhat complex. They have a high need for autonomy and thus may resist rules at home and school. They are likely to reject rules that make little sense to them or are too confining, especially those that are imposed on them. They are likely to abide by rules when they are self-imposed and that are sensible to them. They generally seek fun activities, have difficulty coping with stress and problems, and thus strive to avoid them. Their social relationships tend to be flexible in style and often shorter in duration. They also discard relationships that become too confining. They generally accept diversity and tolerate different opinions. They prefer their family to be a source of fun and to minimize stress on them. Their personal room or space may not be organized or neat.

In school, children with a flexible style preference generally do best when they can turn work into play. Thus, they are likely to enjoy lessons and activities if presented in a game-like manner. They like to participate and perform in school

activities especially when there are incentives for winning. They do best in classroom environments that provide options, have flexible deadlines for assignment and projects, allow them to move around the room, and have few rules. They enjoy entertaining others and may become the class clown, making people laugh and have fun.

Cross-national differences in children's temperament

International interest in children's temperament, including possible age and gender differences, led to considerable scholarship, including cross-national studies on children's temperament traits, including the validation of the SSQ's adaptation (Benson, Oakland, & Shermis, 2009). Temperament preferences were examined in light of the four bipolar qualities measured by the SSQ in children from 17 countries: Australia (Oakland, Faulkner, & Bassett, 2005), China (Oakland & Lu, 2006), Costa Rica (Oakland & Mata, 2007), Gaza (Oakland, Alghorani, & Lee, 2006), Greece (Oakland & Hatzichristou, 2010), Hungary (Katona & Oakland, 2000), India (Oakland, Singh,

Callueng, Puri, & Goen, 2011), Japan (Callueng, Carvalho Filho, Isobe, & Oakland, 2012), Nigeria (Oakland, Mogaji, & Dempsey, 2006), Pakistan (Oakland, Rizwan, Aftab, & Callueng, 2011), Romania (Oakland, Illiescu, Dinca, & Dempsey, 2009), South Africa (Oakland, Pretorius, & Lee, 2008), Samoa (Callueng, Lee Hang, Gonzales, Ling-So'o, & Oakland, 2011), South Korea (Oakland & Lee, 2010), United States (Bassett & Oakland, 2009), Venezuela (Leon, Oakland, Wei, & Berrios 2009), and Zimbabwe (Oakland, Mpfu, & Sulkowski, 2007) were examined in light of the four bipolar traits measured by the SSQ. A synthesis of data from these countries suggests that children display several prevailing temperament qualities. A summary of the temperament preferences of children in 18 countries is found in Table 1. Age and gender differences on children's temperaments by country are summarized in Table 2.

Extroversion-introversion styles examined cross-culturally

Children from 13 countries generally display a preference for an extroversion style. In contrast, children from Nigeria generally display a preference

Table 1
Temperament preferences of children from 17 countries (in percent)

Country	E	I	P	M	T	F	O	L
Australia	54	46	36	64	65	35	55	45
China	59	41	61	39	58	42	86	14
Costa Rica	68	32	32	68	53	47	89	11
Gaza	46	54	64	36	40	60	88	12
Greece	76	24	51	49	53	47	74	26
Hungary	66	34	41	59	62	38	78	22
India	56	44	56	44	44	56	73	27
Japan	66	34	70	30	50	50	67	33
Nigeria	44	56	80	20	44	56	93	7
Pakistan	59	41	56	44	48	52	83	17
Romania	67	33	61	39	58	42	70	30
Samoa	70	30	89	11	63	37	98	2
South Africa	51	49	60	40	32	68	88	12
South Korea	77	23	31	69	39	61	46	54
United States	55	45	42	58	52	48	70	30
Venezuela	74	26	55	45	60	40	82	18
Zimbabwe	52	48	77	23	41	59	94	6

Note: E: Extroverted; I-Introverted; P: Practical; M: Imaginative; T: Thinking; F: Feeling; O: Organized; L: Flexible.

Table 2

Summary of gender and age differences in temperament preferences of children from 17 countries

Country	Gender difference				Age difference			
	EI	PM	TF	OL	EI	PM	TF	OL
Australia			✓					
China		✓	✓		✓			✓
Costa Rica			✓	✓	✓			✓
Gaza			✓	✓	✓			
Greece			✓	✓				✓
Hungary			✓		✓			
India								
Japan			✓	✓				✓
Nigeria			✓	✓				✓
Pakistan		✓	✓	✓		✓		✓
Romania							✓	✓
Samoa		✓						
South Africa			✓					✓
South Korea					✓	✓		✓
United States		✓	✓	✓		✓		
Venezuela			✓					✓
Zimbabwe								✓

Note: E: Extroverted; I-Introverted; P: Practical; M: Imaginative; T: Thinking; F: Feeling; O: Organized; L: Flexible.

for an introversion style. Children from Gaza, South Africa, and Zimbabwe show a somewhat balanced preference for extroversion and introversion styles. Age differences are evident in six countries. Compared to younger children, older children (15 year-olds) from China, Costa Rica, Gaza, Hungary, and South Korea are more likely to prefer introverted to extroverted styles. Gender differences on children's preferences for extroversion and introversion styles are not apparent.

Practical-imaginative styles examined cross-culturally

Children from 11 countries show a general preference for a practical style. In contrast, children from four countries generally show a preference for an imaginative style. Children from Greece display a somewhat a balanced preference for practical and imaginative styles. Gender differences are evident among children from China, Pakistan, Samoa, and United States with more males preferring an imaginative style and more females

preferring a practical style. Few age differences are evident. Older children from South Korea show a greater preference for a practical style while older children from Pakistan and the United States show a greater preference for an imaginative style.

Thinking-feeling styles examined cross-culturally

Children from most countries display somewhat balanced preferences for thinking and feeling styles. Gender differences in the thinking and feeling styles are apparent in children from Australia, China, Costa Rica, Gaza, Greece, Hungary, Japan, Nigeria, Pakistan, South Africa, United States, and Venezuela. Males generally prefer a thinking style and females generally prefer a feeling style. Both male and female children from India, South Africa, South Korea, and Zimbabwe show a general preference for a feeling style. Samoan male and female children show a preference for a thinking style. Age differences on children's preferences for thinking and feeling styles are rare and not consistent.

Organized-flexible styles examined cross-culturally

Children from 17 countries generally show a preference for an organized style. Children from seven countries show gender difference, with females preferring an organized style and males preferring a flexible style. Age related differences are evident in children from 12 countries. A preference for flexible style generally increases with age.

References

- Bassett, K., & Oakland, T. (2009). Temperament preferences for children ages 8 through 17 in a nationally represented sample. In J. Kaufman (Ed.). *Intelligent testing: Integrating psychological theory and clinical practice* (pp. 30-52). Boston: Cambridge University Press.
- Bates, J. E., & Wachs, T. D. (Eds.), (1994). *Temperament: Individual differences of the interface of biology and behavior*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Benson, N., Oakland, T., & Shermis, N. (2009). Cross-national invariance of children's temperament. *Journal of Psychoeducational Assessment*, 27(1), 3-16.
- Buss, A. H. (2011). *Pathways to individuality: Evolution and development of personality traits*. Washington, DC: APA.
- Callueng, C., Carvalho Filho, M. K., Isobe, M., & Oakland, T. (2012). Temperament styles of children from Japan and the United States: A cross-national study. *Educational Measurement and Evaluation Review*, 3, 3-23.
- Callueng, C. M., Lee Hang, D. M., Gonzales, R. C., Ling-So'o, A. C., & Oakland, T.D. (2011). Temperament styles of children from Samoa and the United States. *Educational Measurement and Educational Review*, 2, 18-34.
- Eysenck, H. J., & Eysenck, M. W. (1985). *Personality and individual differences: A natural science approach*. New York: Plenum.
- Galen (1992). *The art of cure-extracts from Galen: Maimonides' medical writings*. Haifa, Israel: Maimonides Research Institute. (Original work published date unknown).
- Goldsmith, H. H., Buss, A. H., Plomin, R., Rothbart, M. K., Thomas, A., Chess, S., et al. (1987). Roundtable: What is temperament? Four approaches. *Child Development*, 58(2), 505-529.
- Hergenhahn, B. R. (2001). *An introduction to the history of psychology* (4th ed.). Belmont, CA.: Brooks/Cole.
- Hippocrates. (1939). *Hippocrates*, 1. Cambridge, MA: Harvard University Press. (Original work published date unknown).
- Hippocrates (1988). *Hippocrates*, 5. Cambridge, MA: Harvard University Press. (Original work published date unknown).
- Hippocrates (1994). *Hippocrates*, 7. Cambridge, MA: Harvard University Press. (Original work published date unknown).
- Jung, C. G. (1945). *Contributions to analytical psychology*. New York: Kegan Paul, Trench, Trubner. (Original work published 1928).
- Jung, C. G. (1971). *Psychological types*. Princeton, NJ: Princeton University Press. (Original work published 1921).
- Joyce, D. (2010). *Essentials of temperament assessment*. New York: Wiley.
- Kagan, J. (1989). Temperamental contributions to social behavior. *American Psychologist*, 44(4), 668-674.
- Kagan, J. (1994a). *Galen's prophecy: Temperament in human nature*. New York: Basic Books.
- Kagan, J. (1994b). Inhibited and uninhibited temperaments. In W.B. Carey & S.C. McDevitt (Eds.), *Prevention and early intervention: Individual differences as risk factors for the mental health of children* (pp.35-41). New York: Brunner Mazel.
- Kagan, J. (1998). Biology and the child. In W. Damon & N. Eisenberg (Ed.), *Handbook of child psychology: Vol. 3*. (5th ed., pp.105-176). New York: Wiley.
- Katona, N., & Oakland, T. (2000). The development of temperament in Hungarian children. *Hungarian Journal of Psychology*, 1, 17-29.
- Keogh, B. (2003). *Temperament in the classroom*. New York: Brooks Publishing.
- Leon, C., Oakland, T., Wei, Y., & Berrios, M. (2009). Venezuelan children's temperament styles and comparison with their United States peers. *Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology*, 43, 407-415.
- Miller, J. G. (1999). Cultural psychology: Implications for basic psychological theory. *Psychological Science*, 10(2), 85-91.
- Myers, I. B., & Myers, P. B. (1980). *Gifts differing: Understanding personality type*. Palo Alto, CA: Consulting Psychological Press.
- Oakland, T. Faulkner, M., & Bassett, K. (2005). Temperament styles of children from Australia and the United States. *Australian Educational and Developmental Psychologist*, 19(1), 35- 51.
- Oakland, T., Glutting, J., & Horton, C. (1996). *Student styles questionnaire*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.

- Oakland, T., Alghorani, M. A., & Lee, D. H. (2006). Temperament-based learning styles of Palestinian and US children. *School Psychology International*, 28(1), 110-128.
- Oakland, T., Mogaji, A., & Dempsey, J. (2006). Temperament styles of Nigerian and U.S. children. *Journal of Psychology in Africa*, 16(1), 27-34.
- Oakland, T., & Lu, L. (2006). Temperament styles of children from the people's Republic of China and the United States. *School Psychology International*, 27(2), 192-208.
- Oakland, T., & Mata, A. (2007). Temperament styles of children from Costa Rica and the United States. *Journal of Psychological Type*, 67(10), 91-102.
- Oakland, T., Mporofu, E., & Sulkowski, M. (2007). Temperament styles of Zimbabwe and U.S. children. *Canadian Journal of School Psychology*, (1/2), 139-153.
- Oakland, T., Illiescu, D., Dinca, M., & Dempsey, A. (2009). Temperament styles of Romanian children. *Psihologia Sociala*, 22(2), 70-84.
- Oakland, T., & Lee, D. H. (2010). Temperament styles of children from South Korea and the United States. *School Psychology International*, 31(1), 77-94.
- Oakland, T., & Hatzichristou, S. (2010). Temperament styles of children from Greece and the United States. *School Psychology International*, 31(4), 422-437.
- Oakland, T., Pretorius, J., & Lee, D. H. (2008). Temperament styles of children from South Africa and the United States. *School Psychology International*, 29(5), 627-639.
- Oakland, T., Rizwan, M., Aftab, S., & Callueng, C. (2011). Temperament styles of children from Pakistan and the United States. *School Psychology International*, 33(2), 207-222.
- Oakland, T., Singh, K., Callueng, C., Puri, G.S., & Goen, A. (2011). Temperament styles of Indian and U.S. children. *School Psychology International*, 32(6), 655-670.
- Quenk, N. L. (2009). *Essentials of Myers-Briggs type indicator assessment* (2nd ed.). New York: John Wiley & Sons.
- Rothbart, M. K. (1989). Temperament and development. In G.A. Kohnstamm, J. E. Bates & M. K. Rothbart (Eds.), *Temperament in childhood* (pp.187-247). Chichester, UK: Wiley.
- Storr, A. (1991). *Jung*. New York: Routledge.
- Teglasi, H. (1998a). Introduction to the mini-series: Implications of temperament for the practice of school psychology. *School Psychology Review*, 27, 475-478.
- Teglasi, H. (1998b). Temperament constructs and measures. *School Psychology Review*, 27, 564-585.
- Thomas, A., & Chess, S. (1977). *Temperament and development*. New York: Brunner/Mazel.
- Thomas, A., & Chess, S. (1989). Temperament and personality. In G.A. Kohnstamm, J. E. Bates & M. K. Rothbart (Eds.), *Temperament in childhood* (pp.249-261). New York: Wiley.
- Wehr, G. (1971). *Portrait of Jung: An illustrated biography*. New York: Herder and Herder.

Received on: 25/2/2013
 Final version on: 5/8/2013
 Approved on: 17/9/2013

Social skills of adolescents: Convergent validity between IHSA-Del-Prette and MESSY

Habilidades sociais de adolescentes: validade convergente entre o IHSA-Del-Prette e a MESSY

Zilda Aparecida Pereira **DEL PRETTE**¹
Maycoln **TEODORO**²
Almir **DEL PRETTE**¹

Abstract

This research investigates the evidence demonstrating the reliability and convergent validity between the Social Skills Inventory for Adolescents and the Matson Evaluation of Social Skills with Youngsters in two groups: the first with 136 adolescents from a public school (89 females and 47 males, with ages ranging from 12 to 17 years, 13.98 ± 1.24 years); the second with 24 adolescents from a socio-educational program (ages ranging from 13 to 17 years, 15.64 ± 1.18 years). The results showed low and moderate correlations between some subscales of both instruments (Matson Evaluation of Social Skills with Youngsters and Social Skills Inventory for Adolescents), evidencing convergent validity between the Social Skills Inventory for Adolescents scores and the "social skills/assertiveness" subscale of the Matson Evaluation of Social Skills with Youngsters. Comparisons between the groups indicated that the second sample had less difficulty in Civility (Social Skills Inventory for Adolescents) than the first sample (public school adolescents).

Keywords: Adolescent; Psychometrics; Social skills; Validity of test.

Resumo

Este estudo investiga evidências de fidedignidade e de validade convergente entre o Inventário de Habilidades Sociais para Adolescentes e a Matson Evaluation of Social Skills with Youngsters em dois grupos: o primeiro, constituído por 136 jovens de uma instituição pública (89 do sexo feminino e 47 do masculino, com idade entre 12 e 17 anos, $13,98 \pm 1,24$); o segundo, por 24 adolescentes participantes de um programa de medidas socioeducativas (idade entre 13 e 17 anos, $15,64 \pm 1,18$). Os resultados indicaram correlações baixas e moderadas entre algumas subescalas dos dois instrumentos, indicando evidências de validade convergente entre os escores do Inventário de Habilidades Sociais

▼ ▼ ▼ ▼ ▼

¹ Universidade Federal de São Carlos, Centro de Ciências Humanas, Departamento de Psicologia. Rodovia Washington Luís, km 235, CP 676, 13565-905, São Carlos, SP, Brasil. E-mail: <zdprette@ufscar.br>.

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

Acknowledgments: The following undergraduate students: Mariana L. Afonso, Alice V. de Albuquerque, Vanessa C. O. Kamei, Bruno C. Prezenszky, Carolina N. da Rocha, and Igor de A. F. Bueno. The authors acknowledge the cooperation of all the São Carlos Social Educational Program (SEP) staff, particularly, Renata Moura, who also assisted in the data collection.

Support: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico.

para Adolescentes e a subescala de habilidades sociais/assertividade da Matson Evaluation of Social Skills with Youngsters. Comparações entre os dois grupos mostraram que o segundo grupo apresenta menos dificuldade no fator Civilidade (Inventário de Habilidades Sociais para Adolescentes) do que os adolescentes de escola pública.

Palavras-chave: Adolescente; Psicometria; Habilidades Sociais; Validade dos testes.

In the past few years, scientific investment in Brazil and other countries has been made to study the psychosocial and developmental conditions in adolescence. One of the key interests is socioemotional development particularly in social skills, given the typical demands at this stage of life and the understanding that social skills are learned and improved throughout life (M. Cole & Cole, 2003; A. Del Prette & Del Prette, 2001; Novak & Peláez, 2004; Z.A.P. Del Prette & Del Prette, 2005).

The interest in social skills in adolescence is mainly attributed to their functional role and importance for social competence. This role is attested to by the abundant literature evidencing a positive correlation between the repertoire of social skills and indicators of quality of life, health, overall socioemotional development, and outlook for psychosocial adjustment. The literature also shows a negative correlation between this repertoire and indicators of behavioral problems, psychological disorders, aggressive behavior, and other adjustment-related difficulties. (Barkin, Smith, & Durant, 2002; Barr & Parrett, 2001; A. Del Prette & Del Prette, 2003; A. Del Prette & Del Prette, 2002; 2005; Fraser & Williams, 2004; Goldberg-Lillehoj, Spoth, & Trudeau, 2005; Henggeler & Lee, 2003; Hinshaw, 1992; Lane, Gresham & O'Shaughnessy, 2002; Nightingale & Fischhoff, 2002; Patterson, Reid, & Dishion, 1992).

In adolescence, in particular, assessment of the social skills repertoire is important for detecting risk conditions and protecting against different problems, and as a cornerstone for planning and developing effective interventions (Z.A.P. Del Prette & Del Prette, 2006; Marturano, Linhares, & Loureiro, 2004; Murta, A. Del Prette, Nunes, & Del Prette, 2007). The effectiveness of programs aimed at promoting social skills in adolescence depends on the availability of instruments, procedures, and

resources. This assures an accurate and reliable assessment of this repertoire, allowing for the sensible planning of these programs, for the assessment of the effects and impacts of this repertoire, and of its critical components through experimental outlines. Therefore, a more careful investment in the development and improvement of instruments with detailed psychometric qualities, in terms of both validity and reliability, is justified.

Reliability refers to indicators of accuracy or fidelity, generally investigated through test-retest procedures (temporal stability), correlations between parallel forms of the test itself, and the internal consistency of items. Validity is expressed by two main concepts: first, the representation of the construct under evaluation in the processes of resolution or response to test items; and, second, the relation between the scores of a test and other variables measuring the same or related constructs (Kamphaus & Frick, 2002). Evidences of validity can be found in several ways, namely, by judging the content of the item, analyzing factorial structure, or comparison with other instruments. Convergent validity follows from this reasoning. It is based on empirical evidences of a nomological span of relations between directly or inversely correlated constructs. The evidences of validity and reliability represent definite cumulative results, and it can be stated that the psychometric value of an instrument is commonly reinforced or lessened according to new psychometric studies. This justifies continuous investment in this area (American Educational Research Association, American Psychological Association, & National Council on Measurement in Education, 1999).

Social skills assessment instruments for adolescents are still scarce in Brazil. However, two self-report instruments recently developed and adapted to assess the social skills repertoire and concurrent problematic behaviors show initial

indicators of reliability and validity, and are currently under additional investigation. The first instrument is MESSY (Matson Evaluation of Social Skills with Youngsters) (Matson, Rotatori, & Helsen, 1983), developed in the United States and adapted to Brazil by Teodoro, K  ppler, Rodrigues, Freitas and Haase (2005). MESSY provides scores on four important subscales for the assessment of social behavior in adolescents: (1) Aggressive/Antisocial Behavior; (2) Social Skills/Assertiveness; (3) Conceit/Haughtiness; and (4) Loneliness/Social Anxiety. The second instrument is the *Inventário de Habilidades Sociais para Adolescentes* (IHSA-Del-Prette, Social Skills Inventory for Adolescents) (Z.A.P. Del Prette & A. Del Prette, 2009), developed in Brazil and approved by the Federal Council of Psychology. It is available with referenced norms, and provides indicators of frequency and difficulty, assessed on a Likert scale, for an overall score, and six subscales: (1) Empathy; (2) Self-control; (3) Civility; (4) Assertiveness; (5) Affective approach; and (6) Social resourcefulness.

The convergent validity of the two instruments can be investigated in terms of the network of potential relationships between the indicators they provide. Based on the literature regarding the social skills mentioned previously, positive correlations can be expected among the indicators of the good social skills repertoire (high frequency and low difficulty on IHSA-Del-Prette, and scores of Social Skills/Assertiveness on MESSY), as well as negative correlations between these results and the three scales that assess behavioral problems on MESSY. Given the previous considerations, the purpose of this study was to investigate aspects of validity and reliability of the Social Skills Inventory for Adolescents (IHSA-Del-Prette) grouped into three areas of analytical investigation: (1) assessment of age and gender differences on IHSA-Del-Prette scores and internal consistency of items for the sample studied; (2) comparison between IHSA-Del-Prette frequency scores and MESSY scores validated for Brazil; and (3) comparison between the scores of two samples on both instruments, with one of the samples composed by adolescents in vulnerable situations.

Methods

Participants

Participants were assigned to two groups. The first group was composed of 136 adolescents from a public teaching institution in the state of *Rio Grande do Sul*, Brazil [89 females (65.40%) and 47 males (34.60%) between the ages of 12 and 17 years ($M=13.98$, $SD=1.24$)]. The second group was composed of 24 adolescents participating in a Social/Educational Program (SEP) in an average-size city in the state of *São Paulo*. Adolescents were aged between 13 and 17 years ($M=15.64$, $SD=1.18$); 17 were boys (72%) and 6 were girls (24%). One adolescent (4%) did not answer the questionnaire. The composition of the sample was intentional.

Instruments

Social Skills Inventory for Adolescents (IHSA-Del-Prette). The Social Skills Inventory for Adolescents (IHSA-Del-Prette) (Z.A.P. Del Prette & Del Prette, 2009) is a self-report instrument to assess social skills in adolescents. It is referenced to the standard percentiles, and was investigated and approved by the Federal Council of Psychology. The inventory is composed of 38 items, taking into account relationship skills with different interlocutors (affective/sexual partner, parents and siblings, acquaintances, friends, people with authority, strangers, or unspecified) required for public (school, work, leisure, consumption), private (family and intimate), or unspecified contexts. In each item, the adolescent is requested to estimate (a) his/her level of difficulty in presenting the reaction indicated in the specific item; and (b) the frequency with which he/she presents that reaction. The answers are marked on a Likert-like scale, providing general scores of difficulty and frequency. The IHSA-Del-Prette also provides scores on six subscales: (F1) Empathy; (F2) Self-control; (F3) Civility; (F4) Assertiveness; (F5) Affective Approach; and (F6) Social Adroitness. Analysis according to Cronbach's

Alpha shows a score of 0.90 for the overall scale, with rates ranging from 0.51 to 0.87 for the subscales. The IHSA-Del-Prette comes in a box containing a printed manual, as well as application and scoring cards. Online scoring is also available.

Matson Evaluation of Social Skills with Youngsters. MESSY is a self-assessment scale developed by Matson et al. (1983). It contains 62 items, completed on a Likert scale. In its original version, items were grouped into six factors: Appropriate Social Skill, Inappropriate Assertiveness, Impulsive/Recalcitrant, Overconfidence, Jealousy/Withdrawal and Miscellaneous Items that include the other non-classified items. MESSY was translated into Portuguese, and its psychometric properties were investigated by Teodoro et al. (2005). Its Brazilian version contains the same 62 items divided into four factors: (1) Aggressive/Antisocial Behavior, (2) Social Skills/Assertiveness, (3) Conceit/Haughtiness and (4) Loneliness/Social Anxiety, analyzed according to exploratory and confirmatory factor analysis. The internal consistency rates were 0.87, 0.84, 0.74 and 0.47, respectively.

Procedures

The locations studied (schools and SEP) were contacted by the directors. After authorization, the goals of the study were explained to the participants. Parents were requested to sign the Informed Consent Form. The project was approved by the Ethics Committee (CEP/Universidade Federal de São Carlos nº 206/2005).

Data treatment

Comparisons of age and gender for the social skills scores, as well as comparisons between both instruments studied and the calculation of internal consistency were carried out separately for both groups. Owing to the study sample size, parametric tests (T-Test and Pearson's Correlation) were employed for the public school group, and non-parametric tests (Mann-Whitney and Spearman correlation) were employed for SEP participants.

Internal consistency was assessed by Cronbach's Alpha. The associations between IHSA-Del-Prette and MESSY were calculated with the Pearson correlation coefficient. Comparisons between vulnerable and non-vulnerable groups were made with Univariate Variance Analyses.

Results

Age and gender comparisons

In the public school sample, gender comparisons of frequency scores on the IHSA-Del-Prette indicated that girls had significantly higher scores on the items of Empathy ($t=3.50$, $df=134$, $p<0.001$), Assertiveness ($t=2.13$, $df=134$, $p<0.05$) and Social Adroitness ($t=2.22$, $df=134$, $p<0.05$), as well as on the overall score ($t=2.06$, $df=134$, $p<0.05$). In terms of difficulty, boys reported higher scores on Assertiveness ($t=2.06$, $df=134$, $p<0.05$). On MESSY, girls scored higher on Social Skills/Assertiveness ($t=3.86$, $df=134$, $p<0.001$) and Loneliness/Social Anxiety ($t=2.98$, $df=134$, $p<0.01$).

In the SEP group, girls scored significantly lower regarding frequency on the IHSA-Del-Prette self-control subscale ($z=2.14$, $p<0.05$) and higher on Civility ($z=2.70$, $p<0.05$). In terms of difficulty, boys scored significantly higher on Social Adroitness ($z=2.09$, $p<0.05$). Gender comparisons on MESSY showed that girls scored higher than boys on Assertiveness ($z=2.46$, $p<0.05$).

Pearson correlations showed a significant negative association between age and IHSA-Del-Prette factors for the public school group ($r=-0.30$), in terms of difficulty regarding Social Adroitness. No significant associations were found between age and MESSY scale scores. In regard to the SEP group, a positive association was observed between age and self-control frequency scores ($r=0.46$) on IHSA-Del-Prette.

Internal consistency analyses

Internal consistency analyses (Cronbach's Alpha) of the skills on each of the IHSA-Del-Prette

subscales were calculated for the total sample. The rates found for frequency scores were 0.80 for Empathy, 0.79 for Self-control, 0.78 for Civility, 0.70 for Assertiveness, 0.63 for Affective Approach and 0.64 for Social Adroitness. The overall scale of behaviors showed an Alpha of 0.91. For the difficulty scores, an Alpha of 0.90 was observed for Empathy, 0.79 for Self-control, 0.90 for Civility, 0.75 for Assertiveness, 0.67 for Affective Approach and 0.54 for Social Adroitness. An Alpha of 0.92 was observed for the overall score for difficulty. The internal consistency rates regarding the MESSY subscales were 0.86 for Aggressive/Antisocial Behavior and Social Skills/Assertiveness, 0.67 for Conceit/Haughtiness, and 0.40 for Loneliness/Social Anxiety.

Convergent Validity between IHSA-Del-Prette and MESSY

Data taken from IHSA-Del-Prette and MESSY, for adolescents from the public school, were investigated according to Pearson correlations. Table 1 shows the scores for the frequency indicator on both IHSA-Del-Prette and MESSY.

As shown in Table 1, a few significant correlations were found between both instruments. Aggressive/Antisocial Behavior (MESSY) correlated negatively with the overall IHSA-Del-Prette score ($r=-0.21$), with Empathy ($r=-0.25$), Self-control ($r=-0.35$)

and Civility ($r=-0.23$). Social Skills/Assertiveness (MESSY) presented significant and positive correlation with all IHSA-Del-Prette scores, ranging from 0.29 to 0.59. Conceit/Haughtiness (MESSY) correlated negatively ($r=-0.18$) with Empathy (IHSA-Del-Prette); Loneliness/Social Anxiety did not correlate with any factor on the IHSA-Del-Prette.

Comparison between groups

Comparisons between the group of adolescents from the public school and that of adolescents from the SEP were made with Univariate Variance Analyses controlled by gender. No differences between the groups were found in the frequency scores investigated by IHSA-Del-Prette. However, adolescents from the SEP group showed less difficulty on Civility than those from the public school ($F=5.72$, $p<0.01$). No interaction was found between the group of origin and the gender of the participant.

For a more in-depth assessment of the differences between groups regarding Civility, IHSA-Del-Prette items were compared. Results are shown in Table 2.

The group of adolescents from the public school and that of adolescents from the SEP showed significant differences in four of six items on Civility. Adolescents from the public school reported more difficulty in four of the items: D2 [I greet people when I arrive somewhere (doctor's office, relative's

Table 1

Pearson's correlation between Frequency Scores on the Social Skills Inventory for Adolescents and Scores on Matson Evaluation of Social Skills with Youngsters for the Public School Sample ($n=136$). São Carlos (SP), Brazil

IHSA-Del-Prette (Frequency)	Matson Evaluation of Social Skills with Youngsters			
	Aggressive/Antisocial Behavior	Social Skill/Assertiveness	Conceit/Haughtiness	Loneliness/Social Anxiety
Overall frequency score	-0.21*	0.51***	-0.12	-0.02
Empathy	-0.25**	0.59***	-0.18*	-0.01
Self-control	-0.35***	0.34***	-0.15	-0.05
Civility	-0.23**	0.52***	-0.03	-0.06
Assertiveness	-0.01	0.32***	-0.05	0.05
Affective Approach	-0.01	0.29***	-0.02	-0.05
Social Adroitness	-0.07	0.44***	-0.08	-0.01

Note: * $p<0.05$; ** $p<0.01$; *** $p<0.001$; IHSA-Del-Prette: Social Skills Inventory for Adolescents.

Table 2

Descriptive data (average, standard deviation) of difficulty scores for the IHSA-Del-Prette social skills items regarding the Civility subscale (overall variation from 0-2) and inferential data (t value and significance) for differences between public school and Social/Educational Program (SEP) adolescents. *São Carlos (SP), Brazil*

Items of Civility	Groups		T
	Public School (N=136) Average (SD)	SEP (N=24) Average (SD)	
D2. When I get to a place (doctor's office, relatives' home, etc.), I greet people	0.95 (1.23)	0.21 (0.51)	5.00**
D3. When someone does me a favor or a good turn, I thank them	1.06 (1.58)	0.12 (0.34)	6.15**
D4. When leaving, I say goodbye to everyone	1.08 (1.28)	0.33 (0.57)	4.69**
D6. When I have the opportunity, I do small favors (offer my seat, open the door to others, etc.) without being asked	1.20 (1.29)	1.00 (1.25)	0.70 ^{ns}
D7. When someone does something good, I compliment them	1.26 (1.45)	0.92 (1.32)	1.10 ^{ns}
D9. When someone compliments me, I thank them	1.10 (1.51)	0.58 (0.88)	2.31*

Note: * $p < 0.05$; ** $p < 0.001$; ns: not significant; D: IHSA-Del-Prette: Social Skills Inventory for Adolescents.

home, for example)], D3 (I thank someone who does me a favor or a good turn), D4 (I say goodbye to everyone when I leave a place) and D9 (I thank people who compliment me).

Discussion

Considering the first goal (comparisons of age and gender), our results show that approximately one third of the analyses of gender difference assessment (11 out of 36) were significant, suggesting isolated gender-related differences on social skills scores. However, we must point out that the results obtained from the normative, broader and more diversified sample of adolescents (Z.A.P. Del Prette & Del Prette, 2009) were more robust in terms of gender differences, indicating different norms for each gender. Moreover, the gender difference analyses for the SEP group included only a small number of girls.

In terms of age, there were only two significant correlations from a total of 36. This indicates that the results were probably incidental - that is, the number of significant correlations is very close to the percentage of error (5 out of 100). Therefore, we can conclude that age played no role in regard to the age gap studied. This is unexpected, since the normative sample showed different results

for the age gaps of 12-13, 14-15 and 16-17, thus implying different norms for each age gap. The two earlier results suggest that the study sample is very different from the IHSA-Del-Prette normative sample, in terms of age and gender impact on social skills scores. The difference in results could be attributed to the specificity of the sample, i.e., taken from a small city in the state of *Rio Grande do Sul*, Brazil.

Data from the Alpha scores suggest that there is an internal consistency for the global scale of both instruments, with satisfactory indicators for both IHSA-Del-Prette and MESSY (Pasquali, 2003). Four of the six IHSA-Del-Prette subscales and one of the MESSY subscales showed above average (greater than or equal to 0.70) internal consistency. In addition, the consistency of items assessing difficulty was greater than that of items assessing frequency. This suggests the greater reliability of this type of measure. Results show reliability of results for the overall score of both inventories and most subscales, especially those related to social skills.

The IHSA-Del-Prette (frequency) versus MESSY results related to convergent validity were as expected in terms of positive correlations between the social skills indicators of both instruments, that is, between IHSA-Del-Prette subscales and the MESSY Social Skills/Assertiveness

subscale. Although Table 1 states seven significant correlations, only four of these showed magnitudes above 0.40. These were observed for the MESSY social skills/assertiveness subscale and: the overall IHSA-Del-Prette (0.51); the subscales of Empathy, Civility, and Social Adroitness ($r=0.59$, $r=0.52$, and $r=0.44$, respectively). These results evidence convergent validity between desired social behaviors measured by both scales, in agreement with data found in the literature (Hinshaw, 1992; Lane et al., 2002; Z.A.P. Del Prette, Rocha, Silvaes, & Del Prette, 2012; Z.A.P. Del Prette & Del Prette, 2005). The results lead us to conclude that the IHSA-Del-Prette and the MESSY Social Skills/Assertiveness subscale measure similar constructs.

The results for the three additional MESSY factors, indicating behavioral problems, were unexpected. Considering the protective factor of the social skills and the risk factor of deficits within this repertoire of behavioral problems (Walker & Severson, 2002; Crews, Bender, Gresham, Kern, Vanderwood, & Cook, 2007), as well as the concurrent nature of both repertoires (Gresham, Van & Cook, 2006; Patterson & Yoerger, 2002), it could be expected that there would also be convergent validity in terms of significant negative correlations between IHSA-Del-Prette scores and the three MESSY behavioral problem subscales. Correlations were negative, as expected; however, they were very low or non-significant overall, except for Aggressive/Antisocial Behavior, which showed significant negative correlations between 0.21 and 0.35, with several IHSA-Del-Prette indicators (overall score, Empathy, Self-control and Civility).

It should be noted that even in the study for MESSY validation in Brazil, the three factors related to behavioral problems showed very low correlation with the social skills/assertiveness indicator on the same scale. By assessing the content of the items regarding the three MESSY factors (such as I behave as if I was better than others, I want to lead and I like to be alone), we can see that most of these factors do not necessarily imply social skill deficits, but rather the inappropriate use of such a repertoire, according to criteria of social competence (A. Del Prette & Del Prette, 2001). In this sense, our data endorse the idea that a good repertoire of social

skills is a necessary asset, but not enough for a socially competent performance (A. Del Prette & Del Prette, 2001; Z.A.P. Del Prette & Del Prette, 2005). This might explain the low correlation rates between positive and negative indicators of both scales, both in this study and in the study to validate MESSY in Brazil. In other words, this study did not provide evidence of convergent validity for the negative indicators of MESSY; rather, the term divergent validity might apply, because the items on these subscales investigate aspects that are different, but not necessarily the opposite of social skills.

The comparison of both samples of this study suggests that the difference between adolescents from SEP and those from the public school was not substantial; therefore, the SEP adolescents do not constitute a risk sample. This conclusion is also surprising, because the SEP adolescent sample is different from another sample from the same institution, analyzed in a different study (Del Prette et al., 2012). The SEP sample showed a prevailing deficit on social skill scores and indicators of psychological disorders. The analysis of items showing differences between these two samples suggests that, quite incidentally, the SEP sample in the present study constituted a subsample that does not represent the pattern of adolescents in this program. We could also assume that our small sample size ($N=25$) did not take into account the diversity of individuals included in the other study ($N=50$) or in the SEP, which could explain our results. A third plausible hypothesis is that, because of the characteristics of the program itself, adolescents from the SEP could represent a subgroup more attentive and motivated to meet the demands of the institution in terms of social performance, and could, therefore, present a pattern compatible with the reference sample. It is important to observe that the socioeconomic conditions of participants were not considered. Together with cultural differences, socioeconomic conditions may influence comparative results. Therefore, the comparison between adolescents from the SEP and those from regular schools is still open for future investigation. We could further infer that a broader sample of the first group is needed.

References

- American Educational Research Association, American Psychological Association, & National Council on Measurement in Education. (1999). *Standards for educational and psychological testing*. Washington, DC: Author.
- Barkin, S. L., Smith, K. S., & Durant, R. H. (2002). Social skills and attitudes associated with substance use behavior among young adolescents. *Journal of Adolescent Health, 30*(6), 448-454.
- Barr, R. D., & Parrett, W. H. (2001). *Hope fulfilled for at-risk and violent youth*. Boston: Allyn and Bacon.
- Cole, M., & Cole, S. R. (2003). *O desenvolvimento da criança e do adolescente* (4ª ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Crews, S. D., Bender, H., Gresham, F. M., Kern, L., Vanderwood, M., & Cook, C. R. (2007). Risk and protective factors of emotional and/or behavioral disorders in children and adolescents: A "mega"-analytic synthesis. *Behavioral Disorders, 32*(2), 64-77.
- Del Prette, A., & Del Prette, Z. A. P. (2001). *Psicologia das relações interpessoais: vivências para o trabalho em grupo*. Petrópolis: Vozes.
- Del Prette, A., & Del Prette, Z. A. P. (2003). Aprendizagem socioemocional na escola e prevenção da violência: questões conceituais e metodologia de intervenção. In A. Del Prette & Z. A. P. Del Prette (Orgs.), *Habilidades sociais, desenvolvimento e aprendizagem: questões conceituais, avaliação e intervenção* (pp.83-127). Campinas: Alínea.
- Del Prette, Z. A. P., Rocha, M. M., Silveira, E. F. M., & Del Prette, A. (2012). Social skills and psychological disorders: Converging and criterion-related validity for YSR and IHSA-Del-Prette. *Universitas Psychologica, 11*(3), 941-955.
- Del Prette, Z. A. P., & Del Prette, A. (2002). Transtornos psicológicos e habilidades sociais. In H. J. Guilhardi, M. B. B. Madi, P. P. Queiroz & M. C. Scoz (Orgs.), *Sobre comportamento e cognição: contribuições para a construção da teoria do comportamento* (pp.377-386). Santo André: ESEtec.
- Del Prette, Z. A. P., & Del Prette, A. (2005). *Psicologia das habilidades sociais na infância: teoria e prática*. Petrópolis: Vozes.
- Del Prette, Z. A. P., & Del Prette, A. (2006). Psicologia educacional, forense e com adolescente em risco: prática na avaliação e promoção de habilidades sociais. *Avaliação Psicológica, 5*(1), 99-104.
- Del Prette, Z. A. P., & Del Prette, A. (2009). *Inventário de Habilidades Sociais para Adolescentes (IHSA-Del-Prette): manual para aplicação, apuração e interpretação*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Fraser, M. W., & Williams, S. A. (2004). Aggressive behavior. In L. A. Rapp-Paglicci, C. N. Dulmus & J. S. Wodarski (Orgs.), *Handbook of preventive interventions for children and adolescents* (pp.100-129). New Jersey: John Wiley & Sons.
- Gresham, F. M., Van, M. B., & Cook, C. R. (2006). Social skills training for teaching replacement behaviors: Remediation of acquisition deficits for at-risk children. *Behavioral Disorders, 30*, 32-46.
- Goldberg-Lillehoj, C. J., Spoth, R., & Trudeau, L. (2005). Assertiveness among young rural adolescents: Relationship to alcohol use. *Journal of Child & Adolescent Substance Abuse, 14*(3), 39-68.
- Henggeler, S. W., & Lee, T. (2003). Multisystemic treatment of serious clinical problems. In A. E. Kazdin & J. R. Weisz (Eds.), *Evidence-based psychotherapies for children and adolescents* (pp.301-324). New York: Guilford Press.
- Hinshaw, S. P. (1992). Externalizing behavior problems and academic underachievement in childhood and adolescence: Causal, relationships and underlying mechanisms. *Psychological Bulletin, 111*(1), 143-150.
- Kamphaus, R. W., & Frick, P. J. (2002). *Clinical assessment of child and adolescent personality and behavior*. Boston, MA: Allyn & Bacon.
- Lane, K. L., Gresham, F. M., & O'Shaughnessy, T. E. (Orgs.), (2002). *Interventions for children with or at-risk for emotional and behavioral disorders*. Boston, MA: Allyn & Bacon.
- Marturano, E. M., Linhares, M. B. M., & Loureiro, S. M. (2004). *Vulnerabilidade e proteção: indicadores na trajetória de desenvolvimento do escolar*. São Paulo: Fapesp.
- Matson, J. L., Rotatori, A. F., & Helsel, W. J. (1983). Development of a rating scale to measure social skills in children: The Matson Evaluation of Social Skills with Youngsters (MESSY). *Behavior Research and Therapy, 21*(4), 335-340.
- Murta, S. G., Del Prette, A., Nunes, F. C., & Del Prette, Z. A. P. (2007). Problemas en la adolescencia: contribuciones del entrenamiento en habilidades sociales. In M. R. Ríos-Saldaña. *Manual de intervención psicológica para adolescentes: ámbito de la salud y educativo* (Cap.2). Bogotá: Psicom Editores.
- Nightingale, E. O., & Fischhoff, B. (2002). Adolescent risk and vulnerability: Overview. *Journal of Adolescent Health, 31*(1), 3-9.
- Novak, G., & Peláez, M. (2004). *Child and adolescent development: A behavioral systems approach*. Thousand Oaks: Sage.
- Pasquali, L. (2003). *Psicometria: teoria dos testes na Psicologia e na Educação*. Petrópolis: Vozes.

- Patterson, G. R., & Yoerger, K. (2002). A development model for early- and late-onset delinquency. In J. B. Reid, G. R. Patterson & J. Snyder (Eds.), *Antisocial behavior in children and adolescents: A developmental analysis and model for intervention* (pp.147-192). Washington, DC: American Psychological Association.
- Patterson, G. R., Reid, J. B., & Dishion, T. J. (1992). *Antisocial boys*. Eugene, OR: Castalia.
- Teodoro, M. L. M., Käppler, K. C., Rodrigues, J. L., Freitas, P. M., & Haase, V. G. (2005). The Matson Evaluation of Social Skills with Youngsters (MESSY) and its adaptation for brazilian children and adolescents. *Revista Interamericana de Psicología*, 39(2), 239-246.
- Walker, H. M., & Severson, H. (2002). Developmental prevention of at-risk outcomes for vulnerable antisocial children and youth. In K. Lane, F. M. Gresham & T. O'Shaughnessy (Eds.), *Interventions for children with or at-risk for emotional and behavioral disorders* (pp.177-194). Boston: Allyn & Bacon.

Received on: 9/3/2012
Final version on: 22/3/2012
Approved on: 17/4/2012

Accuracy in dictation after improvement of reading and copying skills in a student with learning difficulties

Precisão em ditado após fortalecimento de leitura e cópia em um escolar de risco

Ana Claudia Moreira Almeida **VERDU**¹
France Matos de **OLIVEIRA**¹

Abstract

The aim of this study was to use systematic teaching in a clinical setting using software to teach reading and writing in one boy with learning difficulties and obtain accurate performance in dictation. In the pre-test, the student showed good performance in matching-to-sample tasks (96% in matching printed words to dictated words; 88% in matching pictures to dictated words), although he obtained a low percentage of correct answers in the dictation of constructed responses (52%) and manuscripts (24%). The teaching strengthened the selection of printed words matched to dictated words and copying words. The student obtained 100% correct answers in the teaching tasks. In post-tests of dictation, he obtained 100% correct answers in constructed response and 96% correct answers in manuscripts. The results indicate that carefully teaching copying may promote accuracy in the performance of responding to minimal units in dictation tasks.

Keywords: Adolescent; Avoidance learning; Reading; Teaching materials.

Resumo

O objetivo deste trabalho foi adotar, em condições clínicas, um ensino sistemático de leitura e escrita oferecido por um software em um adolescente com características de desempenho condizentes com dificuldades de aprendizagem a fim de que ele obtivesse desempenho preciso em ditado. No pré-teste, o aluno mostrou bom desempenho em relações que envolviam a seleção de palavras impressas diante da palavra ditada (96%) e diante da figura (88%), mas registrou baixa porcentagem de acertos em ditado com construção da resposta (52%) e manuscrito (24%). O ensino fortaleceu a seleção de palavra impressa mediante ditado e cópia da palavra impressa. O aluno obteve 100% de acertos no ensino; nos pós-testes de ditado, obteve 100% de acertos com construção da resposta e 96% de acertos em manuscrito. Os resultados indicam que o ensino criterioso da cópia pode favorecer a precisão no desempenho de responder a unidades mínimas em tarefas de ditado.

Palavras-chave: Adolescente; Aprendizagem da escrita; Leitura; Materiais de ensino.

▼ ▼ ▼ ▼ ▼

¹ Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Faculdade de Ciências, Departamento de Psicologia. Av. Luiz Edmundo Carrijo Coube, 14-01, Vargem Limpa, 17033-360, Bauru, SP, Brasil. *Correspondência para/Correspondence to:* A.C.M.A. VERDU. *E-mail:* <anaverdu@fc.unesp.br>.

Support: Rectory of University Extension of the *Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho. Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia sobre Comportamento, Cognição e Ensino. Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, Process nº 573972/2008-7. Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo, Process nº 2008/57705-8.*

Relations of equivalence area model that has been adopted in psychology with an operationalist influence to explain the emergence of novel conceptual behavior. Use of the term “equivalence” was initially proposed by Sidman (1971), who taught a boy with microcephaly to pair relations according to a model of dictated words and printed words. The boy was already able to pair dictated words with figures and name figures. The tests showed that the subject was able to pair printed words with figures and orally read these words, among other emerging relations, without the need for direct teaching.

Relations of equivalence can be established when two or more elements are interchangeable or can substitute for one another, and these different stimuli control the same behavior. The establishment of relations of equivalence can occur by learning conditional relations among stimuli. One of the procedures that is more widely used for the establishment of conditional relations has been the pairing model, which consists of presenting a stimulus with a model function and two or more stimuli with the function of choice, in which the subject’s response is the choice of a stimulus that is arbitrarily related to the model. After learning at least two conditional relations with a common element, a third conditional relation can emerge without direct teaching by extension of its functions. According to this model, if a dictated word is related to a figure and if the same dictated word is related to a printed word, then one can obtain a relation between the figure and printed word without previous teaching (Sidman, 1994).

The model of relations of equivalence has been used by many researchers in the field of learning, with the goal of finding more effective teaching procedures, given that its use results in saving time.

Considering the variations in Matching-to-Sample (MTS) procedures, arbitrary relations among stimuli (dictated words, figures, and printed words) can be taught in different ways and minimize errors, such as teaching by exclusion, fading, and Constructed Response Matching-to-Sample (CRMTS). Teaching by exclusion designates not only

a single repertoire but also a set of conditions that allow the occurrence of the repertoire. The set of conditions establishes an audio-visual baseline between a dictated word and printed word. If the new word is dictated and a new printed word is presented as a comparison, then the resulting repertoire involves the participant’s tendency to exclude the known printed word and select the new one. The term “exclusion” was used for the first time by Dixon (1977), and the literature has shown that exclusion is important for the acquisition of new vocabulary by children and allows rapid learning without errors (Almeida-Verdu et al., 2008; Bagaiolo & Micheletto, 2004; Domeniconi, Costa, Souza, & Rose, 2007; Wilkinson, Dube, & McIlvane, 2008).

The teaching of conditional relations with the use of fading consists of the successive and gradual alteration of a dimension of the stimulus, such as intensity, color, or shape, by increasing it (fading in) or decreasing it (fading out). This alteration produces an extension of the control of a stimulus that strongly controlled one response over another. When a relation between a dictated word and a printed word is taught, one of the possible variations caused by fading can be an overlap of the dictated word and corresponding printed word, thus transforming this stimulus into a composite stimulus. In the first trials, the selection of the printed word as the comparison is a function of the physical similarity to the printed word, a component of the model. In successive trials, the component of the model printed word vanishes through fading. The control exerted by the printed word is gradually extended to the dictated word, making the attempt purely audio-visual. One of the first procedures in the field was performed by Terrace (1963), and it has been used to teach conditional relations in different populations (Almeida-Verdu et al., 2008; Bagaiolo & Micheletto, 2004).

Teaching by exclusion and teaching by fading, although they result in greater precision of the repertoire of stimulus selection under control of the relation between a dictated word and a printed word (a type of reading), do not warrant

either the emergence or precision of the repertoire of writing the word, which requires composition.

One way to establish a repertoire of composition is using CRMTS, in which the target response is not the selection of a stimulus with multiple components (a printed word) but rather the construction of a response from the selection of these components (letters that when put together form the presented stimulus model). The response to be constructed can be a function of a dictated word (a typical dictation task) or a written word (a copying task). The desired subproduct of this type of procedure is the subject's behavioral control over minimal units that compose the word and, depending on the teaching organization, the emergence of new words from the recombination of units from the teaching words. One of the first proposals for the CRMTS procedure was presented by Dube, McDonald, McIlvane, and Mackay (1991). The procedure has been adopted for diverse studies on the conditions involved in the establishment of writing and spelling (Rose, Souza, & Hanna, 2002; Souza, Hanna, Rose, Melo, & Quintero, 2004; Souza, Goyos, Silveiras, & Saunders, 2007).

Studies that adopted these teaching procedures in simple or combined ways demonstrated their effectiveness in the acquisition of reading and writing repertoires, especially with a minimal number of trials and errors (Amorese & Haydu, 2010). In a review of the literature on the equivalence of stimuli in Brazil from 1997 to 2007, de Paula and Haydu (2010) reported many advances in teaching technology but few publications in national journals, especially in the educational context.

Some recent initiatives have sought to teach reading and writing through teaching technology derived from the paradigm of relations of equivalence. Its application has occurred in less-controlled environments, such as schools and homes. Studies verified the feasibility of its collective application when implemented by teachers (Amorese & Haydu, 2010; Peres & Carrara, 2004) or individually (Afonso, 2011; Freitas, 2008; Reis,

Souza, & Rose, 2009) through the use of software managed by parents, teachers, or therapists.

Among the possibilities of individual application, one can cite ProgLeit® software (Rosa Filho, Souza, Rose, Fonseca, & Hanna, 1998), which has the goal of teaching elementary reading and writing repertoires by adopting different learning procedures without errors. In addition to teaching relations of equivalence among dictated and written words and figures, the program presents syllabic training that teaches relations among graphemes and phonemes, thus allowing the recombination of generalization in reading new words. Currently, a large number of studies have used this software in a variety of participants, including children enrolled in regular schools (Reis et al., 2009), children with intellectual deficiencies (Afonso, 2011; Freitas, 2008), children with dyslexia (Araújo, 2007), and illiterate adults (Melchiori, Souza, & Rose, 2000).

Considering the possibilities of using ProgLeit®, the objective of the present study was to adopt the systematic teaching provided by the software to teach reading and writing in a clinical setting with an adolescent who had performance characteristics that were consistent with learning difficulties. Our goal was to establish writing performance under dictation.

Method

This was a single case study based on consultations with an adolescent who had difficulties following the regular elementary school curriculum. Nine 50-min sessions were conducted, during which we performed diagnostic evaluations of the subject's needs, conducted intervention sessions with ProgLeit® software, and provided feedback to legal guardians or teachers.

Case

Cadu (a fictitious name) was an 11-year old boy who attended the fourth year of elementary school in a municipal school in São Paulo state,

Brazil, when he was referred to the Clinical Psychology School by the local unit of *Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais* (APAE, Association of Parents and Friends of Exceptional).

Brief history of the subject: He was under the care of his grandmother who lived in a rural area. The family had a history of intellectual deficiency. For this reason, his grandmother enrolled him in APAE. During the screening process in APAE, the grandmother was told that the child did not have the typical characteristics of intellectual deficiency and was then referred to the Clinical Psychology School, indicating the need for psychological evaluation. Cadu presented typical development during his childhood. However, since beginning formal schooling, the teachers indicated his difficulties performing tasks, lack of participation in classes, and learning delays compared with his peers. He always attended a regular school and did not repeat any year but presented difficulties in several disciplines. He received criticism about his performance from the teachers. His behavior in the school was considered passive and introspective, with little participation. During the school semester in which he received care from the Clinical Psychology School, he participated in extra classes in addition to his normal activities in the school.

Major complaints: The complaints were presented by his grandmother and school. The school stated that Cadu had learning difficulties because he did not follow the disciplines similarly to the other students and could not read (reported by his grandmother). The grandmother was afraid that the boy may have a type of mental disorder or disease.

Materials: We first performed an interview with the grandmother for data collection to establish the therapeutic relation and intervention. The grandmother approved of Cadu's participation in the activities and signed a consent form provided by the institution. To better characterize the school's complaints and initial performance, we used the Wechsler Intelligence Scale for Children - WISC III (Wechsler, 1997) and Test of School Performance - TSP (Stein, 1994).

With the goal of precisely probing the performance complaints and problems writing words, the boy was subjected to a pretest using *Aprendendo a Ler e Escrever em Pequenos Passos* (ProgLeit®) software provided by the *Núcleo de Estudos sobre Comportamento, Cognição e Ensino* (ECCE) of the *Universidade Federal de São Carlos*. The program uses figures, written words (visual stimuli), and dictated words (auditory stimuli) to assess language difficulties: *maçã* (apple), *folha* (leaf), *elefante* (elephant), *placa* (board), *golfinho* (dolphin), *coruja* (owl), *algema* (handcuff), *leão* (lion), *fazenda* (farm), *jarra* (jar), *barco* (boat), *escada* (stairs), *vassoura* (broom), *saia* (skirt), *sol* (sun), *mochila* (backpack), *abacaxi* (pineapple), *igreja* (church), *rosa* (rose), *doce* (sweet), *foguete* (rocket), *etiqueta* (tag), *exército* (army), and *girassol* (sunflower). The stimuli were shown on a computer screen or presented through the computer's speaker. The steps of evaluation and teaching presented tasks that involved relations between events using pairing procedures. The solicited responses included the selection of stimuli (MTS) and eliciting responses (CRMTS).

Procedure: A computer controlled the program's tasks. The program displayed two types of tasks that could be used for evaluation (without programmed consequences for correct responses or errors) or teaching (with programmed consequences for correct responses or errors).

Pre-test: The program presented tasks of selecting stimuli by pairing reading, dictation, and copying, subdivided into 24-trial blocks. The pairing activities consisted of presenting a stimulus model and three comparison stimuli from which the participant had to choose a comparison stimulus that was related to the model. The programmed tasks were dictated word-figure (AB), dictated word-printed word (AC), figure-printed word (BC), and printed word-figure (CB). The vocalization activities consisted of naming the figures (BD) and reading the printed words (CD). The dictation tasks consisted of dictation by composition with letters/syllables that formed a word (AE) and manuscript dictation (AF). The copying tasks followed the same division (copy by composition with the letter that formed the word

[CE] and manuscript copying [CF]). Table 1 illustrates the steps of the design adopted by ProgLeit®.

Teaching: Teaching consisted of arranging teaching contingencies of coherent relations with the dictated exigencies that were performed specifically for this test. The responses under dictation (AF) could be described as an emission of motor behavior, in which the product (grapheme) exactly corresponded to each unit of the dictated word (phonemes). For the subject to be able to write under dictation, it was necessary that he presented a motor behavior that was under the control of each unit of a written word (CF) and that he related the written word to the dictated word according to the conventions of its verbal community (AC). The functions that the written word exerted on the written word were transferred to a dictated word by stimulus equivalence. Thus, among all of the activities that ProgLeit® provides, we selected those that taught relations of copying with construction (CE) and manuscript dictation (CF) and the selection of printed words from dictated words (AC) and a dictation test (AE and AF).

word-printed word relation (AC), with one for each word. The word was dictated through the computer's speaker, and the requested response was to select the printed word that was related to the model. The block of trials was based on the procedure of exclusion, in which the selected printed word in the actual trial was supposed to be the one that should be rejected in the next block because the dictated word was also altered. Correct responses and errors had different consequences. For errors, repetition of the block was programmed, whereas 100% correct responses allowed the participant to be exposed to the block of copies. The block of copies presented 24 trials to teach the relation CE that began with presentation of the printed word on the computer screen. The participant was asked to copy the word by clicking the letters that were randomly distributed on the computer screen and construct a response (CE). For 100% correct responses, the participant was tested for dictation. In cases of errors, repetition of the copy block was programmed.

Teaching 1: Teaching the selection of printed words after dictated words and teaching copying

The arrangement of the tasks began with exposure to 24-trial blocks of teaching the dictated

Post-test 1: Dictation evaluation

Dictation was evaluated always when teaching the set of relations between dictated words, printed words, and copying was concluded. In the condition of construction of a response (AE),

Table 1

Steps of the selected ProgLeit® design for the student's teaching and testing at *Bauru* (SP), 2007

Phase	Relations	Type of performance	Number of trials	Goal
Pre-test	Dictated word - figure (AB)	Selection	24	Teaching 1
	Written word - reading (CD)	Vocalization	24	
	Dictated word - written word (AC)	Selection	24	
	Figure - written word (BC)	Selection	24	
	Written word - figure (CB)	Selection	24	
	Figure-naming (BD)	Vocalization	24	
	Dictated word - construction (AE)	Composition	24	
Teaching 1	Dictated word - manuscript (AF)	Composition	24	Post-test 1
	Dictated word - printed word (AC)	Selection	24	
Post-test 1	Printed word - construction (CE)	Composition	24	Teaching 2
	Dictated word - construction (AE)	Composition	24	
Teaching 2	Dictated word - Printed word (AC)	Selection	24	Post-test 2
	Printed word - manuscript (CF)	Composition	24	
Post-test 2	Dictated word - manuscript (AF)	Composition	24	End

a word was dictated through the computer's speaker. The letters that composed that word were displayed on the screen in random order, and the participant had to select the order that was consistent with the dictated word. In the evaluation of dictation, there were no programmed consequences for correct responses or errors. However, in the case of correct responses, the session was terminated. In the case of errors, resumption of the teaching conditions was programmed.

Teaching 2 and Post-test 2

This teaching phase involved review of the selections that were taught for written words after dictated words (AC), manuscript copying (CF), and tests of manuscript dictation (AF), with the same teaching characteristics as the prior tests (Table 1).

Results and Discussion

Diagnostic evaluation

On the WISC-III, Cadu obtained a borderline general classification of Mental Deficiency (IQ=72). When evaluating the area of execution, the classification was Mild Mental Deficiency (IQ=68). In the verbal area, a borderline classification of Mental Deficiency was made (IQ=79). On the TSP, Cadu also presented poor performance, obtaining an inferior total classification (raw score=65; the expected score for his age is 115). The classification was also inferior in the sub-items writing (raw score=3; the expected score for his age is 28), arithmetic (raw score=10; the expected score for his age is 20), and reading (raw score=52; the expected score for his age is 66).

Cadu presented adaptive behaviors that were adequate for his age and performed with good skill daily social activities, such as catching the bus by himself to go to school, presenting self-cleaning and self-care behaviors, shopping, changing, having

friends, and playing in a group. Based on these observations and his general borderline classification on the WISC, Cadu did not meet the criteria for a diagnosis of intellectual deficiency (American Association on Mental Retardation, 2002). According with the American Association on Mental Retardation (2002), for a person to meet the diagnostic criteria for intellectual deficiency, he has to present a general intelligence quotient that is inferior to two mean standard deviations and a deficit in at least two areas of adaptive behavior, and this situation has to appear before the age of 18 years. The results of the TSP, together with the lack of complaints with regard to sensorial deficiencies, indicate that Cadu's performance met the diagnostic criteria for learning difficulties (National Joint Committee on Learning Disabilities, 1994, p.65).

Learning disabilities is a general term that refers to a heterogeneous group of disorders manifested by significant difficulties in the acquisition and use of listening, speaking, reading, writing, reasoning, or mathematical abilities... . Even though a learning disability may occur concomitantly with other handicapping conditions (for example, sensory impairment, mental retardation, social and emotional disturbance) or environmental influences (such as cultural differences, insufficient/inappropriate instruction, psychogenic factors), it is not the result of those conditions or influences.

Pre-test

The necessity of academic learning was best detected by ProgLeit®, the results of which are presented on the right in Figure 1 (Pre-test).

Cadu showed a high percentage of correct responses (70-100%) in the selection of relations (BC, CB, AC, CC) and vocalization of figure (BD) and written word (CD) stimuli. The results that showed <50% correct responses were obtained in dictation, either manuscript (AF) or composition (AE). Thus, although Cadu could read, he could not write with precision.

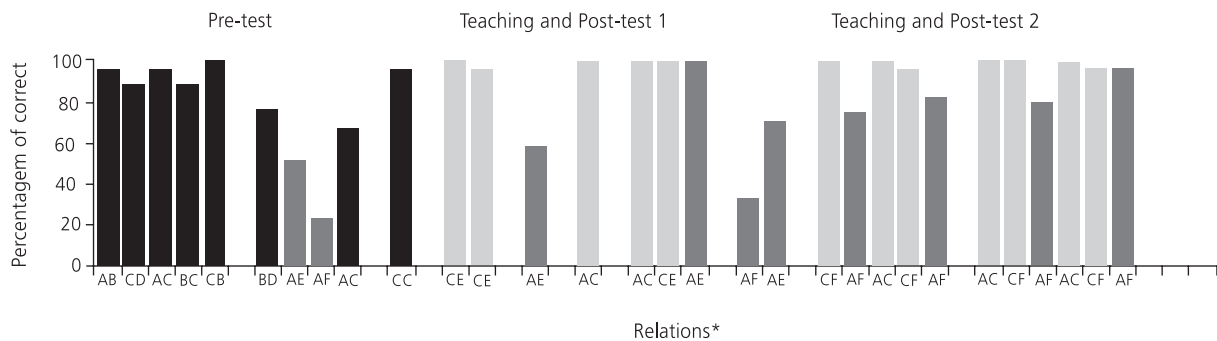


Figure 1. Percentage of correct responses in the relations tested and taught across sessions. Black bars indicate relations tested in the Pre-test. Light gray bars represent the relations taught. Dark gray bars represent the relation of post-test dictation.

Note: *The description of the relations is provided in Table 1.

Teaching

Based on the pre-test, target relations for teaching in post-test 1 were selected. Copying by composition with a mobile alphabet (CE) was strengthened, and dictation was tested (AE). Cadu's performance was practically precise in copying, but with dictation, he obtained only 60% correct responses. This result indicates that precision in copying, although needed for good writing, was not a sufficient condition for this to occur in dictation (Rossit & Zuliani, 2003). Therefore, two relations were strengthened (AC and CE), the nodule of which (C) favored the emergence of the dictation relation (AE) and precise performance (100% correct responses in all of the relations). After obtaining 100% correct responses in dictation with anagrams (AE), manuscript dictation (AF) was tested, and performance was <40% correct responses. Teaching and post-test 2 were then conducted. Cadu was exposed to strengthening of manuscript copying (CF), and his performance in manuscript dictation (AF) increased to 75% correct responses. After strengthening the two relations (AC and CF), the nodule of which (C) favored the emergence of the relation of manuscript dictation (AF), performance in dictation in this modality was 85% correct responses. After two more exposures to this set of relations, performance in dictation reached 95% correct responses.

Notably, the planned teaching contingencies favored the control of the dictated word stimulus

(A) over writing by composition (E) and manuscript (F) through the common element in the printed word (C). Teaching the relation AC followed by teaching the relation CE or CF allowed extension of control of the dictated word to construct the word with letters of the alphabet (AE) or manuscript (AF), which was Cadu's greatest difficulty.

The use of copying activities based on criteria in a coherent way with the paradigm of relations of equivalence is consistent with findings in the literature (Hanna et al., 2002; de Souza et al., 2004; Rossit & Zuliani, 2003). Hanna et al. (2002) reported that copying improved the performance of six children in tasks of dictation, which was the focus of Cadu's intervention. This hypothesis was also based on the fact that tasks of constructing responses (CRMTS) favor the development of control of stimuli by smaller units with low indices of errors because errors are quite deleterious to performance itself.

At the end of the intervention, we contacted Cadu's teacher and provided a general framework of the teaching practices that would result in more effective learning, specifically writing under the control of a visual stimulus (CE) to expand audition (AE). We also separately provided feedback for the adolescent and his responsible guardian. For Cadu, we provided a paper with all of the words and their corresponding figures that he learned to write with dictation. For Cadu's responsible guardian, we briefly explained the interventions that were performed and ruled out the hypothesis of mental

deficiency. We understand that this was a gain for everyone involved in this case, allowing the establishment of new relations from Cadu's new repertoire and conditions under which this repertoire could be achieved. Cadu's behavior, caretaker, and teacher function within his environment to provide hints and reinforcement for the actions of the others.

The present study also indicates that copying and responding to dictation involve similar motor responses, but are functionally different. The fact that one is established does not mean that the other also occurs (Skinner, 1957). Control by stimuli involved in copying and dictation is distinct. One requires the printed word (copying), and the other requires attention to the dictated word (dictation). However, for accurate performance in dictation to occur, both the printed word and dictated word need to be taken as equivalent (Sidman, 1994).

This case study illustrates an attempt to use teaching technologies derived from the paradigm of relations of equivalence in a clinical context. Advancements in achieving the learning criteria were significant, and the intervention duration was relatively short (1 month), given that the sessions occurred twice per week.

The present results, together with recent findings, using software and individual application (Afonso, 2011; Reis et al., 2009) or using instructional programs for teachers to apply collectively (Amorese & Haydu, 2010; Peres & Carrara, 2004) indicate the possibility of adapting this type of teaching procedure to teaching practices for teachers and schools. The present results also demonstrate that the adequate programming of teaching contingencies produces effective learning for students. This case study, together with recently applied research, strengthens the argument that methods based on relations of equivalence can be used as an instructional supplement for students who present learning difficulties.

The limitations of this study include the fact that it had only one participant, and the programming of the tasks depended on knowledge and manipulation of the software. These limitations have been the target of recent studies with regard

to individual application (Afonso, 2011; Reis et al., 2009). The principal advantages were the subject's increase in repertoire and knowledge for both the student and the teacher with regard to the best way to learn writing. According to Stromer, Mackay, and Stoddard (1992), methods based on a set of relations of equivalence can derive not only from teaching technology but also from evaluating whether the school's current teaching curriculum establishes the relations that are necessary for precise performance in reading and writing.

References

- Afonso, P. B. (2011). *Aplicação de um software de leitura e escrita por familiares de indivíduos com deficiência intelectual* (Dissertação de mestrado não-publicada). Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal de São Carlos.
- Almeida-Verdu, A. C. M., Huziwara, E. M., de Souza, D. G., de Rose, J. C., Bevilacqua, M. C., Lopes Jr. J., et al. (2008). Relational learning in children with deafness and cochlear implants. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior, 89*(3), 407-424.
- American Association on Mental Retardation. (2002). *Mental retardation: Definition, classification, and systems of supports*. Washington, DC: Author.
- Amorese, J. S., & Haydu, V. B. (2010). Ensino e aprendizagem de leitura de palavras: contribuições da análise do comportamento. *Revista Brasileira de Análise do Comportamento, 12*(1-2), 197-223.
- Araújo, M. W. M. (2007). *Habilidades metafonológicas e desenvolvimento de leitura e escrita recombinativas em crianças com diagnóstico de dislexia* (Dissertação de mestrado não-publicada). Programa de Pós-Graduação em Teoria e Pesquisa do Comportamento, Universidade Federal do Pará.
- Bagaiolo, L. F., & Micheletto, N. (2004). Fading e exclusão: aquisição de discriminações condicionais e formação de classes de estímulos equivalentes. *Temas em Psicologia, 12*(2), 168-185.
- Dixon, L. (1977). The nature of control by spoken words over visual stimulus selection. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior, 27*(3), 433-422.
- Domeniconi, C., Costa, A. R. A., Souza, D. G., Rose, J. C. (2007). Responder por exclusão em crianças de 2 a 3 anos em uma situação de brincadeira. *Psicologia: Reflexão e Crítica, 20*(2), 3342-3350.
- Dube, W. D., McDonald, S. J., McIlvane, W. J., & Mackay, H. A. (1991). Constructed-response matching to sample and spelling instruction. *Journal of Applied Behavior Analysis, 24*(2), 305-317.

- Freitas, M. C. (2008). *Programação de ensino de leitura e escrita para crianças com deficiência mental* (Dissertação de mestrado não-publicada). Programa de Pós-Graduação em Educação Especial, Universidade Federal de São Carlos.
- Hanna, E. S., Souza, D. G., Rose, J. C., Quinteiro, R. S., Campos, S. N. M., Alves, M., et al. (2002). Aprendizagem de construção de palavras e seus efeitos sobre o desempenho em ditado: importância do repertório de entrada. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 54(3), 255-273.
- Melchiori, L. E., Souza, D. G., & Rose, J. C. (2000). Reading, equivalence, and recombination of units: A replication with students with different learning histories. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 33(4), 97-100.
- National Joint Committee on Learning Disabilities. (1994). *Collective perspectives on issues affecting learning disabilities*. Austin, TX: PRO-ED.
- Paula, J. B. C., & Haydu, V. B. (2010). Revisão bibliográfica de pesquisas brasileiras sobre equivalência de estímulos. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26(2), 281-294.
- Peres, E. A., & Carrara, K. (2004). Dificuldades de leitura: aplicação da metodologia da equivalência de estímulos. *Psicologia Educacional*, 18, 77-94.
- Reis, T. S., Souza, D. G., & Rose, J. C. (2009). *Estudos em Avaliação Educacional*, 20(44), 425-450.
- Rosa Filho, A. B., Souza, D. G., Rose, J. C., Fonseca, M. L., & Hanna, E. S. (1998). *Aprendendo a ler e escrever em pequenos passos: Software para pesquisa (versão 1.0)*. São Carlos, UFSCar, 1998.
- Rose, J. C. C., Souza, D. G., & Hanna, E. S. (1996). Teaching, reading and spelling: Exclusion and stimulus equivalence. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 29(4), 451-469.
- Rossit, R., & Zuliani, G. (2003). Repertórios acadêmicos básicos para pessoas com necessidades especiais. *Temas em Psicologia da SBP*, 11(2), 114-121.
- Sidman, M. (1971). Reading and auditory-visual equivalences. *Journal of Speech and Hearing Research*, 14(1), 5-13.
- Sidman, M. (1994). *Equivalence relations and behavior: A research history*. Boston, MA: Authors Cooperative.
- Skinner, B. F. (1957). *Verbal behavior*. São Paulo: Cultrix.
- Souza, S., Goyos, C., Silveiras, E., & Saunders, R. (2007). Emergent printing and spelling from CRMTS Constructed Response Matching-to Sample instruction. *European Journal of Behavior Analysis*, 8(1) 49-64.
- Souza, D. G., Hanna, E. S., Rose, J. C., Melo, R. M., & Quintero, R. (2004). Ensino de leitura e escrita em escolares de risco: ensino de cópia e desempenho em ditado. In E. G. Mendes, M. A. Almeida & L. C. A. Williams (Orgs.), *Temas em educação especial: avanços recentes*. São Carlos: EDUFSCar.
- Stein, L. M. (1994). *Teste de desempenho escolar: manual para aplicação e interpretação*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Stromer, R., Mackay, H. A., & Stoddard, L. T. (1992). Classroom applications of stimulus equivalence technology. *Journal of Behavioral Education*, 2(3), 225-256.
- Terrace, H. S. (1963). Errorless transfer of discrimination across two continua. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 6(2), 223-232.
- Wechsler, D. (1997). *Escala Wechsler de inteligência para crianças: manual para aplicação e avaliação*. Rio de Janeiro: Cepa.
- Wilkinson, K. M., Dube, W. V., & McIlvane, W. J. (2008). Fast mapping and exclusion (emergent matching) in developmental language, behavior analysis, and animal cognition research. *Psychological Record*, 48(3), 407-416.

Received on: 17/11/2012
 Final version on: 29/6/2012
 Approved on: 31/7/2012

Espiritualidade na formação acadêmica em psicologia no Rio Grande do Sul

Spirituality in psychology academic training: A comparative study of senior and freshmen undergraduate students in Rio Grande do Sul

Carla Maria Frezza **CAVALHEIRO**¹
Denise **FALCKE**²

Resumo

Embora estudos científicos recentes comprovem correlação positiva entre espiritualidade e saúde, outros apontam a espiritualidade do psicólogo como menor que a da população em geral. Visando analisar a espiritualidade de acadêmicos de psicologia, foram investigados 1 064 estudantes (672 calouros e 392 formandos) de todas as universidades gaúchas com formandos em 2009. Foram aplicados questionário biossociodemográfico, questionário sobre valores e aspectos espirituais e religiosos, Escala de Bem-Estar Espiritual e Subescala de espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais do *World Health Organization Quality of Life Group-100*. Os resultados revelaram que formandos apresentam índices significativamente menores de Bem-Estar Espiritual ($t=3,769$; $p<0,001$). Eles também referem acreditar significativamente menos em Deus, força superior e/ou energia ($\chi^2=10,03$; $p<0,001$). Além disso, a importância da espiritualidade na clínica psicológica e no enfrentamento de situações cotidianas também é menor para os formandos ($p<0,001$). Esses dados indicam que provavelmente o curso de psicologia contribua para o declínio da espiritualidade, o que revela a necessidade de reavaliação sobre como a espiritualidade está sendo abordada na graduação.

Palavras-chave: Bem-estar espiritual; Espiritualidade; Formação acadêmica; Psicologia transpessoal.

Abstract

Many studies discuss the positive correlation between spirituality and health and some highlight the fact that the psychologists' spirituality is significantly lower than that of the population. This study aimed to analyze the level of spirituality of 1,064 psychology students (672 freshmen and 392 senior students) from all universities in the State of Rio Grande do Sul. The instruments used included a sociodemographic questionnaire, a questionnaire covering spiritual and religious aspects and values, the Spiritual Well-Being Scale, and the Spirituality, Religiousness and Personal Beliefs Sub-scale of the World Health Organization Quality of Life -100 instrument. The results revealed that the senior

▼ ▼ ▼ ▼ ▼

¹ Universidade de Caxias do Sul, Centro de Ciências Sociais Aplicadas, Curso de Administração. R. Francisco Getúlio Vargas, 1130, 95070-560, Caxias do Sul, RS, Brasil. Correspondência para/Correspondence to: C.M.F. CAVALHEIRO. E-mail: <holospsi@terra.com.br>.

² Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica. São Leopoldo, RS, Brasil.

Artigo elaborado a partir da dissertação de C.M.F. CAVALHEIRO, intitulada "Espiritualidade na clínica psicológica: um olhar sobre a formação acadêmica no Rio Grande do Sul". Universidade do Vale do Rio dos Sinos, 2010.

students had significantly lower levels of spiritual well-being ($t=3.769$; $p<0.001$). They believed in God, a superior being and/or energy, significantly less frequently than the freshmen ($\chi^2=10.03$; $p<0.001$). Likewise, for the senior students the importance of spirituality in the psychological practice and in coping with day-to-day situations was always indicated as significantly lower than for the freshmen ($p<0.001$). These data indicate that the undergraduation in psychology possibly contributes to a decline in spirituality among its students, highlighting the need to reassess how spirituality is being approached in the undergraduate psychology courses.

Keywords: *Spiritual well-being; Spirituality; Academic education; Transpersonal psychology.*

As transições paradigmáticas refletiram, em muitos momentos, uma intensa dicotomia entre ciência e religião. Nesse sentido, durante muito tempo, os estudos científicos sobre espiritualidade, religião e religiosidade foram escassos nas diferentes áreas do conhecimento, em especial na psicologia. Nas últimas décadas, entretanto, tem-se observado aumento significativo da produção científica sobre o tema. Consulta realizada na base de dados *PsycINFO*, por Koenig (2007), aponta que, da década de 1970 para a primeira década do século XXI, houve aumento de 600% no número de artigos que tinham como descritores as palavras "religion", "religiosity", "religious beliefs" e "spirituality". De forma complementar, Aten e Hernandez (2005) publicaram um artigo no qual apresentam uma revisão de 2 726 publicações, de 1978 a 2003, em 7 diferentes jornais e revistas voltados para psicologia e espiritualidade.

Resultados de pesquisas recentes (Costa et al., 2008; Koenig, 2007; Marques, 2000; Panzini, Rocha, Bandeira, & Fleck, 2007; Pedrão & Beresin, 2009; Peres, Simão, & Nazello, 2007) apontam para o fato de que a literatura científica tem apresentado a existência de relação significativa entre saúde, qualidade de vida e espiritualidade. Estudos atuais também investigam o quanto a espiritualidade pode auxiliar no enfrentamento de situações estressantes e traumáticas (Panzini et al., 2007), na promoção de qualidade de vida (Panzini et al., 2007), na relação com a saúde geral (Marques, 2003), em contextos de violência e desestruturação familiar, no tratamento e na prevenção da dependência química e no abandono escolar (Sanchez & Nappo, 2007), nas questões referentes à sexualidade de jovens (Cerqueira, 2008), no acompanhamento de pacientes crônicos e terminais (Kovács, 2007), no desenvolvimento da resiliência (Rocca-Larrosa, 2007), nos transtornos psicóticos (Koenig, 2007; Lukof, 2003),

nos riscos de suicídio (Moreira-Almeida, Lotufo Neto, & Koenig, 2006) e até no diagnóstico diferencial entre psicose e emergência espiritual, que passa a ser necessário a partir da inclusão desta categoria de emergência espiritual no DSM-IV (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - Fourth Edition*) (Lukoff, 2003). Além disso, existem estudos focados especificamente na espiritualidade dos psicólogos (Marques, 1996; Peres et al., 2007), na espiritualidade dos estudantes durante a formação acadêmica em psicologia (Costa et al., 2008; Gastaud et al., 2006) e, principalmente, na importância da espiritualidade na clínica psicológica (Ancona-Lopez, 2008a; Angerami-Camon, 2008; Bocalandro, 2004; Bruscin, Savio, Fontes, & Gomes, 2008; Erthal, 2004).

O bem-estar psicológico e espiritual e as implicações clínicas dessa relação foram amplamente avaliados por Moreira-Almeida, Lotufo Neto e Koenig (2006), em revisão que teve como base 850 artigos sobre o tema. Segundo os autores, estudos relevantes e confiáveis apontaram que maiores níveis de envolvimento espiritual estão positivamente associados a indicadores de bem-estar psicológico, tais como: satisfação com a vida, felicidade, afeto positivo e moral mais elevado. Além disso, demonstram associações negativas entre espiritualidade e depressão, comportamento suicida, uso ou abuso de álcool e drogas.

No entanto, enquanto dados estatísticos revelam que, em linhas gerais, mais de três quartos dos americanos acreditam na vida após a morte física e, portanto, na dimensão espiritual, e que cerca de 90% da população em geral acreditam em Deus, apenas 43% de uma amostra de psicólogos e psiquiatras, membros da *American Psychological Association* (APA), têm tal crença (Greeley & Hout, 1999). Da mesma forma, estudantes de psicologia

Europeus demonstraram preconceito diante da questão da espiritualidade e sua relação com a saúde mental (Gastaud et al., 2006).

No Brasil, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2000), apenas 7,3% da população não têm nenhuma religião, e 92,0% da população em geral levam em consideração as questões espirituais. Segundo Ancona-Lopez (1999), em média, 90,0% dos clientes de psicoterapia identificam-se com alguma religião, 86,0% acreditam em Deus, 49,0% frequentam alguma instituição religiosa e 47,0% consideram a fé muito importante em suas vidas, o que torna relevante o questionamento sobre a dimensão espiritual dos próprios psicólogos.

Estudo realizado por Gastaud et al. (2006), que investigou a relação entre bem-estar espiritual e transtornos psiquiátricos menores em acadêmicos de psicologia, medicina e direito, revelou que, entre os alunos de psicologia, 84,6% apresentaram índices de espiritualidade significativamente baixos, enquanto nos cursos de medicina e direito, baixos índices de espiritualidade foram atribuídos a 68,0% dos estudantes.

Apesar desses baixos índices, o resultado de um estudo realizado por Costa et al. (2008), com 136 universitários de psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), verificou que existe correlação positiva e altamente significativa entre bem-estar existencial e psicológico desses universitários. Os achados do presente estudo confirmam a importância de o tema ter uma inserção consolidada na formação dos universitários, pois 86,0% dos participantes referiram ter religião, 83,8% têm interesse pelo assunto espiritualidade e 77,9% têm interesse em discutir o assunto na sua formação.

Sendo assim, torna-se imprescindível investigar quanto o curso de Psicologia pode estar contribuindo para os baixos índices de espiritualidade de estudantes e profissionais da área. Assim sendo, o principal objetivo desta pesquisa é avaliar a espiritualidade de estudantes de Psicologia do Rio Grande do Sul, ou, mais especificamente:

- investigar os índices de bem-estar espiritual, nas dimensões religiosa e existencial, e a dimensão

espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais de estudantes do curso de Psicologia das universidades gaúchas;

- comparar os índices de espiritualidade dos calouros e formandos em Psicologia no Rio Grande do Sul;

- verificar as possíveis diferenças nos níveis de espiritualidade com relação às linhas teóricas com as quais os formandos mais se identificam.

Método

Participantes

A amostra foi composta por 1 064 estudantes das 25 universidades do Rio Grande do Sul que tiveram formandos em Psicologia no segundo semestre de 2009. Ao todo, foram 672 calouros (63,2%) e 392 formandos (36,8%). O perfil da amostra (Tabela 1) descreve os subgrupos de calouros e formandos que participaram do estudo. O critério para inclusão na amostra desta pesquisa foi que os alunos tão somente estivessem matriculados e presentes em sala de aula, nas disciplinas que tinham maior número de calouros ou formandos em cada universidade quando da coleta dos dados (Tabela 1).

Instrumentos

Questionário de identificação biossociodemográfica e econômica, composto por 10 questões que avaliaram idade, sexo, universidade em que estuda, semestre do curso, situação ocupacional, renda familiar, estado civil, número de filhos, presença de alguma doença crônica e como o participante avalia seu estado de saúde.

Questionário sobre valores e aspectos espirituais e religiosos, elaborado para este estudo: composto por 21 questões sobre aspectos espirituais e religiosos (tais como crença em Deus, prática de alguma religião, mudança de religião/doutrina/crença ao longo da vida, se a crença espiritual é a mesma dos familiares, com que frequência o parti-

Tabela 1

Descrição das características da amostra. São Leopoldo (RS), 2010

Variáveis	Calouros		Formandos	
	%	n	%	n
<i>Sexo</i>				
Homens	15,3	103	10,7	42
Mulheres	84,4	567	88,8	342
Não responderam	0,3	2	0,5	2
<i>Situação Conjugal</i>				
Solteiro	79,3	532	65,6	257
Casado ou união estável	17,8	99	30,3	119
Separado/divorciado	2,7	18	5,1	16
Viúvo	0,3	2	0	0
<i>Filhos</i>				
Sem filhos	81,4	546	76,4	298
1 filho	10,9	73	10,5	41
2 filhos	4,9	33	9,0	35
3 filhos	2,5	17	3,1	12
4 filhos	0	0	1,0	4
<i>Renda</i>				
Até 5 salários-mínimos	49,2	303	29,0	106
Entre 5 e 10 salários-mínimos	30,5	188	38,0	139
Entre 10 e 20 salários-mínimos	14,1	87	23,2	85
Mais de 20 salários-mínimos	6,2	38	9,8	36
<i>Situação Ocupacional</i>				
Só estudam	49,6	331	46,5	182
Estudam e têm trabalho remunerado	44,2	295	32,2	126
Estudam e têm trabalho não remunerado	6,3	42	21,2	83

cipante vai à igreja, templo ou encontros de natureza religiosa, com que frequência dedica-se à oração, meditação ou leituras sagradas, quão importante considera a espiritualidade para lidar com as situações estressantes e conflitivas, quão importante considera a espiritualidade no processo de auto-conhecimento, na qualidade de vida ou na saúde de forma global). Além dessas, foi proposta uma questão que apresentava dez valores em ordem alfabética (amizade, conhecimento, dinheiro, espiritualidade, família, lazer, relacionamento amoroso, saúde, sexo e trabalho), para serem elencados conforme as prioridades e o grau de importância atribuído a cada um deles. A análise de confiabilidade do instrumento, considerando as questões propostas a partir de uma escala likert de cinco pontos, revelou bom nível de consistência interna, com a obtenção de coeficiente alpha de 0,873.

Escala de Bem-Estar Espiritual (EBE), versão em português da *Spiritual Well-Being Scale*, criada

por Paloutzian e Ellison, adaptada e validada para o Brasil por Marques, Sarriera e Dell'Aglio (2008). A EBE é composta por 20 questões com seis alternativas de resposta para cada uma delas. Do total, 10 avaliam o Bem-Estar Religioso (BER), considerado como advindo da relação íntima com Deus, e as outras 10, o Bem-Estar Existencial (BEE), que seria relativo à satisfação geral com a vida (Paloutzian & Ellison, 1982). Os escores das subescalas do Bem-Estar Existencial e religioso são somados para obtenção da média geral de Bem-Estar Espiritual (EBE). Testes de confiabilidade, realizados para a versão em português, obtiveram coeficientes alfa de 0,92 para o índice geral (EBE), 0,92 (BER) e 0,85 (BEE). No presente estudo, os índices encontrados foram 0,901 (EBE), 0,922 (BER) e 0,790 (BEE).

Dimensão espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais *Spirituality, Religiousness and Personal Beliefs* (SRPB) do WHOQOL-100 (WHOQOL Group, 1994): a dimensão é composta por quatro das 100 questões do instrumento. Na sua íntegra, o WHOQOL-100 teve teste de campo realizado em 20 países, apresentando boa consistência interna (coeficiente alpha de Cronbach de todas as subescalas acima de 0,5) (WHOQOL Group, 1994). Neste estudo, o coeficiente da dimensão SRPB foi de 0,839.

Procedimentos

Inicialmente, foram contatados todos os cursos de psicologia do estado para a devida identificação das universidades que teriam formandos no segundo semestre de 2009. Posteriormente, foi estabelecido contato com a coordenação dos cursos de psicologia e solicitada autorização para apresentação do projeto e realização do estudo. Em seguida, após aprovação do Comitê de Ética da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (Parecer nº 09/003), retomou-se o contato com as coordenações dos cursos por e-mail e por telefone. Foram identificadas, em cada universidade, as disciplinas nas quais estava matriculado o maior número de calouros e formandos, e a coleta foi realizada em sala de aula, com exceção de apenas uma universidade, entre as 25 pesquisadas, em que a coleta

foi realizada em horário extraclasse. Após assinarem o termo de consentimento livre e esclarecido, os estudantes que aceitaram participar da pesquisa responderam aos questionários, cujo preenchimento durou de 30 a 45 minutos nos diferentes grupos.

Os dados foram analisados pelo programa estatístico SPSS (versão 18.0).

Resultados e Discussão

No presente estudo, para avaliação dos índices de espiritualidade, foram utilizados dois instrumentos: EBE e SRPB/WHOQOL-100. Assim sendo, doravante, índices de espiritualidade se referem aos resultados obtidos pelos dois instrumentos; do contrário, utilizaremos a denominação de cada instrumento.

Avaliando-se os índices de EBE de estudantes do curso de Psicologia das universidades gaúchas, verifica-se que a média obtida por esses acadêmicos foi de 90,04 (DP=16,34), com variação entre 32 e 120. Considerando-se as subescalas referentes ao Bem-Estar Existencial e Religioso, observa-se que a média de BEE foi de 46,00 (DP=7,53), e a de BER foi de 44,00 (DP=11,42). Como a escala não tem um ponto de corte definido, a análise desses índices só é possível a partir da comparação com outros estudos que utilizaram o mesmo instrumento.

Ao comparar os níveis de bem-estar espiritual dos estudantes de psicologia do Rio Grande do Sul obtidos neste estudo com os de outros estudos que também utilizaram a EBE, seja com estudantes de direito, medicina, profissionais de enfermagem, seja com a população em geral, evidencia-

-se uma menor pontuação na EBE. A única exceção foi o estudo realizado por Costa et al. (2008), com acadêmicos de psicologia da PUCRS, que encontrou os seguintes escores: EBE=87,95 (DP=15,37); BER=41,73 (DP=10,86) e BEE=46,51 (DP=7,85). Muito provavelmente, os índices de EBE do presente estudo (90,04) podem ser atribuídos à preponderância de calouros (63,15%), enquanto no estudo da PUC, os alunos estiveram igualmente representados do 1º ao 10º semestre da formação em psicologia.

A dimensão de espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais SRPB do WHOQOL - 100 obteve a média de 15,74 (DP=2,84), com variação entre 5 e 20. Como não foram identificados outros estudos que tenham feito uso isolado da dimensão SRPB até o momento, não foi possível realizar comparativos com esses dados.

Comparação dos índices de espiritualidade de calouros e formandos

Na comparação entre calouros e formandos, por meio do teste *t* de Student, foram encontradas diferenças significativas nos índices de EBE (Tabela 2).

Os dados da tabela revelam diferenças significativas entre calouros e formandos nas dimensões de Bem-Estar Religioso ($p < 0,001$) e Bem-Estar Espiritual ($p < 0,001$), sendo a média obtida pelos calouros maior do que a dos formandos em todas as dimensões. Sendo a EBE o somatório de BEE e BER, verifica-se que a dimensão religiosa (crença em Deus) interferiu na diminuição dos índices de Bem-Estar

Tabela 2

Calouros e formandos: níveis de Bem-estar Espiritual. São Leopoldo (RS), 2010

Variável	Calouros		Formandos		<i>t</i>	Valor de <i>p</i>
	M	DP	M	DP		
Bem-estar Religioso	45,48	11,15	41,46	11,42	5,458	<0,001
Bem-estar Existencial	46,04	7,53	45,92	7,52	0,245	0,807
Bem-estar Espiritual	91,51	16,31	87,49	16,07	3,769	<0,001
Religiosidade/Espiritualidade e crenças pessoais	15,83	2,96	15,58	2,61	1,395	0,177

Nota: M: Média; DP: Desvio-Padrão.

Espiritual (EBE). Dessa forma, a partir dos resultados deste estudo, pode-se inferir que o curso de psicologia interfere nos níveis de Bem-Estar Religioso e Espiritual dos acadêmicos, que são menores nos formandos em comparação aos calouros.

Pode-se observar que, quando comparados os calouros e os formandos de psicologia, não foram apontadas diferenças significativas na dimensão SRPB-WHOQOL 100 ($t=1,395$; $p=0,177$). Como a SRPB tem uma concepção de espiritualidade que se aproxima da subescala de bem-estar existencial da EBE, acentua-se a hipótese de que a diferença entre calouros e formandos é centrada no aspecto religioso, ou seja, no declínio da crença em Deus.

Por meio dos dados do questionário sobre valores e aspectos espirituais e religiosos, essa diferença também é confirmada. Ao serem questionados se acreditam em Deus (considerado como poder, espírito, força superior, inteligência suprema, consciência cósmica, energia divina, entre outros), 93,1% dos calouros e 87,2% dos formandos responderam que sim, caracterizando uma diferença significativa entre os grupos ($\chi^2=10,03$; $p=0,001$). Comparando esse dado com o da população brasileira em geral - segundo o IBGE (2000), apenas 7,0% das pessoas não acreditam em Deus -, perceber-se que a formação em Psicologia parece contribuir para a descrença em Deus, uma vez que essa crença presente nos calouros, que é igual à da população em geral, declina significativamente ao final da graduação.

A pontuação na escala de valores quanto ao que teria maior e menor prioridade também apresentou diferença significativa entre calouros e formandos ($p<0,001$). Considerando os valores pontuados como de maior prioridade, a espiritualidade foi referida por 13,1% dos calouros e somente por 6,2% dos formandos. Entretanto, considerando os valores pontuados como de menor prioridade, a espiritualidade foi referida por 17,7% dos calouros e por 27,8% dos formandos.

Em relação à espiritualidade como forma para lidar com situações da vida pessoal, também foram observadas diferenças significativas entre os grupos ($t=3,654$; $p<0,001$): 73,2% dos calouros a consideram importante ou extremamente importante, enquanto 56,6% dos formandos apresentaram essa opinião. Os dados relativos à possível influência da espiritualidade no processo de autoconhecimento, à qualidade de vida e à saúde mental estão na Tabela 3.

Uma vez que a análise estatística revelou a existência de diferenças significativas nos três itens ($p<0,001$), verifica-se que, em comparação aos calouros, o número de formandos que acredita que a espiritualidade "não influencia" o autoconhecimento, a qualidade de vida e a saúde mental das pessoas é significativamente maior. Todavia, é importante ressaltar que calouros e formandos avaliam preponderantemente a influência negativa ou muito negativa da espiritualidade nas dimensões estudadas, evidenciando desconhecimento dos estudantes diante das pesquisas que já comprovaram

Tabela 3

Influência atribuída à espiritualidade por calouros e formandos. São Leopoldo (RS), 2010

Influencia	Influencia muito negativamente	Influencia negativamente	Não influencia	Influencia positivamente	Influencia muito positivamente
<i>Autoconhecimento</i>					
Calouros	34,3	47,9	16,4	0,9	0,5
Formandos	20,4	50,9	27,1	1,6	0,0
<i>Qualidade de vida</i>					
Calouros	36,2	49,0	14,2	0,3	0,3
Formandos	21,2	49,7	27,7	1,3	0,0
<i>Saúde mental</i>					
Calouros	37,4	48,5	13,2	0,7	0,1
Formandos	21,1	52,9	22,1	2,6	1,3

uma correlação positiva entre espiritualidade e saúde (Costa et al., 2008; Fleck, 2004; Koenig, 2007; Marques, 2000, 2003; Panzini et al., 2007; Pedrão & Beresin, 2009; Peres et al., 2007). O fato torna-se ainda mais grave no caso dos formandos, uma vez que, durante a formação, eles deveriam ter tido acesso aos estudos científicos contemporâneos que tratam do tema.

A fim de aprofundar a compreensão sobre a relação entre espiritualidade e psicologia, questionaram-se os estudantes sobre o quão importante eles consideram a dimensão espiritual para a prática clínica da psicologia. Os resultados também evidenciaram diferenças significativas entre calouros e formandos ($t=3,295$; $p<0,001$): uma porcentagem maior de formandos (69,3%) do que de calouros (46,2%) considera que ela seja pouco ou nada importante. Somente 13,4% de calouros e 4,2% de formandos consideraram a espiritualidade extremamente importante para a prática clínica em psicologia. Peres et al. (2007) referem que psicoterapia, espiritualidade e religiosidade são temas altamente relacionados e enfatizam que a importância do estudo do papel da espiritualidade em relação às práticas terapêuticas se justifica tanto por razões socioeconômicas como clínicas. No Brasil, no entanto, ainda são escassas tanto as abordagens quanto os psicoterapeutas que contemplam a religiosidade e a espiritualidade.

Assim, encontraram-se fortes indícios de que a formação acadêmica em psicologia não vem propiciando aos seus acadêmicos o devido conhecimento das interfaces entre espiritualidade e prática clínica, conforme já apontam estudos atuais realizados por outros pesquisadores (Ancona-Lopez, 2008b; Angerami-Camon, 2008; Boccalandro, 2004; Bruscajin et al., 2008).

Espiritualidade em relação às linhas teóricas de maior identificação dos formandos

No instrumento de pesquisa, algumas questões foram dirigidas exclusivamente aos formandos; uma delas questionava sobre sua possível identificação com as linhas teóricas estudadas na for-

mação em Psicologia. Considerando os formandos que responderam a essa questão, verifica-se que 60,5% têm maior identificação com a Psicanálise, 24,1% com a Cognitivo-Comportamental, 5,5% com a Sistêmica, 3,2% com a Gestalt, 2,3% com a Humanista, 2,3% com a Psicologia Social Crítica, 0,9% com a Esquizoanálise, 0,5% com a Junguiana, 0,5% com a Fenomenológica e 0,5% disseram se identificar com várias abordagens. Para fins de realização da Anova, optou-se por agrupar as abordagens em três grupos: 1) Psicanálise; 2) Cognitivo-Comportamental 3) Humanismo, Gestalt, Sistêmica, Junguiana e Fenomenológico-Existencial. As outras abordagens citadas, por apresentarem baixa incidência e características peculiares que dificultam o agrupamento com as demais, foram desconsideradas nesta análise. Comparando os três grupos, não se observa diferença significativa nas dimensões do Bem-Estar Religioso ($F=2,043$; $p=0,132$) e do Bem-Estar Existencial ($F=1,627$; $p=0,199$). Contudo, na dimensão de Bem-Estar Espiritual, há uma diferença significativa ($F=3,061$; $p=0,049$), e, na dimensão SRPB, verifica-se uma tendência à diferenciação entre os grupos ($F=2,899$; $p=0,057$). As médias da dimensão de Bem-Estar Espiritual revelam que o grupo com maiores níveis foi o três: Humanismo, Gestalt, Sistêmica, Junguiana e Fenomenológico Existencial ($M=90,75$; $DP=16,43$), seguido proximamente pelo dois: Cognitivo Comportamental ($M=90,72$; $DP=15,26$), e, com os menores índices de Bem-Estar Espiritual, o grupo um: Psicanálise ($M=85,18$; $DP=15,54$).

O alto percentual de formandos que dizem ter estudado predominantemente a psicanálise, em detrimento de outras escolas pouco abordadas durante a formação, pode ser um fator que influencie a consequente eleição dessa abordagem como sua opção de linha teórica, por ser mais provável identificar-se com o que se tem maior conhecimento. Sendo os formandos que se dizem identificados com a psicanálise justamente os que apresentam os menores índices de espiritualidade, parece necessária uma revisão sobre o quão dogmáticos seriam os postulados da teoria psicanalítica diante da religiosidade e da espiritualidade humana, bem como o quanto esses postulados impregnam a visão pre-

ponderantemente adotada pela formação acadêmica em Psicologia.

A pesquisa realizada por Bilgrave e Deluty (1998) sobre a relação entre a espiritualidade e as escolhas teóricas dos psicólogos conclui que, da mesma forma que a exposição aos conteúdos da psicologia interfere nas escolhas espirituais e religiosas, também a prática de determinada forma de espiritualidade, ou a participação em alguma religião instituída, interfere na escolha da orientação psicológica adotada pelos profissionais da psicologia. Os psicólogos de religiosidade cristã são apontados como mais inclinados à orientação cognitivo-comportamental, enquanto aqueles que professam sua espiritualidade sem adotar uma religião específica, pautando-se por crenças transculturais, transreligiosas, místicas e orientais, tendem a abordagens humanistas, existencialistas e suas derivações, como é o caso de abordagens mais contemporâneas, como a psicologia transpessoal. No mesmo estudo, não foram encontradas referências quanto às manifestações religiosas ou espirituais dos psicanalistas, o que enfatiza a correlação com os menores índices de bem-estar espiritual observados neste estudo.

Espiritualidade na formação em Psicologia no Rio Grande do Sul

Partindo de pesquisas publicadas nas bases de dados nacionais e internacionais, que já referem a religiosidade/espiritualidade dos psicólogos como significativamente inferior à da população em geral, buscou-se conhecer mais aprofundadamente as implicações entre a formação acadêmica em psicologia e a dimensão espiritual de futuros psicólogos. Na mesma direção dessas pesquisas, os resultados deste estudo revelam que o bem-estar espiritual dos formandos em Psicologia das universidades gaúchas é significativamente menor que o dos calouros.

O aumento da escolaridade, decorrente da formação acadêmica, já foi apontado por Marques (2000) como um dos fatores que contribuem para a diminuição do bem-estar espiritual da população em geral, pois, segundo ela, já é sabido que, no contexto acadêmico, a religiosidade e a espirituali-

dade, inerentes ao humano, não têm o mesmo espaço para seu desenvolvimento quando comparadas ao avanço da racionalidade.

No que se refere aos estudantes de Psicologia do Estado do Rio Grande do Sul, esse dado se confirma e parece justificado pelas abordagens teóricas predominantemente desenvolvidas durante a formação, baseando-se em postulados que coincidem com os que emergiram séculos atrás, quando da busca de legitimação científica da psicologia e questionamento das instituições religiosas. É preciso considerar que o perfil espiritual e religioso dos estudantes e dos profissionais da psicologia parece seriamente influenciado pela posição da vertente psicanalítica. Sem entrar no mérito das grandes contribuições da psicanálise, ressalta-se aqui a possibilidade de que a concepção psicanalítica de religiosidade como um aspecto relacionado à infantilidade humana ainda esteja sendo transmitida sem a devida discriminação entre religiosidade e espiritualidade, o que dificulta a legitimação desse tema em psicologia. Tal postura merece questionamento para que a irredutibilidade e o cerceamento dogmático das instituições religiosas, devidamente combatidos pela psicanálise, não acabem sendo reproduzidos em sua própria concepção diante da inteireza das dimensões humanas e, assim, da espiritualidade.

Os resultados do presente estudo, além de confirmarem a hipótese, inicialmente levantada, de que a espiritualidade de formandos seria menor que a de calouros, reforçam os achados e reflexões amplamente abordados nas publicações recentes e nas pesquisas disponíveis nas bases de dados (Anconalopez, 2008b; Angerami-Camon, 2008; Boccalandro, 2004; Bruscajin et al., 2008; Costa et al., 2008; Erthal, 2004; Gastaud et al., 2006; Marques, 1996; Peres et al., 2007). Esses resultados nos reportam à necessidade de legitimação da espiritualidade na esfera científica e, assim, à inserção do estudo da espiritualidade na formação acadêmica em Psicologia.

Os dados apresentados indicam a necessidade de revisão e de reformulação dos paradigmas norteadores da ciência psicológica, que tem negligenciado uma dimensão inerente ao humano que interfere na saúde psíquica. O percurso vivenciado

durante a formação acadêmica em psicologia parece estar contribuindo para o embotamento da espiritualidade dos próprios psicólogos, ao adotarem religiosamente suas doutrinas psicológicas.

Estudos acerca da espiritualidade (Amatuzzi, 1999; Marques, 2000) também relacionam o bem-estar espiritual com a necessidade de autotranscendência, ou seja, a conexão com um propósito que justifique nosso comprometimento com a vida. Esse aspecto parece inerente ao profissional que se propõe ao exercício da psicologia, independentemente de sua opção teórica. Marques (2000) corrobora a ideia de autores que afirmam haver maior bem-estar psicológico e maior probabilidade de se encontrar comportamentos de apoio aos outros em pessoas que têm uma visão espiritual positiva diante da vida, o que sugere que o desenvolvimento de sua espiritualidade pode proporcionar melhor atenção e cuidado à saúde integral de outrem. Porém, de acordo com os resultados deste estudo, o curso de psicologia parece estar contribuindo inversamente para isso, provocando a diminuição do bem-estar espiritual. Além disso, o autocentramento dogmático em suas teorias de base acaba por interferir diretamente na autotranscendência egoísta de estudantes que inicialmente optam por uma profissão que exige abertura à inteireza do outro Ser.

Sugerem-se continuadas investigações a fim de se compreender a relação entre formação acadêmica e espiritualidade para que essa grave contradição e dissociação entre a espiritualidade do psicólogo e a espiritualidade dos demais seres humanos seja transcendida.

Referências

- Amatuzzi, M. M. (1999). Desenvolvimento psicológico e desenvolvimento religioso. In M. Massini & M. Mahfound (Orgs.), *Diante do mistério: psicologia e senso religioso* (pp.123-140). São Paulo: Loyola.
- Ancona-Lopez, M. (1999). Religião e psicologia clínica: quatro atitudes básicas. In M. Massini & M. Mahfound (Orgs.), *Diante do mistério: psicologia e senso religioso* (pp.71-86). São Paulo: Loyola.
- Ancona-Lopez, M. (2008a). A religiosidade do psicoterapeuta. In C. Bruscajgim, A. Savio, F. Fontes & D. M. Gomes (Orgs.), *Religiosidade e psicoterapia* (pp.1-8). São Paulo: Rocca.
- Ancona-Lopez, M. (2008b). Religião na constituição da subjetividade: psicólogos e seus clientes. In V. A. Angerami (Org.), *Psicologia e religião* (pp.69-84). São Paulo: Cengage Learning.
- Angerami-Camon, V. A. (2008). Religiosidade e psicologia: a contemporaneidade da fé religiosa nas lides acadêmicas. In V. A. Angerami (Org.), *Psicologia e religião* (pp.1-42). São Paulo: Cengage Learning.
- Aten, J. D., & Hernandez, B. C. (2005). A 25 year review of qualitative research published in spiritually and psychologically oriented journals. *Journal of Psychology and Christianity, 24*(3), 266-277.
- Bilgrave, D. P., & Deluty, R. H. (1998). Religious beliefs and therapeutic orientations of clinical and counseling psychologists. *Journal for the Scientific Studies of Religion, 37*(2), 329-349.
- Boccalandro, M. P. R. (2004). Vontade: um atributo do Self. In V. A. Angerami-Camon (Org), *Espiritualidade e prática clínica* (pp.137-153). São Paulo: Pioneira Thomson Learning.
- Bruscagin, C., Savio, A., Fontes, F., & Gomes, D. M. (2008). *Religiosidade e psicoterapia*. São Paulo: Rocca.
- Cerqueira, E. (2008). *Comportamento sexual e religiosidade* (Tese de doutorado não-publicada). Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- Costa, C. C., Bastiani, M., Geyer, J. G., Calvetti, P. U., Muller, M. C., & Moraes, M. L. A. (2008). Qualidade de vida e bem-estar espiritual em universitários de psicologia. *Psicologia em Estudo, 13*(2), 249-255.
- Erthal, T. C. S. (2004). A luz da sabedoria na psicoterapia. In V. A. Angerami-Camon (Org.), *Espiritualidade e prática clínica* (pp.1-37). São Paulo: Pioneira Thomson Learning.
- Fleck, M. P. A. (2004). Religiosidade, saúde e qualidade de vida: uma revisão de literatura. In E. F. B. Teixeira, M. C. Muller, & J. D. T. Silva (Orgs.), *Espiritualidade e qualidade de vida* (pp.165-180). Porto Alegre: EDIPUCRS.
- Gastaud, M. B., Souza, L. D. M., Braga, L., Horta, C. L., Oliveira, F. M., Souza, P. L. R., et al. (2006). Bem-estar espiritual e transtornos psiquiátricos menores em estudantes de psicologia. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul, 28*(1), 12-18.
- Greeley, A. M., & Hout, M. (1999). American's increasing belief in life after death: Religious competition and acculturation. *Sociology Review, 64*, 813-835.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2000). *Censo demográfico Brasil*. Brasília: IBGE.
- Koenig, H. G. (2007). Religião, espiritualidade e psiquiatria: uma nova era na atenção à saúde mental. *Revista de Psiquiatria Clínica, 34*(1), 5-7.

- Kovács, M. J. (2007). Espiritualidade e psicologia: cuidados compartilhados. *O Mundo da Saúde*, 31(2), 246-255.
- Lukoff, D. (2003). Problemas religiosos e espirituais. In *Conferência do IV Congresso Internacional de Psicologia Transpessoal da Associação Luso Brasileira de Transpessoal*. Cascais, Portugal.
- Marques, L. F. (1996). Práticas alternativas em psicoterapia num cenário de mudança de paradigma. *Psico*, 27(1), 161-184.
- Marques, L. F. (2000). *A saúde e o bem-estar espiritual em adultos porto alegrenses* (Tese de doutorado não-publicada). Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- Marques, L. F. (2003). A saúde e o bem-estar espiritual em adultos porto alegrenses. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 23(2), 56-65.
- Marques, L. F., Sarriera, J. C., & Dell'Aglio, D. D. (2008). Adaptação e validação da Escala de Bem-estar Espiritual (EBE). *Revista Avaliação em Psicologia*, 8(2), 179-186.
- Moreira-Almeida, A. M., Lotufo Neto, F., & Koenig, H. G. (2006). Religiousness and mental health: A review. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 28(3), 242-250.
- Paloutzian, R. F., & Elisson, C. W. (1982). Loneliness, Spiritual Well-being and the quality of life. In L. A. Peplau & D. Perlman (Orgs.), *Loneliness, a sourcebook of current theory, research and therapy* (pp.224-237). New York: Wiley.
- Panzini, R. G., Rocha, N. S., Bandeira, D. R., & Fleck, M. P. A. (2007). Qualidade de vida e espiritualidade. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 34(1), 105-115.
- Pedrao, R. B., & Beresin, R. B. (2009). O enfermeiro frente à questão da espiritualidade. *HIAE*, 8(1 Pt 1), 86-91.
- Peres, J. F. P., Simão, M. J. P., & Nasello, O. A. G. (2007). Espiritualidade, religiosidade e psicoterapia. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 34(1), 136-145.
- Rocca-Larrosa, S. M. (2007). Resiliência e cuidado. *Revista IHU on line*, 7(234), 56-59.
- Sanchez, Z. D. M., & Nappo, S. A. (2007). A religiosidade, a espiritualidade e o consumo de drogas. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 34(1), 73-81.
- World Health Organization Quality of Life Group. (1994). The development of de world health organization quality of life assessment instrument (the WHOQOL). In J. Orley & W. Kuyken (Eds.), *Quality of life assessment: International perspectives* (pp.41-60). Heidelberg: Springer Verlag.

Recebido em: 15/3/2012
Aprovado em: 24/4/2012

University students in crisis: University dropout and professional re-selection

Estudo sobre universitários em crise: evasão e re-escolha profissional

Yvette Piha **LEHMAN**¹

Abstract

This study attempts to identify the factors that affect the professional re-selection process and its dynamics. It also tries to create a specific assistance model to attend to the population in question. We have seen a growing number of university students who in crisis abandon the field of study they have chosen. This phenomenon requires close attention to the levels of student satisfaction and the quality of the link he has with the university. Over a five year period, 180 triaged re-selection cases, covering a wide spectrum of different courses, were analyzed and attended to (individually or in group) by a Vocational Counseling Service. Our analysis allowed us to detect the lack of elaboration in the initial selection process as one of the causes that lead students to abandon their courses. There is a clear need for public vocational counseling policies and for the creation of student service centers to deal with this phenomenon.

Keywords: Career choice; Public policies; Student dropouts; Vocational guidance.

Resumo

Busca-se, neste trabalho, identificar os determinantes que interferem no processo de re-escolha profissional e sua dinâmica, e tenta-se esboçar o modelo de atendimento específico para essa população. Tem-se observado um crescente número de universitários em crise com o curso superior escolhido, o que pode culminar em seu abandono. Esse é um fenômeno atual e requer atenção em relação à satisfação e à qualidade de vínculo que o aluno tem com a universidade. Foram analisados os casos de re-escolha triados e atendidos (individualmente ou em grupo) em um serviço de orientação profissional num período de cinco anos, totalizando 180 jovens de cursos bastante distintos. Analisando as causas de desistências pelos jovens, pode-se apontar a falta de elaboração num processo de escolha inicial como um dos fatores da desistência. Há necessidade de desenvolvimento de políticas públicas em orientação profissional, como também desenvolvimento de núcleos de atendimento aos alunos que abarque essa questão.

Palavras-chave: Escolha vocacional; Evasão escolar; Orientação vocacional; Políticas públicas.

We have observed a growing number of university students in crisis with the field of study they have chosen - a phenomenon that in many

cases leads then to drop out from school. This is unprecedented in Brazil's higher education history and demands close attention to the levels of

▼ ▼ ▼ ▼ ▼

¹ Universidade de São Paulo, Instituto de Psicologia, Departamento de Psicologia Social do Trabalho. Av. Professor Mello Moraes, 1721, Bloco D, 05508-030, São Paulo, SP, Brasil. E-mail: <yvettepiha@yahoo.com.br>.

satisfaction and the quality of the link the student has with the university.

Some universities have researched the matter in order to understand and interfere in this new phenomenon (Brasil, 1997). There has also been an attempt to open internal and external transfer conditions and possibilities; the creation of sequential courses; and selection examination for the remaining openings.

In Brazil, passing a college entrance examination and entering a university was considered for many years an "initiation rite" into the adult world, guaranteeing the individual's professional and social success. Dropping out and course abandonment present new issues and point to the end of the "myth of success" that this highly valued social space offered (Lehman, 1988).

Because this is a relatively recent phenomenon, we have asked ourselves to what point the changes in market conditions and work ideologies, as well as the creation of new competencies have made students question the survival possibilities of their future professional project.

Unemployment data, news of friends' failures, and their parents' situation on the job market affect youths. In this situation, the youth either strengthens his link with his studies and with spaces that allow for social assimilation, or he falls victim to a crisis similar to a *burn-out* that demotivates him (Elizalde, 2001; Lehman, 2005).

Thus, dropping out could be understood as a symptom that comes from a wide range of social changes that if not dealt with could cause this phenomenon to lead to a personal crisis and not to an understanding of the world and the job market. (Lehman, 2005).

Dropping out studies

Though scarce and specific-oriented, these studies raise important issues. The first studies on dropping out and its determinants were circumscribed and dealt with courses with high levels of abandonment in order to analyze all relevant aspects.

Rabinovitch and Hamburguer (1982) studied course abandonment among physics students at the *Universidade de São Paulo* and established a 65% dropout rate in the 1980s, compared to the 50% registered in 1970. According to the authors, this was the result of changes in the enrollment system that gave the students just one option.

Silva's study (1994) shows that between 1980 and 1990 there was an average 33% dropout rate among psychology students at *Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho* of Assis (SP). The author points out problems such as: diminished interest in the course, high levels of abandonment and low motivation among professors and students for classroom activities such as issues relevant for an understanding of the phenomenon.

Maia (1984) says that the possibility of transferring from one course to another in the same university leads to an artifice known as the springboard course through which the student enrolls in an easily-accessible course to later request a transfer to the course that was his first choice. Data from the *Universidade Federal da Paraíba*, shows that between 1975 and 1980 undergraduate and Bachelor Degree students used this artifice (Silva, 1994).

Another phenomenon detected was the so-called disarticulated choices, that shows that because of a lack of information regarding careers and professions students enroll in courses in different areas as first and second options. This indicates that the students were merely seeking a name and were not conscious of the choices they had made.

According to Maia (1984) the main reasons target students gave for enrolling in a specific course are not linked to the activities associated to the course but to a romantic vision of the university. Silva (1994) adds that many students enroll in a university course hoping to ascend socially and sign up for any course. Course abandonment, in this case could be falsely attributed to personal reasons and run up against reality in factors connected to a macrostructure that camouflages the social questions involved in the mistaken course choice. It is important to underscore that dropping out is

not always restricted to intra and interpersonal factors. The university many times approaches a market logic showing itself as an elitist and excluding institution.

University dropping out and the motivations behind it started being studied in specific courses with the highest dropout levels. We can cite the studies by Hamburger (1986) on the physics course; Nakamae (1991) on the nursing course; Dal Mas (1997) and Endo (1994) on the psychology course and Sandes (1992) on the social service course. These studies contain three basic kinds of analyses: motivational analysis; student profile analysis; and desistance analysis. With the exception of some particularities most of these studies arrived at the same final results. Some of these studies point out that the lack of an academic orientation policy for first year students is an important dropout factor. They also mention how the university blames the student for dropping out.

Paul and Silva (1998) speak of the lack of consideration for the socio-economic diversity of students that enter public universities. This same study describes the elitism of some fulltime day courses and the marginalization of night courses attended by students that must reconcile work with studies. These students are more prone to drop out, but not of their own accord but because of university and public policies. Veloso (2000) and Universidade Federal do Rio Grande do Sul (1991) point out that the lowest dropout levels occur in the so-called "noble courses". It is precisely these courses that are attended by students with the financial backing needed to remain in school, not needing to work to sustain themselves or others. Those who do not enjoy this kind of situation normally enroll in "non-noble" courses.

In Brazil, the impact of school evasion and desistance has always been most strongly felt in middle schools and have always been a major social concern as a result of the serious consequences they have on individuals and on the nation. But among higher education institutes, this phenomenon is a recent one that causes perplexity and a desire to want to understand it and its social and individual determinants.

This study focuses on the initial selection process, via vocational counseling, and the desistance process of higher education students who are accompanied as they select a new course. Thus, its focus is on the individual in crisis. It tries to delineate the variations that lead to the student's dissatisfaction, his dropping out, the demystifying of the dream of conquering a social space and the defining of possible substitutes.

Vocational counseling and preventive action

Until very recently vocational counseling was associated to a moment of transition between one educational cycle and another - part of an expected psychosocial crisis, of identity acquisition and of the search for autonomy despite the occurrence of affective and cognitive tensions. It had to do with what Erickson (1959) called development crisis, which for some can happen gradually while for others it occurs with abrupt changes. For Bohoslavsky (1977) PO's objective has a psychoprophylactic character. In other words a professional orientation process would be a primary prevention intervention - a health promotion factor to avoid pathogens and strengthen the individual.

Over the past two decades, with the emergence of globalization, we have witnessed the rise of a new reality in the dynamics and relations man has with work. This has defined new problems and new relations that have transformed, among other things, career, unemployment and outsourcing models. Although this new reality is still not very clearly defined, it directly or indirectly affects us. This new configuration begins introducing guidance counselors to situations of crisis and in which choices must be made. They take us back to the "accidental crisis" notion that Erickson (1959) defined as periods that are analogous to previous crisis but precipitated by vital events involving loss, the threat of loss or an increase in the supply of affective, physical and material goods.

Today, the notion of a career is more indiscriminate. It follows the "serpent model" in which horizontality (superficiality) predominates.

Change is not always an upward movement. Many times it is just a shift in positions. Thus, in this new reality, the subject becomes responsible for his education - finding that it is a fundamental ally for his chances to grow and survive in his chosen career.

This new situation has been a reactive defense mechanism to all contexts pertaining to new work realities. Many youth see studying as a means of social insertion from the beginning of the professional selection process without considering the choice as a means to personal and social development.

Over the past few years we have seen that in this new scenario the vocational development process (Super & Borh, 1972) suffered modifications and ruptures, forcing the individual to ask new questions regarding his choice of a profession.

Space is opened for a kind of secondary and tertiary prevention in which the crisis is already underway and intervention focuses on helping the individual to find a new organization to come out of the crisis.

The professional counselor's role is to define the variables of this problem and the kind of adaptive solutions that can be useful for the kind of prevention established. This must be done keeping in mind the strategies that deal with the positive factors that could lead to a constructive aspect of the crisis and the negative aspects that could lead to destructiveness.

Method

For this work we tried to identify the subjective, social and market factors that interfere in the re-selection process and its dynamics in order to create a specific model to attend to this population of young people.

During the re-selection process youths are confronted with the reality of a choice that failed and the elaboration of a mourning period. At this point it is necessary to discover the variables that determine the objectivization of the chosen course, the process during the first choice and its consequence in the second. Also to be considered

are the variables present in his current situation (course, personal and emotional life) and the reasons leading him to think of dropping out.

The choice of the assistance model began with a triage interview conducted by a psychologist. The dynamics of each student was diagnosed before we decided what kind of individual sessions were needed (an average of 10 to 12 sessions of 50 minutes each) or group sessions with 10 to 12 people (five, two-and-half hour sessions).

Individual sessions were recommended whenever personal and emotional issues prevailed over those referring to professional choice thus making it difficult to deal with in a group.

Whenever possible, professional guidance re-selection groups were formed in accordance to age and the duration of the course in which the students were enrolled. This differentiation was made after we noted that the problems surrounding selection are different at the beginning, middle and end of the course.

Participants

In this work we will take a look at the analysis made of the 1996 to 2002 triage interviews of youths that entered a Professional Guidance Service and who were diagnosed as professional re-selection cases, according to Table 1 below.

During this period we had 180 youths enrolled in the Professional Guidance Service. Of this total, 85 came from state and federal universities and 95 from private institutions - of all socio-economic levels. Eighty five students went through a Professional Guidance process. Of these, 46 came from public universities while 39 were enrolled in private universities. The remaining 95 did not show up when called nor showed any interest in the service. Another factor observed was the modality of the proposed assistance. It is important to note that because of increased demand, we proposed group sessions for these cases. When called to attend an assistance modality, some showed up just once and others failed to show

Table 1Assistances provided by the Professional Guidance Service Institute of Psychology, *Universidade de São Paulo* (1996 - 2002)

Year	Individual assistance		Group assistance	Dropouts	Referrals	Total
	Concluded	Not-concluded				
1996	2	2	-	6	-	10
1997	7	1	-	21	1	30
1998	12	2	-	10	-	24
1999	6	1	10	6	-	23
2000	8	-	-	14	-	22
2001	11	1	7	5	-	24
2002	20	6	15	6	-	47
Total	66	13	32	68	1	180

up at all. This did not happen with those who were attended to in individual sessions. As a result we were led to define the emergency state, and need for individual session variables and have them considered in the assistance proposal for dropout or re-selection cases

Seventy nine students signed up for individual sessions, 66 of whom concluded the sessions. Thirteen began but did not reach the end. Of the 68 who signed up for group sessions, 32 showed no interest when called and thus were considered dropouts.

Considering the courses analyzed, in which 85 people were assisted, none of the areas predominated over the other (human, exact or biological sciences).

We observed that close to one third of the 180 students enrolled experienced a crisis in the first semester - as soon as they entered the university. We also noticed there was a difference in terms of semesters among students from public schools (20) and those from private universities (39). Course abandonment predominates in the third semester both for public universities (22) and private schools (16). In the fifth semester, 11 students from public institutions dropped out while six were from private schools.

We saw that in 50 of the 85 individuals assisted (close to 60%) the dropping out crisis was concentrated in the first three semesters, while among the remaining 40 percent, the crisis took place in different semesters. It is interesting to note

that among public university students the tendency toward crisis and course abandonment is concentrated in odd-numbered semesters, perhaps indicating that the crisis occurs with more intensity at the start of each year.

Another hypothesis is that without the economic pressure to pay monthly tuition fees, public university students have more space for reflection and elaboration of their doubts, thus helping them make a greater effort to remain in the course.

Results

As for the motives for dropping out that are linked to the initial professional selection process, 44.62% of the youths said that when they made their choice they excluded their active participation and to a certain degree followed suggestions made by others. They tried to make a selection of accommodation. They also showed a certain detachment from responsibility for they did not seek information and did not take possession of their choice.

For these individuals, dropping out was the moment when they returned to a previous stage in order to participate in a more active and committed way in the process of deciding their future .

Of the total number of individuals attended, 30% attributed their dropping out to reasons directly related to the course:

a) Many times, their deception with the course reveals a lack of information concerning their

initial choice, be it in relation to the chosen course or in terms like which college to attend, the differences and emphasis involved and the weight of each subject in different universities.

"There was a lot of biology in the Psychology course in Ribeirão";

"There were a lot of exact science courses".

b) Disillusionment with professors. Here, they personalize their dissatisfaction by delegating to the professor the power to stimulate their interest in the course. It is interesting to note that the professor-student relationship in the middle education context is closer and the tasks and evaluations occur in a constant and continuous fashion. This proximity disappears in the university where the relationship is more impersonal and where the work is delegated in an apparently more liberal fashion, although the evaluation is quite rigorous. This difference is only noticed after some failure has taken place. These situations of failure are unknown to many individuals who most of the time were considered excellent high school students. *"The professors are not very interested"; "None of my professors were stimulating".*

c) A third factor is the lack of information on the qualities and aptitudes necessary for each course. Students say that not wanting or not being able to correspond to the profile required by the course is problematic. *"One has to study a lot".*

d) Overall disappointment with the course: *"I was disenchanted with Tourism"; "I was very disappointed with the Language and Literature Major course".*

e) Disappointment with the university. *"The university and the course are very weak".*

Dropping out for 13.46% of the students had to do with their professionalization. In other words as they approached the profession of their choice, they felt an overall disappointment with the activities involved.

"Engineers exercise a cold profession"; "I don't see myself teaching a class".

For 10.58% of the students, their decision to drop out was due to personal reasons, mainly

relationship and emotional problems such as internal changes, the end of a love affair, family problems, or difficulties to assume responsibilities. These were followed by financial problems like the need to work to help the family, tuition payment and unemployment. Also mentioned were difficulties to adapt to the course and colleagues due to relationship problems and disagreements with the students' and professors' ways of thinking.

Qualitative analysis

Of the re-selection cases attended to in which course abandonment did not occur, students alleged that they did not actively participate in the selection process at the initial moment of course-selection. The youths assisted said they delegated the decision to their parents, or were influenced by them, allowing them to choose their careers or idealize the exercise of a determined profession. Also mentioned was the influence exerted by other relatives and friends. They also revealed a certain indifference with the process and the cancellation of their own will in this moment of choice.

A second factor mentioned by the students was that when making their choice they were influenced by the activity they were exercising at the time, or by a technical course they had taken in the past. This made the aspect of continuity predominate when making their choice. What predominated in this now-unsatisfactory process are the influence of a situation and the non-consideration of the fact that a technical course represents the past, the current job to the present and the job market to the future.

A third factor emphasized was the failure to achieve another objective, another university course. Students said that by opting for a course that was similar, or of the same area rather than choosing another more "noble" course - one harder to get into - they ended up disappointed with the course or perceived that it was not worthwhile making the change. The resulting anguish made them think of dropping out.

The same argument was used when the choice was made because of the ease to enter the

university via college entrance examinations. In this case, the chosen course is used as a springboard to get into another one. This strategy leads to disillusionment when the individual perceives that he will not be able to get into his target course through transfers or other subterfuges.

Another factor linked to the selection process is the split they made between studying and profession. In other words, the choice was made thinking only of the studies that could be made without taking into consideration the profession to be exercised. Thus, the reasons mentioned had to do with the individual's disillusionment in knowing that the profession he was to exercise was linked to that which he studied as a leisure activity or for his own cultural enhancement. Here we see the importance of the reasons attributed to the lack of information and to the lack of knowledge of the area involving the selected course. Students claim that they did not seek information, that they did not take possession of their selection and thus ended up considering dropping out.

Conclusion

In analyzing what leads youths to drop out, we see how vocational counseling provided at the moment the decision is being made, could have a positive impact and help reduce dropout rates. In this respect, remember that 45% of the students mentioned their non-participation in the process of choosing a course, while another 31% said they did not know the reality of the course and profession chosen.

According to the results obtained, youths that underwent vocational counseling at a moment of crisis with their university course managed to elaborate their doubts and link themselves to their original project in a harmonious way. The data also shows that 73% of those in vocational counseling sessions clarified the reasons that led to their crisis and did not abandon their course or their study project.

This is a significant index and could highlight the importance of having a space, within an institutional context, in which the student can

express and elaborate his doubts related to the selected course and to the university's ability to act on the variables that lead to a crisis. A student service center would encompass a space to elaborate the flaws that result in damaging consequences and affect both institution and student.

Some considerations could be made as to the characteristics of this service center and differentiate them from the existing service for students making their first choice. Analyzing some of the variables that affected this population, we saw that 95 people who signed up did not attend when summoned or did not show any interest in the service.

One hypothesis is that for these youths the interval between signing up in the service and its startup cannot be a long one given the urgency of the intervention. To contain the crisis these youths are experiencing and which is a major dropping out factor, the intervention must occur in a minimum amount of latency time and preferably in individual sessions.

We therefore alert that assistance in this dropping out context must, in the future, include an adequate space and contextualize an individual and rapid assistance due to the youth's anxiety situation.

Our observations that the reasons for dropping out vary according to the moment of the course were confirmed.

a) At the start of the course the problem is directly related to the fact that the student was not committed to his first choice. We also observed that during this initial period these youths face difficulties in adapting to change from a high school context to a university one.

b) Halfway through the course, in the fourth or sixth semesters, an ontological question predominates in the crises these youths face. It is when they begin to question the meaning of their activity.

c) At the end of the course, the crisis occurs after the second half in which more objective questions are asked about the occupation to be

exercised and to ways to grow and develop in the profession.

Our data points to a specificity in professional re-selection dynamics according to the moment of the course when this takes place. There are also differences between private and public universities regarding the moment when the crisis emerges. We noted that in private universities dropping out almost never takes place at the end of the course. It mostly occurs during the first semesters.

To deal with this new problem - students in crisis - student service centers must be developed and installed in universities.

Our course abandonment data allows us to state that if an individual has the space in which he can elaborate his doubts and questions, the dropping out rate is reduced substantially.

We must emphasize that all these aspects could be instituted during the middle education years - before students enter the university system. Vocational counseling could help install, at an earlier stage, this articulation with social spaces by formulating work projects with prophylactic characteristics that could be developed in the community.

Public policies must focus on, and accompany, these aspects that underscore the importance of universities having professional and career orientation spaces that could help students in crisis.

The need to study this problem emerged when we of the Vocational Counseling Service observed the growth of this population. We began our studies in order to understand this new phenomenon, ascertaining the reasons for dropping out and determining the dynamics of a re-selection process. The data obtained over the past few years continue to confirm that dropping out levels remain low when the university offers the student the space in which he can recover the link between his project and the means to achieve it.

This study served as the base for the creation of a specific service that without any official divulgation has attracted the spontaneous interest of students.

We hope that the results of this study will help universities become aware of the need for a space for students in crisis and encourage them to organize assistance services to help deal with this problem. The study highlights the positive results for the student and consequently an equally positive result for the institution.

References

- Bohoslavsky, R. (1977). *Orientação vocacional: a estratégia clínica*. São Paulo: Martins Fontes.
- Brasil. Ministério da Educação e Cultura. Comissão Especial de Estudo de Evasão. (1997). *Diplomação, retenção e evasão nos cursos de graduação em Instituições de Ensino Superior Públicas*. Brasília: MEC.
- Dal Mas, E. T. (1997). *A dúvida da continuidade dos estudos universitários: uma questão adolescente*. Taubaté: Cabral.
- Elizalde, J. H. (2001). *Las crisis del terapeuta. In Psicoanálisis: focos y aperturas*. Montevideo: Psicolibros.
- Endo, R. M. S. (1994). Evasão num curso de Psicologia: estudo em instituição particular. *Reunião Anual de Psicologia, 24*. Ribeirão Preto: Sociedade de Psicologia de Ribeirão Preto.
- Erickson, E. M. (1959). *Identity and life cycle*. New York: International University Press.
- Hamburguer, E. W. (1986). *Levantamento preliminar da evasão na Universidade de São Paulo*. São Paulo: Instituto de Física.
- Lehman, Y. P. (1988). *Aquisição de identidade vocacional em uma sociedade em crise dois momentos na profissão liberal* (Tese de doutorado não-publicada). Programa de Pós-Graduação em Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano, Universidade de São Paulo.
- Lehman, Y. P. (2005). *Estudo sobre a evasão universitária as mudanças de paradigma na educação e suas consequências* (Dissertação de Livre Docência não-publicada). Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social, Universidade de São Paulo.
- Maia, M. F. (1984). *A evasão no terceiro grau: a quem interessam as razões?* (Dissertação de mestrado não-publicada). Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade Estadual de Campinas.
- Nakamae, D. D. (1991). *Evasão na Escola de Enfermagem da USP: considerações sobre o fenômeno*. São Paulo: Escola de Enfermagem da USP.
- Paul, J. J., & Silva, N. V. (1998). *Conhecendo o seu lugar. a auto seleção na escolha da carreira*. *Revista Brasileira*

de *Política e Administração da Educação*, 14(14), 115-130.

Rabinovitch, S. V., & Hamburguer, E. W. (1982). A evasão de alunos do curso de física da USP. *Anais do V Simposio Nacional de Ensino de Física*, Belo Horizonte: Sociedade Brasileira de Física.

Sandes, J. (1992). *O curso de serviço social da PUCMT: um estudo sobre a evasão de sala de aula* (Dissertação de mestrado não-publicada). Programa de Pós-Graduação em Serviço Social, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

Silva, N. P. (1994). *Entre o ideal e o real: um estudo sobre as razões que levam alunos de uma universidade pública à intenção de abandonar o curso de psicologia*. (Dissertação de mestrado não-publicada). Programa

de Pós-Graduação em Psicologia da Educação, Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

Super, D. E., & Borh Jr., M. J. (1972). *Psicologia ocupacional*. São Paulo: Atlas.

Universidade Federal do Rio Grande do Sul. (1991). *Evasão dos cursos de graduação da UFRGS em 1985, 1986 e 1987*. Porto Alegre: UFRGS.

Veloso, T. C. M. A. (2000). *Evasão nos cursos de graduação da Universidade Federal do Mato Grosso, campus universitário de Cuiabá: um processo de exclusão*. Cuiabá: UFMT.

Received on: 20/3/2012

Final version on: 18/4/2012

Approved on: 8/5/2012

Aprendendo com o insucesso: um estudo de caso de aplicação da resolução criativa de problemas ao projeto educativo

Learning from failure: A case study on the use of creative problem solving with the educational project

Fernando Cardoso de **SOUSA**¹
José Manuel Brito Pires **BICA**²
Ileana Pardal **MONTEIRO**¹

Resumo

O Projeto Educativo, como instrumento fundamental para a autonomia das escolas, em Portugal, deve aglutinar as principais expectativas da comunidade escolar, implicando rigor na metodologia de investigação, utilizada para sua elaboração, e na implementação da mudança requerida. O presente artigo relata a forma como foi possível obter esses aspectos, numa escola secundária, ao longo de mais de um ano, por meio do uso do método de Resolução Criativa de Problemas, que envolveu toda a comunidade escolar. Conforme o planeamento definido, a elaboração do Projeto Educativo seguiu os passos de um trabalho de investigação e resultou num documento estratégico e operacional, sujeito, posteriormente, a várias tentativas de implementação que, no entanto, tiveram apenas sucesso relativo. A discussão das condições necessárias para que o documento final possa servir de base à implementação das políticas e ações definidas, o que simplificaria todo o esquema de funcionamento escolar, sob um prisma de gestão efetiva das organizações, é aqui iniciada e sugerida para futuras investigações.

Palavras-chave: Inovação organizacional; Instituições acadêmicas; Resolução de problemas.

Abstract

The Educational Project in Portugal, as a fundamental instrument for school autonomy, must concentrate the main expectations of the school community, involving rigor in the research methodology used for its elaboration and in the implementation of the changes required. This article reports how these aspects were achieved in a high school, using the Creative Problem Solving method and involving the whole school community, over more than one year. According to the established planning, the preparation of the Educational Project followed the steps of a research project, resulting in a strategic and operational document, which was subsequently subjected to various implementation attempts. However, the success was only relative. The discussion of the conditions necessary for the final document to

▼ ▼ ▼ ▼ ▼

¹ Universidade do Algarve, Faculdade de Economia, Centro de Investigação do Espaço e das Organizações. *Campus* de Gambelas, Ed.2, Piso 1, 8005-139, Faro, Portugal. Correspondência para/Correspondence to: F.C. SOUSA. E-mail: <cardoso_sousa@hotmail.com>.

² Instituto Superior Afonso III, Departamento de Ciências de Educação, Curso de Ciências do Desporto. Loulé, Portugal.

be the basis for the implementation of policies and actions, by simplifying the whole scheme of school functioning, from the perspective of the effective management of organizations, is initiated here and suggested for future investigations.

Keywords: Organizational innovation; Schools; Problem solving.

Uma vez que o Projeto Educativo (PE) é um dos instrumentos mais importantes da autonomia das escolas em Portugal, pretendeu-se conciliar saberes, vontades e poderes variados na sua elaboração por meio da utilização de uma metodologia especialmente vocacionada para problemas complexos - o método de Resolução Criativa de Problemas (*Creative Problem Solving* - CPS). A utilização desse método permitiu trabalhar com uma equipe que integrou toda a comunidade escolar, e desenhar um plano de ação que abordou o PE como um projeto de investigação. A apresentação deste trabalho constitui a finalidade deste artigo, incluindo considerações sobre o PE e CPS, a investigação feita para a elaboração do PE, os resultados e algumas reflexões sobre os ensinamentos obtidos, em especial no que se refere à implementação das estratégias definidas no documento.

Este estudo seguiu todos os parâmetros éticos da pesquisa com seres humanos.

O Projeto Educativo é um documento de autonomia da escola, no qual deverão ser explicitados os princípios, os valores, as metas e as estratégias que a escola se propõe a cumprir Decreto-Lei nº 75 (Portugal, 2008). Ali devem residir a fonte de inspiração e as prioridades estratégicas das ações a desenvolver, e não o inverso, isto é, o documento só tem motivos de existência quando os atores escolares encontrarem razões para atuar, e não apenas para acrescentar sua elaboração como mais uma atividade escolar. O PE é ainda implicado no contexto da avaliação de desempenho dos professores Decreto regulamentar nº 2 (Portugal, 2010), o que lhe acrescenta importância uma vez que regula vários aspectos relativos a essa vertente.

Alguns estudos têm sido feitos no âmbito do PE. Costa (2008), por exemplo, analisou o PE como elemento que define a política de escola a fim de averiguar se as medidas tomadas pelo órgão de gestão, sobre o insucesso escolar, tinham tido

influência na construção do PE, em duas escolas do segundo e do terceiro ciclo do ensino básico (uma escola com mais sucesso e outra com níveis de insucesso mais elevado). Uma das principais conclusões remete para a possibilidade de, na escola com maior insucesso, existir uma inadequação entre política e realidade, dado que a primeira é orientada para o sucesso e as respetivas taxas de retenção (realidade) se interpretam como um indicador de menor eficácia. Também realçou que, apesar de em ambas as escolas ter sido concebido um conjunto diversificado de estratégias e ações, na escola com menor insucesso se verificou uma maior intencionalidade nas ações previstas, mediante um plano de atividades que indicava os objetivos de cada ação; na outra escola, não existiu muita clareza entre a estratégia e o objetivo que se pretendia alcançar ou o problema em que se pretendia atuar.

Correia (2007), ao analisar o papel dos departamentos curriculares na dinamização do trabalho colaborativo entre os professores, tendo como referência o PE da escola, concluiu haver a necessidade de reestruturação do modo de trabalho desses departamentos para ajudar os professores a envolverem-se em processos permanentes e contínuos de reflexão e de discussão em equipe. A criação de uma estrutura de trabalho flexível, intra e interdepartamentos, semelhante a um mosaico fluido, pode constituir uma oportunidade de os professores se envolverem em equipes que os ajudem na reflexão sobre a escola. A dinâmica dessa nova estrutura de trabalho depende da existência de um interesse comum, partilhado por todos, o que requer uma constante negociação de significados, objetivos e processos. A emergência de um novo estilo de liderança, capaz de fomentar a confiança, o envolvimento, a participação, o questionamento e a reflexão conjunta, é crucial para o desenvolvimento da colaboração entre os professores.

A adoção de um processo de trabalho em equipe pode contribuir para a prossecução desse

objetivo, pelo que se apresentará um método que se tem revelado eficaz em diferentes situações e contextos.

Resolução de problemas em grupo

A integração da criatividade e da inovação, no nível grupal, pode ficar mais bem ilustrada nas metodologias de trabalho em grupo, visando a produção de ideias ou a resolução de problemas. Dentro dessa perspectiva, vários sistemas de trabalho criativo de grupo estão disponíveis desde que Alex Osborn (Osborn, 1953) apresentou o *brainstorming* como método de produção de ideias, e, mais tarde (Osborn, 1963), o método CPS. Da abordagem inicial do CPS, Basadur (1987; 1994) propôs um novo modelo, o *Simplex Model*, constituído por oito passos (encontrar o problema, analisar os fatos, definir o problema, encontrar as soluções, tomar a decisão, planejar a ação, planejar a aceitação e implementar a decisão).

Mediante o recurso a um método de trabalho, coordenado por uma liderança específica, consegue-se potenciar o desenvolvimento da imaginação (na fase divergente), o que permite, na fase convergente, escolher as melhores opções posteriormente. É um método dirigido à promoção da inovação através da valorização do conhecimento dos membros do grupo, numa sinergia dirigida para um objetivo da organização. Também permite implicá-los na decisão tomada e, assim, melhorar a ligação dos indivíduos à organização e ao projeto.

Sousa e Monteiro (2010), na sequência de uma série de aplicações no contexto empresarial português, reduziram o modelo de Basadur para cinco passos e, posteriormente, para quatro passos (Sousa, Pellissier, & Monteiro, 2012). Num primeiro passo, a pré-consulta permite encontrar o objetivo; o segundo passo (definir o problema) e o terceiro (elaborar um plano de ação para resolver o problema) são realizados durante a reunião da equipe. Já a implementação da decisão (ação) está fora da reunião. A separação das fases de divergência e convergência só é clara na definição do problema: ambas estão mais interligadas durante a elaboração do plano de ação.

A intervenção na escola secundária "X"

A Escola X iniciou suas atividades no ano letivo de 1994/1995. Situada na região portuguesa do Algarve, na zona norte de uma freguesia urbana e periférica, atualmente em crescimento, é frequentada por alunos, essencialmente oriundos dessa mesma zona, embora receba alguns alunos provenientes de outras freguesias do concelho, por razões de oferta curricular e atividades da escola, entre outras. No ano de 2009/2010, existiam 35 turmas, num total de 771 alunos, 109 professores e 46 não docentes.

A estrutura organizativa da escola rege-se pela legislação em vigor Decreto-Lei nº 75 (Portugal, 2008): conselho geral, diretor, conselho pedagógico, conselho administrativo e outras estruturas educativas (departamentos curriculares e estruturas relacionadas às direções de turma).

O desenvolvimento deste projeto foi enquadrado numa ação de formação e apresentou etapas distintas. Numa primeira fase, foi realizada uma entrevista (a pré-consulta) entre a diretora da escola e o responsável pela aplicação do método, tendo sido definido o objetivo inicial - "*Construir um PE para uma escola integradora*".

Posteriormente, foi constituída uma equipe de trabalho, integrando, tal como recomenda Strauss (2002), os representantes das várias partes envolvidas: professores (Conselho Pedagógico), alunos (presidente da associação de alunos), pais (presidente da associação de pais) e representante dos funcionários.

Na primeira sessão, foram inventariados os fatos pertinentes para o objetivo inicial, tendo a equipe chegado à seguinte definição do problema: "Como poderíamos criar as condições para a participação da comunidade educativa?".

Na segunda sessão, os participantes definiram soluções para responder ao problema; dentre elas, o grupo escolheu "Criar uma identidade com os objetivos da escola". Finalmente, foram selecionadas tarefas no intuito de concretizar a solução

encontrada: (1) Promover a integração de pais e alunos nas equipes pedagógicas existentes; (2) analisar a autoavaliação e a avaliação do PE anterior; (3) diagnosticar os problemas; (4) definir os objetivos; (5) avaliar a integração nas festas da escola.

Para cada tarefa foi identificado o “como” executar e vencer eventuais resistências, designada a subequipe responsável, a data-limite para a execução e a entidade avaliadora da qualidade de execução (ou o critério). No final da sessão, definiram-se a constituição e as tarefas da subequipe responsável pela comunicação interna, bem como a data da reunião de *follow up* do projeto.

Execução do plano

Na reformulação/elaboração do PE de escola, identificou-se a necessidade de construir um instrumento destinado a avaliar as percepções de alunos, professores, funcionários e encarregados de educação acerca dos problemas da escola. Como os instrumentos disponíveis faziam referência a aspectos obtidos através da teoria ou teorias mais ou menos consensuais no meio escolar e educativo, recorreu-se ao método das grades (Kelly, 1991) para conceber um questionário que considerasse as opiniões das pessoas na sua própria linguagem e, assim, ultrapassasse as dificuldades que advêm do fato de a maioria das pessoas atuarem de forma diferente daquela que afirmam.

Responderam ao questionário professores (n=63), alunos (n=373), funcionários (n=22), o que corresponde a 58% do total de professores e de funcionários, e a 48% dos alunos. A amostra foi de conveniência.

Foram ainda realizadas entrevistas, por alunos de Psicologia, com cada um dos elementos da equipe do PE (professores, alunos, funcionários e encarregados de educação), com a seguinte pergunta: “Até que ponto a sua escola é uma escola integradora?”. As respostas foram gravadas e transcritas, e o texto resultante foi submetido à análise de conteúdo e à análise fatorial de correspondências, via programa *Data Mining* (Lebart & Salem, 1994).

O tratamento do questionário evidenciou que os diferentes agentes escolares partilham uma percepção favorável da escola (sendo as médias globais todas superiores a 3). Contudo, os alunos apresentam uma média (3,3) significativamente mais baixa ($p < 0.01$) do que os encarregados de educação, pais e professores (ambos com uma média de 3,6) e funcionários (3,5).

As entrevistas foram submetidas à análise de conteúdo temática, tendo sido identificadas dez categorias, por sua vez submetidas à análise fatorial de correspondências, de modo a possibilitar sua representação gráfica.

A Figura 1 mostra as designações das categorias e, em números, os dez entrevistados (equipe do PE). Constatou-se que o sistema de eixos organiza as categorias em torno dos polos negativo e positivo, na horizontal, e entre os agentes e a escola integradora, no eixo vertical. Verifica-se que a maior parte dos entrevistados reconhece a necessidade da estratégia positiva constituir o centro orientador de todas as atividades e considera, também, que o desenvolvimento deve centrar-se numa estratégia baseada tanto nos agentes (professores, alunos, funcionários e encarregados de educação) como nas ações de integração como um todo. Metade dos professores aparece do lado negativo, o que sugere a necessidade de concentrar sobre eles as soluções de transição para o lado positivo.

Como já referido, a intenção principal das entrevistas seria sua repetição, no final do projeto, para avaliar as diferenças de percepção resultantes da intervenção. Entretanto, isso não foi considerado de interesse, devido ao relativo insucesso da implementação.

Follow up

Na reunião de *follow up*, em 26 de maio de 2010, realizou-se uma síntese de todo o trabalho desenvolvido. Diante da necessidade de completar/reformular as tarefas acordadas na segunda sessão, elaborou-se uma lista de fatos relativos à solução da sessão anterior, dando-lhe a forma de problema

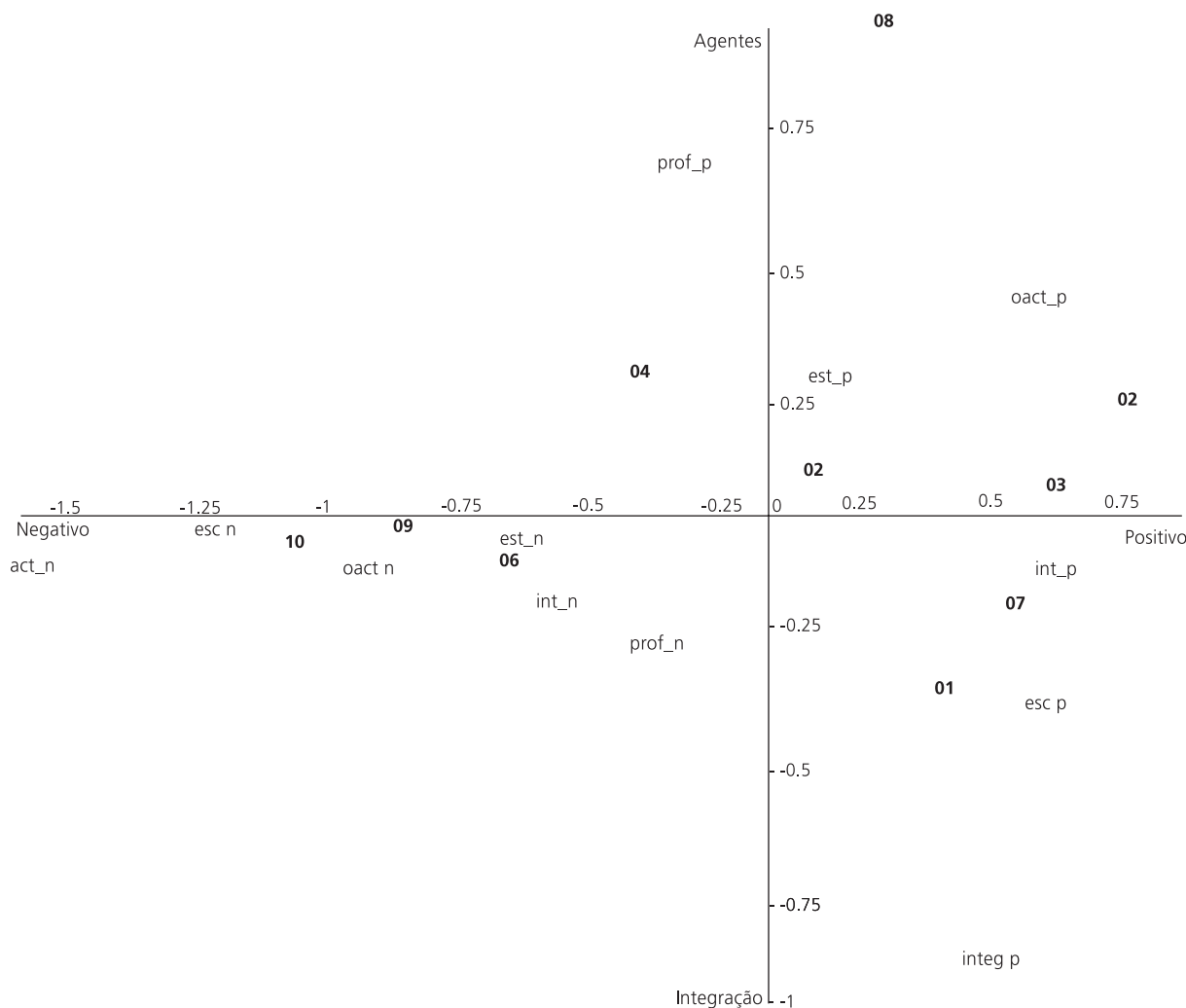


Figura 1. Análise fatorial de correspondências, mostrando a posição relativa das categorias de respostas diante da localização dos sujeitos entrevistados.

Nota: Legenda dos entrevistados: esc_p: escola positiva; est_p: estratégia positiva; int_p: integração positiva; oact_p: outros actores positivos; prof_p: professores positivo; esc_n - escola negativa; est_n - estratégia negativa; oact_n: outros actores negativos; prof_n: professores negativo; integ_p: integração passiva. Legenda das categorias dos entrevistados: Todos os valores se referem a professores entrevistados, excepto: 02: funcionário; 03: encarregado de educação; 08: aluno.

“Como poderíamos construir um PE para uma escola integradora?”. Foram encontradas 30 considerações pertinentes, das quais foi selecionada uma, transformando-a em definição de problema: “Como levar a escola a apropriar-se do PE?”.

Posteriormente, foram analisadas as resistências e as formas de as ultrapassar e, por fim, definidas as tarefas necessárias a fim de levar a escola a apropriar-se do PE. Foram identificadas as seguintes tarefas: (1) definir objetivos; (2) definir a avaliação do PE; (3) designar um grupo de acompanhamento; (4) operacionalização do PE.

Aprovação e operacionalização do Projeto Educativo

Na sequência dos procedimentos anteriormente referidos, a equipe responsável pela elaboração do PE finalizou a redação do documento, que, posteriormente, foi aprovado em conselho pedagógico de julho 2010.

Para operacionalizar o PE, a equipe de trabalho elencou e delimitou uma lista de problemas (n=29), ou seja, desafios que, uma vez resolvidos, poderiam permitir atingir o objetivo inicial. Consen-

sualmente, a equipe decidiu: “Quais os passos necessários para que a mudança possa ser levada a cabo pelas chefias intermediárias?”.

Na sequência, foi elaborado um plano de ação constituído por várias tarefas: (1) identificar a equipe do PE/criar um gabinete de apoio ao PE; (2) identificar chefias; (3) recolher feedback das chefias da escola; (4) elaborar FAQ (*Frequently Asked Questions*) e publicar, na página da escola, documentos orientadores para alunos e professores; (5) definir áreas de intervenção e (6) elaborar instrumentos de monitorização.

Todas as tarefas foram cumpridas, tendo sido criado um formulário digital de registo das atividades constantes no plano anual, o que facilitou, em teoria, a articulação com o PE.

A equipe de acompanhamento e monitorização do PE continuou, durante o ano escolar de 2011/2012, a produzir trabalho no âmbito da implementação do citado projeto. No entanto, a possibilidade de a escola entrar em agregação com outras, no ano escolar seguinte, veio colocar dúvidas quanto ao interesse em levar a diante um projeto que, em curto prazo, poderia estar ultrapassado.

A necessidade de clarificar os objetivos da equipe de acompanhamento promoveu uma nova intervenção para estruturar a execução do PE, em 25 de outubro de 2011. Da lista de problemas, a equipe de trabalho escolheu um “Quais os passos necessários para que o PE seja visto como documento orientador para a atividade da escola?”.

As tarefas delineadas para sua resolução foram as seguintes: definir o âmbito de aplicação (consultar a direção e ver o impacto para os cursos regulares e profissionais; confirmar a escolha feita com os próprios); prever o impacto da reorganização (conversar com as escolas que já sofreram o processo de agrupamento e conhecer os projetos educativos das potenciais escolas que se vão agrupar com a nossa); mostrar as vantagens (aplicar a metodologia de CPS para produzir vantagens); prever o impacto sobre as estruturas escolares (aplicar CPS); fundir os objetivos pessoais com os do PE (aplicar CPS).

Ainda que tenham sido traçados objetivos a alcançar e tarefas a realizar, não houve concertação,

na interpretação de parte dos elementos da equipe, sobre o tratamento das tarefas designadas na sessão de CPS referida. Assim, a própria equipe acabou por não acreditar na possibilidade de sucesso da operacionalização do PE diante de alguma indiferença da direção e da incerteza do futuro da escola como unidade organizacional.

A equipe cessou funções em janeiro de 2012, por iniciativa própria. A entrega de um relatório à direção formalizou sua extinção.

Discussão

O desenvolvimento do PE apresentou etapas distintas, iniciadas ainda em 2010, com a pré-consulta à diretora da Escola, quando foi definido um objetivo inicial - a elaboração de um PE para uma escola integradora. Esse objetivo foi conseguido na sua totalidade e o método de resolução criativa de problemas revelou-se um processo adequado ao envolvimento da comunidade escolar na sua elaboração. Para além da estruturação da fase de arranque, crucial para o processo, o método serviu para fasear a execução do documento e organizar a participação da comunidade escolar através de questionários e entrevistas, na fase de diagnóstico.

Mais do que uma ferramenta para formação e treino de pensamento divergente, o CPS revelou-se uma forma rápida e eficaz de definir planos de ação, que, de outra forma, exigiriam maior tempo e discussões intermináveis. Pela via de inclusão dos vários agentes ligados à escola, permitiu-se fazer uma síntese de posições e opiniões muito diversas, chegando a soluções originais e úteis para os problemas definidos. De certa forma, tanto o método como o estilo de liderança facilitadora que lhe está associado revelaram-se processos importantes para introduzir mudanças organizacionais.

Apesar das dificuldades existentes, foi possível concretizar, nos prazos estabelecidos, a realização de um documento estratégico e operacional, cuja construção foi abordada como se de um projeto de investigação se tratasse. Esse documento, pronto em 2010, foi reconhecido como importante, e, para sua execução, foram implementadas as três tenta-

tivas relatadas, envolvendo outras tantas equipes ao longo do ano de 2011. Esses procedimentos, decorrentes da execução do PE, foram monitorizados por um observatório, criado para o efeito, com a finalidade de apresentar à direção um relatório a ser remetido ao conselho pedagógico, a quem compete deliberar acerca da correção dos fatos apresentados. Esse relatório do observatório e as deliberações do conselho pedagógico foram posteriormente enviados ao conselho geral.

Estava ainda previsto que o PE fosse avaliado anualmente (avaliação intermédia) e, no final do triênio 2010/2013 (avaliação final), pelas estruturas competentes. O PE deve ainda ser alvo de avaliação anual por parte do conselho pedagógico e do conselho geral, com a participação de toda a comunidade educativa, o que possibilita uma tomada de decisão mais fundamentada. Essas revisões anuais poderão ditar correções, prioridades e percursos que, em cada ano letivo, integrarão os planos de intervenção, plano anual de atividades e os projetos curriculares de escola e de turma.

Tudo está previsto para funcionar perfeitamente, mas, na prática e apesar de todos os procedimentos burocráticos existentes (que se supõe irão relatar uma execução satisfatória do PE), muito pouco do espírito presente no PE foi, ou se prevê que seja, levado à prática, em termos do desenvolvimento de uma verdadeira escola integradora, tal como ocorreu em circunstâncias idênticas, relatadas por outros investigadores (Costa, 2008; Correia, 2007). Embora pesem todas as tarefas ali previstas e respectivos indicadores que, potencialmente, acrescentam eficiência à organização, a maior parte dessas tarefas tinham a ver com ações que decorreriam mesmo sem PE e que pouco ou nada traduziam a visão integradora. Onde se encontram, então, as razões principais desse aparente insucesso em fazer executar um documento que preenche todos os requisitos para proporcionar uma mudança importante para a comunidade escolar, bem como em fazer com que uma estrutura organizativa complexa consiga essa tão desejada execução?

Não sendo objeto deste artigo dar uma resposta cabal a essas interrogações, não podem os

seus autores deixar de refletir sobre as possíveis causas de uma tal situação:

a) A questão mais simples, quase ingênua, tem a ver com o fato de a generalidade dos profissionais não ver necessidade em avançar com mais medidas do que as regulamentares, pois é suposto ser assim que as coisas funcionam e, se tal não acontece, pouco ou nada mais se pode fazer. A própria equipe responsável pela construção do PE ficou algo surpreendida quando confrontada com a argumentação de que o trabalho apenas tinha sido iniciado e que o verdadeiro desafio estava em conseguir as mudanças definidas no documento, sobretudo no nível das atitudes favoráveis ao empenhamento num projeto coletivo. A própria direção manifestou a convicção de que nunca um PE terá sido implementado com esse grau de apuramento, pelo que exigir ainda mais não seria realista. No fundo, toda a intervenção foi vista, fundamentalmente, como se de uma ação de formação se tratasse e, portanto, não obrigatoriamente geradora de resultados para além da aprendizagem.

b) As implicações operacionais de um documento estratégico dessa natureza requerem um empenho decisivo e contínuo da direção, o que, no caso vertente, não chegou a existir. Apesar de a direção estar na origem do documento e de ter apoiado sua execução e difusão, a iniciativa não partiu dela, embora ela tenha proporcionado condições para se avançar para o passo seguinte. A direção não apoiou mais fortemente essa iniciativa talvez por não ter sido “conquistada”, ou por estar consciente das dificuldades em gerar mudanças de atitude e das alterações constantes nas prioridades, que rapidamente passariam o PE para um plano secundário. Entretanto, os indicadores fundamentais relacionam-se mais com o número de candidaturas dos alunos, nada garantindo que uma boa execução do PE seja suscetível de melhorar esse indicador, pelo menos no curto prazo.

c) Os órgãos escolares, cuja missão consiste em secundar, avaliar e expandir a ação da direção, funcionam com dificuldade. Assim, existe uma multiplicidade de órgãos (ex: conselho de turma, conselho de diretores de turma, conselho de docentes,

departamentos curriculares e grupos de docência), cuja missão expressa é a eficiência do funcionamento da escola, mas que, na prática, torna difícil a existência de qualquer ação coordenada.

d) Os documentos decorrentes do PE envolvem um volume de trabalho considerável e empenham muitos recursos na sua elaboração e avaliação sem, contudo, possuírem efeitos práticos no terreno. O sistema, devido a sua complexidade, torna-se perverso, levando a um sentimento individual de impotência.

e) Os organismos exteriores à escola, encarregados da avaliação, apesar de anunciarem uma orientação para os resultados, fazem incidir a maior parte da avaliação sobre os processos, nomeadamente os relativos ao cumprimento das normas legais da chamada autonomia da escola, como é o caso do PE. Essa visão paternalista da supervisão, ainda muito característica da relação entre as escolas e os organismos da tutela, acaba por ignorar os resultados efetivos do PE, apesar de poder reconhecer, em teoria, o valor do documento.

f) Os mecanismos que norteiam a avaliação de professores, se bem que prevejam uma parte dessa avaliação coincidente com o PE, ao não exigirem mais do que relatórios formais, sem inclusão de prova, acabam por não estabelecer qualquer contato com a realidade. A própria direção não está submetida a qualquer componente de avaliação por parte do Ministério da Educação e Ciência, indexado ao PE, e parte dos critérios de avaliação acaba por ser alheia ao desempenho, tal como evidenciado noutro trabalho (Bica & Sousa, 2011). A pedra de toque da avaliação é a complexidade, a falta de transparência e a sobrecarga burocrática, na tentativa desesperada de encontrar a excelência quando, no fundo, apenas faz uma certificação sem significado real, que não enaltece ou apoia os bons professores, nem sanciona os maus.

g) Está, assim, criado um mecanismo consumidor de recursos em práticas pouco produtivas de resultados, que todos parecem aceitar em detrimento da definição e resolução dos problemas reais da escola. A discussão esgota-se em torno dos temas já clássicos da centralização-descentralização, estrutura organizativa e autonomia da escola, pres-

supondo que serão as alterações estruturais e legislativas a ditar uma melhor eficiência e eficácia organizacionais sem, contudo, pôr em causa as razões das deficiências de funcionamento.

Do exposto se conclui pela necessidade de simplificar todo o esquema de funcionamento escolar, sob um prisma de gestão efetiva das organizações, libertando a instituição de uma série de obrigações burocráticas e estruturas com impacto negativo no que realmente interessa: a qualidade do ensino e da aprendizagem.

Relativamente à intervenção, embora pese o resultado favorável na elaboração de um documento com qualidade, admite-se que talvez tivesse havido excesso de ambição em querer obter uma mudança que não correspondia aos interesses e às possibilidades reais dos poderes instituídos, bem como à omissão de metas que melhor pudessem espelhar o cumprimento do PE. Mesmo a própria construção do PE deveria ter feito intervir um maior número de agentes (professores, alunos, funcionários e encarregados de educação), numa integração sucessiva de contribuições, devidamente sancionadas pela direção. A escolha não deveria ter recaído sobre as entidades representativas, mas sim sobre entidades operacionais que conhecessem profundamente os problemas, tivessem capacidade de os bloquear ou agilizar, ou que pudessem vir a ser afetadas pelas decisões, aumentando a participação da comunidade escolar.

Da mesma forma, querer limitar o PE a uma só escola é algo redutor, uma vez que o âmbito é demasiado restrito. O mais aceitável seria um alargamento, pelo menos às escolas secundárias do concelho, cujos diretores e entidades, exteriores à escola, pudessem colaborar desde o início e acompanhar a execução.

Apesar de todos esses fatores negativos e contrários a qualquer ação planejada, os autores deste trabalho são da opinião de que é possível aproximar mais as escolas dos padrões aceitáveis da eficácia organizacional, quanto mais não seja porque, felizmente, o universo escolar continua a dispor de vários exemplos de boas práticas de gestão (Bica, 2007) que podem servir de inspiração para a excelência.

Tal como está, o PE não serve para muito, para além de manter o sistema do “faz de conta”, e sua eliminação poderia facilitar a eliminação de estruturas e documentos sem impacto nos resultados finais da escola. Em sua substituição, o plano de atividades (plano de intervenção para o ano seguinte) serviria perfeitamente como base de planejamento de médio prazo. Se, tal como se pretende, a evolução for no sentido da verdadeira autonomia, então isso terá de corresponder, quer a um reforço da autoridade das chefias que, verdadeiramente, tornam-se necessárias a uma gestão efetiva da escola, quer a outra forma de intervenção dos encarregados de educação e demais entidades ligadas à escola. Nesse quadro de funcionamento, a metodologia ora empregada poderá ser uma boa ferramenta operacional, para além de constituir uma via importante para a aprendizagem de uma forma de liderança mais consentânea com o espírito da verdadeira autonomia das escolas.

O momento que o País atravessa justifica que se enfrentem os problemas reais e que se tente resolvê-los, simplificando processos e estruturas organizativas, avaliando os resultados e utilizando processos colaborativos que promovam um maior envolvimento da comunidade escolar, que ainda é aquela que, potencialmente, melhor pode conseguir constituir-se como exemplo a seguir por outras burocracias profissionais do Estado.

Referências

- Basadur, M. (1987). Needed research in creativity for business and industrial applications. In S. G. Isaksen (Ed.), *Frontiers of creativity research: Beyond the basics*. Buffalo, NY: Bearly Limited.
- Basadur, M. (1994). *Simplex: A flight to creativity*. Buffalo, N.Y.: The Creative Education Foundation.
- Bica, J. (2007). *Rankings y calidad educativa en los centros de enseñanza secundaria de el Algarve (Portugal)* (Tese de doutorado não-publicada). Programa de Doutorado em Ciências da Educação, Universidade de Sevilha.
- Bica, J., & Sousa, F. (2011). Rankings e qualidade percebida nas escolas secundárias do Algarve. *Revista Portuguesa de Pedagogia*, 45(1), 93-109
- Correia, A. (2007). *Contributos do Projeto Educativo para o trabalho colaborativo e reflexivo entre os professores: um estudo de caso* (Dissertação de mestrado não-publicada). Programa de Doutorado em Ciências da Educação, Universidade Aberta, Lisboa.
- Costa, M. (2008). *Política de escola e representações sobre o insucesso escolar: um estudo de caso comparativo* (Dissertação de mestrado não-publicada). Programa de Doutorado em Ciências do Comportamento, Instituto Universitário de Lisboa.
- Portugal. Ministério da Educação. (2008, 11 de abril). Decreto-Lei nº 75, de 22 de abril de 2008. Aprova o regime de autonomia, administração e gestão dos estabelecimentos públicos da educação pré-escolar e dos ensinos básico e secundário. *Diário da República*, 1ª Série, nº 79.
- Portugal. Ministério da Educação. (2010, 14 de junho). Decreto regulamentar nº 2, de 23 de junho de 2010. Estatuto da Carreira dos Educadores de Infância e dos Professores dos Ensinos Básico e Secundário. *Diário da República*, 1ª série, nº 120.
- Kelly, G. (1991). *A theory of personality, the psychology of personal constructs*. New York: W. W. Norton.
- Lebart, L., & Salem, A. (1994). *Statistique textuelle*. Paris: Dunod.
- Osborn, A. F. (1953). *Applied imagination: Principles and procedures of creative problem-solving*. New York: Scribner's Sons.
- Osborn, A. F. (1963). *Applied imagination: Principles and procedures of creative problem solving* (3rd rev. ed.). New York: Scribners.
- Sousa, F., & Monteiro, I. (2010). *Liderança de equipas na resolução de problemas complexos: um guia para a inovação organizacional*. Lisboa: Sílabo.
- Sousa, F., Pellissier, R., & Monteiro, I. (2012). Creativity, innovation and collaborative organizations. *The International Journal of Organizational Innovation*, 5(1), 1-39.
- Strauss, D. (2002). *How to make collaboration work*. San Francisco: Berrett-Koehler.

Recebido em: 4/9/2012
Versão final em: 28/11/2012
Aprovado em: 30/1/2013

A influência dos amigos no consumo de drogas entre adolescentes

Friend's influence on drug consumption among adolescents

Luciana Roberta Donola **CARDOSO**^{1,2}
André **MALBERGIER**^{1,2}

Resumo

Objetivou-se avaliar a relação entre variáveis associadas aos amigos e o uso de álcool, tabaco e drogas ilícitas em 965 adolescentes de 50 escolas públicas de Jacareí e Diadema, São Paulo, Brasil. Foi utilizado o *Drug Use Screening Inventory* para a coleta de dados. Ter amigos que usam substâncias, que têm problemas com a lei, que roubaram/danificaram algo, que vendem drogas, que levam drogas a festas e que ficam entediados quando não bebem em festas aumentou progressivamente o risco de os adolescentes usarem álcool, tabaco e drogas ilícitas. Esse resultado mostra a importância de se avaliar o consumo dessas substâncias separadamente, já que o consumo concomitante de álcool e de tabaco parece ser mais grave do que o consumo isolado de um deles.

Palavras-chave: Abuso de álcool; Adolescente; Drogas ilícitas; Nicotina.

Abstract

This study aimed to evaluate the relationship between the variables associated with friends and alcohol, tobacco, and illicit drug use in 965 adolescents from 50 public schools in Jacareí and Diadema, São Paulo, Brazil. The Drug Use Screening Inventory was used for data collection. Having friends who use substances, who are in trouble with the law, who have stolen/damaged something, who sell drugs, who take drugs to parties, and who get bored when they do not drink at parties progressively increased the risk of adolescents using alcohol, tobacco, both of them, and illicit drugs. This result shows the importance of evaluating the consumption of these substances separately, as the consumption of alcohol and tobacco together seems to be more hazardous than consuming them individually.

Keywords: Alcohol abuse; Adolescent; Illicit drugs; Nicotine.

▼ ▼ ▼ ▼ ▼

¹ Universidade de São Paulo, Faculdade de Medicina, Departamento de Psiquiatria. São Paulo, SP, Brasil.

² Universidade de São Paulo, Hospital das Clínicas, Grupo Interdisciplinar de Estudos de Álcool e Drogas. R. Dr. Ovídio Pires de Campos, 785, 05403-010, São Paulo, SP, Brasil. Correspondência para/Correspondence to: A. MALBERGIER. E-mail: <andre.malbergier@hcnnet.usp.br>.

Agradecimentos: Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura, Secretaria Estadual da Educação e Departamento do Governo do Estado de São Paulo.

Apoio: Secretaria Nacional de Políticas Antidrogas, Gabinete de Segurança Institucional da Presidência da República Federativa do Brasil (Processo nº 004/2006).

O consumo de substâncias psicoativas é um grave problema de saúde pública. O início do consumo de álcool e de outras drogas geralmente ocorre na adolescência e tem sido cada vez mais frequente nessa faixa etária. De acordo com o último Levantamento Nacional sobre o Consumo de Drogas Psicoativas, entre estudantes do Ensino Fundamental e Médio, 65,2% fizeram uso de álcool, 24,9% de tabaco e 15,5% de maconha alguma vez na vida. Dentre eles, 11,7% relataram ter usado álcool, 3,8% tabaco e 0,7% maconha no mês anterior à entrevista (Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas, 2004).

Muitos fatores têm sido associados ao consumo de álcool e de drogas entre os adolescentes. Os amigos parecem exercer grande influência no início e na progressão do uso de álcool, de tabaco e de maconha entre adolescentes (D'Amico & McCarthy, 2006; Di Napoli, 2009; Ellickson, Tucker, Klein, & Saner, 2004; Martino, Ellickson, & McCaffrey, 2009). Fatores como o uso de álcool e de outras drogas, envolvimento em atividades ilegais, defasagem escolar, agressividade, rebeldia e comportamentos antissociais praticados pelos amigos têm sido associados ao uso de álcool e de outras drogas nessa fase da vida (D'Amico & McCarthy, 2006; Duan, Chou, Andreeva, & Pentz, 2009; Heavyrunner-Rioux & Hollist, 2010).

De acordo com a literatura, os adolescentes são mais suscetíveis à opinião e à avaliação dos amigos (Duan et al., 2009; Heavyrunner-Rioux & Hollist, 2010; Steinberg & Monahan, 2007). A aprovação dos amigos é um fator que influencia muito o modo como o adolescente se comporta, o que aumenta o risco do uso de substâncias psicoativas. Muitas vezes, os amigos transmitem mensagem de supervalorização do uso de álcool, de tabaco e de outras drogas, de modo que o consumo promove popularidade no grupo. Além da valorização social, os adolescentes, muitas vezes, têm dificuldade para impor sua opinião, não resistindo à influência dos amigos, o que contribui para o uso de álcool e de outras drogas (Duan et al., 2009).

Estudo longitudinal com 4 138 adolescentes entre 11 e 17 anos mostrou que ter amigos que fumam e ter amigos que já experimentaram drogas

aumentou em 3 vezes o risco de os adolescentes usarem tabaco (Ennett et al., 2008). Outro estudo mostrou que os adolescentes que relatam ter 50% de amigos fumantes e aqueles cujos melhores amigos fumam tiveram 2 vezes mais chances de fumar (Alexander, Piazza, Mekos, & Valente, 2001).

Apesar de esse tema já ter sido discutido em publicações anteriores, até onde foi observado, nenhum estudo latino-americano avaliou a relação entre o consumo de substâncias psicoativas separadamente (apenas álcool, apenas tabaco, álcool e tabaco e drogas ilícitas - anfetamina, *ecstasy*, cocaína, *crack*, maconha, alucinógenos, tranquilizantes, ansiolíticos, esteroides, inalantes e solventes) e aspectos relacionados aos amigos.

O objetivo deste estudo foi verificar a relação entre variáveis associadas aos amigos e o uso de álcool, de tabaco, de ambos e de drogas ilícitas (separadamente) entre adolescentes de 10 a 18 anos.

Método

Participantes

A pesquisa foi realizada em 50 escolas públicas estaduais dos municípios de Jacaré e Diadema (SP) que ofereciam o Programa Escola da Família (PEF), uma iniciativa da Secretaria Estadual da Educação, com cooperação da Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura (Unesco), que consiste em utilizar o espaço físico das escolas públicas estaduais, nos finais de semana, para desenvolver atividades socioeducativas com os jovens e suas famílias. Os adolescentes que utilizam esse programa não são, necessariamente, estudantes dessas escolas, mas, sim, moradores do bairro interessados em participar das atividades nos finais de semana.

Todos os adolescentes que participavam do PEF foram convidados a colaborar com a pesquisa. Os critérios de inclusão na pesquisa foram: ter idade entre 10 e 18 anos e participar desse programa nas escolas selecionadas.

Instrumento

Utilizou-se o questionário *Drug Use Screening Inventory* (DUSI), já traduzido e validado no Brasil (De Micheli & Formigoni, 2000), que avalia o uso de substâncias no mês anterior à entrevista e fatores relacionados ao seu uso.

O uso de álcool, de tabaco e de drogas ilícitas (anfetamina, *ecstasy*, cocaína, *crack*, maconha, alucinógenos, tranquilizantes, ansiolíticos, esteroides, inalantes e solventes) foi avaliado por uma questão na qual o adolescente assinalava o tipo e a frequência da droga que usou nos trinta dias anteriores à entrevista. As variáveis relacionadas aos amigos foram investigadas por meio de 16 questões referentes ao uso de álcool e outras drogas pelos amigos, comportamentos antissociais dos amigos, uso de álcool e de drogas em atividades de lazer e de diversão quando na companhia dos amigos, tempo que passam com os amigos, ter amigos e confiar neles.

As questões eram respondidas com “sim” ou “não”: as respostas afirmativas equivalem à presença de problemas (De Micheli & Formigoni, 2000). Para a aplicação desse instrumento, os autores treinaram cinquenta monitores do PEF.

O consumo de substância foi avaliado de acordo com cinco categorias: 1) *não usou* nenhuma substância; 2) *usou apenas álcool*; 3) *usou apenas tabaco*; 4) *usou álcool e tabaco*; e 5) *usou drogas ilícitas*. Na categoria *álcool e tabaco*, foram incluídos aqueles adolescentes que usaram as duas substâncias, mas não outras drogas. Na categoria *drogas ilícitas*, foram incluídos aqueles que usaram qualquer droga ilícita, podendo, também, ter usado álcool e/ou tabaco. O padrão do uso foi classificado como *usou* ou *não usou*. O critério utilizado foi baseado em estudos anteriores (De Micheli & Formigoni, 2000; De Micheli, Fisberg, & Formigoni, 2004). Foram realizadas análises univariadas com o teste Qui-quadrado, e análises múltiplas com teste de regressão logística binominal, e compararam-se o uso dessas substâncias separadamente e as variáveis relacionadas aos amigos. Consideraram-se como variável dependente o uso de álcool, de tabaco, de álcool e de tabaco e de drogas ilícitas separa-

damente e como variáveis independentes das perguntas relacionadas aos amigos e das variáveis sociodemográficas. O método de seleção utilizado foi o *Wald's Backward Test*. A *Odds Ratio* (OR) foi calculada com intervalo de confiança de 95% e nível de significância de 5%.

Os dados descritos nos resultados e apresentados nas tabelas referem-se aos casos válidos, excluindo os sujeitos que não responderam à questão em estudo. Para as análises, utilizou-se o programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 15.0.

Procedimentos

O objetivo inicial desta pesquisa, realizada em 2007, era abranger mil adolescentes, 20 em cada escola. Entretanto, devido ao critério de inclusão e ao prazo estipulado para a coleta de dados, foi possível avaliar 965 adolescentes. Foram excluídos 6 adolescentes por terem menos de 10 ou mais de 18 anos.

Inicialmente, o projeto foi divulgado por meio de cartazes afixados na escola, que continham informações sobre a realização da pesquisa e sobre a participação dos interessados. Para estimular a participação dos adolescentes, os educadores falavam sobre a pesquisa durante as atividades programadas que aconteciam na escola. Os interessados informavam o nome e alguns dados residenciais ao monitor do programa e recebiam o termo de consentimento. O adolescente levava o termo ao pai ou responsável e o devolvia ao monitor antes da aplicação do questionário. Todos os adolescentes e seus responsáveis assinaram o termo de consentimento, o que garantiu a participação voluntária, sigilosa e o cumprimento das normas éticas de pesquisa com seres humanos. Após a assinatura do termo, os monitores agendavam com os adolescentes dia e horário para a aplicação do questionário. Os adolescentes recebiam o questionário, respondiam às perguntas (que eram dicotômicas: sim ou não) e o inseriam numa urna, sem precisar se identificar. Quando os adolescentes tinham alguma dúvida gramatical ou de compreensão das perguntas, os monitores podiam esclarecê-la. Entretanto,

o monitor não poderia ler nenhuma pergunta do questionário. Antes de entregar o questionário, o monitor explicava ao adolescente o conteúdo das perguntas e a maneira como elas deveriam ser respondidas. Não houve nenhum questionamento por parte dos adolescentes durante o preenchimento dos questionários.

Todos os adolescentes que trouxeram o termo de consentimento assinado pelos pais ou responsáveis compareceram no dia indicado para responder ao questionário. Não houve recusa ou desistência dos adolescentes.

Este projeto foi aprovado pela Comissão de Ética do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (Processo nº 425/06).

Resultados

A amostra foi constituída por 965 adolescentes, 436 (45,2%) do sexo feminino e 529 (54,8%) do sexo masculino; 831 (86,1%) estavam no Ensino Fundamental, 132 (13,7%) no Ensino Médio e 2 (0,2%) não responderam a essa pergunta; 771 (80,0%) nunca repetiram o ano escolar, 185 (19,1%) repetiram o ano ao menos uma vez e 9 (0,9%) não responderam; 606 (62,8%) vivem com o pai e com a mãe, 218 (22,6%) apenas com a mãe, 21 (2,2%) apenas com o pai, 98 (10,1%) com outros familiares, 2 (0,2%) em instituição e 20 (2,1%) não responderam. A idade média dos adolescentes foi de 13,5 (Desvio-Padrão=1,41) anos.

Uso de substância entre os adolescentes

Entre os 919 adolescentes que responderam às questões sobre consumo de drogas, 570 (62,0%) não usaram nenhuma substância, 208 (22,6%) usaram apenas álcool, 24 (2,6%) usaram apenas tabaco, 54 (5,9%) usaram álcool e tabaco e 63 (6,9%) usaram alguma droga ilícita nos trinta dias anteriores à entrevista. As drogas ilícitas utilizadas foram: maconha (n=27: 2,9%), tranquilizantes (n=17: 1,8%), anfetaminas (n=15: 1,6%), ecstasy (n=10:

1,1%), inalantes (n=10: 1,1%), cocaína (n=8: 0,8%), alucinógenos (n=4: 0,4%) e anabolizantes (n=4: 0,4%).

Variáveis relacionadas aos amigos e uso de substâncias entre os adolescentes

A Tabela 1 mostra os resultados obtidos nas análises univariadas. Nessas análises, foram comparadas as variáveis relacionadas aos amigos entre os adolescentes que fizeram uso de álcool, de tabaco, de ambos, e de drogas ilícitas, com aqueles adolescentes que não consumiram nenhuma substância.

Nessas análises, pôde-se observar que, em algumas variáveis relacionadas aos amigos, as razões de chance aumentam de acordo com a categoria da droga utilizada, de modo que o uso de álcool e de tabaco separadamente apresenta razões de chance menores do que o uso concomitante de álcool e de tabaco, que, por sua vez, mostra razões de chance menores do que o uso de drogas ilícitas. Os adolescentes que relataram ter amigos que usam regularmente álcool e/ou drogas tiveram 3,4 vezes mais chances de usar apenas álcool, 4,6 vezes mais chances de usar apenas tabaco, 7,2 vezes mais chances de usar álcool e tabaco e 8,6 vezes mais chances de usar drogas ilícitas do que aqueles que não tinham amigos que usavam drogas regularmente. Ter amigos que vendem ou dão drogas a outros jovens aumentou em 2,7 vezes o risco de os adolescentes usarem apenas álcool, em 5,8 vezes de usarem álcool e tabaco e 10,1 vezes o risco de usarem drogas ilícitas. Os adolescentes que relataram ter amigos que já tiveram problemas com a lei tiveram 2,1 vezes mais chances de usar apenas álcool, 4,9 vezes de usar apenas tabaco, 5,3 vezes mais chances de usar álcool e tabaco e 10,5 vezes mais chances de usar drogas ilícitas. Ter amigos que ficam entediados nas festas quando não é servido álcool aumentou em 2,4 vezes o risco de os adolescentes usarem apenas álcool, 3,5 vezes de usarem apenas tabaco, 3,8 vezes de usarem álcool e tabaco e 7,5 vezes o risco de usarem drogas ilícitas. Os adolescentes que relataram ter amigos que rouba-

Tabela 1

Análise univariada da relação entre as variáveis associadas aos amigos e o uso de álcool, de tabaco, de ambos, e drogas ilícitas entre os adolescentes em comparação com aqueles que não usaram nenhuma substância. Jacareí e Diadema (SP)

Variáveis relacionadas aos amigos	Usou apenas álcool		Usou apenas tabaco		Usou álcool e tabaco		Usou drogas ilícitas	
	<i>p</i>	OR	<i>p</i>	OR	<i>p</i>	OR	<i>p</i>	OR
Ter amigos que usam álcool ou drogas regularmente	<0,001	3,4	<0,001	4,6	<0,001	7,2	<0,001	8,6
Ter amigos que tiveram problemas com a lei	0,002	2,1	<0,001	4,9	<0,001	5,3	<0,001	10,5
A maioria dos seus amigos são mais velhos	0,049	1,4	0,009	3,1	0,003	2,3	<0,001	5
Ter amigos que ficam entediados nas festas quando não é servido álcool	<0,001	2,4	0,008	3,5	<0,001	3,8	<0,001	7,5
Ter amigos que levam drogas ou álcool às festas	<0,001	5	0,005	4,4	<0,001	6,7	<0,001	15
Ter amigos que roubaram alguma coisa ou danificaram propriedade de propósito	<0,001	2,3	0,003	4,3	0,001	3,4	<0,001	8,6
Achar que os pais não gostam de seus amigos	-	-	0,003	3,6	<0,001	3,4	<0,001	4,6
Sentir que não tem nenhum amigo em quem possa confiar	-	-	-	-	0,017	2,3	0,004	2,5
Preferir ter atividades com jovens bem mais velhos	-	-	0,003	3,6	-	-	<0,001	2,7
Ter amigo que vende ou dá drogas a outros jovens	<0,001	2,7	-	-	<0,001	5,8	<0,001	10,1
Se sente infeliz com seu desempenho em atividades com os amigos	0,032	1,6	-	-	0,001	3	-	-
Se sente incomodado por problemas que esteja tendo com os amigos	0,007	1,7	-	-	-	-	0,002	2,6

Nota: OR: *Odds Ratio*.

ram alguma coisa ou danificaram propriedade alheia tiveram até 4,3 vezes mais chances de usar apenas álcool, apenas tabaco e álcool e tabaco e 8,6 vezes mais chances de usar drogas ilícitas.

Ter amigos que levam drogas e/ou álcool a festas aumentou em até 5 vezes o risco de usar apenas álcool e apenas tabaco, 6,7 vezes o risco de usar álcool e tabaco e 15 vezes o risco de usar drogas ilícitas.

Os adolescentes que acham que os pais não gostam de seus amigos e aqueles que preferem ter amizade com jovens bem mais velhos tiveram entre 2,7 e 4,6 vezes mais chances de usar apenas tabaco, álcool e tabaco e drogas ilícitas do que aqueles que não usaram nenhuma substância.

Os adolescentes que relatam se sentir infelizes com seu desempenho nas atividades com os amigos tiveram 1,6 vez mais chances de usar álcool e 3 vezes mais chances de usar drogas ilícitas quando comparados aos que não se sentiam infelizes. Sentir-se incomodado por problemas com seus amigos aumentou em 1,7 vez o risco de usar álcool

e 2,6 vezes o risco de usar drogas ilícitas. Sentir que não tem nenhum amigo em quem possa confiar aumentou em 2,3 vezes o risco de os adolescentes usarem álcool e tabaco e 2,5 vezes o risco de usarem drogas ilícitas.

A Tabela 2 mostra os resultados obtidos com a regressão logística. Os adolescentes que fizeram uso apenas de álcool tiveram entre 2,4 e 3,5 vezes mais chances de ter amigos que usam regularmente álcool e drogas e ter amigos que levam álcool e/ou drogas a festas. Os adolescentes que usaram apenas tabaco tiveram até 3,3 vezes mais chances de preferir ter amizade com jovens mais velhos e ter amigos que usam regularmente álcool e/ou drogas.

Entre os adolescentes que usaram álcool e tabaco, ter problemas de relacionamento com amigos devido ao seu uso de álcool e/ou de drogas foi o fator de maior associação (observado pela razão de chance (OR=8)), seguido por ter amigos que usam álcool e/ou drogas regularmente (OR=4,6), sentir que não tem amigos em quem possa confiar (OR=2,5), ter amigos que vendem ou dão drogas a

Tabela 2

Análise múltipla da relação entre variáveis relacionadas aos amigos e uso de álcool, de tabaco, de ambos, e de drogas ilícitas, em comparação com aqueles que não usaram nenhuma substância. Jacareí e Diadema (SP), 2007

Variáveis	<i>p</i>	OR	IC 95%	
<i>Usou apenas álcool</i>				
Ter amigos que usam álcool/droga regularmente	0,000	2,420	1,651	3,547
Ter amigos que levam álcool/drogas a festas	0,000	3,510	2,095	5,881
Ter poucos amigos	0,035	0,588	0,359	0,964
<i>Usou apenas tabaco</i>				
Ter amigos que usam álcool/droga regularmente	0,022	3,033	1,176	7,820
Preferir ter atividades com jovens mais velhos	0,009	3,358	1,356	8,316
<i>Usou álcool e tabaco</i>				
Ter amigos que usam álcool/droga regularmente	0,000	4,637	2,155	9,975
Ter amigo que dá/vende drogas a outros jovens	0,028	2,478	1,101	5,578
Achar que os pais não gostam de seus amigos	0,030	2,242	1,081	4,647
Sentir que não tem amigos em quem possam confiar	0,028	2,577	1,108	5,991
Ter problemas de relacionamento com amigos devido ao seu uso de álcool/drogas	0,043	8,007	1,069	59,973
Ter poucos amigos	0,031	0,347	0,132	0,910
Ensino Médio	0,008	3,274	1,356	7,902
Ter repetido o ano escolar	0,029	2,503	1,100	5,700
<i>Usou drogas ilícitas</i>				
Ter amigos que tiveram problemas com a lei	0,008	3,147	1,346	7,361
A maioria dos amigos são mais velhos	0,003	3,257	1,479	7,171
Ter amigos que levam álcool/drogas a festas	0,001	3,990	1,760	9,047
Ter problemas de relacionamento com amigos devido ao seu uso de álcool/drogas	0,010	11,265	1,769	71,756
Ensino Médio	0,018	3,0210	1,211	7,535
Ter repetido o ano escolar	0,017	2,588	1,183	5,660
Não viver com o pai ou a mãe	0,020	3,088	1,199	7,954

Nota: OR: *Odds Ratio*; IC: Intervalo de Confiança.

outros jovens (OR=2,4) e achar que os pais não gostam de seus amigos (OR=2,2). Ter problemas de relacionamento com amigos devido ao seu uso de álcool e/ou drogas também foi o fator de maior associação entre os adolescentes que usaram drogas ilícitas (OR=11,2), seguido por ter amigos que levam álcool e/ou drogas a festas (OR=3,9), a maioria dos amigos serem mais velhos (OR=3,2) e ter amigos que tiveram problemas com a lei (OR=3,1). Ter poucos amigos diminuiu o risco de os adolescentes usarem apenas álcool e álcool e tabaco.

A regressão logística também mostrou que repetir o ano escolar foi associado ao uso de álcool e de tabaco e de drogas ilícitas entre os adolescentes. Os adolescentes do Ensino Médio tiveram 3,2 vezes mais chances de usar álcool e tabaco e 3 vezes mais chances de usar drogas ilícitas do que os adolescentes que não usaram nenhuma substância. Não viver com o pai e/ou com a mãe aumentou

em 3 vezes o risco de os adolescentes usarem drogas ilícitas.

Discussão

Adolescentes mais velhos tiveram mais chances de usar álcool, tabaco e drogas ilícitas do que os mais novos, o que corrobora a literatura (Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas, 2004). Ter repetido o ano escolar também foi associado ao uso de álcool e tabaco e drogas ilícitas entre os adolescentes. Estudos nacionais mostraram que a repetência e a evasão escolar são mais frequentes em adolescentes que usam qualquer droga ilícita, mas não relacionam com o uso de álcool e tabaco (Bahls & Ingbermann, 2005; Queiroz et al., 2001).

O uso de álcool, de tabaco e de drogas ilícitas foi associado às variáveis relacionadas aos amigos.

Observou-se que a associação foi progressivamente maior (valor obtido pela razão de chance) para algumas variáveis relacionadas aos amigos de acordo com a categoria de substâncias avaliadas. Adolescentes que usaram apenas álcool e apenas tabaco apresentaram níveis de associação menor do que os que usaram álcool e tabaco, que, por sua vez, apresentaram níveis de associação menor do que os que usaram drogas ilícitas.

Ter amigos que usam álcool ou drogas regularmente aumentou progressivamente a associação (observada pela razão de chance) para o uso de álcool, de tabaco, de ambos e de drogas ilícitas.

O uso de substâncias pelos amigos como fator de associação para o início e a progressão do uso de drogas tem sido mostrado em alguns estudos internacionais (Chen, Storr, & Anthony, 2009; Degenhardt et al., 2009). Segundo D'Amico e McCarthy (2006), ter amigos que usam álcool foi um fator preditor para o uso de álcool e de maconha entre os adolescentes, e o uso de maconha pelos amigos aumentou o consumo de álcool entre os adolescentes. Essa relação tem sido explicada por meio de algumas teorias comportamentais, dentre elas a Teoria da Aprendizagem Social. De acordo com Bandura (1977), os indivíduos aprendem a se comportar ao observar o comportamento de seus pares. Consequências positivas decorrentes do comportamento, como valorização social, sensação de pertencimento ao grupo e popularidade, são responsáveis pela aprendizagem. Por exemplo, os jovens observam que os adolescentes que consomem álcool e outras drogas são mais populares e valorizados no grupo. Para obter essa consequência (valorização social), o jovem imita o comportamento daquele mais popular (o líder do grupo).

Estudo dinamarquês mostrou que os alunos que viam outros alunos e professores fumando nos recintos da escola apresentaram mais chances de fumar do que aqueles que não os viam fumando. Os autores sugerem que os ver fumar passava uma mensagem de permissividade e tolerância ao fumo, além de muitos desses serem vistos como referências para o aluno (Poulsen et al., 2002). O escalonamento do uso de álcool, de tabaco e de maconha também tem sido explicado por essa teoria quando

uma das variáveis de controle é a influência dos amigos (Bot, Engels, Knibbe, & Meeus, 2007; Ennett et al., 2006). Nesses estudos, não só a observação do uso de álcool pelos amigos aumenta o risco de os adolescentes usarem drogas ilícitas, mas, também, a simples avaliação do que eles acham que os amigos fazem ou vão achar de seu comportamento os motiva a consumir substâncias psicoativas, o que aumenta o risco do uso.

A prática de comportamentos antissociais pelos amigos também foi evidenciada na literatura como um fator de risco para o uso de drogas pelos adolescentes (Martino, Collins, Ellickson, Schell, & McCaffrey, 2006; Warr, 2005). Neste estudo, os adolescentes que relataram ter amigos com problemas com a lei, que roubaram ou danificaram algo e que vendem drogas tiveram progressivamente o risco do uso de álcool, de tabaco, de ambos e de drogas ilícitas aumentado. De acordo com alguns autores, usar droga já é considerado um comportamento transgressor, o que se enquadraria nos comportamentos antissociais (Epstein, Williams, Botvin, Diaz, & Ill-Williams, 1999; Fuemmeler, Taylor, Metz Jr., & Brown, 2002). Desse modo, esse comportamento pode novamente ser explicado pela Teoria da Aprendizagem Social. Os jovens que estão inseridos em ambientes nos quais transgredir regras é considerado "legal" apresentam maior risco de consumir substâncias psicoativas. Walker-Barnes e Mason (2004), em um estudo longitudinal com 300 estudantes do Ensino Médio, mostraram que o envolvimento com gangue era mais frequente entre os adolescentes que usaram álcool e drogas ilícitas. Recentemente, Swahn, Bossarte, West e Topalli (2010) observaram que os adolescentes que beberam mais de 3 doses no mês anterior à entrevista apresentaram quase 10 vezes mais chances de se envolver em gangue do que quem não bebeu. Nesse estudo, o uso de drogas ilícitas foi 6 vezes maior entre os que pertenciam a gangues.

O uso de álcool e de drogas entre adolescentes em situação social com os amigos também tem sido enfatizado nos estudos que avaliam os fatores de risco para o uso de substâncias entre os adolescentes (Hoffman, Sussman, Unger, & Valent,

2006; Kliewer & Murrelle, 2007). Ter amigos que levam drogas em festas e que ficam entediados caso não seja servido álcool em festas aumentou progressivamente a associação entre essas variáveis e o uso de álcool, tabaco, ambos, e drogas ilícitas. Os amigos são considerados a estrutura de lazer e contato social mais importante para os adolescentes. Falta de suporte e monitoramento familiar, dificuldade de relacionamento e comunicação com os pais podem favorecer o uso de álcool e de drogas em situação de lazer (Tobler & Komro, 2010).

Diversos fatores relacionados aos amigos discutidos neste artigo têm sido apontados como indicadores de risco para o uso de substâncias entre os adolescentes. Todavia, até onde se observou, não há nenhum estudo latino-americano que mostre um aumento progressivo na associação entre consumo de álcool, de tabaco, de ambos, e de drogas ilícitas e as variáveis relacionadas aos amigos. Esse é o principal achado deste estudo. O consumo das duas drogas lícitas mais comuns parece ser mais grave do que o consumo de alguma delas isoladamente. A categoria “usuário de álcool e tabaco” separada da categoria daqueles que usaram apenas álcool ou apenas tabaco parece merecer maior destaque, já que os adolescentes que usaram as duas substâncias apresentaram maior associação do que aqueles que as consumiram separadamente.

Esses resultados podem ser um alerta para a progressão do uso de drogas entre os adolescentes. Mesmo não sendo um estudo longitudinal, as razões de chance encontradas nas análises mostram que, conforme os adolescentes apresentam maior número de situação de risco para uso de drogas com amigos, maiores as chances de apresentarem um padrão mais grave de consumo.

Neste estudo, observou-se que parece existir uma relação crescente entre categorias de consumo de substâncias e presença de variáveis de risco de uso de drogas associadas ao círculo social dos adolescentes. Esse resultado mostra a importância de se avaliar o consumo de substâncias de acordo com as categorias “apenas álcool”, “apenas tabaco”, “álcool e tabaco” e “drogas ilícitas”, já que o consumo das duas drogas lícitas mais comuns parece ser

mais grave, do ponto de vista social, do que o consumo de alguma delas isoladamente.

Este estudo, por sua transversalidade, não foi capaz de avaliar se as associações encontradas são causais nem a possível direção da causalidade. Tanto as variáveis relacionadas aos amigos podem aumentar as chances de os adolescentes consumirem álcool, tabaco e drogas ilícitas como o consumo dessas substâncias aumenta o risco de os adolescentes terem amigos que usam drogas, apresentam comportamentos antissociais e relacionam uso de drogas e de álcool ao lazer.

Vieses de amostragem (apenas 50 escolas em dois municípios do estado de São Paulo foram avaliadas) e de autosseleção (adolescentes tinham o controle sobre a possibilidade de participação) não podem ser descartados e podem comprometer a generalização dos resultados para toda a população brasileira. Entretanto, o tamanho da amostra (quase 1 mil adolescentes) é uma das virtudes deste estudo, que pode servir de estímulo para levantamentos nacionais sobre tema tão relevante.

Referências

- Alexander, C., Piazza, M., Mekos, D., & Valente, T. (2001). Peers, schools, and adolescent cigarette smoking. *Journal of Adolescent Health, 29*(1), 22-30.
- Bahls, F. R. C., & Ingbermann, Y. K. (2005). Desenvolvimento escolar e abuso de drogas na adolescência. *Estudos de Psicologia (Campinas), 22*(4), 395-402. doi: 10.1590/S0103-166X2005000400007
- Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Bot, S. M., Engels, R. C., Knibbe, R. A., & Meeus, W. H. (2007). Sociometric status and social drinking: Observations of modeling and persuasion in young adult peer groups. *Journal of Abnormal Child Psychology, 35*(6), 929-941.
- Centro Brasileiro de Informações Sobre Drogas Psicotrópicas. (2004). *V Levantamento nacional sobre o consumo de drogas psicotrópicas entre estudantes do ensino fundamental e médio da rede pública de ensino nas 27 capitais brasileiras*. São Paulo: Unifesp. Recuperado em outubro 20, 2011, disponível em: <<http://www.unifesp.br/dpsicobio/cebrid/>>.
- Chen, C. Y., Storr, C. L., & Anthony, J. C. (2009). Early-onset drug use and risk for drug dependence problems. *Addictive Behaviors, 34*(3), 319-322.

- D'Amico, E. J., & McCarthy, D. M. (2006). Escalation and initiation of younger adolescents' substance use: The Impact of perceived peer use. *Journal of Adolescent Health, 39*(4), 481-487.
- Degenhardt, L., Chiu, W. T., Conway, K., Dierker, L., Glantz, M., Kalaydjian, A., et al. (2009). Does the 'gateway' matter? Associations between the order of drug use initiation and the development of drug dependence in the National Comorbidity study replication. *Psychological Medicine, 39*(1), 157-167.
- De Micheli, D., & Formigoni, M. L. O. S. (2000). Screening of drug use in a teenage brazilian sample using the Drug Use Screening Inventory (DUSI). *Addictive Behaviors, 25*(5), 683-691.
- De Micheli, D., Fisberg, M., & Formigoni, M. L. (2004). Study on the effectiveness of brief intervention for alcohol and other drug use directed to adolescents in a primary health care unit. *Revista da Associação Médica Brasileira, 50*(3), 305-313.
- Di Napoli, P. P. (2009). Early initiation of tobacco use in adolescent girls: Key sociostructural influences. *Applied Nursing Research, 22*(2), 126-132.
- Duan, L., Chou, C. P., Andreeva, V. A., & Pentz, M. A. (2009). Trajectories of peer social influences as long-term predictors of drug use from early through late adolescence. *Journal of Youth and Adolescence, 38*(3), 454-465.
- Ellickson, P. L., Tucker, J. S., Klein, D. J., & Saner, H. (2004). Antecedents and outcomes of marijuana use initiation during adolescence. *Preventive Medicine, 39*(5), 976-984.
- Ennett, S. T., Bauman, K. E., Hussong, A., Faris, R., Foshee, V. A., DuRant, R. H., et al. (2006). The peer context of adolescent substance use: Findings from social network analysis. *Journal of Research on Adolescence, 16*(2), 159-186.
- Ennett, S. T., Faris, R., Hipp, J., Foshee, V. A., Bauman, K. E., Hussong, A. et al. (2008, July). Peer smoking, other peer attributes, and adolescent cigarette smoking: A social network analysis. *Prevention Science, 9*(2), 88-98.
- Epstein, J. A., Williams, C., Botvin, G. J., Diaz, T., & Ill-Williams, M. (1999). Psychosocial predictors of cigarette smoking among adolescents living in public housing developments. *Tobacco Control, 8*(1), 45-52.
- Fuemmeler, B. F., Taylor, L. A., Metz Jr., A. E., & Brown, R. T. (2002). Risk-taking and smoking tendency among primarily African American school children: Moderating influences of peer susceptibility. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings, 9*(4), 323-330.
- Heavyrunner-Rioux, A. R., & Hollist, D. R. (2010). Community, family, and peer influences on alcohol, marijuana, and illicit drug use among a sample of native American youth: An analysis of predictive factors. *Journal of Ethnicity in Substance Abuse, 9*(4), 260-283.
- Hoffaman, B. R., Sussman, S., Unger, J. B., & Valente, T. W. (2006). Peer influences on adolescent cigarette smoking: A theoretical review of the literature. *Substance Use & Misuse, 41*(1), 103-155.
- Kliewer, W., & Murrelle, L. (2007). Risk and protective factors for adolescent substance use: Findings from a study in selected Central American countries. *Journal of Adolescent Health, 40*(5), 448-455.
- Martino, S. C., Collins, R. L., Ellickson, P. L., Schell, T. L., & McCaffrey, D. (2006). Socio-environmental influences on adolescents' alcohol outcome expectancies: A prospective analysis. *Addiction, 101*(7), 971-983.
- Martino, S. C., Ellickson, P. L., & McCaffrey, D. F. (2009). Multiple trajectories of peer and parental influence and their association with the development of adolescent heavy drinking. *Addictive Behaviors, 34*(8), 693-700.
- Poulsen, L. H., Osler, M., Roberts, C., Due, P., Damsgaard, M. T., & Holstein, B. E. (2002). Exposure to teachers smoking and adolescent smoking behaviour: Analysis of cross sectional data from Denmark. *Tobacco Control, 11*(3), 246-251.
- Queiroz, S., Scivoletto, S., Silva, M. M. S., Strassman, P., Andrade, A. G., & Gattaz, W. F. (2001). Uso de drogas entre estudantes de uma escola pública de São Paulo. *Revista de Psiquiatria Clínica, 28*(4), 176-182.
- Steinberg, L., & Monahan, K. C. (2007). Age differences in resistance to peer influence. *Developmental Psychology, 43*(6), 1531-1543.
- Swahn, M. H., Bossarte, R. M., West, B., & Topalli, V. (2010). Alcohol and drug use among gang members: Experiences of adolescents who attend school. *Journal of School Health, 80*(7), 353-360.
- Tobler, A. L., & Komro, K. A. (2010). Trajectories of parental monitoring and communication and effects on drug use among urban young adolescents. *Journal of Adolescent Health, 46*(6), 560-568.
- Walker-Barnes, C. J., & Mason, C. A. (2004). Delinquency and substance use among gang-involved youth: The moderating role of parenting practices. *American Journal of Community Psychology, 34*(3-4), 235-250.
- Warr, M. (2005). Making delinquent friends: Adult supervision and children's affiliations. *Criminology, 43*(5), 77-106.

Recebido em: 1/3/2012
 Versão Final em: 13/9/2012
 Aprovado em: 3/10/2012

Decisões em saúde no relacionamento entre o profissional e o paciente com transtorno alimentar

Health decision in the relationship between professional and patient with eating disorder

Laura Vilela e **SOUZA**¹
Manoel Antônio dos **SANTOS**²

Resumo

O paciente diagnosticado com transtorno alimentar pode ser visto como alvo de orientação ou ser posicionado, junto ao profissional, como especialista na condução do tratamento. Buscou-se compreender, a partir das práticas discursivas de pessoas diagnosticadas com esses transtornos, como profissionais e pacientes constroem as decisões sobre o tratamento. Foram realizadas entrevistas com 12 pacientes de um serviço especializado na área, e quatro foram selecionadas para análise, que teve como fundamento o discurso construcionista social. A análise permitiu abordar os movimentos denunciativos das participantes com relação às decisões unilaterais tomadas por profissionais de saúde, e seu pleito por maior participação do paciente nas decisões do tratamento. Essas realidades relacionais foram discutidas a partir dos discursos sociais privilegiados nas práticas discursivas empreendidas no relacionamento profissional-paciente, da problematização da organização das políticas públicas em saúde em nosso país e do modo de funcionamento das instituições hospitalares.

Palavras-chave: Anorexia nervosa; Bulimia nervosa; Construcionismo social; Pessoal de saúde; Relações médico-paciente.

Abstract

The patient diagnosed with an eating disorder can be seen as a target for guidance or can be positioned, together with the professional, as a specialist in the performance of the treatment. We sought to understand, from the discursive practices of people diagnosed with these disorders, how professionals and patients construct decisions about treatment. Interviews were conducted with 12 patients in a specialized service and four of these were selected for analysis, based on the social constructionist discourse. The analysis allowed us to investigate the denunciative movements of the

▼ ▼ ▼ ▼ ▼

¹ Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Instituto de Educação, Letras, Artes, Ciências Humanas e Sociais, Departamento de Psicologia. Av. Getúlio Guaritá, 159, Centro Educacional, Sala 320, Abadia, 38025-180, Uberaba, MG, Brasil. Correspondência para/Correspondence to: L.V. SOUZA. E-mail: <lauravilelasouza@gmail.com>.

² Universidade de São Paulo, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Departamento de Psicologia. Ribeirão Preto, SP, Brasil.

Artigo elaborado a partir da tese de L.V. SOUZA, intitulada "Construindo cuidado: a relação com os profissionais da saúde nas práticas discursivas de pessoas diagnosticadas com transtornos alimentares". Universidade de São Paulo, 2011.

participants regarding the unilateral decisions taken by the healthcare professionals, and their demand for greater patient participation in treatment decisions. These relational realities were discussed considering the social discourses privileged in the discursive practices undertaken in the physician-patient relationship, the structuring of public health policies in our country, and the functioning of hospitals.

Keywords: *Anorexia nervosa; Bulimia nervosa; Social constructionism; Health personnel; Physician-patient relations.*

Grande parte dos serviços hospitalares posiciona o paciente com Transtorno Alimentar (TA) como alvo de orientação e cuidado (Riikonen, 1999). Trata-se da posição do profissional como alguém “de cima de”, como afirma Spink (2007), como aquele que detém a palavra final sobre os procedimentos em saúde.

Alguns discursos participam do posicionamento do profissional como especialista incontestado do tratamento. Um discurso que marca a atribuição desse lugar afirma o profissional como hierarquicamente superior ao paciente. Essa hierarquia se dá em virtude do acesso do profissional a um conhecimento mais acurado sobre o ser humano. O profissional é posicionado, então, como o agente que dita as normas sobre como a assistência terapêutica deve acontecer (Grandesso, 2000). Esse posicionamento favorece práticas normalizadoras, que podem impedir a participação plena do paciente nas decisões sobre o que é saúde e os modos como se dá seu restabelecimento.

Participa também dessa construção a noção de autonomia em saúde (Camargo-Borges, Mishima, & McNamee, 2008). Ainda que a autonomia seja considerada um direito em saúde, cabe ao profissional tomar a decisão sobre se um paciente é ou não capaz de exercer sua autonomia. Uma das razões para uma pessoa não ser considerada autônoma seria a presença de um diagnóstico de psicopatologia. Nesse caso, a pessoa seria tomada como incapaz de exercer seu direito de opinar sobre o tratamento.

Nos transtornos alimentares como Anorexia Nervosa (AN) e Bulimia Nervosa (BN), a distorção da imagem corporal é considerada razão suficiente para ratificar a impossibilidade de as pessoas diagnosticadas responderem por suas ações em muitos momentos. Essa distorção indicaria o comprometimento das faculdades mentais da pessoa e de seu julgamento da realidade (American

Psychiatric Association - APA, 2000). Desde a construção do TA como uma categoria psicodiagnóstica, seu tratamento basicamente tem sido caracterizado pelo controle absoluto do médico. O principal argumento elencado para justificar a necessidade desse controle é que os pacientes carecem de autonomia para tomarem decisões por conta própria (Hepworth, 1999).

William Withey Gull foi um dos primeiros médicos a descreverem, na década de 1870, o que viria a ser designado como AN. Esse pesquisador já alertava sobre os perigos dos médicos aceitarem fazer o que os pacientes queriam, uma vez que eles não estariam em condições de responder por sua saúde. Sobre isso, ele afirmou: “a inclinação do paciente [em alimentar-se] não deverá de forma alguma ser consultada” (Gull, 1874, p.24, tradução nossa). Ernest Charles Lasègue, outro pioneiro na descoberta médica da AN, abordou a falta de cooperação dos pacientes e suas características manipulativas (Vandereycken & Van Deth, 1994).

Quando a autonomia é significada como uma capacidade individual, os fracassos no tratamento tendem a ser explicados em termos de julgamentos individuais. Esse movimento pode trazer, como alertam Camargo-Borges et al. (2008), um descomprometimento ético e social. Nesse contexto, não há espaço para os profissionais da saúde se perguntarem de que forma participam da construção desses fracassos.

Um questionamento desse tipo foi empreendido por Eivors, Button, Warner e Turner (2003), que, diante da elevada taxa de abandono do tratamento, investigaram as razões alegadas pelos pacientes com diagnóstico de AN para justificarem essa descontinuidade. Os participantes do referido estudo apontaram a falta de controle sobre o plano terapêutico como a principal razão para interromperem o tratamento. Nesse caso, segundo os pa-

cientes entrevistados, a postura do profissional de decidir unilateralmente a direção do tratamento e a do paciente de ter de adequar-se a ele seriam as causas de muitas desistências.

Uma das possíveis razões para a dificuldade dos profissionais pensarem a construção conjunta do tratamento pode ser a impossibilidade de romper com as tradições em saúde, que constroem uma rígida hierarquia profissional-paciente. Um exemplo de uma possível mudança nessa hierarquia seria a participação dos pacientes nas reuniões de equipe, concedendo-lhes voz ativa na tomada de decisões relativas ao tratamento.

A pauta de discussão contemporânea sobre a garantia dos direitos dos pacientes na tomada de decisões em saúde e na busca pela horizontalidade na relação profissional-paciente oferece repertórios linguísticos alternativos para os relacionamentos em saúde (Spink, 2007). O acesso mais facilitado das pessoas às informações sobre direitos em saúde leva ao reposicionamento do paciente, desde uma postura passiva para uma postura questionadora. Essa postura questionadora implica reconhecer a exigência de esclarecimentos sobre os potenciais benefícios e prejuízos das ações em saúde propostas pelos profissionais (Marcolino & Cohen, 2008).

Atualmente, alguns serviços de atendimento em TA, especialmente na Europa, têm mostrado preocupação com essa diferença hierárquica existente entre profissional e paciente. Os profissionais desses serviços colocam em discussão formas de posicionamento do paciente como especialista na condução do tratamento, lado a lado com o profissional (Honig, Dargie, & Davies, 2006; Lock, Le Grange, Agrad, & Dare, 2001).

A especialidade do paciente é assumida como distinta da do profissional, mas de igual importância; aos poucos, os serviços que admitem rever essas concepções cristalizadas têm repensado suas diretrizes de tratamento e permitido relações mais horizontais.

Buscando conhecer como esse cenário se apresenta em um serviço brasileiro de assistência em TA, realizou-se uma pesquisa que focou, entre outros aspectos, a construção do relacionamento entre profissional e paciente nesse contexto. No

presente artigo, é apresentado um recorte dessa investigação. O objetivo deste estudo é compreender de que maneira as práticas discursivas na relação profissional-paciente participam da construção das decisões nos tratamentos de saúde de pacientes com TA.

Método

Todos os pacientes atendidos há no mínimo um ano pelo serviço de assistência ambulatorial em AN e BN de um hospital-escola do interior paulista foram convidados para pesquisa. Esse intervalo mínimo de tratamento foi estipulado para garantir que os participantes tivessem um tempo significativo de relacionamento com os profissionais da equipe multidisciplinar de saúde. Doze mulheres, entre 12 e 45 anos de idade, aceitaram participar da pesquisa.

A produção dos dados ocorreu no período de janeiro a julho de 2008, por meio de entrevistas audiogravadas em fitas cassete e MP3. A entrevistadora era também psicóloga do serviço.

Utilizou-se a modalidade da entrevista por pauta, que “se guia por uma relação de pontos de interesse que o entrevistador vai explorando ao longo de seu curso” (Gil, 2008, p.112). Como mencionado, o projeto mais amplo de pesquisa tinha por objetivo focar não apenas o relacionamento profissional-paciente, mas também outros pontos de interesse, como, por exemplo, o modo como as pacientes entendiam seu problema relacionado ao comportamento alimentar, o que elas consideravam útil no tratamento, o que ajudava durante a internação hospitalar e de que forma a família as auxiliava a lidar com a questão.

Na modalidade de entrevista por pautas, “o entrevistador faz poucas perguntas diretas e deixa o entrevistado falar livremente à medida que refere às pautas assinaladas” (Gil, 2008, p.112). Ao falar sobre a pauta do relacionamento profissional-paciente, quatro das 12 participantes mencionaram dificuldades decorrentes de decisões tomadas por profissionais com relação a intervenções em saúde. Sensíveis às críticas contemporâneas sobre a não

participação do paciente com TA nas decisões do tratamento (Honig et al., 2006), os autores deste trabalho consideraram relevante a análise pormenorizada desses relatos. Desse modo, essas quatro pacientes foram selecionadas como participantes deste estudo.

Como preconizado pelo discurso construcionista social, a apresentação dos fragmentos da entrevista deve preservar a sequência de falas entre pesquisador e participante, entendendo-a como ação conjunta (Guanaes & Japur, 2008). De forma a preservar a sequência de falas das entrevistas realizadas, foi utilizada a estratégia das “delimitações temático-sequenciais” (Rasera & Japur, 2003), que prevê a divisão das entrevistas em momentos e considera como marco delimitador de cada momento uma temática abordada. Após as entrevistas terem sido transcritas na íntegra e literalmente, foram recortados os momentos nos quais as participantes abordaram a questão das decisões no tratamento. O referencial teórico-metodológico das práticas discursivas e produção de sentidos (Spink & Medrado, 2000) foi utilizado na análise qualitativa desse material.

Spink e Medrado (2000) definem práticas discursivas como “as maneiras a partir das quais as pessoas produzem sentidos e se posicionam em relações sociais cotidianas” (p.8). Esses autores não consideram o conceito de sentido como derivado de um mundo individual, mas como fruto das interações humanas.

Nesta proposta, a análise dos contextos discursivos transcorre de maneira temporal. Em uma análise de “tempo longo”, busca-se o reconhecimento dos discursos institucionalizados presentificados na linguagem em uso. Em uma análise de “tempo vivido”, são identificados os jogos de linguagem próprios da história de socialização de cada pessoa. Uma análise de “tempo curto” mostra os processos conversacionais no microcosmo da interação estabelecida face a face entre as pessoas (Spink & Medrado, 2000) - o que corresponde, neste estudo, à interação entrevistadora-entrevistada.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da instituição hospitalar onde o estudo foi realizado (Protocolo nº 7310/2007). Todas as

participantes formalizaram sua anuência mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Os nomes das participantes e dos profissionais mencionados foram substituídos por pseudônimos para preservar seu anonimato.

As participantes são descritas a seguir: Catarina, 36 anos, em atendimento no serviço havia sete anos e meio, com diagnóstico de BN. Tália, 19 anos, em tratamento havia dois anos e meio, com diagnóstico de BN. Ilda, 45 anos, em tratamento havia 12 anos, com diagnóstico de AN. Natássia, 18 anos, em atendimento havia três anos, com diagnóstico de BN.

Resultados

Natássia

Ao responder ao questionamento da entrevistadora sobre o que era positivo no relacionamento com os profissionais, Natássia relembrou um episódio que se deu por ocasião de um simpósio sobre TA, organizado pelo serviço pelo qual ela estava sendo cuidada. Na época, Natássia tomou conhecimento do evento e se inscreveu como participante, cumprindo os requisitos formais exigidos pelo evento. Todavia, próximo ao dia do evento, recebeu uma ligação da empresa organizadora do simpósio dizendo que ela não poderia mais participar, pois “as pessoas da equipe” - referindo-se aos profissionais - não tinham autorizado sua participação por ela não ser estudante universitária. Natássia contou ter ficado indignada com a decisão:

Natássia: *É. Ela [Teresa, psicóloga do serviço] já ficou emocionada com uma situação minha... Eu achei isso tão bonitinho! Sabe? O ano passado... . Você participou do simpósio?*

Entrevistadora: *Eu fui.*

Natássia: *Então, eu ia também. Eu fiquei superfeliz, porque eu amo essas coisas. Eu fiquei superfeliz porque eles tinham deixado eu ir, sabe? Eu tinha conseguido o dinheiro, tinha conseguido fazer a inscrição. Chegou lá, na semana, tipo, dois dias antes de ter, a mulher lá liga, falando que eu não ia poder ir. Falei: “Como não?”, “Ah, porque as*

... pessoas da equipe não deixaram porque você não faz faculdade". Eu falei: "O quê?", vim aqui e dei "bafão". Falaram que não era aqui, era lá. Daí, tipo, eu fiquei puta da vida. Aí no grupo [de pacientes] eu chorei tanto, mas tanto, tanto, tanto! Porque eu fiquei muito chateada. Ela... Tipo, eu estava esperando aquilo há meses, sabe? Tinha lido muito sobre aquilo. Tinha um cara que ia vir, o doutor [nome do médico] lá, uma coisa assim, e eu sonhava com o cara, pagava um super pau para ele, né? E ele ia vir, ele acabou não vindo, né? Eu queria muito ver assim, sabe? Tipo, eu sabia que vocês tinham se empenhado muito com aquele trabalho, sabe? Eu queria poder prestigiar isso, sabe? E aí eu não pude. E aí foi uma pessoa que me ajudou muito - porque eu fui na porta do simpósio... Não fui dar bafão, que eu não sou barraqueira, mas eu fui... porque são os meus direitos.

Nesse excerto de fala, é possível explorar os efeitos do discurso, mencionados por Spink (2007), que garante ao profissional um *status* social privilegiado pelo acesso exclusivo ao conhecimento científico. A formação universitária separa os especialistas em TA - os profissionais da saúde - e os leigos no assunto - os não profissionais. Nesse discurso, os profissionais têm o direito de decidir quem deve ou não transitar no espaço de um evento científico promovido por e para especialistas, como é o caso de um simpósio de TA.

Tália

Ao responder sobre o relacionamento profissional-paciente no tratamento da AN, Tália relembrou uma difícil experiência de internação:

Entrevistadora: *Você chegou a ser internada?*

Tália: *Lá em [cidade de origem], minha cidade, não tem [tratamento], aí eu internei em [cidade próxima]. Eles me sedaram, aí eu tive crise compulsiva [sic] também, sabe? Tipo, eles me enfiavam comida assim, só que do mesmo jeito que eles enfiavam, voltava, mas não era porque eu provocava, não. Eu tive crise compulsiva e eles me chegaram a dopar, eu ficava assim, boba. Tudo que eles falavam pra mim eu fazia assim com a*

cabeça. Eu não tinha reação. Tudo que eles falavam pra mim, tudo que eles faziam, pra mim tava bom. Eu engordei dois quilos, mas eu não sabia, a hora que eu saí da internação, que eu caí por mim que eu tinha engordado dois quilos, eu fiquei louca. Aí eu comecei a malhar e fazer regime em cima de regime.

A atitude impositiva dos profissionais, mencionada por Tália, estaria legitimada pelo entendimento de seu descontrole emocional, de sua impossibilidade psicológica de cooperar voluntariamente com o tratamento. Assim, caberia ao profissional avaliar a extensão dessa (in)capacidade da paciente em poder ou não ter suas opiniões sobre si consideradas na proposição de seu tratamento (Camargo-Borges et al., 2008). A partir desses sentidos construídos, a internação seria o momento de total ausência de condições para o exercício consciente da autonomia por parte da paciente.

Catarina

O momento da entrevista de Catarina que foi selecionado para análise remete a uma decisão em saúde tomada fora do ambulatório de assistência em TA do hospital. Todavia, ele é aqui apresentado em razão dessa decisão ter sido tomada considerando-se o histórico de Catarina como paciente diagnosticada com BN.

Entrevistadora: *Você saiu [do emprego]? Era estressante?*

Catarina: *Aí, eu acho que eu cheguei no meu limite, sabe? Eu já tava irritada com o HC. Eu vim aqui na [cirurgia] plástica, que eu fui chamada pra plástica, eles falaram que eu não podia fazer a plástica, porque eu não tenho alta da psiquiatria, eu falei: "Ah, pelo amor de Deus, por causa da psiquiatria eu não vou poder fazer plástica?". O meu sonho era fazer plástica, eu já ganhei a prótese, é que eu queria pôr peito, né? Não quero consertar o resto que não dá, eu ia ficar 10 anos fazendo plástica e não ia arrumar nada, mas a prótese do peito eu ganhei do meu namorado de presente de Natal no ano passado, já venho tentando tanto tempo falar com esse pessoal da plástica pra colocar pra mim. A*

hora que eu consigo, o médico senta na minha frente e fala assim: “Você não pode, porque o psiquiatra... . Você tá em tratamento”. Eu falava: “Você tá brincando, né? Metade dos meus problemas vão se curar com essa plástica, moço, você não tá entendendo, [riso] eu não vou precisar nem do psiquiatra mais”. Claro que não é assim, é lógico. Mas, na realidade, isso ia me fazer muito bem porque eu sempre tive complexo, mesmo quando eu era gorda, de ter pouco peito, não desenvolveu porque eu tive problema de hormônio. Então, eu sempre achei que isso seria o ideal, veio a cirurgia do estômago pra reduzir: “Ah, vamos emagrecer”, lógico, também era uma coisa que me atormentava. Poxa, me barrar pra fazer plástica do peito foi demais. Aí eu fiquei muito estressada, aí eu falei: “Nossa! O duro que agora mudou tudo [os profissionais que a atendiam], os psiquiatras [do Ambulatório de Psiquiatria], mudou tudo a nutrição [os nutricionistas no serviço de TA], tudo, tudo, todo mundo aqui”. Falei: “Agora mudou todo mundo”. Aí no dia eu já fiquei me sentindo um lixo, aí eu falei: agora acabou mesmo, não posso mais ter esperança de nada, daqui um, sei lá quantos anos que eu vou sair dessa psiquiatria, eu já vou tá tão velha que eu não vou precisar mais pôr peito.

Como argumentado no discurso da autonomia (Camargo-Borges et al., 2008), ter conhecimento do histórico psiquiátrico de Catarina teria posicionado o médico como aquele que deveria, por princípios teóricos, técnicos e éticos, avaliar se a paciente era capaz de se responsabilizar por suas decisões. Como discutido, esse é o discurso da especialidade científica (Grandesso, 2000; Spink, 2007). Catarina argumentou com o cirurgião plástico que teria benefícios emocionais com a cirurgia. Todos esses argumentos participavam da construção da decisão do médico como equivocada.

Pareceu ser também em resposta a essa negação do médico que Catarina contou de seu incômodo com a mudança dos profissionais que a atendiam no ambulatório de psiquiatria e também no serviço de TA: “Nossa! O duro que agora mudou

tudo [os profissionais que a atendiam], os psiquiatras [no Ambulatório de Psiquiatria], mudou tudo a nutrição [os nutricionistas no serviço de TA]”. Com a realização de seu sonho atrelada à superação de seu transtorno emocional, Catarina precisaria garantir que os serviços nos quais ela se tratava oferecessem um tratamento adequado e abrangente. Essa postura de colocar nas mãos dos profissionais a responsabilidade por sua melhora pode ser entendida, no contexto de produção de sentidos de sua entrevista, não apenas como reflexo do uso do discurso do profissional como soberano especialista (Grandesso, 2000), mas também a partir das narrativas tecidas sobre os momentos de desacordos, vividos por Catarina, com os profissionais.

Ilda

Respondendo à pergunta da entrevistadora sobre o que poderia ajudar o paciente com TA durante sua internação hospitalar, Ilda contou sobre os atritos que vivenciara em suas experiências anteriores de internação:

Ilda: *O pessoal falava que eu era muito manipuladora, que eu manipulava os residentes. Então que eles acharam que eu era desse jeito, o pessoal da psiquiatria a mesma forma. Eu fui mesmo estigmatizada. É uma coisa assim que eu não aceitei muito a conduta da equipe. O Dr. Álvaro [médico nutrólogo da equipe de internação] foi, assim, taxativo que não iria fazer, colocar outro cateter [para passar dieta por via parenteral]; a Dra. Magda [médica residente], na época tava me acompanhando, que era uma residente no hospital, na época, ela também falou que não. Por ela não tinha nem colocado o primeiro. Quem fez força pra tá colocando foi a Dra. Eliana [outra médica residente da equipe de internação].*

Entrevistadora: *Quê que foi bom na relação com ela?*

Ilda: *A Dra. Eliana... eu acho que ela entendeu a minha carência de ser atendida na minha necessidade, no meu jeito de aceitar o tratamento. Melhorar a minha aceitação, aceitando a minha conduta também, a minha participação. Não que a minha conduta... . Conduta é do médico, mais do pessoal da equipe. Mas, assim, a minha*

participação na tomada de conduta, isso acho que me trouxe de bom, por parte dela. Ela me respeitou, ela respeitou a minha vontade, ela foi contra todo mundo, que lá o pessoal caiu em cima dela, caiu matando por causa do cateter.

Os “atritos” entre Ilda e a equipe, como decorrentes da discordância quanto à conduta a ser tomada com relação ao seu tratamento, podem ser entendidos a partir da disputa de poder com relação às posições ocupadas por paciente e profissional no âmbito das práticas em saúde (Spink, 2007). Como mencionado, a decisão sobre o que é melhor para o paciente, tradicionalmente, tem como referência a crença em conhecimentos cientificamente comprovados. O profissional é socialmente reconhecido como representante desse conhecimento (Grandesso, 2000).

Sendo assim, o paciente pode, considerando-se a força de ação desses posicionamentos, sentir-se na obrigação de acatar a decisão da equipe. A recusa nessa aceitação, como discutido, pode ser interpretada como resistência do paciente àquilo que foi considerado bom para ele (Camargo-Borges et al., 2008).

Discussão

Considerando-se o discurso sobre autonomia em saúde (Camargo-Borges et al., 2008), Natássia, ao ser diagnosticada como portadora de uma psicopatologia, não estaria em condições de responder pelas reações emocionais que poderiam ser desencadeadas ao participar do simpósio. Diante dessa construção hierárquica, ela poderia ter aceitado a decisão da equipe, validando seu lugar tradicional de saber. Todavia, ao posicionar-se como consumidora ferida em seus “direitos”, Natássia posicionou a equipe como negligente. Foi desse lugar que conseguiu denunciar a injustiça da equipe e sua ingratidão.

No caso de uma paciente diagnosticada com TA, circular nos espaços de trânsito exclusivo do profissional equivale a conhecer “por dentro” os desafios de seu tratamento e a gravidade de seus sintomas (APA, 2000). A partir do discurso do

diagnóstico, considera-se que a pessoa deve ter certa formação acadêmica para compreender essas informações de maneira adequada. Além disso, ao participar do simpósio organizado pelos profissionais do serviço no qual era atendida, Natássia poderia ouvir relatos referentes a outros pacientes atendidos ou até seu próprio histórico clínico. É comum nesses eventos científicos a exposição de estudos de caso e, como rezam as convenções médicas, considera-se que os pacientes não devam participar desses espaços.

Decorre dessa construção social a dificuldade em assumir os pressupostos de relações horizontalizadas entre profissionais e pacientes, como apontado por Honig et al. (2006). Fica, assim, inexecutável a proposta de um atendimento em TA que possa ter a participação do paciente nos espaços de circulação do conhecimento científico, nas reuniões de equipe e no planejamento do tratamento.

Já o modo como Tália foi tratada como paciente mantém a lógica preconizada por Gull e Lasègue - mencionados na introdução deste estudo -, que, no século XIX, já consideravam as pacientes com TA como incapazes de participarem das decisões acerca do tratamento. Nessa vertente, a imposição das intervenções médicas seria uma medida necessária para o alcance da saúde (Crisp, 2002). O discurso da autonomia torna inteligível a ação dos profissionais, porém tem como prejuízo o fato de não se poder pensar em formas alternativas de entendimento da recusa alimentar da paciente, como, por exemplo, entender essa recusa como fruto das ações conjuntas entre a equipe e Tália durante sua internação.

A designada “crise compulsiva”, que é entendida por algumas teorias psicológicas como fruto de uma condição psicopatológica individual (Vindreau, 2003), foi construída como uma resposta de Tália à atitude da equipe de profissionais. Diante das decisões tomadas pela equipe responsável pela internação, a paciente não assumia o lugar de passividade outorgado a ela. A construção dos comportamentos purgativos como resultante de uma postura impositiva e não negociada da equipe, antes de sustentar o argumento de uma psicopatologia individual, reforçava a denúncia de como os pro-

fissionais de saúde podem colaborar para intensificar o sofrimento do paciente.

O fragmento da entrevista de Catarina aponta para a complexidade das realidades construídas em saúde (Spink, 2007). Coexistem diferentes discursos que convergem para a produção de sentidos sobre como devem acontecer as decisões no tratamento do TA: o discurso da autonomia *versus* o discurso da crítica ao psicodiagnóstico; o discurso da defesa da vida *versus* o discurso da defesa da participação do paciente no tratamento; o discurso da valorização do conhecimento profissional *versus* o discurso da valorização do conhecimento do paciente.

Como afirma Gergen (2009), esses discursos não podem ser julgados fora de seu contexto de produção: não podem ser considerados bons ou ruins em si mesmos, mas analisados a partir dos efeitos que se deseja produzir nas práticas profissionais em saúde. Na entrevista de Catarina, seu relato de desmotivação com o tratamento seria um alerta para que os profissionais que a atendiam pudessem repensar sua estratégia de cuidado. Como convidar para decisões conjuntas uma Catarina capaz de participar das decisões no tratamento e não uma Catarina paciente psiquiátrica?

A partir dos discursos negociados no contexto do tratamento hospitalar, Ilda foi posicionada pela equipe como “manipuladora”. Esse é um adjetivo comum nas práticas discursivas em saúde mental e, especialmente, na literatura psicológica sobre os TA (Bruch, 1978). Segundo Ilda, o conhecimento prévio da equipe com relação a ela fazia com que, todas as vezes em que ela era internada, os profissionais esperassem dela o mesmo comportamento manipulador. Na tradição individualista estabelecida sobre identidade, tem-se a noção de que as pessoas são sempre as mesmas nos diferentes contextos interativos em que transitam. Essa tradição convida a uma construção de eu unificado, cristalizando uma única forma de ser nas relações (Gergen, 2009).

A partir do sentido comumente atribuído aos TA como psicopatologia, a manipulação seria um traço decorrente dos sintomas do transtorno. Dessa forma, enquanto estivesse em tratamento, seria um

comportamento esperado da pessoa. A doutora Eliana foi posicionada como a única profissional da equipe que concordou com a opinião de Ilda. Esse aspecto pode ter convidado a entrevistadora a perguntar sobre o que era significado como positivo na relação com essa médica. A partir desse convite, Ilda narrou de que forma os profissionais poderiam garantir a participação dos pacientes nas decisões sobre o tratamento.

Considerando sua carência, a equipe teria conseguido a colaboração de Ilda, pois ela entenderia que sua tentativa de participação também estaria sendo aceita pelos profissionais. A palavra *conduta*, no contexto de produção de sentidos em saúde, usualmente está relacionada a um comportamento prescritivo do profissional. Daí a correção que Ilda faz em sua própria fala ao substituir o termo “conduta” por “participação”, demonstrando, assim, ter sensibilidade às diferenças determinadas pela hierarquia que regula a relação profissional-paciente (Camargo-Borges et al., 2008).

O sentido que fundamentava a opinião contrária dos profissionais à adoção desse procedimento era o do “risco” acentuado que ele implicava. A polarização das opiniões entre Ilda e a equipe pareceu estar relacionada à necessidade de ambos se posicionarem de maneira rígida, a favor ou contra a colocação do cateter. Essas posturas extremas, por sua vez, respondiam ao jogo de posicionamentos e forças implicados nas decisões em saúde, especialmente aquelas nas quais o paciente está em situação de risco iminente de vida, como já discutido.

Como responsável pela manutenção da vida do paciente, o profissional considera-se soberano em sua decisão e entende que não tem como dividir essa responsabilidade com ele. Nesse cenário, torna-se difícil a negociação de sentidos sobre as condutas terapêuticas, o que acentuou a relação tensa na qual Ilda e a equipe se engajaram durante o penoso procedimento de implementação do cateter central.

Este estudo abordou a decisão sobre a alimentação forçada de Tália, o veto à cirurgia plástica reivindicada por Catarina, a proibição da participação de Natássia no simpósio de TA e a tomada

de decisão sobre as condutas das quais Ilda poderia ou não participar. Todas essas decisões ficaram nas mãos dos profissionais, devido ao entendimento de que o paciente estaria emocionalmente fragilizado e, portanto, seria incompetente para tomar parte delas com discernimento.

Esses relatos alertam para importantes desafios a serem enfrentados na construção de práticas colaborativas entre profissionais e pacientes engajados no tratamento do TA, tais como: superar o medo do profissional de perder seu lugar de especialista, atenuar a desconfiança em relação às especialidades do paciente, dado o estigma que ronda o diagnóstico de AN e BN, e buscar formas de escutar e validar as opiniões do paciente. Ao mesmo tempo, esses relatos apontam para a necessidade de mudanças estruturais nos serviços de atendimento em TA, que posicionam hierarquicamente a equipe e os pacientes e impedem o estabelecimento de trocas mais efetivas entre eles.

A possibilidade de assumir posicionamentos mais ativos em relação à construção do tratamento convive com a necessidade de receber ajuda para o sofrimento vivido. Como abrir mão do tratamento, se esse é o lugar socialmente legitimado como o mais indicado para ajudar essas pessoas a superarem seus problemas? Ou, em outros termos, como o paciente pode ocupar um lugar de “falar do meio de” (Spink, 2007) nas discussões sobre seu tratamento se muitas vezes suas condições financeiras o impedem, por exemplo, de buscar ajuda em outros serviços disponíveis na rede pública de saúde ou na rede privada? As realidades relacionais denunciadas pelas participantes deste estudo estão atravessadas por discussões mais amplas, sendo uma delas sobre a organização das políticas públicas em saúde em nosso país.

Uma vez que o discurso construcionista social entende linguagem como ação, alterar a forma de falar sobre o relacionamento profissional-paciente pode modificar o próprio relacionamento. O conceito de responsabilidade relacional de McNamee e Gergen (1999) pode colaborar para pensarmos em termos relacionais e não individuais, o modo como essa suposta fragilidade dos pacientes com TA tem sido capturada pelos profissionais de

saúde. Esse conceito traz a noção de que aquilo que a pessoa é ou faz só adquire estatuto de realidade porque outras pessoas, em suas práticas discursivas, engajam-se na construção da pessoa *dessa* ou *daquela* maneira.

Nas histórias trazidas por Natássia, ao longo de sua entrevista, é possível perguntar: Qual Natássia estava reivindicando um espaço de participação no simpósio e um espaço mais fluido e flexível de conversação no tratamento? Qual Natássia estava sendo ouvida pela equipe? A partir do entendimento proporcionado pelo conceito de responsabilidade relacional, podemos afirmar que as ações e as atitudes de Natássia guardam relação com as ações da pessoa com quem ela se mantinha em interação. Ao mesmo tempo, as dificuldades de Ilda em aceitar as intervenções da equipe de saúde passariam a ser investigadas a partir das ações conjuntas entre a paciente e os profissionais. Quais ações conjuntas convidavam ao jogo de posicionamento entre uma Ilda resistente e uma equipe impositiva? A partir do uso desse enfoque conceitual, o regime e a malhação recorrentes de Tália não seriam mais entendidos apenas como sinais e sintomas de um transtorno psiquiátrico, mas a partir dos cenários relacionais que se delineiam entre a paciente e a equipe.

Estudos futuros deverão caminhar nessa direção, buscando outras formas de linguagem para a (re)definição de saúde, doença, cuidado e tratamento. A partir da epistemologia construcionista social, entende-se que pesquisa é intervenção. Sendo assim, investigações que explorem outras formas de linguagem sobre a participação do paciente nos rumos do tratamento poderão fomentar a construção de realidades alternativas. Devem ser exploradas propostas de assistência inclusivas, nas quais possam conviver múltiplas verdades em saúde, superando a conhecida hegemonia do discurso biomédico. Será necessário, especialmente, incluir na agenda uma discussão sobre em quais casos o diagnóstico de TA é necessário, a quem ele realmente ajuda, de que forma e em que momento do tratamento ele auxilia.

Nesse sentido, investigações apreciativas poderão ser realizadas, buscando focalizar não os rela-

tos de conflitos que emergem no relacionamento entre profissional e paciente, mas as histórias de sucesso observadas nessas relações. Pesquisas construcionistas sociais com foco apreciativo têm como objetivo convidar as pessoas a narrarem episódios positivos sobre um dado aspecto investigado (Souza, McNamee, & Santos, 2010). No caso das decisões a serem tomadas no tratamento do TA, a meta é investir em formas alternativas de descrever os modos como podem ser negociadas e delimitadas as fronteiras do espaço de cuidado.

Outro potencial para pesquisas futuras encontra-se nas propostas contemporâneas de investigações colaborativas. Pesquisadores construcionistas sociais têm investido em formatos de pesquisa que garantam a participação dos indivíduos em todas as decisões do projeto a ser realizado (Souza et al., 2010). Desse modo, os participantes têm voz ativa na definição dos objetivos da pesquisa, no julgamento de sua utilidade, em seu delineamento e na publicação dos resultados. O valor desse tipo de estudo está em seu potencial de convidar pessoas a se engajarem em ações que visem transformações sociais relevantes.

Referências

- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington, DC: Author.
- Bruch, H. (1978). *Golden cage: The enigma of anorexia nervosa*. Cambridge: Harvard University Press.
- Camargo-Borges, C., Mishima, S., & McNamee, S. (2008). Da autonomia à responsabilidade relacional: explorando novas inteligibilidades para as práticas de saúde. *Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia*, 1(1), 8-19.
- Crisp, A. (2002). Treatment of anorexia nervosa: Is 'where' or 'how' the main issue? *European Eating Disorders Review*, 10(4), 33-40.
- Eivors, A., Button, E., Warner, S., & Turner, K. (2003). Understanding the experience of drop-out from treatment for anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review*, 11(2), 90-107.
- Gergen, K. J. (2009). *Relational being: Beyond self and community*. New York: Oxford University Press.
- Gil, A. C. (2008). *Métodos e técnicas de pesquisa social* (6ª ed.). São Paulo: Atlas.
- Grandesso, M. (2000). *Reconstrução do significado: uma análise epistemológica e hermenêutica da prática clínica*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Guañes, C., & Japur, M. (2008). Contribuições da poética social à pesquisa em psicoterapia de grupo. *Estudos de Psicologia* (Natal), 13(2), 117-124.
- Gull, W. W. (1874). Anorexia Nervosa (Apepsia Hysterica, Anorexia Hysterica). *Transactions of the Clinical Society*, 7(1), 22-27.
- Hepworth, J. (1999). *The social construction of anorexia nervosa*. London: Sage Publications.
- Honig, P., Dargie, L., & Davies, S. (2006). The impact on patients and parents of their involvement in the training of healthcare professionals. *European Eating Disorders Review*, 14(4), 263-268.
- Lock, J., Le Grange, D., Agras, W. S., & Dare, C. (2001). *Treatment manual for anorexia nervosa*. London: The Guilford Press.
- Marcolino J. A. F., & Cohen, C. (2008). Sobre a correlação entre a bioética e a psicologia médica. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 54(4), 363-368.
- McNamee, S., & Gergen, K. J. (1999). *Relational responsibility: Recourses for sustainable dialogue*. Thousand Oaks: Sage publications.
- Rasera, E. F., & Japur, M. (2003). Grupo de apoio aberto para pessoas portadoras do HIV: a construção da homogeneidade. *Estudos de Psicologia*, 8(1), 55-62.
- Riikonen, E. (1999). Inspiring dialogues and relational responsibility. In S. McNamee & K. J. Gergen (Eds.), *Relational responsibility: Resources for sustainable dialogue* (pp.139-149). Thousand Oaks: Sage.
- Souza, L. V., McNamee, S., & Santos, M. A. (2010). Avaliação como construção social: investigação apreciativa. *Psicologia e Sociedade*, 22(3), 598-607.
- Spink, M. J. P. (2007). Sobre a possibilidade de conciliação do ideal da integralidade nos cuidados à saúde e a cacofonia da demanda. *Saúde e Sociedade*, 16(1), 18-27.
- Spink, M. J. P., & Medrado, B. (2000). Produção de sentidos no cotidiano: uma abordagem teórico-metodológica para análise das práticas discursivas. In M. J. P. Spink (Org.), *Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas* (pp.41-61). São Paulo: Cortez.
- Vandereycken, W., & Van Deth, R. (1994). *From fasting saints to anorexic girls: The history of self-starvation*. New York: University Press.
- Vindreau C. (2003). A bulimia na clínica psiquiátrica. In B. Brusset, C. Couvreur & A. Fine (Orgs.), *A bulimia* (pp.81-102). São Paulo: Escuta.

Recebido em: 18/8/2011
Versão Final em: 17/5/2012
Aprovado em: 6/6/2012

Esquemas desadaptativos e sua relação com o transtorno de estresse pós-traumático: uma revisão sistemática

Maladaptive schemas and its relationship with posttraumatic stress disorder: A systematic review

Nathália **SUSIN**¹
Clarissa Salle **CARVALHO**¹
Christian Haag **KRISTENSEN**²

Resumo

Esquemas iniciais desadaptativos são elaborados ao longo da vida; embora duradouro e resistente à mudança, o esquema pode ser definido como uma rede de crenças estruturadas, inter-relacionadas, que norteiam o comportamento do indivíduo, podendo ser denominado de crença. Serve como modelo de processamento da informação para as vivências do indivíduo, fazendo da terapia um desafio. Este estudo visa investigar os principais esquemas/crenças disfuncionais e esquemas iniciais desadaptativos afetados no transtorno de estresse pós-traumático. Através de uma revisão sistemática em bases de dados eletrônicas entre os anos de 2000 e 2009, constatou-se uma associação entre o transtorno de estresse pós-traumático e esquemas/crenças disfuncionais; os esquemas mais afetados relacionam-se à visão de si, dos outros e do mundo. No que tange aos esquemas iniciais desadaptativos, os mais afetados são isolamento/alienação social e vergonha/defectividade. Esses resultados são clinicamente relevantes, pois é preciso considerar as distorções cognitivas subjacentes à sintomatologia pós-traumática.

Palavras-chave: Crenças irracionais; Esquemas iniciais adaptativos; Transtornos de estresse pós-traumático.

Abstract

Early Maladaptive Schemas are developed throughout life, long term structures and resistant to change, on the other hand schemes can be defined as a network of structured and interrelated beliefs that guide individual's behavior, often called belief. Therapy becomes a challenge since schemas are used as information processing models for personal experiences. This study aims to investigate the main dysfunctional schemas/beliefs and Early Maladaptive Schemas affected in Posttraumatic Stress Disorder. A systematic review in electronic databases between the years 2000 and 2009 was conducted and showed an association between Posttraumatic Stress Disorder and dysfunctional schemas/

▼ ▼ ▼ ▼ ▼

¹ Psicólogas. Porto Alegre, RS, Brasil.

² Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Faculdade de Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Av. Ipiranga, 6681, Prédio 11, Sala 933, 90619-900, Porto Alegre, RS, Brasil. C.H. KRISTENSEN. E-mail: <christian.kristensen@pucrs.br>.

beliefs, and the most affected are related to perception of self, others and the world. With respect to Early Maladaptive Schemas, the most affected are isolation/social alienation and shame/defective. These results are clinically relevant since it is necessary to consider the cognitive dysfunctions underlying posttraumatic symptomatology.

Keywords: Irrational beliefs; Early maladaptive schema; Stress disorder, post-traumatic.

O termo esquema é utilizado em diversas áreas do conhecimento, tais como matemática, educação, computação, psicologia e filosofia, sendo amplamente definido como conformação, armação ou estrutura. Originado da palavra grega “*σχῆμα*” (*skhēma*), também pode ser compreendido como plano, forma, modo de ser ou aparência. Nesse sentido, o termo foi empregado primordialmente pelos filósofos estoicos como maneira de apresentar os princípios da lógica (Young, Klosko, & Weishaar, 2008). Já para o filósofo Immanuel Kant, esquemas seriam estruturas inatas com a função de organizar a percepção do indivíduo sobre o meio que o cerca através da associação de conceitos e categorias às imagens mentais dos objetos (Eysenck & Keane, 1994).

Na Psicologia, o conceito de esquema tem uma longa tradição, sobretudo com os trabalhos pioneiros de psicólogos cognitivos europeus. Sir Frederic Bartlett, na década de 1930, sugeriu que os processos de evocação eram influenciados por expectativas, que tinham uma forma esquemática de representação (Duarte, Nunes, & Kristensen, 2008; Eysenck & Keane, 1994, 2007). Ao mesmo tempo, Jean Piaget sugeriu que um esquema seria uma estrutura cognitiva organizada na memória e auxiliaria na compreensão de eventos, situações e conceitos quando um sujeito se encontra em contato com o ambiente. Conforme ilustrado em Duarte et al. (2008), o conceito de esquema foi atualizado à medida que a Psicologia Cognitiva se estruturava como a abordagem predominante na área. Assim, Sternberg (2000, 2008) refere que os conceitos (unidade fundamental do conhecimento simbólico) podem estar organizados em esquemas, que são estruturas mentais para representar o conhecimento.

Já para a terapia cognitiva, os esquemas são “qualquer tipo de princípio organizativo amplo que um indivíduo use para entender a própria experiência de vida” (Young et al., 2008). Segundo Beck

(1976), um esquema pode ser definido como uma rede de crenças estruturadas e inter-relacionadas que norteiam o sujeito na maneira como ele age e se porta diante dos acontecimentos. Além disso, Beck, Freeman, & Davis, 2005 caracterizou os esquemas de acordo com suas valências, que podem variar de latente a hipervalente. Desse modo, quando um esquema encontra-se hipervalente, está ativamente organizando e processando as informações recebidas pelo indivíduo, acarretando um viés nesse processamento, o que leva a um predomínio de esquemas idiossincráticos sobre outros mais adaptativos. Dessa forma, um sujeito pode ter um esquema disfuncional buscando manter uma visão de si, do mundo e dos outros, coerente e estável, mesmo que na verdade o seu olhar esteja distorcido.

A partir de uma tentativa de ampliar o modelo cognitivo, surgiram os Esquemas Iniciais Desadaptativos (EID), definidos como estruturas estáveis e duradouras, desenvolvidas durante a infância, elaboradas ao longo da vida e disfuncionais. Esses esquemas são agrupados em cinco domínios relacionados à forma como a criança irá vivenciar algumas experiências na infância. Quando o ambiente não é ótimo, pode haver um prejuízo em um ou mais domínios: desconexão e rejeição, autonomia e desempenho prejudicados, limites prejudicados, orientação para o outro, supervigilância e inibição (Young, 2003).

Existem cinco tipos de experiências na infância que estimulam a aquisição dos EID de acordo com os fundamentos da Terapia do Esquema (Young et al., 2008). A primeira é a frustração nociva de necessidades, quando a criança, que carece de sensações primordiais, como compreensão, estabilidade e amor, passa por muitas privações emocionais e/ou abandono devido à problemática do ambiente. A segunda experiência é a traumatização ou vitimização, situação em que a criança sofre um dano ou se transforma em vítima, o que gera esquemas como dependência/incompetência ou vulnera-

bilidade ao dano. No terceiro tipo, o contrário acontece, pois, embora a criança vivencie uma gama de situações boas, acaba desenvolvendo esquemas como autocontrole/autodisciplina ou merecimento/grandiosidade, já que geralmente não tem limites realistas. Na quarta experiência, a criança identifica-se seletivamente e internaliza sentimentos, emoções, pensamentos, comportamentos e vivências dos pais em busca de aprovação e amor. Por fim, a quinta está relacionada à supervigilância e à inibição, quando a criança está constantemente se vigiando para não errar ou não descumprir as regras impostas por pais severos, rígidos ou punitivos (Young et al., 2008). Entretanto, é importante salientar que, apesar de nem todos os EID se originarem de traumas ou maus-tratos na infância, todos são destrutivos e devidos, em grande parte, à recorrência de experiências prejudiciais durante o início da vida. Assim, as consequências da inter-relação dessas vivências acarretam o surgimento de um esquema pleno (Young et al., 2008).

Os esquemas são verdades *a priori*, uma vez que modificam o processamento de vivências e têm papel fundamental na maneira como um indivíduo se sente, age, pensa e se comporta diante de outras pessoas e de determinadas situações. Desse modo, cada sujeito vivencia eventos estressores de forma singular, tendendo a relacionar o trauma com seus modelos esquemáticos aprendidos. Assim, o sujeito visa processar as informações do evento estressor de tal forma que seja coerente com seu modelo esquemático, evitando que ocorra uma dissonância entre a experiência relacionada ao trauma e seus esquemas iniciais (Cahill & Foa, 2007).

Uma das consequências mais graves decorrentes das situações traumáticas é o desenvolvimento do Transtorno de Estresse Pós-Traumático (TEPT). Estima-se que 60,7% dos homens e 51,2% das mulheres tenham vivenciado algum evento traumático ao longo da vida (Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes, & Nelson, 1995). Estudos epidemiológicos apontam que cerca de 6,8% da população geral irão desenvolver TEPT ao longo da vida, tendo as mulheres um risco maior do que os homens (Breslau, 2009; Kessler, Chiu, Demler, & Walters, 2005; Norris, 1992). No entanto, esses índices po-

dem variar de acordo com a duração e o tipo de exposição ao trauma. O TEPT acomete mais homens que participaram de combates militares e presenciaram pessoas sendo mortas e feridas, assim como mulheres que sofreram abuso sexual (Hidalgo & Davidson, 2000). Nesses casos, o trauma é processado de modo a configurar uma presente ameaça, que surge como consequência de uma avaliação excessivamente negativa do trauma e uma perturbação da memória autobiográfica, devido à fraca elaboração e à forte memória associativa ao evento estressor (Ehlers & Clark, 2000).

O transtorno de estresse pós-traumático é comumente associado a uma mudança constante na visão do indivíduo sobre si, os outros e o mundo. Desse modo, essas representações cognitivas (esquemas) que existem desde a infância do sujeito necessitam adaptar-se e ajustar-se à realidade discrepante do evento traumático, o que torna essa tarefa especialmente difícil e constitui a base dos sintomas de esquiva e da revivência persistente da situação estressora (Gray, Maguen, & Litz, 2007).

É importante salientar a existência de três crenças básicas que parecem ser relevantes para o TEPT: (a) o mundo é benevolente; (b) é um lugar compreensivo, no qual as coisas são distribuídas de modo justo e as pessoas boas e merecedoras, que manifestam comportamentos cuidadosos, podem prevenir a desgraça; (c) o *self* é merecedor, o que influencia cada uma das crenças anteriores (Janoff-Bulman, 1992). Dessa forma, um indivíduo que se percebe como alguém que é moral e faz as escolhas certas, diante de um evento traumático apresenta dificuldade em integrar a ideia de tornar-se vítima dos esquemas existentes.

Existem fatores de risco para o TEPT, como história de trauma, experiências hostis na infância e história psiquiátrica. Nesse sentido, esses fatores estão relacionados com as representações do sujeito sobre si, os outros e o mundo, que provavelmente terão mais chances de serem confirmadas pelos eventos traumáticos do que negadas. Para tanto, Gray et al. (2007) propôs um modelo de entendimento no qual afirma que, diante de um evento traumático, o sujeito passa a associar repetidamente novas informações ligadas ao trauma a crenças

cognitivas, até que a forte discrepância entre essas duas representações mentais seja reduzida. Caso a experiência traumática seja congruente com o modelo interno existente, este será fortalecido. Dessa forma, os pensamentos intrusivos e os *flashbacks* invadem a consciência, mantendo-se na memória ativa do indivíduo, apesar de esforços para manter essas informações fora da consciência.

Paralelamente, existe a tendência de se evitar o estresse provocado pela revivescência dos sintomas, o que colabora para os sintomas de evitação do TEPT. Entretanto, essas estratégias evitativas previnem que as incongruências entre os modelos internos existentes e a informação gerada pelo trauma sejam processadas, mantendo a psicopatologia do TEPT. Desse modo, o reconhecimento dos sintomas de reexperiência e evitação como centrais para a psicopatologia relacionada ao trauma tem uma significativa influência na definição do TEPT (Cahill & Foa, 2007).

Algumas teorias destacam a importância dos esquemas para explicar os efeitos psicológicos das experiências traumáticas, uma vez que os eventos estressores são discrepantes dos esquemas existentes e o processamento da experiência traumática requer uma modificação desses esquemas (Cahill & Foa, 2007). Dalgleish (2004) sugere que representações esquemáticas pré-existentes não são suficientemente flexíveis para assimilar informações ligadas ao trauma, o que indica que o tratamento pode não ser eficaz. Do mesmo modo, a presença de excessivos mecanismos de defesa pode também estar associada ao fracasso terapêutico (Dalgleish, 2004; Horowitz, 1986).

Tendo em vista que os EID são estruturas estáveis e resistentes à mudança, a terapia torna-se um desafio, visto que os esquemas servem como modelo de processamento de informação para as vivências do indivíduo. Dessa forma, é de extrema importância, para o sucesso terapêutico, a compreensão dos esquemas/crenças disfuncionais e dos EID associados ao TEPT, bem como dos que predisõem o desenvolvimento do transtorno.

Nesse sentido, o objetivo deste estudo é investigar os principais esquemas/crenças disfuncionais e EID afetados no TEPT, bem como verificar

se há alteração na percepção sobre si, os outros e o mundo após a ocorrência de eventos traumáticos. Para isso, foi realizada uma revisão sistemática da literatura com o objetivo geral de investigar a relação entre esquemas/crenças disfuncionais, EID e TEPT, por meio de artigos publicados em revistas científicas indexadas.

Método

Este estudo foi aprovado pela Comissão Científica da Faculdade de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS) sob o ofício nº 028/2009. Foi realizada uma revisão sistemática da literatura sobre esquemas/crenças disfuncionais, EID e TEPT. Esse método utiliza a literatura sobre determinado tema como fonte de dados, através da aplicação de métodos explícitos e sistematizados de busca, apreciação crítica e síntese da informação selecionada. Nesse sentido, este artigo se torna útil para integrar as informações de um conjunto de estudos independentes realizados sobre o tema em questão, visto que auxilia a orientação para investigações futuras (Linde & Willich, 2003).

Primeiramente, foram definidas as questões a serem investigadas, e foi estabelecido o que seria incluído na revisão. Posteriormente, foram realizadas a localização e a seleção dos estudos relevantes a serem revisados. As bases de dados eletrônicas (*PsycInfo*, *PubMed*, *Lilacs* e *SciELO*) foram consultadas retrospectivamente até o ano 2000, e foram utilizados os seguintes descritores: “(Post-traumatic Stress disorder, PTSD or trauma) and schema; and schemata; and dysfunctional beliefs” e “(Transtornos de estresse pós-traumático, TEPT or trauma) and (esquemas or crenças)”.

Os artigos foram separados em dois conjuntos e distribuídos de forma aleatória entre dois pesquisadores, que realizaram uma avaliação crítica e determinaram a validade e a probabilidade dos resultados estarem sustentados em dados viciados (Magee, 1998). Foram incluídos nesta revisão sistemática: (a) estudos com seres humanos; (b) pesquisas empíricas do tipo ensaio aberto; (c) estudos exploratórios; (d) ensaios clínicos randomizados; (e)

instrumentos validados para avaliar os esquemas ou crenças dos participantes; (f) instrumentos validados e/ou entrevistas clínicas estruturadas baseadas no *Diagnostic and Statistical Manual - 3th* (DSM-III) (American Psychiatric Association - APA, 1980) ou *Diagnostic and Statistical Manual 4th Text Revision* (DSM-IV-TR) (American Psychiatric Association - APA, 2000) para avaliar TEPT.

Foram excluídos artigos que (a) associavam o TEPT a outras comorbidades clínicas; (b) abordavam eficácia de tratamento para TEPT; (c) relacionavam condicionamento vicário e TEPT; (d) investigavam estratégias de *coping* relacionadas ao TEPT.

Foi realizada uma análise qualitativa, utilizando-se o método de análise de conteúdo, que inclui três etapas: pré-análise, exploração do material e interpretação dos dados. No primeiro momento, foi feita leitura dinâmica e elaboração de cortes nos textos, que, mais tarde, foram categorizados em unidades para análise. Na exploração do material, foi preciso realizar a distinção e a identificação das unidades de significado que já haviam sido recortadas em agrupamentos de dados comuns (semelhança entre os recortes) a fim de se elaborarem categorias temáticas. Assim, foi possível elaborar uma análise que resumisse e contivesse todos os significados das diversas unidades de cada categoria. Finalmente, na interpretação dos resultados, foram inferidos os valores conforme a análise das categorias e, assim, apresentou-se uma síntese dos dados adequada com os elementos bibliográficos imprescindíveis para a elaboração da pesquisa (Duarte et al., 2008). Ao término da análise qualitativa dos resultados, foi elaborada uma síntese final.

Resultados

A Tabela 1 apresenta os resultados encontrados nas bases de dados pesquisadas.

Dos 752 artigos encontrados nas bases de dados pesquisadas, apenas 14 eram estudos empíricos realizados com seres humanos, com instrumentos para avaliar os esquemas ou as crenças dos participantes, que foram diagnosticados com TEPT por instrumentos e/ou entrevista clínica estruturada baseada no DSM-III (APA, 1980) ou DSM-IV-TR (APA, 2000).

Tabela 1

Publicações em bases de dados entre 2000 e 2009

Base de dados	Estudos (n)	
	Encontrados	Aproveitados
PsycInfo	587	11
PubMed	99	3
Lilacs	58	0
SciELO	8	0

Nota: PsycInfo: Base de dados mantida pela *American Psychological Association*; PubMed: Base de dados mantida pelo *U.S. National Institutes of Health*; LILACS: Literatura Latino-Americana e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde; SciELO: *Scientific Electronic Library Online*.

No Quadro 1, estão apresentados os principais artigos e seus resultados. Pode-se observar que na maioria dos estudos houve associação entre os sintomas do TEPT e esquemas/crenças disfuncionais ou EID (Tabela 2). Os principais esquemas/crenças afetados são aqueles relacionados a si mesmo, aos outros e ao mundo (Basoglu et al., 2005; Currier, Holland, & Neimeyer, 2009; Dekel Solomon, Elklit, & Ginzburg, 2004; Dunmore, Clark, & Ehlers, 2001; Jind, 2001; Kolts, Robinson, & Tracy 2004). No que tange aos esquemas relacionados às necessidades psicológicas fundamentais (Cahill & Foa, 2007), dois estudos referiram que segurança, confiança, poder, estima, intimidade e autorresponsabilização são os mais afetados (Owens & Chard, 2001; Owens, Pike, & Chard, 2001). Apenas um estudo especificou os EID afetados pelo TEPT: isolamento/alienação social e vergonha/defectividade (Dutra, Callahan, Forman, Mendelsohn, & Herman, 2008).

Apenas dois estudos (Bennett, Beck, & Clapp, 2009; Dunmore et al., 2001) relacionaram as estratégias de controle com os sintomas do TEPT e com esquemas/crenças disfuncionais. Nesses estudos, foi observado que o uso de estratégias de controle desadaptativas aumentou os sintomas de TEPT e as cognições traumáticas disfuncionais, o que deixa evidente uma associação entre as estratégias desadaptativas de controle (preocupação, punição, evitação e busca por segurança) e a severidade do TEPT.

Quando comparados indivíduos que sofreram algum tipo de experiência traumática com aqueles que não sofreram, os estudos apontaram

Quadro 1

Artigos sobre transtorno de stress pós-traumático e esquemas/crenças desadaptativos

Continua

Estudo	Amostra	Instrumentos	Principais resultados
McDermut Haaga e Kirk (2000)	69 mulheres sem história de assédio sexual e com história (moderada e grave).	Questionários para avaliar assédio sexual, crenças básicas, sintomas de TEPT e estresse psicológico; Medida de batimentos cardíacos; Vídeos apresentando três situações: interação neutra, excitação emocional e assédio sexual.	Mulheres com grave história de assédio sexual: mais crenças básicas negativas, maior estresse generalizado e estado de humor mais negativo.
Dunmore et al. (2001)	57 participantes abusados no período de quatro meses anterior ao estudo. <i>Follow-up</i> : 6 e 9 meses.	PSS-SR; BDI; Entrevista semi-estruturada para coleta de dados sócio-demográficos; Questionários: <i>Cognitive Appraisal of Emotions, Actions and Initial Post Trauma Symptoms; Perception of Others' Responses; Perceived Permanent Change; Trauma Sensitive Beliefs After and Before Assault; Maladaptive Control Strategies</i> .	Correlação significativa entre as crenças negativas sobre si e o mundo, e estratégias desadaptativas de controle com a severidade do TEPT após os dois <i>follow-ups</i> . Vítimas com mais crenças negativas prévias ao abuso desenvolveram TEPT mais duradouro.
Jind (2001)	602 pais que perderam um filho após nascimento ou na gestação e 84 controles.	IES; HTQ; TSC-33; CSQ; RAAS; JWB; LoC; CoL; CPS.	Indivíduos com TEPT apresentaram significativamente mais crenças negativas sobre os outros e si mesmos.
Owens (2001)	79 mulheres adultas com história de abuso sexual infantil.	CAPS-2; PBRS; WAS.	Correlação inversa entre severidade do TEPT e os resultados do PBRS. Correlação negativa significativa entre o WAS e severidade do TEPT.
Owens et al. (2001)	53 mulheres adultas com história de abuso sexual na infância.	SAEQ; SAPS; PBRS; WAS.	Segurança, confiança, poder, autoestima e intimidade demonstraram forte relação com severidade do TEPT.
Ali et al. (2002)	Grupo 1: 72 adultos que nunca sofreram abuso; Grupo 2: 100 vítimas de abuso; Grupo 3: 57 vítimas de abuso com TEPT; Grupo 4: 43 vítimas de abuso sem TEPT.	<i>Background Information Questionnaire; Trauma-Sensitive Beliefs Questionnaire; PSS-SR</i> .	Relação entre as crenças negativas posteriores ao abuso e o TEPT. Crenças positivas prévias ao abuso podem minimizar o impacto do mesmo para as vítimas que não desenvolveram TEPT.
Koss et al. (2002)	267 mulheres estupradas (23% com TEPT).	SES; NEO <i>Personality Inventory; Wolfgang Crime Severity Index; Rape Attribution Questionnaire; The McPearl Belief Scale; MCQ; BSI; PTSD; SAS-SR</i> .	Sobreviventes com maiores exposições prévias à violência apresentaram maior estresse generalizado, maior intensidade nos sintomas de TEPT e piores resultados de saúde.
Dekel et al. (2004)	396 veteranos de guerra divididos em 3 grupos: 109 CSR (reações de estresse ao combate), 98 condecorados e 189 controles.	PTSD, classificando os participantes em: crônicos (n=18), TEPT de início tardio (n=5), recuperados (n=52), sem TEPT (n=298); WAS.	Participantes com TEPT perceberam os outros, eles e o mundo menos favoráveis do que os sem TEPT. Aqueles com TEPT de início tardio tiveram o menor escore e os sem TEPT o maior.
Kolts et al. (2004)	182 estudantes universitários matriculados em aulas de psicologia que experienciaram ameaça ou ameaça potencial a si ou aos outros.	PSI-II; BDI; PTCTI; TAA-SR; MPSS-SR; IES-R.	Relações significativas entre os sintomas de TEPT e crenças pós-traumáticas negativas sobre si mesmo e o mundo. Relação significativa entre PTCTI e o nível dos sintomas do TEPT.
Basoglu et al. (2005)	1 358 sobreviventes de guerra expostos a fatores estressantes e grupo-controle.	SISOW; RTSQ; EBAW; Entrevista clínica estruturada com base no DSM-IV	Sobreviventes com respostas emocionais mais fortes à impunidade, maior medo e perda de controle sobre vida, menor crença na benevolência das pessoas, associados a maiores índices de TEPT.

Quadro 1

Artigos sobre transtorno de stress pós-traumático e esquemas/crenças desadaptativos

Estudo	Amostra	Instrumentos	Principais resultados	Conclusão
Dutra et al. (2008)	137 pacientes de um programa de tratamento para sobreviventes de trauma.	YSQ-S; PDS; DES; SRBQ-R.	Correlações positivas significativas entre: PDS e YSQ; DES e YSQ.	
Jobson e O’Kearney (2008)	106 participantes que preencheram o critério A do DSM-IV para TEPT.	PDS; THQ; HSCL-25; Dados sócio-demográficos; TST.	Participantes com TEPT de culturas independentes demonstraram uma identidade pessoal definida pelo trauma maior do que aqueles sem TEPT.	
Bennett et al. (2009)	295 indivíduos que experienciaram um sério acidente de moto.	<i>Motor Vehicle Accident Interview</i> ; <i>Clinician-administered PTSD scale</i> ; TCQ; PTCL.	Maior severidade de TEPT está associada a um aumento nas cognições disfuncionais. Estratégias de controle desadaptativas aumentaram os sintomas de TEPT e as cognições traumáticas disfuncionais.	
Currier et al. (2009)	42 indivíduos que sofreram a perda de um parente dois anos antes da pesquisa e 42 controles.	WAS; <i>Symptom Checklist-10-Revised</i> .	Indivíduos enlutados sofreram significativamente mais estresse do que o grupo controle. Crenças mais fracas sobre o mundo e o valor de <i>self</i> , associadas a maiores sintomas de estresse.	

Nota: BDI: *Beck Depression Inventory*; BSI: *Brief Symptom Inventory*; CAPS-2: Entrevista clínica estruturada para diagnosticar TEPT; CoL: *Coherence of Life*; CPS: *Cognitive Processing Scale*; CSQ: *Coping Style Questionnaire*; DES: *Dissociative Experience Scale*; EBAW: *Emotions and Beliefs After War Questionnaire*; HSCL-25: *Hopkins Symptom Check list*; DSM-IV: *Diagnostic and Statistical Manual 4th Text revision*; HTQ: *Harvard Trauma Questionnaire*; IES-R: *Impact of Event Scale-Revised*; IES: *Impact of Event Scale*; JWB: *Just World Belief Scale*; LoC: *Locus of Control Scale*; MCQ: *Memory Characteristics Questionnaire*; MPSS-SR: *Modified PTSD Symptom Scale-Self Report Version*; NEO: *Personality Inventory*; PBRs: *Personal Beliefs and Reactions Scale*; PDS: *Post-traumatic stress Diagnostic Scale*; PSI-II: *The Revised Personal Style Inventory*; PSS-SR: *PTSD Symptom Scale - Self Report*; PTCL: *Posttraumatic Cognitions Inventory*; PTSD: *Posttraumatic Stress Symptoms*; RAAS: *Revised Adult Attachment Scale*; RTSQ: *Redress for Trauma Survivors Questionnaire*; SAEQ: *Sexual Abuse Exposure Questionnaire*; SAPS: *Clinician Administered PTSD Scale*; SAS-SR: *Social Adjustment Scale Self-Report version*; SES: *Sexual Experiences Survey*; SISOW: *Entrevista Semi- Estruturada para Sobreviventes de Guerra*; SRBQ-R: *Self-harm and Risk Behaviors Questionnaire-Revised*; TAA-SR: *Trauma Assessment for Adults-Self Report*; TCQ: *Thought Control Questionnaire*; TEPT: Transtorno de Stress Pós-Traumático; TST: *Twenty Statement Test*; TSC-33: *Trauma Symptom Checklist*; THQ: *Trauma History Questionnaire*; WAS: *World Assumptions Scale*; YSQ-S: *Young Schema Questionnaire Short Form*.

uma diferença significativa entre os grupos, visto que aqueles com sintomatologia pós-traumática evidenciaram mais esquemas/crenças disfuncionais (Ali, Dunmore, Clark, & Ehlers, 2002; Basoglu et al., 2005; Currier et al., 2009; Dekel et al., 2004; Jind, 2001; Koss, Figueredo, & Prince, 2002; McDermut, Haaga, & Kirk, 2000).

Apenas um estudo (Jobson & O’Kearney, 2008) apontou a cultura como fator determinante, referindo que o impacto do trauma na mudança da definição do *self* e da identidade pessoal é especificado pela cultura, principalmente relacionado a modificações nos papéis sociais. Os demais estudos analisados não investigaram o ambiente como fator

significativo na mudança das crenças, mas sim a influência que a experiência de um evento traumático tem sobre elas.

Já no que se refere à relação entre as crenças prévias ao evento traumático e o TEPT, verificou-se que as crenças positivas prévias minimizam o impacto da experiência traumática (Ali et al., 2002), enquanto as crenças disfuncionais prévias são confirmadas e intensificadas pelo evento traumático (Koss et al., 2002).

Entre os instrumentos empregados na avaliação do TEPT, destacaram-se *PTSD Symptom Scale* e sua versão *Self Report* (PSS-SR), que avaliam a frequência e a intensidade da sintomatologia do

TEPT de acordo com os critérios diagnósticos do DSM-IV. Em relação às crenças, o instrumento mais utilizado foi o *World Assumption Scale* (WAS), indicado para avaliar indivíduos que vivenciaram eventos traumáticos no passado, como, por exemplo, a perda de um ente querido, incesto ou estupro. Os principais fatores analisados por essa escala são: benevolência do mundo, significado do mundo e valia do *self*. Apenas dois estudos utilizaram o *Posttraumatic Cognitions Inventory* (PTCI) (Bennett et al., 2009; Kolts et al., 2004), um inventário de autorrelato utilizado para avaliar três tipos de cognições relevantes ao trauma: crenças negativas sobre o *self*, o mundo e autorresponsabilização.

A análise dos artigos indicou a escassez de estudos que utilizavam o *Young Schema Questionnaire* (YSQ). É possível que isso reflita a opção teórico-metodológica de investigar a modificação dos esquemas/crenças disfuncionais após o evento traumático em vez de a existência de EID prévios. Apenas o estudo de Dutra et al. (2008) apontou os principais esquemas ativados na presença de TEPT, mas não foi possível identificar se eles já existiam antes da experiência traumática. Desse modo, supõe-se que a aplicação do YSQ em indivíduos com TEPT não alcança o objetivo para o qual se propõe o instrumento, uma vez que não é possível afirmar a existência de EID prévios ao trauma ou determinar se eles se originaram a partir dessa vivência.

Discussão

Ao considerar os resultados desta revisão, é preciso estar atento a algumas limitações. Apesar de todos os critérios de seleção empregados, os estudos analisados apresentaram grande variabilidade no que diz respeito à população estudada. Participaram indivíduos do sexo masculino e feminino, com idades variadas e experiências traumáticas diversas. Adicionalmente, houve certa discrepância entre os estudos quanto ao período transcorrido desde a ocorrência do evento traumático e a avaliação de esquemas/crenças disfuncionais e EID.

Apesar das limitações acima discutidas, os resultados desta revisão evidenciam a importância

da avaliação das cognições envolvidas no TEPT. Pode-se observar que em todos os estudos houve distorções cognitivas entre os participantes, uma vez que apresentavam esquemas/crenças disfuncionais ou EID após a experiência de um evento traumático. Segundo Cahill & Foa (2007), as experiências traumáticas modificam a visão dos indivíduos sobre si, sobre os outros e sobre o mundo em geral, pois as imagens estressoras e intrusivas, que comumente se seguem ao evento traumático, refletem uma discrepância entre os esquemas pré-trauma e a informação gerada pelo evento traumático. Nessa perspectiva, para que ocorra a elaboração do trauma, é necessária a resolução dessa discrepância.

O processamento da informação tende a ser em favor da manutenção do conteúdo do esquema, tornando-o resistente para mudança (Dalgleish, 2004). Nesse sentido, Gilfus (1999) afirma que pessoas com longa história de trauma e estresse socioeconômico podem não desenvolver a crença de que o mundo é um lugar seguro, ou seja, suas crenças disfuncionais permitem que sobrevivam em um ambiente hostil.

Em termos gerais, verificou-se que quando comparados sujeitos com TEPT e grupo-controle, foi possível detectar a presença de esquemas/crenças disfuncionais ou EID associados à gravidade do TEPT, corroborando a ideia proposta por Dalgleish (2004), que afirma que os esquemas têm dois princípios poderosos para a organização do conhecimento. O primeiro refere-se às experiências passadas, representadas em diferentes níveis de abstração, utilizadas como filtros pelos quais todas as novas experiências são processadas. Já o segundo princípio sugere que novas informações, as quais são extremamente inconsistentes com os esquemas, são perturbadoras e acabam levando os EID a assimilarem ou organizarem de certa forma e/ou serem modificados por essas novas experiências (acomodação). Nesse sentido, possivelmente os indivíduos que não desenvolvem TEPT diante de um evento estressor processem a experiência de modo mais adaptativo, o que corrobora os achados de Ali et al. (2002) (Tabela 2).

O desenvolvimento do TEPT pode estar relacionado à tentativa de se adequar a experiência traumática às próprias representações mentais prévias do sujeito, o que pode ser observado no estudo de Koss et al. (2002), no qual as crenças disfuncionais prévias dos sujeitos foram confirmadas e intensificadas pelo evento traumático. Desse modo, a noção de esquemas abre possibilidades para criação de mudanças no entendimento e na transformação do significado, seja como resultado do trauma, seja como resultado do processo de recuperação.

O modelo de cognição social (Janoff-Bulman, 1992) sugere que as crenças básicas mantidas pelas pessoas em geral são: o mundo é benevolente, o mundo é compreensivo e o *self* é merecedor. Os estudos revisados apontam que essas são as principais crenças afetadas mediante a vivência de um evento estressor, uma vez que são incompatíveis com as experiências traumáticas que acabam por “esmagar” essas crenças fundamentais. Dalgleish (2004) afirma que certas crenças são mantidas de forma mais rígida e não são desafiadas ao longo das experiências cotidianas. Assim, há maior probabilidade de que sejam completamente esmagadas, acarretando resultados devastadores para a vítima de trauma.

Diante de um evento traumático, o indivíduo pode desenvolver diferentes estratégias e respostas de enfrentamento: as únicas referidas nos estudos analisados estão relacionadas ao controle (preocupação, punição, evitação e busca por segurança) e foram relacionadas significativamente com a severidade do TEPT e com as cognições traumáticas disfuncionais (Bennett et al., 2009; Dunmore et al., 2001). Nesse sentido, o que pode acarretar reações crônicas pós-traumáticas é um fracasso ao integrar os esquemas pós-traumáticos aos esquemas prévios, de forma que a informação traumática parcialmente processada continue na memória ativa sem nunca ser completamente assimilada (Dalgleish, 2004).

Segundo Cahill & Foa, 2007, os indivíduos desenvolvem esquemas que incluem crenças e expectativas divididas em sete necessidades psicológicas fundamentais: modelo de referência, segurança, dependência/confiança no *self* e nos outros,

poder, estima, intimidade e independência. Os autores citados enfatizaram que o trauma pode causar danos em qualquer ou todas essas áreas. Conforme os resultados desta revisão, pode-se observar que as necessidades mais afetadas pelo TEPT foram: segurança, confiança no *self* e nos outros, poder, estima e intimidade (Owens & Chard, 2001; Owens, et al., 2001).

É importante ressaltar a escassez de estudos com o uso do YSQ, já que apenas um estudo (Dutra et al., 2008) especificou EID afetados pelo TEPT (isolamento/alienação social e vergonha/defectividade), mas não foi possível afirmar se esses esquemas já eram desadaptativos antes da vivência traumática ou se foram ocasionados por ela. Supõe-se que reduzida utilização desse instrumento esteja relacionada ao objetivo dos estudos analisados, que consistia em identificar as cognições disfuncionais acarretadas pelo trauma, enquanto esse instrumento visa acessar os esquemas cognitivos iniciais desadaptativos construídos ao longo da história do indivíduo (Young, 1998). Desse modo, faz-se necessária a realização de mais pesquisas que investiguem a presença de esquemas desadaptativos prévios ao trauma, visto que os estudos analisados nesta revisão de literatura focaram-se nas crenças desenvolvidas a partir da experiência traumática.

Referências

- Ali, T., Dunmore, E., Clark, D., & Ehlers, A. (2002). The role of negative beliefs in posttraumatic stress disorder: A comparison of assault victims and non victims. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 30(3), 249-257.
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed.). Washington, DC: Author.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: Text revision* (4rd ed.). Washington, DC: Author.
- Basoglu, M., Livanou, M., Crnobarić, C., Francisković, T., Suljić, E., Durić D., et al. (2005). Psychiatric and cognitive effects of war in former Yugoslavia: Association of lack of redress for trauma and posttraumatic stress reactions. *The Journal of the American Medical Association*, 294(5), 580-590.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: International Universities Press.

- Beck, A. T., Freeman, A., & Davis, D. D. (2005). *Terapia cognitiva dos transtornos da personalidade* (2ª ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Bennett, S. A., Beck, J. G., & Clapp, J. D. (2009). Understanding the relationship between posttraumatic stress disorder and trauma cognitions: The impact of thought control strategies. *Behaviour Research and Therapy*, 47(12), 1018-1023.
- Breslau, N. (2009). The epidemiology of trauma, PTSD, and other posttrauma disorders. *Trauma, Violence, & Abuse*, 10(3), 198-210.
- Cahill, S. P., & Foa, E. B. (2007). Psychological Theories of PTSD. In M. J. Friedman, T. M. Keane & P. A. Resick (Orgs.), *Handbook of PTSD: Science and practice* (pp.55-77). New York: Guilford Publications.
- Currier, J. M., Holland, J. M., & Neimeyer, R. A. (2009). Assumptive worldviews and problematic reactions to bereavement. *Journal of Loss and Trauma*, 14(3), 181-195.
- Dalgleish, T. (2004). Cognitive approaches to posttraumatic stress disorder: The evolution of a multirepresentational theorizing. *Psychological Bulletin*, 130(2), 228-260.
- Dekel, R., Solomon, Z., Elklit, A., & Ginzburg, K. (2004). World assumptions and combat-related posttraumatic stress disorder. *The Journal of Social Psychology*, 144(4), 407-420.
- Duarte, A. L. C., Nunes, M. T., & Kristensen, C. H. (2008). Esquemas desadaptativos: revisão sistemática qualitativa. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 4(1), 0-0. Recuperado em outubro 10, 2010, disponível em <<http://www.pepsic.bvsalud.org/pdf/rbtc/v4n1a04.pdf>>.
- Dunmore, E., Clark, D. M., & Ehlers, A. (2001). A prospective investigation of the role of cognitive factors in persistent Posttraumatic Stress Disorder (PTSD) after physical or sexual assault. *Behaviour Research and Therapy*, 39(9), 1063-1084.
- Dutra, L., Callahan, K., Forman, E., Mendelsohn, M., & Herman, J. (2008). Core schemas and suicidality in a chronically traumatized population. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 196(1), 71-74.
- Ehlers, A., & Clark, D. M. (2000). A cognitive model of posttraumatic stress disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 38(4), 319-45.
- Eysenck, M. W., & Keane, M. T. (1994). *Psicologia cognitiva: um manual introdutório*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Eysenck, M. W., & Keane, M. T. (2007). *Manual de psicologia cognitiva* (5ª ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Gilfus, M. E. (1999). The price of the ticket: A survivor-centered appraisal of trauma theory. *Violence Against Women*, 5(11), 1238-1257.
- Gray, M. J., Maguen, S., & Litz, B. T. (2007). Schema constructs and cognitive models of post traumatic stress disorder. In P. L. Riso, P. Du Toit, J. D. Stein & J. E. Young (Orgs.), *Cognitive schemas and core beliefs in psychological problems: A scientist-practitioners guide* (pp.59-92). Washington, DC: APA.
- Hidalgo, R. B., & Davidson, J. R. (2000). Posttraumatic stress disorder: Epidemiology and health-related considerations. *Journal of Clinical Psychiatry*, 61(Suppl. 7), 5-13.
- Horowitz, M. J. (1986). *Stress response syndromes* (2ª ed.). Northvale, NJ: Aronson.
- Janoff-Bulman, R. (1992). *Shattered assumptions: Towards a new psychology of trauma*. New York: Free Press.
- Jind, L. (2001). Do traumatic events influence cognitive schemata? *Scandinavian Journal of Psychology*, 42(2), 113-120.
- Jobson, L., & O'Kearney, R. (2008). Cultural differences in personal identity in post-traumatic stress disorder. *British Journal of Clinical Psychology*, 47(1), 95-109.
- Kessler, R. C., Chiu, W. T., Demler, O., & Walters, E. E. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 617-627.
- 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), 1048-60.
- Kolts, R. L., Robinson, A. M., & Tracy, J. J. (2004). The relationship of sociotropy and autonomy to posttraumatic cognitions and PTSD symptomatology in trauma survivors. *Journal of Clinical Psychology*, 60(1), 53-63.
- Koss, M. P., Figueredo, A. J., & Prince, R. J. (2002). Cognitive mediation of rape's mental, physical and social health impact: Tests of four models in cross-sectional data. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(4), 926-41.
- Linde, K., & Willich, S. N. (2003). How objective are systematic reviews? Differences between reviews on complementary medicine. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 96(1), 17-22.
- Magee, D. J. (1998). *Systematic reviews (meta-analysis) and functional outcome measures*. Developmental Editor: B. Aindow.
- McDermut, J. F., Haaga, D. A. F., & Kirk, L. (2000). An evaluation of stress symptoms associated with academic sexual harassment. *Journal of Traumatic Stress*, 13(3), 397-411.
- Norris, F. H. (1992). Epidemiology of trauma: Frequency and impact of different potentially traumatic events on different demographic groups. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60(3), 409-418.

- Owens, G. P., & Chard, K. M. (2001). Cognitive distortions among women reporting childhood sexual abuse. *Journal of Interpersonal Violence, 16*(2), 178-191.
- Owens, G. P., Pike, J. L., & Chard, K. M. (2001). Treatment effects of cognitive processing therapy on cognitive distortions of female child sexual abuse survivors. *Behavior Therapy, 32*(3), 413-424.
- Sternberg, R. J. (2000). *Psicologia cognitiva*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul.
- Sternberg, R. J. (2008). *Psicologia cognitiva* (4ª ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Young, J. E. (1998). *Young schema questionnaire short form*. New York: Cognitive Therapy Center.
- Young, J. E. (2003). *Terapia cognitiva para transtornos da personalidade: uma abordagem focada em esquemas*. Porto Alegre: Artmed.
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2008). *Terapia do esquema: guia de técnicas cognitivo-comportamentais inovadoras*. Porto Alegre: Artmed.

Recebido em: 14/3/2012
Aprovado em: 11/4/2012

A comunicação entre o casal no contexto do cancro da mama

Communication between the couple in the context of breast cancer

Helena **MOREIRA**¹
Maria Cristina **CANAVARRO**¹

Resumo

A comunicação entre o casal - a partilha de pensamentos, sentimentos e preocupações -, é fundamental para o bem-estar, individual e relacional, de cada elemento da díade conjugal. No contexto de uma doença como o cancro da mama, essa partilha adquire particular relevância, nomeadamente pelo seu importante papel no processamento cognitivo da experiência de cancro e, portanto, na adaptação bem-sucedida à doença. Contudo, a investigação não se tem centrado especificamente no estudo da comunicação em doentes com cancro da mama, nem tão pouco na sistematização e integração da informação existente. O presente estudo tem como objetivo rever criticamente a literatura sobre o tema, procurando integrar diversos resultados num todo que seja coerente e útil para quem investiga esta área ou trabalha com casais na situação descrita.

Palavras-chave: Adaptação; Casal; Comunicação; Neoplasias da mama.

Abstract

Communication between the couple, i.e., the sharing of thoughts, feelings and concerns, is crucial for the individual and relational well-being of each element of the marital dyad. In the context of a disease such as breast cancer, this sharing is particularly relevant, especially because of its important role in the cognitive processing of the cancer experience and, therefore, the successful adaptation to the disease. However, research has not specifically focused on the study of communication in patients with breast cancer, or on the systematization and integration of existing information. The present study aimed to critically review the existing literature on this topic, and to integrate the various results into a whole that is coherent and useful for those who study this area and/or work with these couples.

Keywords: *Adaptation; Couple; Communication; Breast neoplasms.*

Ainda que a comunicação entre o casal no contexto da doença oncológica e, especificamente,

do cancro da mama, seja apontada por alguns investigadores (Manne et al., 2006; Porter, Keefe,

▼ ▼ ▼ ▼ ▼

¹ Universidade de Coimbra, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Instituto de Psicologia Cognitiva e Desenvolvimento Vocacional e Social. R. do Colégio Novo, Apartado 6153, 3001-802, Coimbra, Portugal. Correspondência para/Correspondence to: H. MOREIRA. E-mail: <hmoreira@fpce.uc.pt>.

Artigo elaborado a partir da tese de H. MOREIRA, intitulada "Imagem Corporal, relação de casal e adaptação de mulheres com cancro da mama". Universidade de Coimbra, Portugal, 2010.

Hurwitz, & Faber, 2005) como um importante aspecto na adaptação do casal à doença, sua investigação tem recebido pouca atenção na literatura. O mesmo se verifica relativamente ao seu estudo em contextos mais abrangentes, como a família ou outras relações sociais, apesar de alguns estudos evidenciarem o importante papel da partilha de experiências e preocupações também nesses contextos.

Sendo o companheiro apontado pelas doentes como o confidente mais importante da sua rede social (Figueiredo, Fries, & Ingram, 2004), o presente estudo tem como principal objetivo rever a literatura referente à comunicação entre o casal, de modo a integrar e sistematizar alguns dos principais resultados obtidos nos estudos desenvolvidos nessa área. Assim, a presente revisão encontra-se organizada em três pontos distintos. O primeiro procura evidenciar a importância da comunicação na adaptação da doente com cancro, na adaptação do companheiro e no funcionamento da própria relação, e apresenta algumas explicações para o papel positivo que desempenha. A seguir, é dada especial atenção aos modelos de processamento cognitivo dos acontecimentos traumáticos, e procura-se demonstrar o papel central da comunicação no processamento da experiência de cancro e, conseqüentemente, na adaptação. São também abordados alguns obstáculos à comunicação e, desse modo, ao processamento da informação, nomeadamente os constrangimentos sociais e a estratégia de *protective buffering*.

O papel da comunicação na adaptação ao cancro da mama

Alguns estudos têm demonstrado que a qualidade e a quantidade de informação sobre a doença que é partilhada entre o casal ou mesmo no contexto familiar ou no de outras redes sociais mais abrangentes têm um impacto significativo na adaptação psicossocial da doente e do seu companheiro (Cordova, Cunningham, Carlson, & Andrykowski, 2001; Pistrang & Barker, 1992; 1995), bem como na qualidade da sua relação conjugal (Manne et al., 2006; Porter et al., 2005).

Cordova et al. (2001) verificaram que as doentes com cancro da mama que partilhavam com frequência seus sentimentos relacionados com a doença reportavam níveis inferiores de depressão e menor *distress* psicológico. Também Spiegel, Bloom e Gottheil (1983) verificaram, numa amostra de doentes com cancro da mama, que uma atmosfera familiar na qual era encorajada a discussão aberta de sentimentos e problemas predizia menor perturbação do humor durante o ano subsequente. De igual modo, Mesters et al. (1997) observaram, numa amostra de doentes com cancro da mama, da cabeça e do pescoço e de Hodgkin, que os doentes pertencentes a famílias nas quais podiam falar abertamente sobre a doença apresentavam uma adaptação psicossocial mais positiva, ou seja, reportavam menos medo e ansiedade, sentiam-se menos inseguros e deprimidos, referiam um menor sentimento de solidão, sentiam um maior controle e autoestima e manifestavam menos queixas psicológicas e físicas.

A adaptação da mulher com cancro da mama está também relacionada com a forma como o casal resolve problemas relacionados com a doença ou como discute e negocia eventuais fatores de estresse, ou seja, com as suas estratégias de comunicação. Essas estratégias e sua relação com a adaptação à doença têm sido escassamente estudadas em doentes oncológicos e, em particular, em doentes com cancro da mama, não obstante a sua relevância. Procurando colmatar essa lacuna na investigação, Manne et al. (2006) desenvolveram um estudo longitudinal com mulheres com cancro da mama, no qual procuraram analisar a relação entre a adaptação psicológica e a satisfação conjugal e três tipos de estratégias de comunicação: (1) comunicação mutuamente construtiva (discussão mútua das questões, expressão de sentimentos, compreensão do ponto de vista do outro); (2) evitamento mútuo (evitamento mútuo da discussão e afastamento mútuo); e (3) exigência-afastamento (pressão para que o companheiro discuta um problema seguida do seu afastamento). Os autores verificaram que a primeira estratégia estava associada a níveis inferiores de perturbação psicológica e a maior satisfação conjugal nos dois elementos da

díade; contrariamente, a estratégia de exigência-afastamento associava-se a maior perturbação psicológica e menor satisfação conjugal, igualmente em ambos os elementos; por fim, o evitamento mútuo, embora estivesse associado a níveis superiores de perturbação, não se relacionava com a qualidade da relação conjugal.

Assim, como evidenciado pelo estudo de Manne et al. (2006), a forma como os casais se comunicam, particularmente sobre aspectos associados com a doença, desempenha um papel muito importante na adaptação individual e relacional da doente e do seu companheiro. Importa, por isso, compreender por que é a comunicação tão importante na adaptação de ambos ao cancro da mama. Embora a literatura ainda não tenha oferecido respostas definitivas e consensuais, alguns aspectos merecem ser destacados.

Na revisão da literatura efetuada, encontraram-se algumas razões subjacentes ao papel positivo da comunicação, que irão ser apresentadas. Por exemplo, já na década de 1980, Silver e Wortman (1980) sugeriram que a revelação e a expressão de sentimentos facilitam a adaptação, o bem-estar e as estratégias de *coping* dos doentes por meio de três vias distintas. Em primeiro lugar, diminuem a tensão emocional e a ansiedade. Em segundo, permitem ao doente receber *feedback* dos outros acerca das suas reações, normalizando a sua experiência. Por fim, permitem também uma melhor resolução dos problemas, na medida em que o doente pode passar a ver a sua situação a partir de uma perspetiva diferente, mais ampla e objetiva.

Paralelamente, a comunicação parece ser benéfica também para o casal na medida em que aumenta a probabilidade de a doente e o seu companheiro se sentirem mais íntimos e próximos emocionalmente (Porter et al., 2005). Efetivamente, os principais modelos teóricos da intimidade, nomeadamente o modelo de processo interpessoal da intimidade de Reis e Patrick (1996), consideram a comunicação um elemento central da construção e manutenção da intimidade conjugal (Prager, 1995; Manne & Badr, 2008; Reis & Patrick, 1996), que, por sua vez, está associada a uma maior satisfação conjugal (Merves-Okin, Edmund, & Frank, 1991).

Em doentes com cancro, a partilha de sentimentos e pensamentos parece também estar associada a níveis superiores de intimidade, empatia e satisfação conjugal, fatores que conduzem, subseqüentemente, a uma melhor adaptação relacional e individual (Giese-Davis, Hermanson, Koopman, Weibel, & Spiegel, 2000; Pistrang & Barker, 1995). No estudo de Porter et al. (2005), com doentes com cancro gastrointestinal e seus companheiros, observou-se que quando os doentes reportavam níveis superiores de comunicação, tanto o doente como o seu parceiro apresentavam maior intimidade na relação. Contrariamente, quando os doentes não partilhavam tanto sua experiência com o parceiro, a relação era classificada por ambos como menos íntima, e os companheiros eram descritos pelo doente como menos empáticos, mais críticos e evitantes.

Por fim, é importante destacar que a importância da comunicação para a adaptação do doente pode relacionar-se, em parte, com o fato de esse comportamento facilitar o processamento da informação relacionada com a experiência de cancro, possibilitando ao doente atribuir um novo significado à doença e, desse modo, adaptar-se à situação (Lepore & Helgeson, 1998; Lepore, Ragan, & Jones, 2000). Pela sua relevância, esse aspecto será abordado em maior detalhe no ponto seguinte do presente trabalho.

A importância da comunicação e os modelos de processamento cognitivo dos acontecimentos traumáticos

Os modelos de processamento cognitivo de um acontecimento traumático oferecem um enquadramento teórico adequado para a compreensão da relevância da partilha de informações relacionadas com o cancro, perspectivado, neste contexto, como um acontecimento traumático. A seguir, serão apresentados sucintamente os principais pontos-chave desses modelos, procurando-se enfatizar o papel da comunicação e evidenciar os seus potenciais benefícios. Uma revisão detalhada da literatura concernente às teorias de processamento cognitivo das reações pós-traumáticas encontra-se para além do âmbito do presente trabalho.

De acordo com os modelos de processamento cognitivo do acontecimento traumático (Creamer, Burgess, & Pattison, 1992; Foa, Steketee, & Rothbaum, 1989; Horowitz, 1986; Janoff-Bulman, 1992), os indivíduos apresentam esquemas mentais que contêm informação acerca de si próprios, dos outros e do mundo. São frequentes, por exemplo, as crenças de que se é invulnerável ou de que o mundo é um lugar justo (Lepore, Silver, Wortman, & Wayment, 1996). Uma experiência traumática, tal como uma doença ameaçadora de vida, desafia as assunções e as crenças nucleares do indivíduo (Janoff-Bulman, 1992). Por exemplo, o cancro da mama, pela natureza imprevisível e ameaçadora de vida, bem como pelas mudanças que impõe no dia a dia da doente, faz com que a pessoa questione frequentemente as crenças nucleares que mantém sobre si própria, sobre o mundo e sobre o futuro (Lepore & Helgeson, 1998).

Deste modo, à semelhança de outras experiências traumáticas em que o indivíduo vai procurar integrar a informação relacionada com o trauma nos esquemas mentais pré-existentes (Horowitz, 1986), também o doente com cancro necessita integrar a experiência da doença nos seus modelos mentais prévios (Lepore & Helgeson, 1998). Esse processo, que conduz à adaptação (Lepore & Helgeson, 1998; Lepore et al., 2000), é designado por processamento cognitivo do acontecimento, e, de acordo com Lepore e Helgeson (1998), refere-se às atividades mentais que ajudam o indivíduo a interpretar os acontecimentos traumáticos e a integrar aspectos ameaçadores ou confusos da experiência num quadro conceptual coerente e não ameaçador. Ou seja, de acordo com os modelos de processamento cognitivo, a recuperação de um acontecimento traumático requer que o indivíduo processe a informação relacionada com o trauma até ser incorporada nos esquemas pré-existentes ou até estes serem modificados de forma a acomodarem a nova informação.

Dois processos parecem estar envolvidos nessa tentativa de integração das experiências traumáticas (Lepore et al., 1996). O primeiro diz respeito à exposição repetida a pensamentos, memórias e imagens relacionadas com o trauma

(Rachman, 1980). Nesta perspectiva, os pensamentos intrusivos podem ser vistos como uma manifestação e atividade central do processamento cognitivo (Horowitz, 1986; Rachman, 1980). Creamer et al. (1992) consideram que a exposição repetida ao estímulo traumático pode levar à modificação do significado associado ao acontecimento. Ou seja, a confrontação, a contemplação e a reavaliação da experiência de cancro podem ajudar o doente a reestruturar as suas crenças nucleares e expectativas, promovendo a integração da experiência na sua visão do *self* e do mundo (Lepore & Helgeson, 1998). Assim, segundo Creamer et al. (1992), ainda que os pensamentos intrusivos possam ser perturbadores, a longo prazo são adaptativos, pois a exposição a essas memórias relacionadas com o trauma permite o enfraquecimento das ligações estímulo-resposta e conduz à modificação do significado associado ao trauma.

O segundo processo, que pode ser considerado uma estratégia facilitadora do primeiro, passa pela comunicação ou revelação aos outros do acontecimento traumático ou de aspectos relacionados com este. De fato, esse processo de comunicação ou partilha da experiência traumática foi, desde sempre, encarado como um mecanismo facilitador da adaptação e da recuperação emocional. Pennebaker (1989) evidenciou que a não comunicação sobre experiências traumáticas, como a morte de um ente querido, abuso sexual ou divórcio, estava associada a uma maior perturbação psicológica, procura de ajuda médica e ruminações relacionadas com o trauma. Também no contexto de uma doença oncológica, a comunicação assume, evidentemente, uma grande importância, e facilita a adaptação à doença.

A partir da revisão efetuada, constatou-se que este processo de comunicação pode facilitar o processamento cognitivo e a adaptação ao trauma de diversas formas (Lepore & Helgeson, 1998; Lepore et al., 1996). Em primeiro lugar, constitui-se uma oportunidade de validação de pensamentos e sentimentos e mostra ao indivíduo que o outro se preocupa com ele. Em segundo lugar, encoraja o indivíduo a desenvolver novas perspectivas sobre a situação (Clark, 1993), ajudando-o a encontrar um

significado para a experiência e oferecendo-lhe informações sobre como controlar as suas emoções e lidar com os seus problemas. Por fim, pode reduzir os níveis de ativação e, conseqüentemente, facilitar a integração cognitiva do trauma (Rachman, 1980).

Importa ainda referir que, segundo Lepore et al. (2000), a expressão de pensamentos e sentimentos pode ter impacto na adaptação através do seu efeito nos pensamentos intrusivos. Assim, os autores consideram que os comportamentos de expressão, como falar ou escrever sobre o acontecimento traumático, podem ajudar o indivíduo a construir uma narrativa coerente sobre o sucedido, o que lhe permitirá torná-lo compreensível para si e para os outros. Essa narrativa torna-se parte da representação cognitiva da experiência, alargando, desse modo, a perspectiva do indivíduo e mudando o conteúdo dos pensamentos e das memórias relacionados com o trauma. Se a expressão facilita a reestruturação cognitiva, deve então diminuir a frequência e a intensidade dos pensamentos intrusivos e facilitar a adaptação.

Obstáculos à comunicação

Apesar do papel positivo da partilha de sentimentos, preocupações, medos e pensamentos relacionados à doença na adaptação individual e relacional da doente, surgem, por vezes, obstáculos a essa partilha tanto no contexto da relação de casal como nos outros contextos relacionais (Manne et al., 2007).

Constrangimentos sociais

Ainda que a maior parte dos indivíduos de-seje falar sobre o acontecimento traumático, muitos experienciam aquilo a que vários autores designam por *constrangimentos sociais*, que o inibem de falar ou mesmo pensar acerca da sua experiência (Cordova et al., 2001; Lepore & Helgeson, 1998; Lepore et al., 1996; Lepore et al., 2000). Alguns exemplos são: (1) a falta de acesso a pessoas dispostas a ouvir o indivíduo de forma empática; (2) a manifestação de comportamentos percebidos como inapropriados ou insensíveis por parte da rede social

do indivíduo (e.g., quando a outra pessoa não sabe o que dizer ou fazer e responde de forma inadequada ou minimizadora do acontecimento); (3) a resposta negativa dos outros à partilha do indivíduo (e.g., perante alguns acontecimentos, algumas pessoas podem abandonar ou evitar o indivíduo por se sentirem inúteis ou por não saberem lidar com a situação).

Simultaneamente, pode-se pensar que os constrangimentos sociais têm um impacto negativo no processamento e na integração da experiência. De fato, alguns estudos têm mostrado que, no contexto de uma doença oncológica, a doença pode ter um efeito negativo na qualidade das relações interpessoais, o que, por sua vez, pode impossibilitar o doente de receber a validação e o apoio de que necessita (Dunkel-Schetter & Wortman, 1982). De acordo com os modelos de processamento cognitivo dos acontecimentos traumáticos, as reações sociais negativas e não apoiantes (crítica, afastamento) podem levar o indivíduo a inibir ou a suprimir os pensamentos relacionados com o trauma, interferindo, assim, no seu processamento cognitivo. Cordova et al. (2001), por exemplo, verificaram, numa amostra de doentes com cancro da mama, que os constrangimentos sociais estavam associados a pontuações superiores nos indicadores autorrelatados de inibição do processamento. Por sua vez, a inibição do processamento, refletida por uma maior incerteza, intrusões, evitamento e menor comunicação, estava relacionada com um nível mais elevado de depressão e menor bem-estar.

Do mesmo modo, em estudo conduzido com indivíduos com cancro da próstata, Lepore e Helgeson (1998) verificaram que os doentes que sentiam mais constrangimentos sociais na comunicação sobre a doença apresentavam maior número de pensamentos intrusivos e evitavam falar e pensar sobre a sua experiência. Constatou-se ainda que os pensamentos intrusivos estavam negativamente associados à saúde mental, particularmente nos indivíduos que reportavam maior número de constrangimentos. Por fim, os autores observaram também que os constrangimentos sociais por parte da companhia eram um preditor mais forte da saúde mental do que os constrangimentos por parte de amigos e família.

Os dois estudos mencionados parecem apoiar, assim, os modelos de processamento cognitivo dos acontecimentos traumáticos, realçando o importante papel da comunicação e, consequentemente, dos constrangimentos sociais no processamento cognitivo e na adaptação da doente.

A estratégia de *protective buffering*

Uma das razões que pode estar subjacente às dificuldades de comunicação no casal é o desejo, por parte de um dos elementos da díade, de não perturbar o parceiro ou incomodá-lo com os seus receios e preocupações. Nesse sentido, Coyne e Smith (1991) descreveram uma estratégia de *coping* focada na relação, que designaram por *protective buffering*, e que definiram como “*a matter of hiding concerns, denying worries, and yielding to the partner to avoid disagreements*” (p.405).

Apesar de a intenção subjacente ao uso dessa estratégia ser a promoção do bem-estar do companheiro (doente ou não) e a sua proteção quanto às preocupações relacionadas com a doença, com o objetivo último de diminuir ou evitar a sua perturbação emocional, alguns estudos têm mostrado que essa estratégia não traz benefícios ao doente, ao companheiro ou ao casal (Coyne & Smith, 1991; Hagedoorn et al., 2000; Kuijer et al., 2000; Manne et al., 2007). No estudo de Coyne e Smith (1991), com doentes que tinham sofrido de enfarte do miocárdio, observou-se que um maior envolvimento nessa estratégia, tanto por parte do companheiro como do doente, estava associado a níveis mais elevados de perturbação emocional.

Entre doentes com cancro e seus companheiros, Manne, Dougherty, Veach e Kless (1999) observaram que quando as esposas e doentes do sexo feminino utilizavam essa estratégia, três meses depois apresentavam maior perturbação psicológica. Num outro estudo (Manne et al., 2007), apenas com doentes com cancro da mama e seus companheiros, os mesmos autores verificaram que o uso dessa estratégia por parte da doente predizia maior perturbação emocional, tanto nas doentes como nos companheiros.

O *protective buffering* foi também estudado no contexto de outras estratégias de apoio por parte do companheiro. De acordo com Coyne, Ellard e Smith (1990), existem três formas ou estilos de apoio através dos quais os companheiros saudáveis podem proporcionar apoio ao doente: para além do *protective buffering*, os autores mencionam o envolvimento ativo (*active engagement*) e a sobreproteção (*overprotection*). A estratégia de envolvimento ativo passa pelo envolvimento do outro nas discussões, por lhe perguntar como se sente, se precisa de ajuda ou informação e pelo uso de métodos construtivos de resolução de problemas. Essa estratégia tem sido associada a uma maior satisfação conjugal e à melhoria da qualidade da relação percebida ao longo do curso da doença (Kuijer et al., 2000). Já a sobreproteção relaciona-se com a subestimação das capacidades do doente, resultando, usualmente, numa ajuda excessiva e desnecessária e/ou em tentativas de restrição das atividades do doente. Essa estratégia é frequentemente utilizada quando os companheiros não se sentem autoconfiantes no apoio dado (Hagedoorn et al., 2000) ou quando sentem que o doente tem dificuldades em lidar com a doença (Coyne et al., 1990; Kuijer et al., 2000). Alguns estudos têm mostrado que essa estratégia diminui a autoeficácia do doente (Coyne et al., 1990), bem como o sentimento de controle sobre a sua vida e sobre os resultados da doença (Kuijer et al., 2000). Ainda que Coyne e Smith (1991) tenham estudado essas três formas de apoio essencialmente em casais após enfarte de miocárdio, é plausível pensar que os mesmos processos possam ocorrer em casais que se confrontam com outras doenças, tal como o cancro. Hagedoorn et al. (2000) investigaram o papel dessas três estratégias na satisfação conjugal de doentes com vários tipos de cancro e seus companheiros, e observaram que, enquanto o envolvimento ativo se associava positivamente com a satisfação conjugal, o *protective buffering* e a sobreproteção correlacionavam-se negativamente com essa variável.

Também Kuijer et al. (2000) conduziram um estudo com doentes com cancro da mama, no qual procuraram analisar a influência dos três tipos de estratégias mencionadas na adaptação das doentes.

De forma geral, verificaram que tanto a estratégia de envolvimento ativo como a de *protective buffering* não se associavam significativamente aos níveis de perturbação emocional do doente, ao contrário da sobreproteção, que se associava negativa e significativamente ao bem-estar da mulher e à percepção de controle sobre a doença.

Não obstante o fato de o *protective buffering* ser utilizado com o objetivo de reduzir ou impedir a perturbação emocional do outro no contexto de uma relação próxima, tal como os estudos mencionados indicam, os resultados são, habitualmente, negativos. Os modelos de processamento do trauma, apresentados anteriormente, permitem compreender a ineficácia desse processo. Com efeito, a não partilha de preocupações ou de informações relacionadas com a doença e com a supressão de sentimentos e pensamentos negativos impede ou, pelo menos, dificulta o processamento cognitivo e emocional do acontecimento, interferindo negativamente na adaptação do sujeito a esse mesmo acontecimento (Lepore et al., 1996).

Paralelamente, para além do impacto negativo dessa estratégia para a pessoa que a utiliza, segundo Manne et al. (2007), o *protective buffering* tem também um impacto psicológico negativo no outro, tal como os estudos atrás referidos também indicam. Por exemplo, se o doente não partilhar as suas preocupações, o companheiro pode acabar por não corresponder às suas expectativas de apoio, não cumprindo o seu papel de cuidador, fato que frequentemente conduz a um aumento do seu próprio *distress* emocional. Segundo Manne et al. (2007), é por essa razão que o *protective buffering* quando utilizado pelo companheiro doente pode ser particularmente prejudicial para o companheiro saudável: "*because it is the partner's 'job' to provide support, if the patient does not share feelings, then the partner may not know how best to provide support that matches the patient's needs and may experience concomitant feelings of inefficacy*" (p.387).

Por fim, é importante considerar o impacto negativo que essa estratégia tem na própria relação. De acordo com Manne et al. (2007), quando um parceiro numa relação íntima não revela os seus

sentimentos e preocupações sobre um acontecimento de vida perturbador, o processo de manutenção da intimidade é comprometido na medida em que se perde uma oportunidade para que o outro responda de forma empática e responsiva (Manne & Badr, 2008).

Conclusão

Este estudo foi desenvolvido com o objetivo de sistematizar e integrar a informação existente na literatura sobre a comunicação, particularmente no contexto de casal, de mulheres com cancro da mama. Subjacente a esta revisão esteve a necessidade de encontrar alguma coerência nos escassos estudos desenvolvidos até o momento, bem como um quadro conceptual adequado que permitisse compreender o papel que a comunicação desempenha na adaptação ao cancro. Apesar de a comunicação ser fundamental na adaptação da doente e na manutenção de uma relação conjugal positiva, essa área tem recebido pouca atenção dos investigadores, não existindo um quadro conceptual integrador.

O presente estudo de revisão sugere que a partilha de pensamentos, preocupações e sentimentos relacionados com a doença, no contexto da relação de casal (ou outros contextos relacionais), é fundamental. Efetivamente, vários estudos mostram que a comunicação é muito importante para uma melhor adaptação da mulher à doença. Essa associação pode ser explicada por vários fatores, com destaque para o papel da comunicação como mecanismo facilitador do processamento cognitivo da experiência de cancro, tal como os modelos de processamento cognitivo dos acontecimentos traumáticos sugerem. Paralelamente, a comunicação é central para o desenvolvimento e a manutenção da intimidade entre o casal, que, por sua vez, está associada a uma maior satisfação conjugal. Contudo, e não obstante a necessidade que a maioria das doentes tem de partilhar as suas experiências, em particular com o seu companheiro, surgem, por vezes, obstáculos à comunicação. Da revisão da literatura efetuada, destacam-se os designados constrangimentos sociais e a estratégia

de *protective buffering*. Esses obstáculos, ao impedirem a autorrevelação, acabam por interferir negativamente no processamento cognitivo da informação, dificultando, assim, a adaptação da doente e do seu companheiro.

Por fim, importa sublinhar a necessidade de que, futuramente, a investigação com doentes oncológicos e especificamente com cancro da mama se centre também nesta área, dada a sua relevância não só para a doente como também para o companheiro e, especialmente, para o casal como unidade interdependente. São várias as temáticas ainda não desenvolvidas. Seria importante, por exemplo, a realização de estudos longitudinais que procurassem analisar os preditores de uma comunicação positiva entre o casal ao longo do curso da doença. Tal estudo poderia identificar importantes fatores de risco e/ou de proteção, que poderiam, assim, ser considerados na prática clínica com esses casais. Simultaneamente, e não obstante alguns estudos terem já sido desenvolvidos com mulheres com cancro da mama, será com certeza importante levar a cabo um maior número de investigações com essa população específica para que o conhecimento adquirido seja mais aprofundado e específico. Os resultados de vários estudos apresentados na presente revisão, conduzidos com outros tipos de cancro, podem não ser generalizáveis a essa população específica.

Outro aspecto enfatizado no presente trabalho foram os obstáculos a uma comunicação saudável ou mesmo à sua ocorrência. Em relação aos constrangimentos sociais, a investigação existente centra-se, sobretudo, na análise dos comportamentos ou atitudes de outros elementos da rede social do doente e não tanto no(a) companheiro(a). Desse modo, a necessidade de um foco específico no casal é mais uma vez acentuada, para que seja possível compreender a relação entre os comportamentos específicos de um dos elementos da díade conjugal (afastamento, crítica etc.) e a adaptação do outro à experiência de cancro. Importante seria ainda analisar o papel mediador da inibição do processamento cognitivo nessa relação, dado que alguns estudos sugerem que os constrangimentos estão associados a diversos indicadores de inibição do processamento.

Outra importante pista para a investigação futura é o estudo da relação entre a comunicação e o crescimento pós-traumático da doente. Se a partilha da experiência parece ser fundamental para o processamento e integração da experiência traumática da doença e, conseqüentemente, para a adaptação, importa saber se será relevante para a experiência de crescimento perante essa adversidade.

Em suma, não obstante a escassa produção científica nesta área e a sua relativa desarticulação, o presente estudo permitiu, de modo coerente e sintético, evidenciar o importante papel da comunicação entre o casal na adaptação a essa experiência. Ficou igualmente claro que esse processo de partilha com o outro é muito importante na integração cognitiva da experiência, pelo que deve ser fomentado. Assim, na prática clínica, parece ser importante implementar estratégias que encorajem e promovam uma partilha aberta de pensamentos, sentimentos e preocupações entre os elementos do casal. Essa partilha fomentará não só uma relação mais íntima e positiva, como também facilitará o processamento da informação relacionada com o diagnóstico de cancro, promovendo a adaptação da doente.

Referências

- Clark, L. (1993). Stress and the cognitive-conversational benefits of social interaction. *Journal of Social and Clinical Psychology, 12*(1), 25-55.
- Cordova, M., Cunningham, L., Carlson, C., & Andrykowski, M. (2001). Social constraints, cognitive processing, and adjustment to breast cancer. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 69*(4), 706-711.
- Coyne, J., Ellard, J., & Smith, D. (1990). Social support, interdependence, and the dilemmas of helping. In B. Sarason, I. Sarason & G. Pierce (Orgs.), *Social support: An interactional view* (pp.129-149). New York: Wiley.
- Coyne, J., & Smith, D. (1991). Couples coping with a myocardial infarction: A contextual perspective on wives' distress. *Journal of Personality and Social Psychology, 61*(3), 404-412.
- Creamer, M., Burgess, P., & Pattison, P. (1992). Reaction to trauma: A cognitive processing model. *Journal of Abnormal Psychology, 101*(3), 452-459.
- Dunkel-Schetter, C., & Wortman, C. (1982). The interpersonal dynamics of cancer: Problems in social relationships

- and their impact on the patient. In H. Friedman & M. DiMatteo (Orgs.), *Interpersonal issues in health care* (pp.69-100). New York: Academic Press.
- Figueiredo, M., Fries, E., & Ingram, K. (2004). The role of disclosure patterns and unsupportive social interactions in the well-being of breast cancer patients. *Psycho-Oncology*, 13(2), 96-105.
- Foa, E., Steketee, G., & Rothbaum, B. (1989). Behavioral-cognitive conceptualizations of post-traumatic stress disorder. *Behavioral Therapy*, 20(2), 155-176.
- Giese-Davis, J., Hermanson, K., Koopman, C., Weibel, D., & Spiegel, D. (2000). Quality of couples' relationship and adjustment to metastatic breast cancer. *Journal of Family Psychology*, 14(4), 251-266.
- Hagedoorn, M., Kuijjer, R., Buunk, B., DeJong, M., Wobbes, T., & Sanderman, R. (2000). Marital satisfaction in patients with cancer: Does support from intimate partners benefit those who need it the most? *Health Psychology*, 19(3), 274-282.
- Horowitz, M. (1986). *Stress response syndromes*. New York: Jason Aronson.
- Janoff-Bulman, R. (1992). *Shattered assumptions: Towards a new psychology of trauma*. New York: Free Press.
- Kuijjer, R., Ybema, J., Buunk, B., Jong, M., Thijs-Boer, F., & Sanderman, R. (2000). Active engagement, protective buffering, and overprotection: Three ways of giving support by intimate partners of patients with cancer. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 19(2), 256-275.
- Lepore, S., & Helgeson, V. (1998). Social constraints, intrusive thoughts, and mental health after prostate cancer. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 17(1), 89-106.
- Lepore, S., Ragan, J., & Jones, S. (2000). Talking facilitates cognitive-emotional processes of adaptation to an acute stressor. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78(3), 499-508.
- Lepore, S., Silver, R., Wortman, C., & Wayment, H. (1996). Social constraints, intrusive thoughts, and depressive symptoms among bereaved mothers. *Journal of Personality and Social Psychology*, 70(2), 271-282.
- Manne, S., & Badr, H. (2008). Intimacy and relationship processes in couples' psychosocial adaptation to cancer. *Cancer*, 112(11 Suppl), 2541-2555.
- Manne, S., Dougherty, J., Veach, S., & Kless, R. (1999). Hiding worries from one's spouse: Protective buffering among cancer patients and their spouses. *Cancer Research Therapy and Control*, 8, 175-188.
- Manne, S., Norton, T., Ostroff, J., Winkel, G., Fox, K., & Grana, G. (2007). Protective buffering and psychological distress among couples coping with breast cancer: The moderating role of relationship satisfaction. *Journal of Family Psychology*, 21(3), 380-388.
- Manne, S., Ostroff, J., Norton, T., Fox, K., Goldstein, L., & Grana, G. (2006). Cancer-related relationship communication in couples coping with early stage breast cancer. *Psycho-Oncology*, 15(3), 234-247.
- Merves-Okun, L., Edmund, A., & Frank, B. (1991). Perceptions of intimacy in marriage: A study of married couples. *American Journal of Family Therapy*, 19(2), 110-118.
- Mesters, I., van der Born, H., McCormick, L., Pruyn, J., de Boer, M., & Imbos, T. (1997). Openness to discuss cancer in the nuclear family: Scale, development, and validation. *Psychosomatic Medicine*, 59(3), 269-279.
- Pennebaker, J. (1989). Confession, inhibition, and disease. In L. Berkowitz (Org.), *Advances in experimental social psychology* (Vol.22, pp.211-244). Orlando, FL: Academic Press.
- Pistrang, N., & Barker, C. (1992). Disclosure of concerns in breast cancer. *Psycho-Oncology*, 1(3), 183-192.
- Pistrang, N., & Barker, C. (1995). The partner relationship in psychological response to breast cancer. *Social Science & Medicine*, 40(6), 789-797.
- Porter, L., Keefe, F., Hurwitz, H., & Faber, M. (2005). Disclosure between patients with gastrointestinal cancer and their spouses. *Psycho-Oncology*, 14(12), 1030-1042.
- Prager, K. J. (1995). *The psychology of intimacy*. New York: The Guilford Press.
- Rachman, S. (1980). Emotional processing. *Behaviour Research and Therapy*, 18(1), 51-60.
- Reis, H. T., & Patrick, B. (1996). Attachment and intimacy: Component processes. In T. Higgins & A. Kruglanski (Orgs.), *Social psychology: Handbook of basic principles*. New York: The Guilford Press.
- Silver, R., & Wortman, C. (1980). Coping with undesirable events. In J. Garber & M. Seligman (Orgs.), *Human helplessness: Theory and applications*. New York: Academic Press.
- Spiegel, D., Bloom, J., & Gottheil, E. (1983). Family environment as a predictor of adjustment to metastatic breast carcinoma. *Journal of Psychosocial Oncology*, 1(1), 33-44.

Recebido em: 6/2/2012
Aprovado em: 28/3/2012

Users' psychological characterization of the *Birigui* Mental Health Clinic

Caracterização dos usuários do atendimento psicológico do Ambulatório de Saúde Mental de Birigui

Renato Salviato **FAJARDO**¹
Adriana Cristina **ZAVANELLI**¹
Eliene Ferreira **BOTASIM**²
Gláucia de Souza **BARBOZA**²

Abstract

To improve mental health services, the World Health Organization proposes an "epidemiological approach" based on the constant screening of existing research, and aimed at continuous improvement of psychological treatment rather than strict application of prescribed techniques. This study provides an epidemiological survey conducted at the psychology ward of the municipal *Ambulatório de Saúde Mental* in *Birigui, São Paulo*, Brazil. Data from 180 patients in psychotherapeutic care were collected, and subsequent descriptive analysis showed that the population consisted predominantly of adults (82.8% of total) and females (81.0%). Depressive disorder was the most common symptom (61.1%), and the majority of the participants (72.2%) received psychological treatment for the first time. The data presented in this paper can assist mental health professionals in selecting appropriate treatment by creating a profile of patients.

Keywords: Depression; Gender identity; Health profile; Mental health; Psychic symptoms.

Resumo

Segundo a Organização Mundial de Saúde, a fim de se aprimorarem os serviços de saúde mental, são necessários investimentos na produção de dados concretos sobre os serviços e os recursos existentes. Para cumprir essa orientação, é imprescindível uma "atitude epidemiológica", de forma a não permitir que o trabalho se restrinja apenas à aplicação de técnicas, mas imponha uma postura de invenção permanente ao lidar com o sofrimento psíquico. Este estudo, que traça o perfil epidemiológico da população que utiliza o serviço de psicologia do Ambulatório de Saúde Mental de

▼ ▼ ▼ ▼ ▼

¹ Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Faculdade de Odontologia, 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 Psicóloga. Araçatuba, SP, Brasil.

Birigui São Paulo, foi realizado através de coleta de dados dos prontuários dos pacientes em atendimento psicoterapêutico. Foram pesquisados: idade, gênero, queixa, realização e duração de tratamento psicológico anterior, período do atual tratamento psicológico, forma de encaminhamento ao ambulatório e tipo de tratamento. Segundo os dados, a população atendida foi predominantemente de adultos (82,8%) do gênero feminino (81,0%). O sintoma mais comum relatado foi o transtorno depressivo (61,1%), e a maioria (72,2%) estava em tratamento psicológico pela primeira vez. Os dados analisados nos permitem concluir que a caracterização dos pacientes auxilia no esboço de um perfil de usuários para orientar e propor atendimentos dos serviços de saúde mental.

Palavras-chave: Depressão; Identidade de gênero; Perfil de saúde; Saúde mental; Sintomas psíquicos.

A municipal *Ambulatório de Saúde Mental* (ASM, Mental Health Clinic) is a specialised outpatient facility aimed at providing treatment, rehabilitation and social insertion, as well as promoting mental health. It generally targets the whole population, including children and adolescents.

The Mental Health Clinic in *Birigui* (SP) opened on 18 August 1990, in the period of psychiatric reform. At the moment this study was conducted, the unit had a total of 15,000 patients on file, of which 2,500 active. A specific service exists for the treatment of children, which means that the Mental Health Clinic mainly attends adults and adolescents (Birigui, 2009; Hirdes, 2009).

Various studies have researched the characteristics of treatment of adolescents (Barbosa, 1992; Schoen-Ferreira, Silva, Farias, & Silves, 2002), considering the transformations that this phase involves. Studies with adult subjects, on the other hand, point mainly to personal conflicts as a result of physical and/or emotional transformations (Mori & Coelho, 2003, 2004; Mori, Coelho, & Estrella 2006). However, few of these private experiences appear to reach public health services. Knowledge in the public health sector seems to be based for the most part on practical work experience of the professionals involved, and is therefore imprecise and not generalisable. It was verified that the development of services lacks parameters and systemisation, and that incentives and investments in research to improve offered services are scarce (Arcaro, 1991). Mental health services in municipal clinics have, according to official reports, a low success rate and limited impact on the larger mental health network (Brasil, 2010a).

The World Health Organization urges that investments in research on existing services and resources are necessary in order to improve mental health services. In this context, it is important to adopt an epidemiological attitude, consisting of constant assessment of the mental health state of the population, its evolution and what it is affected by. This approach ensures that services aren't restricted to the application of techniques, but involve a posture of permanent intervention in dealing with psychic suffering (Brasil, 2010b; Paraná, 2010; Santa Catarina, 2004). Knowledge of patients' complaints and demands also assists in improving the planning and organisation of preventive and curative action (Gatti & Beres, 2004; Peres, Santos, & Coelho, 2004; Romaro & Capitão, 2003).

The objective of this study is to propose an epidemiological characterisation of the patients of a mental health centre in *Birigui*, a medium-sized city in the state of *São Paulo*, thus contributing to the implementation of new strategies aimed at serving users of mental health services in a more effective way.

Method

Participants

This study is based on the collection of data from patient files of 180 patients receiving psychotherapeutic care at the *Birigui* mental health centre in the period 2009-2010. All participants gave informed consent, after which the data were collected by the psychologists responsible for the treatment. Doctor-patient confidentiality was observed, considering that the study is about

documenting differential activities (Franco & Mota, 2003).

Instruments

Following approval by the Human Ethics Committee of the *Faculdade de Odontologia de Araçatuba* (FOA, Dentistry School of Araçatuba) (Process nº 00885/2010), the following data were recorded: age, gender, complaint (reason for the patient seeking assistance), prior psychological treatment and its duration, present treatment time and referral path to the facility.

Proceedings

Data about medical complaints were collected from patients' intake charts, where the results of screening interviews are recorded. As such, this study does not aim to present full diagnoses, but rather the reasons for which the patients sought assistance. Medical diagnoses were only used in cases where those were present on the intake charts.

In order to facilitate systemisation and interpretation of data and avoid fragmentation of the patient group in many different categories, complaints were grouped according to criteria defined by the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - DSM-IV-TR, without the pretention of making diagnostics, as applied in earlier work (Jorge, 2002). In addition, the following categories better fit into criteria established by Campezzatto and Nunes (2007), Louzada (2003), and Romaro and Capitão (2003):

- *Symptoms of depressive disorder*: Sadness/anguish, forgetfulness, irritability, insecurity/low self-esteem, sleep disorder, increase or loss of appetite, headache, compulsive crying, weariness, desire to disappear, suicidal tendency, suicide attempt and psychotic symptoms (Jorge, 2002).

- *Symptoms of anxiety disorder*: Anxiety, shortness of breath, perspiration, trembling, concern with physical health, tingling sensation, cold hands, pressure on the chest, faintish feeling,

tachycardia, changes in blood pressure, xerostomia, fear and phobia; among which fear of being alone, going up stairs, using lifts, driving, or dying (Jorge, 2002; National Institute of Mental Health, 1991; Silva, 2006), obsessive compulsive disorder, ritualism, recurring negative thoughts, compulsion towards certain behaviours, post-traumatic stress symptoms related to anguish, anger, despair, crying, physical symptoms, insomnia and delusions of persecution related to a traumatic event (Jorge, 2002; Torres & Smaira, 2001).

- *Difficulties in interpersonal relationships*: Family and marital conflicts, difficulty with interpersonal relationships in general, shyness, jealousy, aggression, impulsivity and guilt (Cerchiari, Caetano, & Faccenda, 2005; Louzada, 2003; Portugal, 2008; Romaro & Capitão, 2003).

- *Physical disease*: Heart problems, hypertension, diabetes, lupus, cancer, obesity and headaches (Campezatto & Nunes, 2007).

- *Grief*: Loss by death or separation (Louzada, 2003).

- Alcohol and/or drug abuse

- *Others*: Less common complaints and disorders, such as: bipolar affective disorder (medically diagnosed), smoking, sexual abuse and sexual dysfunction.

Registered adolescent-specific complaints were: Indiscipline, learning difficulties, distractedness, stealing, enuresis, and stuttering (Schoen-Ferreira, et al., 2002).

After the data from the medical records were grouped according to the above parameters, a descriptive analysis was performed in order to obtain group percentages and enable comparison.

Discussion

The patient's characterisation with regard to gender, it was observed that a majority of 81% of all patients were female, with 19% male patients (Table 1).

The high percentage of female patients in mental health services corresponds with finds in

Table 1Number of patients by gender and age. *Birigui* (SP), 2010

Description	Patient	
	n	%
Female patients	146	81.0
Male patients	34	19.0
Patients aged 40 to 49	44	24.4
Patients aged 50 to 59	32	17.8
Patients aged 60 to 66	14	7.8
Total adult patients	149	82.8
Total adolescent patients	31	17.2

other studies (Cerchiari et al., 2005), and may be interpreted as a manifestation of sociocultural patterns in gender relations. Prevailing behavioural standards dictate, for instance, that women are expected to externalise their emotions, seeking assistance when necessary, whereas men are expected to hide emotions and psychic distress when dealing with the difficulties that arise in daily life, thus cultivating an image of courage, strength and stability (Peres et al., 2004).

It can be observed that patients aged 40 to 49 make up the largest age group (24.4%), followed by patients aged 50 to 59 (17.8%). Both age groups have a female majority. Table 1 also shows a considerable majority of adults in the population (82.8%), compared to 17.2% adolescents. It may be assumed that the predominance of women in the age category of 40 to 59 years is associated to the climacteric period. Although it is beyond the scope of this study to confirm this assumption, it is clear that the climacteric has a profound influence on symptoms of anxiety and depression, which can urge people to seek medical and psychotherapeutic assistance. A study conducted by Pedro, Pinto-Neto, Costa-Paiva, Osis, and Hardi (2002) with female patients aged 45 to 60 revealed a high occurrence of climacteric symptoms, the most frequent of which were considered by the authors to be of psychological nature, including depression, nervous tension and irritability.

Menopause is characterised by biological, psychological and sociocultural aspects, and requires some restructuring in the psychological framework of middle-aged women (Mori & Coelho, 2004). It is

in this context that psychosocial factors act that can intensify emotional reactions. The phase in which menopause occurs often coincides with other big changes, such as retirement, children leaving home, elderly parents, and a worn-out conjugal relationship. These events can in some cases culminate into separation or being widowed (Mori & Coelho, 2003).

In the light of earlier research and the data gathered in this study, the proposal by Mori and Coelho (2003) about the importance of psychological assistance in public health services is considered highly relevant.

Another striking detail that came forward in the present study is the near absence of elderly patients. Patients aged 60-66 corresponded with 7.8% of the total, with the oldest patient being 66 years old (Table 1). The absence of elderly patients in mental health services was also emphasised by Louzada (2003).

Data from Table 2 point out that the largest group of patients, 41.1% of the population, were referred to the mental health facility by medical practitioners at *Unidade Básica de Saúde* (UBS, Basic Public Health Units). Another 15.5% were referred by medical specialists, whereas 12.2% were referred by acting professionals at the mental health centre itself. This distribution reveals that the clinic functions well within the public network, and that it receives patients through referrals by UBS, psychiatric hospitals, schools, courts, tutelary councils, psychotechnic services and other institutions, with the exception of urgent cases and emergencies, which receive immediate attention.

Table 3 below shows patients' history of prior psychological treatment. It can be seen that 72.0% of all patients have no history of psychological treatment. Of the patients that were subjected to treatment (27.8%) before, treatment periods varied from 6 months (26.4%) to one year (24.5%).

Of the patients receiving treatment at the moment the sample was taken, 40.6% had been treated for 1-6 months, whereas 17.8% had been treated for over 1 but less than 2 years. Another 17.8% had been treated for over 2 years.

Table 2Referral path to the Mental Health Clinic. *Birigui (SP), 2010*

Description	Patient's referred	
	n	%
Referred by UBS	74	41.1
Referred by medical specialists	27	15.5
Referred by the Clinic's own personnel	22	12.2

Note: UBS: *Unidade Básica de Saúde*.**Table 3**History of psychological treatment. *Birigui (SP), 2010*

Description	Prior treatment number	
	n	%
Never had psychological treatment	130	72.0
Had psychological treatment	50	27.8
Duration of treatment 6 months	13	26.4
Duration of treatment 1 year	12	24.5
Patients in treatment 1-6 months	73	40.6
Patients in treatment 1<2 years	32	17.8
Patients in treatment >2 years	32	17.8

Table 4Number of cases per type of complaint. *Birigui (SP), 2010*

Description	Patient's symptoms	
	n	%
Symptoms of Depressive Disorder	110	61.1
Difficulty in interpersonal relationships	97	53.8
Symptoms of Anxiety Disorder	84	46.6

This result may be related to a commonly held belief that the Ministry of Health established a maximum of 6 months for the duration of psychological treatment in the public sector. However, there is no official document present at the institution confirming this norm. From this, it can be inferred that the cases with treatment for more than two years involve grave mental disorders that cannot be resolved in a shorter period.

As is demonstrated in Table 4, 61.1% of the sample population sought psychological assistance as a result of symptoms related to depressive disorder. Furthermore, 53.8% suffered from difficulties in interpersonal relationships, and another 46.6% had symptoms of anxiety disorder.

Relating gender with complaints, it was observed that in both genders the prevalence of depressive disorders was the highest, followed by difficulty in interpersonal relationships and anxiety disorder, with equivalent percentages of approximately 36.0% on the two variables for female and 5.0% for male patients. This complaint is characterised by: sadness/anguish, forgetfulness, anger, irritability, insecurity/low self-esteem, sleep disorder, increase or loss of appetite, headache, compulsive crying, weariness, desire to disappear, suicidal tendency, suicide attempt and psychotic symptoms.

Analysing the profile of complaints of adolescent patients separately, a particularly high prevalence of difficulty in interpersonal relationships stood out (43.1%). This category includes: family and marital conflicts, difficulty with interpersonal relationships in general, shyness, jealousy, aggressiveness, impulsivity and guilt. The presence rate of adolescents (17.2%) in the patient group points to the importance of adopting a group-specific psychological approach that takes the critical transformations that occur during adolescence into account (Schoen-Ferreira et al., 2002).

The second most frequent complaint in adolescent patients involved symptoms of anxiety disorder, followed by depressive disorder and learning difficulties, equally distributed.

Research by Romaro & Capitão (2003) provided similar results; adolescents in their sample predominantly had difficulties in interpersonal relationships (25.4%), family relations (22.5%), learning problems (9.8%), sleep disorder, eating disorder, enuresis and difficulty in dealing with loss (8.8% cumulative).

Then, the characterisation of the epidemiological profile found in the studied population is composed, in majority, of female adults aged 40 to 59 years, referred by practitioners from a UBS, and receiving psychological treatment for the first time, the duration of which varied from 1 to 6 months. Predominant complaints related to

symptoms of depressive disorder and, in the case of adolescents, difficulty in interpersonal relationships.

The relatively high representation of middle-aged women in the Mental Health Clinic's patient file points to the importance of developing programmes that attend to the specific needs of this group. As mentioned before, it is in this phase of life that several psychosocial factors appear that can contribute to emotional problems, such as feeling of abandonment when children leave home, ageing parents, retirement and a worn-out conjugal relationship (Mori & Coelho, 2003).

For this reason, Mori and Coelho (2003) propose the inclusion of group specific psychological assistance, aimed at improving the quality of life of middle-aged women by helping them redefine their social relations, deal with losses, and redirect time and energy to new goals and pastimes.

This study revealed the necessity to revise and standardise the instruments used at the institution, considering that several variables relevant for research like marital status, occupation, education and address were either unrecorded or recorded in a non-systemised manner. It was also noted that there is a need to improve the files kept on the work and activities of psychologists. At present there is no demand by authoritative organs to provide documentation about anything other than individual and groups consults, which means that no registers are kept on extra activities like waiting room activities and sociocultural activities. Information about this was therefore collected verbally from the clinic's staff members, but if documented systematically it could make an interesting contribution to new research.

Respecting the limitations of this study and considering its context, it can be concluded that information systemisation at mental health clinics is a fundamental factor in generating reliable data needed for the implementation of improvements in mental health care. This way, the visibility and impact of projects is increased, which in turn leads to more recognition by the government and society at large.

References

- Arcaro, N. T. (1991). Investigação de aspectos da clientela e sistema de atendimento de um ambulatório de saúde mental. *Psicologia USP*, 2(1-2), 49-63.
- Barbosa, J. I. C. (1992). *Uma caracterização preliminar das clínicas-escola de Fortaleza* (Dissertação de mestrado não-publicada). Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica, Universidade de São Paulo.
- Birigui. Prefeitura Municipal. (2009). *Relatório de atividades da equipe técnica do ambulatório de saúde mental da prefeitura municipal de Birigui*. Birigui: Prefeitura Municipal.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2010a). *O que é reforma psiquiátrica*. Recuperado em outubro 5, 2010, disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=33929>.
- Brasil. Ministério da Saúde. (2010b). *Saúde mental em dados - 7*. Brasília: Ministério da Saúde. Recuperado em julho 14, 2010, disponível em <www.saude.gov.br/bvs/saudemental>.
- Campezatto, P. M., & Nunes, M. L. T. (2007). Caracterização da clientela das clínicas-escola de cursos de Psicologia da região metropolitana de Porto Alegre. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 20(3), 376-388.
- Cerchiari, E. A. N., Caetano, D., & Faccenda, O. (2005). Utilização do serviço de saúde mental em uma universidade pública. *Psicologia Ciência e Profissão*, 25(2), 252-265.
- Franco, A., & Mota, E. (2003). Distribuição e atuação dos psicólogos na rede de unidades públicas de saúde no Brasil. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 23(3), 50-59.
- Gatti, A. L., & Beres, V. L. (2004). Queixas em serviço de atendimento psicológico. *Integração*, 10(38), 281-284.
- Hirdes, A. (2009). A reforma psiquiátrica no Brasil: uma (re)visão. *Ciência e Saúde Coletiva*, 14(1), 297-305.
- Jorge, M. R. (2002). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-IV-TR*. Porto Alegre: Artmed.
- Louzada, R. C. R. (2003). Caracterização da clientela atendida no núcleo de psicologia aplicada da Universidade Federal do Espírito Santo. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 8(3), 451-457.
- Mori, M. E., & Coelho, V. L. D. (2003). A vida ouvida: a escuta psicológica e a saúde da mulher de meia-idade. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 3(2). Recuperado em novembro 6, 2010, disponível em <<http://www.revispsi.uerj.br/v3n2/artigos/Artigo%204%20-%20V3N2.pdf>>.
- Mori, M. E., & Coelho, V. L. D. (2004). Mulheres de corpo e alma: aspectos biopsicossociais da meia-idade feminina. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 17(2), 177-187.
- Mori, M. E., Coelho, V. L. D., & Estrella, R.C.N. (2006). Sistema Único de Saúde e políticas públicas: aten-

- dimento psicológico à mulher na menopausa no Distrito Federal, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 22(9), 1825-1833.
- National Institute of Mental Health. (1991). *Treatment of panic disorder. NIH Consensus Statement*, 9(2), 1-24.
- Torres, A. L. R., & Smaira, S. (2001). Quadro clínico do transtorno obsessivo-compulsivo. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 23(2), 6-9.
- Paraná. Conselho Estadual de Saúde. (2010). Organização de serviços de saúde mental. Recuperado em janeiro 25, 2010, disponível em <http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/plano_estadual_saude_1104.pdf>.
- Pedro, A. O., Pinto-Neto, A. M., Costa-Paiva, L., Osis, M. O., & Hardi, E. (2002). Procura de serviço médico por mulheres climatéricas brasileiras. *Revista de Saúde Pública*, 36(4), 484-490.
- Peres, R. S., Santos, M. A., & Coelho, H. M. B. (2004). Perfil da clientela de um programa de pronto-atendimento psicológico a estudantes universitários. *Psicologia em Estudo*, 9(1), 47-54.
- Portugal. Ministério da Saúde. (2008). *Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016: resumo executivo*. Lisboa: Coordenação Nacional para a Saúde Mental.
- Romaro, R. A., & Capitão, C. G. (2003). Caracterização da clientela da clínica-escola de psicologia da Universidade São Francisco. *Psicologia: Teoria e Prática*, 5(1), 111-121.
- Santa Catarina. Secretaria de Estado da Saúde. (2004). *Plano Estadual de Saúde Mental: 2005-2006*. Florianópolis: Secretaria de Estado da Saúde.
- Schoen-Ferreira, T. H., Silva, D. A., Farias, M. A., & Silveiras, E. F. M. (2002). Perfil e principais queixas dos clientes encaminhados ao Centro de Atendimento e Apoio Psicológico ao Adolescente (CAAA) - UNIFESP/EPM. *Psicologia em Estudo*, 7(2), 73-82.
- Silva, A. B. B. (2006). *Mentes com medo: da compreensão à superação*. São Paulo: Integre.

Received on: 26/7/2011
Final version on: 13/4/2012
Approved on: 3/5/2012

Breathing and relaxation training for patients with hypertension and stress

Treino de relaxamento e respiração em pacientes com hipertensão e estresse

Livia de Matos **CHICAYBAN**¹
Lucia Emmanoel Novaes **MALAGRIS**¹

Abstract

This study evaluated the effects of the relaxation and breathing training for hypertensive patients on the index, levels and symptoms of stress and blood pressure among hypertensive patients suffering from stress. Nineteen patients from a hypertension and diabetes program in *Rio de Janeiro* participated in the study that which used, as instruments, Lipp's inventory of stress symptoms for adults, the psychological interview for hypertensive patients, the relaxation and breathing training for hypertensive patients protocol, weekly registration form and blood pressure monitors. The experimental group received the relaxation and breathing training for hypertensive patients in 13 sessions of 60 minutes and had blood pressure monitored before and after each session. The control group had blood pressure monitored weekly. It was observed that the relaxation and breathing training for hypertensive patients reduced the stress index and symptoms in the experimental group in isolation, except when compared to the control group. However, it did not reduce the levels of blood pressure in the experimental group in comparison to the control group. The results report that, besides the relaxation and breathing training for hypertensive patients, other strategies are necessary to control stress and hypertension.

Keywords: Blood pressure; Hypertension; Stress; Relaxation therapy.

Resumo

Este estudo avaliou os efeitos do treino de relaxamento e respiração para hipertensos no índice, níveis, sintomas de stress e pressão arterial de hipertensos estressados. Participaram do estudo 19 pacientes de um programa de hipertensão e diabetes do Rio de Janeiro, utilizando-se como instrumentos o inventário de sintomas de stress para adultos de Lipp, entrevista psicológica para hipertensos, protocolo e folha de registro semanal do treino de relaxamento e respiração para hipertensos e esfigmomanômetro. O grupo experimental submeteu-se ao treino de relaxamento e respiração

▼ ▼ ▼ ▼ ▼

¹ Universidade Federal do Rio de Janeiro, Instituto de Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Av. Pasteur, 250, Fundos, 2º andar, Praia Vermelha, 22290-902, Rio de Janeiro, RJ, Brasil. *Correspondência para/Correspondence to:* L.E.N. MALAGRIS E-mail: <lucianovaes@terra.com.br>.

Article based on the dissertation of L.M. Chicayban intitled "Stress e Hipertensão: treino de relaxamento e respiração como método de intervenção". Universidade Federal do Rio de Janeiro, 2009.

Support: Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior.

Acknowledgments: Centro Municipal de Saúde Marcolino Candau and the trainees Anna C. Andrade, Carla Telles, Gabriela Lima and Luciana Bento, for their collaboration in the study field work.

para hipertensos em 13 sessões de 60 minutos e teve pressão arterial aferida antes e após cada sessão. O grupo-controle compareceu semanalmente para aferir pressão arterial. Verificou-se que o treino de relaxamento e respiração para hipertensos reduziu índice e sintomas de stress no grupo experimental, isoladamente, exceto na comparação com o grupo-controle; contudo, não reduziu níveis de pressão arterial do grupo experimental, comparado ao grupo-controle. Os resultados indicam que, além do treino de relaxamento e respiração para hipertensos, outras estratégias parecem necessárias para controle do stress e da hipertensão.

Palavras-chave: Pressão arterial; Hipertensão; Estresse; Terapia de relaxamento.

It was in the early 1930s that Selye (1965) commenced his studies on stress in the area of health, concluding that it was a matter of a complex, dynamic neuropsychophysiological process which takes place over three stages (alarm, resistance and exhaustion). According to the author, stress has an adaptive function and when chronic, it may contribute to the development of various diseases (cardiovascular, renal, arthritis, hypertension, ulcers and cancer). Based on her field research, Lipp (2000) concluded that the stress process occurs in four phases (alert, resistance, near-exhaustion and exhaustion) which, when it reaches the advanced phases, involves a significant degree of impairment of the organism (Lipp & Malagris, 2011).

As far as Lipp (Lipp & Malagris, 2001, p.477) is concerned, stress can be defined as “the organism’s reaction to psychological and physical components, caused by psychophysiological alterations which occur when an individual is confronted with a situation which in some way irritates, scares, excites or confuses him or even makes him immensely happy”. It is already known that thoughts and mental processes play a clear role in stress (Lazarus & Folkman, 1984). As for the emotions, they sustain stress, activating physiological alterations which comprise the stress response and negative emotions contribute significantly to the psychological and physical effects of stress (Lipp, Malagris, & Novais, 2007, Straub, 2005), which include, amongst others, the development of high blood pressure (Davis, Eshelman & McKay, 2000).

The 5th and 6th Brazilian Guidelines on Arterial Hypertension (Mion et al., 2007; Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Hipertensão e Sociedade Brasileira de Nefrologia, 2010), emphasize that Systemic Arterial Hypertension (SAH), or high arterial Blood Pressure (BP), is a

multifactorial disease which represents an independent, significant risk factor in the occurrence of cardiovascular diseases and stroke Cerebral Vascular Accident (CVA), giving rise to a high level of hospitalization resulting from the complications of these diseases and posing a high medical and socioeconomic cost. Accordingly, a close link has been suggested between emotional stress and high BP. Amongst the risk factors for the development, maintenance and aggravation of hypertension, such as age (Daugherty et al., 2011), gender (Sandberg & Ji, 2012), family history (Souza et al., 2009), race (Carson et al., 2011), obesity, sedentary lifestyle, use of alcohol, tobacco, birth control drugs and food rich in sodium and fats (Forman, Stampfer, & Curhan, 2009), emotional stress is prominent (Lipp & Rocha, 1994, 2008; Malagris et al., 2009). For this reason, the 6th Brazilian Guidelines on Arterial Hypertension (Sociedade Brasileira de Cardiologia - SBC et al., 2010) emphasize the need for stress management programs as a fundamental, non-pharmacological step in the treatment of hypertension.

Aspects such as the cost of continuous treatment with antihypertensive drugs, the potential lack of transparency with regard to the doctor-patient relationship, the multiple medications sometimes prescribed and the collateral effects of these drugs (Pimenta, Calhoun, & Oparil, 2007), have served to explain and encourage the quest for non-pharmacological approaches to controlling arterial pressure, such as complementary treatment. Studies have found that the use of a multidisciplinary approach, comprising clinical, pharmacological treatment and a program of intervention to control the risk factors, is more effective in reducing the rate of cardiovascular mortality and morbidity than treatment which is exclusively drug-based (Khan et al., 2007; Pugliese et al., 2007; Sociedade Brasileira de Cardiologia et al., 2010).

One of these approaches, which complements the use of drugs, has been the technique of relaxation, capable of making the body maintain a calmer, more balanced state, having an effect also on mental relaxation. Various types of relaxation techniques exist, including Progressive Muscular Relaxation (PMR) developed by Jacobson in 1929 (Jacobson, 1938, 1993) which has proved to be effective, non-invasive, simple, easy to learn and capable of bringing a reduction in BP in hypertensive individuals (Sheu, Irvin, Lin, & Mar, 2003). Jacobson's initial argument was that, given anxiogenic thoughts or events, the body reacts with muscular tension and that progressive muscular relaxation, through a reduction of tension from region to region of the body, leads to overall relaxation.

Another non-pharmacological approach to the treatment of hypertension is breathing training. Lipp and Rocha (1994) point out that hypertensive individuals tend to present with superficial breathing and, as a result, the level of carbon dioxide in the blood rises, prompting respiratory acidosis. According to these authors, correct breathing occurs through a spacious inhalation that is deep, slow and uses both nostrils. It should be emphasized that exhaling should be slower, via the mouth and should take twice as long as it takes to inhale. Slow, regular breathing produces beneficial effects in the cardiovascular reflex control system, including an increase in cardiorespiratory endurance and baroreflex sensitivity, reduction in BP (Thalenberg, 2006; Thalenberg et al., 2008; C.H.J. Pinheiro, Medeiros, Pinheiro, & Marinho 2007) and an increase in oxygen saturation in acute myocardial infarction (E. Grossman, Grossman, Shein, & Zimlichman, 2001). Pinheiro et al. (2007), carrying out treatment with a slow breathing technique with hypertensive patients, obtained important results in respect of the cardiovascular system: the modification in the respiratory pattern improved cardiovascular control in hypertension, through the reduction in Systolic Blood Pressure (SBP), Diastolic Blood Pressure (DBP), reduction in respiratory frequency as well as other hemodynamic parameters evaluated in the study.

The benefits for BP of relaxation and slow, deep breathing have been observed in hypertensive

individuals using stress control programs such as Lipp's Stress Control Training (Lipp, 1991, 2007) and the stress control program developed and administered by Lucini, Riva, Pizzinelli and Pagani (2008) on employees in an Italian multinational company. These authors emphasize that deep, diaphragmatic breathing and muscle relaxation, when applied in conjunction, are shown to be useful strategies for controlling excessive stress. In Lipp's stress control program, a reduction was found in the levels of stress and BP. In the SCP developed by Lucini et al. (2008), a reduction in the level of stress, a reversal in the deregulation of the Autonomous Nervous System through physiological parameters and a reduction in SBP were all observed.

The aims of the present study were to: (a) compare the index, level (phase) and number of stress symptoms, identified using *Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp* (ISSL, Lipp's Adult Stress Symptoms Inventory), after practicing Relaxation and Breathing Training for Hypertensive Patients (RBTHP) in the Experimental Group (EG), in relation to the passage of time, with the Control Group (CG); (b) compare the levels of basal blood pressure (SBP and DBP) in stressed, hypertensive patients after practicing RBTHP in the EG, compared to the CG.

Method

Participants

A total of 19 patients with hypertension in stage 1 (mild hypertension) and stage 2 (moderate hypertension) took part in the study, all of whom were treated in the Hypertension and Diabetes Program at the *Centro Municipal de Saúde Marcolino Candau* (CMSMC, Marcolino Candau Municipal Health Center), which is a part of the *Sistema Único de Saúde* (SUS, Brazilian National Health System). The patients were monitored by a Program doctor, making use of anti-hypertensive medication which varied according to specific individual needs. Four participants, 2 from the Experimental Group (EG) and 2 from the Control

Group (CG), were excluded from the sample as they only showed up for one session. So the initial sample, comprising 23 participants, was reduced to 19, 9 in the EG and 10 in the CG, including, respectively, 5 women and 4 men (EG) and 9 women and 1 man (CG). As far as age range is concerned, the participants had an average age of 54.26 ± 8.97 .

The inclusion/exclusion criteria for participation in the study were as follows: being stressed from the Resistance phase, as per the ISS-L; being aged between 30 and 65; undergoing medical treatment for hypertension; not using psychotropic drugs; not being diabetic; not having suffered an Acute Myocardial Infarction (AMI); not having suffered a stroke (CVA); not suffering from chronic renal disease, ischemic cardiomyopathy or known serious mental disorders; being literate; not undergoing psychotherapy and not being an expectant mother.

Instruments

The following materials and instruments were used: Informed Consent Form (ICF); ISSL (Lipp, 2000, 2005) for an evaluation of the presence, phase and symptoms of stress; psychological interview for hypertensive patients, relaxation and breathing training protocol for hypertensive patients (Lipp & Rocha, 2008); weekly record sheet of relaxation and breathing training for Hypertensive Patients (WRS-RBTHP), handed out every week to the participants for them to fill in each day at home with the days of the week on which the relaxation and breathing exercises were carried out and returned to the team at the time of the next session, when the participant would receive a new WRS-RBTHP and finally, a calibrated analog pressure device, or sphygmomanometer, certified and approved by *Instituto Nacional de Meteorologia, Qualidade e Tecnologia* (InMetro, Brazil's National Institute of Metrology, Quality and Technology).

Procedures

This research was part of a wider study which aimed to compare Lipp's full SCT with the use of

relaxation and breathing techniques created on one of the SCT pillars, already approved by the Municipal Health Department's Commission of Ethics in Research on Human Beings. The procedure for the study expounded here is based on the application of the RBTHP protocol, in 13 weekly sessions each lasting 60 minutes.

After signing the ICF, the patients were submitted to Psychological Interview for Hypertensive Patients and to the ISSL. In the EG, evaluations were carried out both before and after the RBTHP while in the CG, before and after the period of time proportional to that used for the RBTHP (13 weeks). The groups were composed according to order of arrival at the interviews. The first members of the sample were assigned to the EG, until the appropriate number of participants was arrived at for the performance of the RBTHP, while the others were assigned to the CG.

The Relaxation and Breathing Training for Hypertensive Patients was forecast to be carried out in 12 weekly sessions of 60 minutes each (30 minutes relaxation and breathing exercises and 30 minutes preparation of the participants and measurement of blood pressure), based on Lipp's SCT (Lipp, 1991). In order to teach the relaxation and slow, deep breathing technique to the participants, an experimental session was conducted, so in fact there were 13 sessions in total. The participants' BP was checked at the beginning and at the end of the RBTHP sessions, following the patient preparation and pressure measurement procedures recommended by the 5th Brazilian Guidelines on Hypertension (Mion Jr. et al., 2007). In each session, the patients in the EG received the WRS-RBTHP to fill in at home every day, in which they were to mark the days of the week they performed the exercises. As for the participants in the CG, they were asked to turn up at the CMSMC every week for 13 weeks to check their BP.

At the end of the intervention period, the participants in both groups were reassessed using the ISSL in the last RBTHP session, and in the CG after 13 weeks, in order to check for changes in the stress diagnosis, level of stress and levels of basal BP. The criteria for checking the effectiveness of the RBTHP were the reduction in SBP and DBP, as

well as a reduction in the level of stress and the number of physical and/or psychological symptoms of stress.

Results

The data obtained were input to Microsoft® Office Excel 2003 spreadsheets, enabling the calculation of means and standard deviations for each variable. To analyze the results, the programs SPSS 13.0 for Windows and SAS System for Windows, version 8.02 were used. In all the tests applied, a level of significance of 5% ($p < 0.05$) was used.

Analyzing the EG separately, the reevaluation indicated that, after the RBTHP, 5 (55.6%) patients no longer presented with stress and 4 (44.4%) continued to experience stress. As for the CG, after the period of 13 weeks, only 1 (10.0%) patient ceased to present with stress, as opposed to the 9 remaining patients (90.0%), who continued to be stressed. Analyzing each group separately, there was

a significant difference ($p = 0.029$) in the EG, taking into account the pre- and post-intervention, in terms of the stress index, indicating that there was a reduction in the number of stressed individuals in the group. In the CG, on the other hand, this was not the case ($p = 1$) (Tables 1 and 2). Comparing the EG and CG in terms of the stress index after the RBTHP, a marginally insignificant difference was found ($p = 0.057$). Therefore there was no significant reduction in the index of stressed individuals in the EG after the RBTHP, compared to the CG.

In Table 3, the patients in each group are characterized as to the diagnosis and symptomology of stress found in the ISSL in the initial assessment, and again at the end of the study, in the reassessment. As for stress levels, it was found that in the EG, prior to intervention, 6 participants (67.0%) were in the Resistance phase, while 3 (33.0%) were in the Near-Exhaustion phase. In the CG, on the other hand, 7 patients (70.0%) were identified in the Resistance phase, while 3 (30.0%) received a diagnosis of Near-Exhaustion. A similar distribution was observed, therefore, between the

Table 1

Stress index in the groups before and after the intervention. *Rio de Janeiro (RJ), 2008*

Timing	Presence of stress												<i>p</i> value Intergroup
	Yes						No						
	EG (n=9)		CG (n=10)		Total		EG (n=9)		CG (n=10)		Total		
Frequency	%	Frequency	%	Frequency	%	Frequency	%	Frequency	%	Frequency	%		
Pre	9	100.0	10	100.0	19	100.0	0	0	0	0	0	0	*
Total	9	100.0	10	100.0	19	100.0	9	100.0	10	100.0	19	100.0	
Post	4	44.4	9	90.0	13	68.4	5	55.6	1	10.0	6	31.6	$p = 0.057$
Total	9	47.4	10	52.6	19	100.0	9	47.4	10	52.6	19	100.0	

Note: $p > 0.05$. *Not analyzed, as all the participants were suffering from stress.

EG: Experimental Group; EC: Control Group; Pre: Before intervention; Post: After intervention.

Table 2

Index of intragroup stress in the CG, EG and the total sample, before and after the intervention. *Rio de Janeiro (RJ), 2008*

Timing	Total sample			EG			CG		
	Frequency	%	<i>p</i>	Frequency	%	<i>p</i>	Frequency	%	<i>p</i>
Pre	19	100.0	*	9	100.0	*	10	100.0	*
Post	13	68.4	**0.019	4	44.4	**0.029	9	90.0	1.000

Note: *Not analyzed, as all the participants were suffering from stress; ** $p < 0.05$.

EG: Experimental Group; EC: Control Group; Pre: Before; Post: After.

groups prior to the intervention, there being no statistically significant difference via the Fisher's Exact Test ($p=1$). After the intervention, in the EG, there were 5 (55.6%) participants without stress and 4 (44.4%) in the Resistance phase. As for the CG, there was only 1 (10.0%) patient with no stress,

8 (80.0%) in the Resistance phase and 1 (10.0%) in the Exhaustion phase. No patients were found to be in the alert or near-exhaustion phases in the reassessment, in either group. The statistical analysis, via the Fisher's exact test, showed that there was no significant difference between the groups

Table 3

Stress before and after the period of intervention, by group. *Rio de Janeiro (RJ), 2008*

Patient	Period	Phase	Physical symptoms in the phase	Psychological symptoms in the phase	Total number of symptoms
1E	Pre	Resistance	2	3	14
	Post	Resistance	2	2	10
2E	Pre	Resistance	6	3	19
	Post	Resistance	2	3	19
3E	Pre	Resistance	3	1	13
	Post	No Stress	0	0	10
4E	Pre	Resistance	5	2	11
	Post	No Stress	0	0	6
5E	Pre	Resistance	4	1	14
	Post	No Stress	0	0	5
6E	Pre	Near-Exhaustion	7	3	24
	Post	Resistance	3	2	14
7E	Pre	Near-Exhaustion	8	3	31
	Post	Resistance	5	4	29
8E	Pre	Near-Exhaustion	7	3	29
	Post	No Stress	0	0	8
9E	Pre	Resistance	6	2	16
	Post	No Stress	0	0	2
1C	Pre	Resistance	2	3	14
	Post	No Stress	0	0	6
2C	Pre	Resistance	4	1	15
	Post	Resistance	4	2	15
3C	Pre	Near-Exhaustion	5	5	18
	Post	Resistance	4	3	17
4C	Pre	Resistance	5	4	22
	Post	Resistance	4	3	22
5C	Pre	Resistance	3	2	15
	Post	Resistance	4	2	11
6C	Pre	Resistance	3	3	16
	Post	Resistance	6	3	20
7C	Pre	Near-Exhaustion	5	5	28
	Post	Resistance	4	3	21
8C	Pre	Resistance	1	4	10
	Post	Resistance	2	3	13
9C	Pre	Resistance	4	5	21
	Post	Resistance	1	4	11
10C	Pre	Near-Exhaustion	6	5	40
	Post	Exhaustion	7	9	35

Note: E: Patient Experimental Group; C: Patient Control Group; Pre: Before intervention; Post: After intervention.

($p=0.084$). Consequently, a reduction in the level (phase) of stress was not observed in the EG after the RBTHP, when compared with the CG.

The analysis of the number of stress symptoms in the EG, in the pre-intervention period, revealed a mean of 19.0 ± 7.3 , with a variance of between 11 and 31 symptoms, while in the CG the corresponding numbers noted a mean of 19.9 ± 8.7 , varying between 10 and 40 symptoms. The Mann-Whitney test revealed there was no statistically significant difference between the groups in terms of stress symptoms in the pre-intervention period ($p=0.78$). After intervention, the EG obtained a mean of 11.4 ± 8.3 symptoms, with a minimum of 2 symptoms and a maximum of 29. The CG obtained a mean of 17.1 ± 8.1 symptoms, with a minimum of 6 and maximum of 35 symptoms. As the initial mean (pre-intervention) of symptoms in the EG was equal to 19 and the ending mean (post-intervention) was equal to 11.4, the total mean variation of symptoms (difference between the ending and starting mean number of symptoms), in this group, corresponded to 7.6. In the CG, the starting mean of symptoms

was equal to 19.9 and the ending mean (after 13 weeks), was equal to 17.1, so the mean of the total variance of symptoms in this group equates to 2.8. Comparing the groups in terms of the total number of post-intervention symptoms, the Mann-Whitney test revealed there was no statistically significant difference ($p=0.065$). Although the mean of the total variance of symptoms intragroup was 7.6 in the EG and 2.8 in the CG, what can be seen is that, comparing the groups in terms of the total number of symptoms, using the Mann-Whitney test, no statistically significant difference was found ($p=0.133$).

The results shown separately by group revealed that, in the EG, the symptoms of 8 participants were reduced, no participants demonstrated an increase while just 1 participant continued to have the same number of symptoms. The Wilcoxon test found intragroup statistical significance for the EG ($p=0.012$). On the other hand, in the CG, 6 participants had reduced symptoms over time, 2 showed an increase while 2 continued to have the same number of symptoms.

Table 4

Symptoms of stress by patient, before and after the period of intervention, by group. *Rio de Janeiro (RJ), 2008*

Group	Symptoms		p value - Symptoms Intragroup	Average Variance of Symptoms	p value - Variance in Symptoms - Intergroup
	Patient	Before			
EG	1E	14	10	* $p=0.012$	7.6
	2E	19	19		
	3E	13	10		
	4E	11	6		
	5E	14	5		
	6E	24	14		
	7E	31	29		
	8E	29	8		
	9E	16	2		
CG	1C	14	6	$p=0.08$	2.8
	2C	15	15		
	3C	18	17		
	4C	22	22		
	5C	15	11		
	6C	16	20		
	7C	28	21		
	8C	10	13		
	9C	21	11		
	10C	40	35		

Note: * $p < 0.05$.

EG: Experimental Group; EC: Control Group; E: Patient Experimental Group; C: Patient Experimental Group.

Using the Wilcoxon test, there was found to be a difference in the CG after 13 weeks ($p=0.08$). Consequently, evaluating just the EG, a difference was found in the total number of symptoms post-intervention, but when compared to the CG, no statistical difference was found using the Mann-Whitney test ($p=0.065$). The difference between the EG and the CG can be seen separately, by patient, in Table 4.

With regard to the levels of basal blood pressure, initially, the SBP of the EG and the CG were compared, measured before the sessions (SBP-pre), the EG obtained a mean of 124.5 ± 12.7 , with a minimum of 102.0mmHg and maximum of 142.2 mmHg. The CG obtained a mean of 123.4 ± 9.6 , with a minimum of 110.8mmHg and maximum of 143.3mmHg. As for the mean DBP measured before the sessions (DBP-pre), in the EG, a mean of 82.3 ± 11 was identified, with a minimum of 62.8mmHg and maximum of 97.1mmHg. The CG exhibited a mean of 81.3 ± 5.2 , with a minimum of 74.2mmHg and maximum of 89.3mmHg. Subsequently, a comparative analysis was conducted using the Anova test for repeated SBP and DBP measurements between the EG and the CG before intervention, at the beginning of each session, revealing no difference (SBP: $p=0.73$; DBP: $p=0.838$). The same test was performed comparing the groups, with the pre-session values at the end of the intervention and again no difference was found between the groups (SBP: $p=0.312$; DBP: $p=0.19$). There was, therefore, no significant SBP-pre or DBP-pre variance between the EG and the CG neither before nor after the intervention. Similarly, with regard to the post-session SBP and DBP, the Anova analysis was performed for repeated measurements comparing EG and CG, which did not reveal a significant difference between the groups (SBP: $p=0.329$; DBP: $p=0.212$). Accordingly, no significant post SBP or post DBP variance was found between the EG and the CG, neither before nor after the intervention.

In addition, in the EG, an analysis was performed of the variance in pressure between the start and end of each session. To this end, the pressure variance (difference between starting and ending blood pressure) was initially calculated in

each RBTHP session and then the mean pressure variance was calculated for the 13 sessions. As far as the SBP is concerned, a mean of 2.8 ± 5.96 was found, lying between a minimum value of -4.4 and a maximum of 15.6. The t-test, applied to this variable in the EG, obtained a result of $p=0.196$, a statistically insignificant outcome. The DBP, on the other hand, had a mean variance of 3.14 ± 3.9 , with minimum and maximum values of -2.7 and 8.2, respectively. For the mean DBP variance, in the EG, the t-test showed $p=0.041$, demonstrating the presence of statistical significance for this variable. The result shows that, for SBP, there was no significant variance before and after the sessions, in the EG, based on the mean variance in each session. As for the DBP, a statistically significant variance was found, denoting an increase in the levels. Table 5 displays the results relating to the CG (which was not subjected to intervention): mean of the SBP-pre and DBP-pre means each week and the means of the "pre" means for every week during the period of study.

Discussion

The most significant results observed in this study relate to the physical and psychological symptoms associated with stress in the EG. It is

Table 5

Mean SBP pre and DBP pre in the CG each week and over the total period

Weeks	SBP	Mean SBP Pre	DBP	Mean DBP Pre
1	128.25		80.71	
2	123.15		80.40	
3	127.65		83.35	
4	122.00		82.70	
5	122.25		80.45	
6	124.00		80.00	
7	123.32	123.4	76.35	81.3
8	120.54		82.23	
9	124.00		83.85	
10	124.40		83.33	
11	119.85		83.00	
12	120.75		80.00	
13	124.60		81.00	

Note: SBP: Systolic Blood Pressure; DBP: Diastolic Blood Pressure; Pre: Before intervention.

possible that the reduction in the rate of stress symptoms found in the EG can be attributed to the RBTHP to which it was subjected, as it was only this group that saw an improvement in the stress index when comparing pre- and post-intervention. This outcome supports the findings of Sheu et al. (2003), who emphasized that the relaxation response may contribute to a reduction in anxiety and other negative, psychological reactions attributable to stress. The intragroup outcome in the EG also corroborates the studies performed by Lipp (1991, 2007) and Lucini et al. (2008), in which deep, diaphragm breathing and muscular relaxation, applied in combination and together with other resources, have been shown to be useful strategies for controlling excessive stress. In the case of the present study, it is speculated that a sample with a larger number of participants would permit statistical significance to be obtained in intergroup comparisons.

Evaluating the EG by itself, an improvement was seen in the stress index, i.e. in the overall number of stressed individuals, but when compared to the CG, there was no improvement in stress levels for those who continued to be stressed. One hypothesis to explain this fact is that the external and internal sources of stress in some patients have persisted during the period of the study, acting to sustain the levels of stress. According to the theories of Selye (1965) and Lipp (2003), in the second phase of stress, the individual's capacity to resist is considerably higher in order to regain the equilibrium lost in the first phase (Alert). The organism continues trying to maintain homeostasis and, if the stressor ceases or the individual succeeds in benefiting from coping strategies, the stress process may be interrupted in this phase. In the sample researched, basically composed of participants coming from the more deprived communities close to the location of the study (CMSMC), it was possible to find that the participants were exposed to social stressors such as unemployment, lack of adequate housing conditions, violence in the community, family problems arising from unfavorable financial situations, amongst others. Social stressors like

these, already studied in some depth by Gandarillas, Câmara, and Scarparo (2005), are capable of acting as external sources of stress, precipitating it or simply maintaining the clinical condition.

Another possible explanation to enable an understanding of the reason for which the level of stress in the EG, compared with the CG, did not decrease, is that perhaps the techniques of relaxation and breathing are not sufficient to exert an effect on these stressors; i.e. it is possible that the technique is effective in reducing the index and the symptoms of stress through psycho-physiological alterations, but not in acting on psychosocial and internal stressors so as to eliminate stressors objectively and restructure erroneous evaluations of events and distorted cognitions which could be at the core of the clinical stress condition (R.S. Lazarus & D.N. Lazarus, 1994; Lipp, 2001; Lipp & Malagris, 2011; Malagris, 2004; Lipp, Malagris, & Novais, 2007). Possibly a sample with a higher number of participants could clarify the results in order to provide a better explanation.

As far as the BP variable is concerned, a statistical analysis found that the groups were comparable at the start of the study. Contrary to the hypothesis postulated, that there would be a reduction in BP, it was found that, in fact, there was no reduction in SBP. There was also no increase in DBP over time. The explanation for this fact may lie in two hypotheses. The first relates to the environmental conditions, often unfavorable to the performance of the sessions, such as noise and unsuitable temperatures which, unfortunately, were not possible to control. The second hypothesis relates to the variances which occur differently in SBP and DBP in hypertensive patients and is supported by the study of Lipp, Frare, and Santos (2007) which concluded that one might change while the other remained unaltered. The variances in SBP and DBP, according to these authors, are linked to the specific, experimental situation and to the patient's psychological characteristics. The authors noted that unassertive individuals, who have difficulty in asserting their own rights and expressing their thoughts, feelings and beliefs in a direct, clear, sincere and context-relevant manner,

so as not to violate the rights of other individuals, and/or alexithymic individuals, who have difficulty in articulating emotions and describing feelings and bodily sensations, exhibited a larger variance in DBP when asked to express themselves in terms of their feelings, as well as a larger variance in SBP when asked to inhibit their feelings in situations of interpersonal stress and to control themselves emotionally so as not to express their emotions. In the present study, the participants received stimuli to express their opinions and feelings about the training, their existing difficulties and applications in day-to-day situations of stress. The increase in DBP in the EG may be explained by them being encouraged to express feelings and ideas, examined in the participants at the end of each session.

In addition to these explanations, the literature points to the discoveries made by the Hypertension Intervention Pooling Project (Kaufmann et al., 1988), which conducted a survey with 12 intervention studies involving the relationship between the PMR technique and BP. This survey demonstrated that no significant change in SBP was found, merely a reduction of 2mmHg in the DBP in association with non-pharmacological interventions, using relaxation. It can be seen that the outcome of the present study, as far as the SBP is concerned, is similar to other interventions carried out. On the other hand, with regard to DBP, the results found here depart somewhat from these other interventions. Nevertheless, it must be borne in mind that, in the survey of interventions performed using the relaxation technique described above, the reduction observed in DBP was small and insignificant.

While on the subject of the BP variable, another issue to be highlighted concerns the performance of muscle contraction exercises which are part of the Progressive Muscular Relaxation technique. This technique has hemodynamic repercussions and may cause an increase in arterial pressure if the contraction is kept up. In other words, sustained muscular contraction for a long period acts like a tourniquet, preventing the blood from reaching the muscle, thereby increasing the pressure (Mota, Barreto, Bin, Simões, & Campbell, 2008). In

this regard, it was noted that a number of patients had difficulty in carrying out specific muscle group exercises although they were frequently instructed on how to carry out the movements correctly, these patients became distracted and maintained a different rhythm from the others, the muscles contracting for longer than the defined period of time. It is speculated that the maintenance of isometric muscle contraction observed in some patients could, together with the expression of emotions, have caused the rise in the DBP, found uniquely in the EG.

In conclusion, the present study found that the RBTHP promoted a reduction in the stress index of the EG participants and also in the full sample, when taking into account the pre- and post-intervention periods. The effect of the RBTHP, moreover, had repercussions on the number of stress symptoms. These results corroborate earlier studies which recommend the use of relaxation and breathing techniques for managing emotional stress. Nevertheless, other types of intervention are necessary for individuals to learn how to restructure distorted cognitions and better manage internal sources of stress.

A number of limitations were observed in the study, such as non-random distribution and a small sample size, inappropriate conditions in the location of the study, idiosyncratic ways of carrying out the exercises, sustaining muscular contraction beyond the recommended time limit, amongst others. It is therefore suggested that this study should act as a basis for the performance of fresh studies on the topic which can take into consideration the facts noted here.

So the Relaxation and Breathing Training for Hypertensive Patients has been identified as a beneficial strategy in controlling stress. As a non-pharmacological strategy in the treatment of hypertension, however, it was not regarded as capable of reducing SBP levels. It is recommended, therefore, that effective non-pharmacological treatment of the illness should involve other strategies that complement relaxation and breathing, such as changes in lifestyle and the learning of behavioral and cognitive techniques to

control stress. These results may contribute to the clarification of the effects of possible strategies used to support the treatment of SAH, so that increasingly effective treatments may be developed.

References

- Carson, A. P., Howard, G., Burke, G.L, Shea, S., Levitan, E. B., & Muntner, P. (2011). Ethnic differences in hypertension incidence among middle-aged and older U. S. Adults: The multi-ethnic study of atherosclerosis. *Hypertension*, 57(6), 1101-1107. Retrieved January, 20, 2014, from <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3106342/pdf/nihms291362.pdf>>.
- Daugherty, S. L., Frederick A., Masoudi, F. A., Ellis, J. L., Ho, P.M., Schmittiel, J.A., et al. (2011). Age dependent gender differences in hypertension management. *Journal Hypertension*, 29(5), 1005-1011. Retrieved January, 20, 2014, from <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3319751/pdf/nihms366688.pdf>>.
- Davis, M., Eshelman, E. R., & McKay, M. (2000). *The relaxation and stress reduction workbook*. Oakland: New Harbinger Publications.
- Forman, J., P., Stampfer, M. J., & Curhan, G. C (2009). Diet and lifestyle risk factors associated with incident hypertension in women. *Journal of the American Medical Association*, 302(4), 401-411. Retrieved January, 20, 2014, from <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2803081/pdf/nihms163647.pdf>>.
- Gandarillas, M. A., Câmara, S. G., & Scarparo, H. (2005). Estressores sociais da hipertensão em comunidades carentes. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 18(1), 62-71.
- Grossman, E., Grossman, A., Shein, M. H., & Zimlichman, R. (2001). Breathing-control lowers blood pressure. *Journal of Human Hypertension*, 15(4), 263-269.
- Jacobson, E. (1938). *Progressive relaxation*. Chicago: University of Chicago Press.
- Jacobson, E. (1993). *Relax: como vencer as tensões*. São Paulo: Cultrix.
- Khan, N. A., Hemmelgarn, B., Padwal, R., Larochelle, P., Mahon, J. L., Lewanczuk, R. Z., et al. (2007). The 2007 Canadian hypertension education program recommendations for the management of hypertension: Part 2 - therapy. *Canadian Journal of Cardiology*, 23(7), 539-550. Retrieved January, 21, 2014, from <<http://pubmedcentralcanada.ca/pmcc/articles/PMC2650757/>>.
- Kaufmann, P. G., Jacob, R. G., Ewart, C. K., Chesney, M. A., Muenz, L. R., Doub, N., et al. (1988). Hypertension intervention pooling project. *Health Psychology*, 7(Suppl.), 209-224.
- Larkin, K. T. (2005). *Stress & Hypertension: Examining the relation between psychological stress and high blood pressure*. New Haven: Yale University Press.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Lazarus, R. S., & Lazarus, B. N. (1994). *Passion and reason: Making sense of our emotions*. New York: Oxford University Press.
- Lipp, M. E. N. (1991). O valor do controle do stress como terapêutica da hipertensão arterial. In M. Nobel. *Psicossomática* (pp.83-162). Campinas: NEP.
- Lipp, M. E. N. (2000). *Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp - ISSL*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Lipp, M. E. N. (2001). Estresse emocional: a contribuição de estressores internos e externos. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 28(6), 347-349.
- Lipp, M. E. N. (2003). O modelo quadrifásico do stress. In M. E. N. Lipp (Org.), *Mecanismos neuropsicofisiológicos do stress: teoria e aplicações clínicas* (pp.17-21). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Lipp, M. E. N. (2005). *Manual do Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp (ISSL)*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Lipp, M. E. N. (2007). Controle do estresse e hipertensão arterial sistêmica. *Revista Brasileira de Hipertensão*, 14(2), 89-93.
- Lipp, M. E. N., Frare, A., & Santos, F. U. (2007). Efeitos de variáveis psicológicas na reatividade cardiovascular em momentos de stress emocional. *Estudos de Psicologia* (Campinas), 24(2), 161-167. doi: 10.1590/S0103-166X2007000200003
- Lipp, M. E. N., & Malagris, L. E. N. (2001). O stress emocional e seu tratamento. In B. Rangé (Org.), *Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria* (pp.475-490). Porto Alegre: Artmed.
- Lipp, M. E. N., & Malagris, L. E. N. (2011). Estresse: aspectos históricos, teóricos e clínicos. In B. Rangé (Org.), *Psicoterapias cognitivo-comportamentais: um diálogo com a psiquiatria* (pp.617-632). Porto Alegre: Artmed.
- Lipp, M. E. N., Malagris, L. E. N., & Novais, L. E. (2007). *Stress ao longo da vida*. São Paulo: Ícone.
- Lipp, M. E. N., & Rocha, J. C. (1994). *Stress, hipertensão arterial e qualidade de vida: um guia de tratamento para o hipertenso*. Campinas: Papirus.
- Lipp, M. E. N., & Rocha, J. C. (2008). *Pressão alta e stress: o que fazer agora? Um guia de vida para o hipertenso*. Campinas: Papirus.
- Lucini, D., Riva, S., Pizzinelli, P., & Pagani, M. (2008). Controle do estresse no local de trabalho: reversão do perfil de sintomas e da desregulação cardiovascular. *Revista Brasileira de Hipertensão*, 1(2), 66-73.

- Malagris, L. E. N. (2004). Correr, competir, produzir e se estressar. In M. Lipp (Org.), *O stress está dentro de você* (pp.19-31). São Paulo: Contexto.
- Malagris, L. E., Brunini, T. M. C., Moss, M. B., Silva, P. J. A., Espósito, B. R., & Ribeiro, A. C. M. (2009). Evidências biológicas do treino de controle do stress em pacientes com hipertensão. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 22(1), 60-68. Recuperado em janeiro, 20, 2014, disponível em <<http://www.scielo.br>>.
- Mion Jr., D., Kohlmann Jr., O., Machado, C. A., Amodeo, C., Gomes, M. A. M., Paxedes, J. N., et al. (Coords.) (2007). V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 89(3), 24-79.
- Mota, Y. L., Barreto, S. L., Bin, P. R., Simões, H. G., & Campbell, C. S. G. (2008). Respostas cardiovasculares durante a postura sentada da Reeducação Postural Global (RPG). *Revista Brasileira de Fisioterapia*, 12(3), 161-168.
- Pimenta, E., Calhoun, D., & Oparil, S. (2007). Mechanisms and treatment of resistant hypertension. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 88(6), 604-613.
- Pinheiro, C. H. J., Medeiros, R. A. R., Pinheiro, D. G. M., & Marinho, M. J. F. (2007). Modificação do padrão respiratório melhora o controle cardiovascular na hipertensão essencial. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 88(6), 576-583.
- Pugliese, R., Zanella, M. T., Blay, S. L., Plavinik, F., Andrade, M. A., & Galvão, R. (2007). Eficácia de uma intervenção psicológica no estilo de vida para redução do risco coronariano. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 89(4), 225-230.
- Sandberg, K., & Ji, H. (2012). Sex differences in primary hypertension. *Biology of Sex Differences*, 3(7), 1-21. Retrieved January, 20, 2014, from <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3331829/pdf/2042-6410-3-7.pdf>>.
- Selye, H. (1965). *Stress: a tensão da vida*. São Paulo: Ibrasa.
- Sheu, S., Irvin, B. L., Lin, H.-S., & Mar, C.-L. (2003). Effects of progressive muscle relaxation on blood pressure and psychosocial status for clients with essential hypertension in Taiwan. *Holistic Nursing Practice*, 17(1), 41-47.
- Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Hipertensão, & Sociedade Brasileira de Nefrologia (2010). VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 95(1 Supl. 1), 1-51.
- Souza, A. C. C., Moreira, T. M. M., Borges, J. W. P., Andrade, A. M., Andrade, M. M., & Almeida, P. C. (2009). Caracterização clínico-epidemiológica da clientela com crise hipertensiva atendida em um serviço de emergência de um hospital municipal de Fortaleza-CE. *Revista Mineira de Enfermagem*, 13(1), 13-18.
- Straub, R. O. (2005). *Psicologia da saúde*. Porto Alegre: Artmed.
- Thalenberg, J. M. (2006). *Teste de respiração lenta no diagnóstico da hipertensão do avental branco* (Tese de doutorado não-publicada). Programa de Pós-Graduação em Medicina Interna e Terapêutica, Universidade Federal de São Paulo.
- Thalenberg, J. M., Póvoa, R. M. S., Bombig, M. T. N., Sá, G. A. C., Atallah, A. N. A., & Filho, B. L. (2008). Teste de respiração lenta aumenta a suspeita da hipertensão do avental branco no consultório. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia*, 91(4), 267-273.

Received on: 15/12/2011
 Final version on: 20/6/2012
 Approved on: 6/7/2012

Resenha

Psicoterapeuta: teoria e paciente¹

Psychotherapist: Theory and patient

Geraldina Porto **WITTER**² (*in memoriam*)

No Brasil, a formação e a escolha da linha de psicoterapia a seguir é feita precocemente, no curso de graduação e sem ter acesso ou, o que é pior, já desenvolvendo falsas certezas e preconceitos a várias teorias. A vivência prática é muito superficial, restringe-se a duas ou três teorias. Infelizmente muitos acham que ao receber o diploma estão formados para todas as áreas e que conhecem todas as formas de psicoterapia, que estão aptos para o atendimento. Poucos fazem cursos de pós-graduação.

O livro de Derek Truscott foi publicado pela *American Psychological Association* como uma ajuda efetiva para a formação de psicoterapeutas eficientes e competentes na escolha da melhor teoria e procedimento a usar com *cada paciente*. De fato, espera-se que o terapeuta seja competente em várias teorias utilizáveis na psicoterapia. Hoje, estima-se que existem reconhecidas cerca de 250 teorias para sustentação de psicoterapias, sendo a maioria desconhecida no Brasil. A premissa vigente (vem da segunda metade do século XX) afirma que não há uma teoria "certa" de psicoterapia, ao contrário, o terapeuta precisa encontrar o enfoque que

melhor pode atender a cada cliente e, se não for competente nele, encaminhá-lo para quem o seja, ou mesmo fazer unificação teórica quando viável. O próprio autor é considerado especialista e grande produtor de conhecimento nas teorias com que trabalha na prática e que apresenta no livro. Isso pede uma ampla revisão sobre *com* e *em que nível* se está pretendendo formar o psicoterapeuta no Brasil. A obra pede muito pensar sobre o que se está fazendo e sobre que psicoterapeutas se está formando para atuar no século que estamos vivendo.

O primeiro capítulo trata da adoção de uma teoria para cada paciente. Após um breve lembrar das terapias verbais já registradas nas antigas sociedades históricas como práticas verbais, retoma Freud que modernizou o conceito de psicoterapia e os desdobramentos que se seguiram. Considera as bases funcionais e úteis para fornecer uma estrutura de referência para o terapeuta formular hipóteses e para mudar o processo, bem como, avaliar o progresso em relação ao alvo da psicoterapia. Afirma que desde as últimas décadas o século passado o enfoque dominante entre os psicoterapeutas



¹ Truscott, D. (2010). *Becoming and effective psychotherapist: Adapting a theory of psychotherapy that's right for you and your cliente*. Washington, DC: APA. Available from: <<http://psycnet.apa.org/books/12064>>.

² Universidade Camilo Castelo Branco, Programas de Extensão Universitária. R. Carolina Fonseca, 584, Itaquera, 08230-230, São Paulo, SP, Brasil. E-mails: <gwitter@uol.com.br>; <unicastelo@unicastelo.br>.

é o ecletismo enfoque teórico em que são selecionados procedimentos com apoio nas evidências, mas que é muito difícil, pois na prática, um referencial teórico pode ser de grande ajuda, servindo de guia no processo. Mas o problema que se coloca é fazer a escolha mais compatível para desenvolver a melhor prática para cada cliente. Esta escolha ocorre em um universo de teorias que se distribuem entre os eixos: de x (objetividade-subjetividade) e de y (analítico-vivencial). Descreve claramente o *que* e *como* proceder a escolha desenvolvendo-se como psicoterapeuta.

Nos capítulos seguintes o autor apresenta 10 das teorias mais frequentemente usadas. Todos seguem a mesma estrutura: apresentação da base racional, objetivos, processos de mudanças, tarefas psicoterapêuticas, relações terapeuta-paciente, bibliografia de estudos de caso, leituras recomendadas (base teórica) e revisões sobre elas. São clássicos de cada teoria, de modo que nem sempre a bibliografia é atual, para tanto é recomendável recorrer a livros e revistas especializadas mais recentes, preferencialmente dos últimos quatro ou cinco anos. Em todas tem uma foto ou desenho de seu criador, e relato de um caso, questões a pesquisar e proposta de uma estrutura psicoterápica bem realizada ou sucedida. Inclui os últimos desdobramentos do enfoque em novas propostas. Todos apresentam um resumo no final.

Na impossibilidade de apresentar todos os capítulos face ao número de páginas viável para resenha, optou-se por escolher apenas alguns exemplos, já que a estrutura e o tipo de informação encontrado em cada caso é da mesma natureza.

A primeira teoria apresentada (capítulo 2) é a *Psicodinâmica* lembrando que elas se reportam aos processos inconscientes inicialmente articulados por Freud, sem necessariamente incorporar a teoria freudiana como um todo. Psicanálise só se aplica aos que seguem a teoria freudiana como proposta pelo próprio Freud. Descreve sucintamente a base racional, os objetivos, os processos de mudanças, as tarefas de mudanças, as relações terapêuticas, a evolução e as variações da psicodinâmica. Entre as últimas, faz referência a *Psicologia do Ego*, *Terapia das Relações Objetivas*, *Psicoterapia do Self*,

Psicoterapia Psicodinâmica Breve, *Psicodinâmica Clínica*, *Terapia Psicodinâmica da Família*.

Seguem os excelentes capítulos que apresentam as Psicoterapias: Behaviorista ou Comportamental, Existencial, Centrada na Pessoa, Gestáltica, Cognitiva, Sistêmica, Feminista e Construtivista.

Apresenta-se a seguir alguns exemplos mais recentes como complementação para dar ao leitor uma perspectiva mais abrangente do ótimo livro escrito por Truscott. Optou-se pelas mais recentes ou menos difundidas no Brasil.

Assim, o capítulo 7 trata da *Terapia Cognitiva* que começa a emergir nos anos sessenta do século XX como decorrência de behavioristas que buscavam desenvolver outras ferramentas para atuar em processos cognitivos (pensamento, memória, estratégias de processamento). Buscaram aprofundar o estudo e a ação por interações entre as pessoas e seu ambiente. Destacam-se na busca desta evolução Dember, Kuhn, Whorf, Bandura etc. Como os behavioristas não abandonaram o behaviorismo ao trabalharem neste enfoque isto facilitou a fusão das duas propostas que ocorre posteriormente. Também psicanalistas como Beck, Ellis e Dobson migraram para o modelo tentando fusões. Após a descrição básica da psicoterapia apresenta como evoluções ou variações: *Psicoterapia Estrutural* de Guidano e Lotti, *Terapia Dialética Comportamental* desenvolvida por Ryle e a *Terapia Esquemática* desenvolvida por Young. Dela emergiu a psicoterapia de maior uso e impacto na atualidade que a *Psicoterapia Cognitiva-Behaviorista* ou *Comportamental-Cognitivista*.

O capítulo seguinte trata da *Psicoterapia Feminista* que surgiu dos movimentos sociais e de direitos civis ocorridos nos anos 1960 nos Estados Unidos, em decorrência da contestação feminina de que o foco das psicoterapias não consideravam adequadamente as diferenças de gênero e tinham uma perspectiva masculina: Brown apresentou sua teoria e proposta de psicoterapia que embora muito criticada por uns, teve ampla aceitação entre outros e apoio em pesquisas. Apresenta sua base racional e o que a caracteriza. Como decorrência, a teoria serviu de apoio ao feminismo liberal, cultural, radical e socialista que culminou na *Psicoterapia Feminista*

que evoluiu para incorporar aspectos da opressão social, de gênero, de raça, classe social e orientação sexual.

A *Psicoterapia Construtivista* (capítulo 10) é uma dos grupos de psicoterapias muito recentes. Embora de história breve ela já tem sido bastante contestada. O que a caracteriza é que vários psicoterapeutas passaram a se autodenominar construtivistas. Epistemologicamente tem sua origem da perspectiva racional de Vico e Kant e, do começo do século passado, com Vaihinger. “Tem por base a concepção de que a natureza da experiência humana é ativa, significando que se faz por si, e somente se pode construir um modelo de realidade” (p.141). Tem fundamentos originários de várias outras teorias, principalmente do pensamento de Kelly na psicoterapia baseada em papéis e na sua teoria de personalidade. Apresenta as características da proposta como nas teorias anteriores e como evolução a *Terapia Narrativa* desenvolvida pelos assistentes sociais White e Epton, a *Terapia Orientada para Solução* proposta por O’Hanlon e Shazer, a *Colaborativa* de Anderson e Goolishian e a *Cognitiva Construtivista* de Mahoney. O eixo é recorrer a questões especiais que viabilizem a reconstrução.

O último capítulo é uma orientação para que o psicoterapeuta adapte seu enfoque para ter êxito

no bom atendimento ao seu cliente. O ponto principal em se adotar uma teoria é que ela deve servir de guia nas atividades que facilitarão o processo de mudança para se alcançar os objetivos do cliente. É só um aspecto do processo que depende da capacidade do terapeuta adaptar ao longo de sua carreira. É conhecido que a variação de resultados entre as teorias é muito menor de que a variação entre os terapeutas de uma mesma teoria. Vale dizer que o terapeuta faz mais diferença do que a teoria. Para ser eficiente ele deve estar atendo ao seu próprio desenvolvimento pessoal e profissional. Estar em contínua evolução implica em: (a) aprender uma teoria psicoterapêutica em que acredite; (b) aprender com a prática; (c) aprender e assimilar a base racional, tarefas e outros objetivos de outras teorias e (d) aprender a responder de acordo com as experiências e reações do cliente para estabelecer uma base racional para mudar, ou seja, precisa repetir o processo com várias teorias. Descreve cada item. É fundamental estar familiarizado com várias teorias para poder fazer opções mais adequadas e maximizar o próprio desenvolvimento. É um processo de mudanças contínuas para se atingir o pretendido.

Recebido em: 21/10/2011
Aprovado em: 4/11/2011

IN MEMORIAN

Geraldina Porto Witter 1934-2014

As perdas são parte da vida. Há, no entanto, algumas que deixam um vazio difícil de ser preenchido. Este é o caso da Professora Geraldina Porto Witter - uma pessoa que, por atacar resolutamente as dificuldades, realizou sempre o que para outros constitui-se em uma simples aspiração. Ela deu exemplo pela própria maneira de viver. Educou e ensinou ao mesmo tempo e, por isso, foi um estímulo à formação de tantas pessoas que, como eu, tiveram o privilégio de sua convivência mais próxima. Com rigor e carinho bem dosados no processo de orientação, mostrava sempre a alegria de, pelo desenvolvimento de seus estudantes, reconhecer o dever cumprido. De aparência tímida, quando necessário tomava as rédeas nas mãos e saltava para superar as barreiras de um cotidiano tenso e controverso como se apresenta a universidade brasileira e, especialmente, a Psicologia.

Professora Geraldina pertenceu a uma geração de profissionais, os quais migraram da Educação para a Psicologia, tomando, no entanto, com muita responsabilidade e dedicação os dois campos de conhecimento e de profissão, ao mesmo tempo em que integrava temas, questões e produção de conhecimento que servissem à essa relação, até hoje, bastante discutida. Saída da Escola Normal de Mogi das Cruzes como professora alfabetizadora, cursou Pedagogia em nível superior especializando-se em Psicologia e, desde então, dedicou sua vida às questões do Ensino Público brasileiro. Escrevia com muita facilidade, certamente porque lia muito. Silenciosa na expressão oral, pois mais ouvia do que falava, sua escrita transbordava demonstrando que seu diálogo, mediado por suas reflexões e ideias escritas, tinha sempre o objetivo de ir além daqueles com quem conversava, presencialmente. Demonstrava carinho com pequenos e importantes gestos, por exemplo, todo Natal enviava uma caixa cheia de pequenas lembranças para cada um de nós. Meus quatro filhos a conheciam de um modo especial, mesmo considerando uma relação de orientador/orientando que durou 10 anos! Conversava como amiga em mo-

mentos que precisávamos de uma palavra amiga. Mas era exigente quanto ao compromisso com a produção científica. Valorizava as atividades de orientação e sempre procurava organizar espaços coletivos de debates sobre as pesquisas individuais. Nesses momentos, tínhamos a oportunidade de conhecer um número enorme de mestrandos e doutorandos, de todas as partes do Brasil e da América Latina e, em uma época que a pós-graduação não se estruturava em Grupos de Pesquisa, ela já nos fazia sentir em um grupo. Sabíamos que essas relações seriam o alicerce de nossas atividades acadêmicas ao longo de nossas vidas. Ao nos orientar, ela nos ensinava a ser orientadores e orientadoras do futuro. Talvez por isso, o impacto de sua ação na formação de professores de Psicologia pelo Brasil todo foi enorme. Orientou mais de 254 pesquisas em cursos de Pós-Graduação (175 mestrandos e 79 doutorandos informados até 2004, na publicação de uma autobiografia - *Educação e Psicologia: 50 anos de profissão*, publicado por Ateliê Editorial em São Paulo e, gentilmente, amorosamente, doado a cada um de seus orientandos como uma lembrança infinita de sua presença em nossas vidas!).

Com suas palavras, finalizo esta breve homenagem: *"Vou continuar a jornada até o ponto em que o caminho acabe ou me leve para outros horizontes. Vou continuar ciente de que não fiz tudo o que devia ou podia. Procurei fazer o que pude, nas várias circunstâncias. Vou em busca de ser melhor enquanto caminho. Que meu relato possa ser útil para que outros encontrem, façam e refaçam seus caminhos. Que o amor seja nosso denominador comum no trabalho e fora dele"*.

OBRIGADA por ter deixado marcas na vida de tantas pessoas e, principalmente, por ter ajudado a construir a PSICOLOGIA brasileira.

Raquel Souza Lobo Guzzo
Estudos de Psicologia
Editora Associada

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 supra-citados.

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). Autorregulação 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

Malagris, 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/S0103-6564201200500 0002.

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/~asb/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:

- Particpei 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/avalicao/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://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

Malagris, 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/~asb/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/10665/70914/1/97_89241548434_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 - CHECK LIST

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

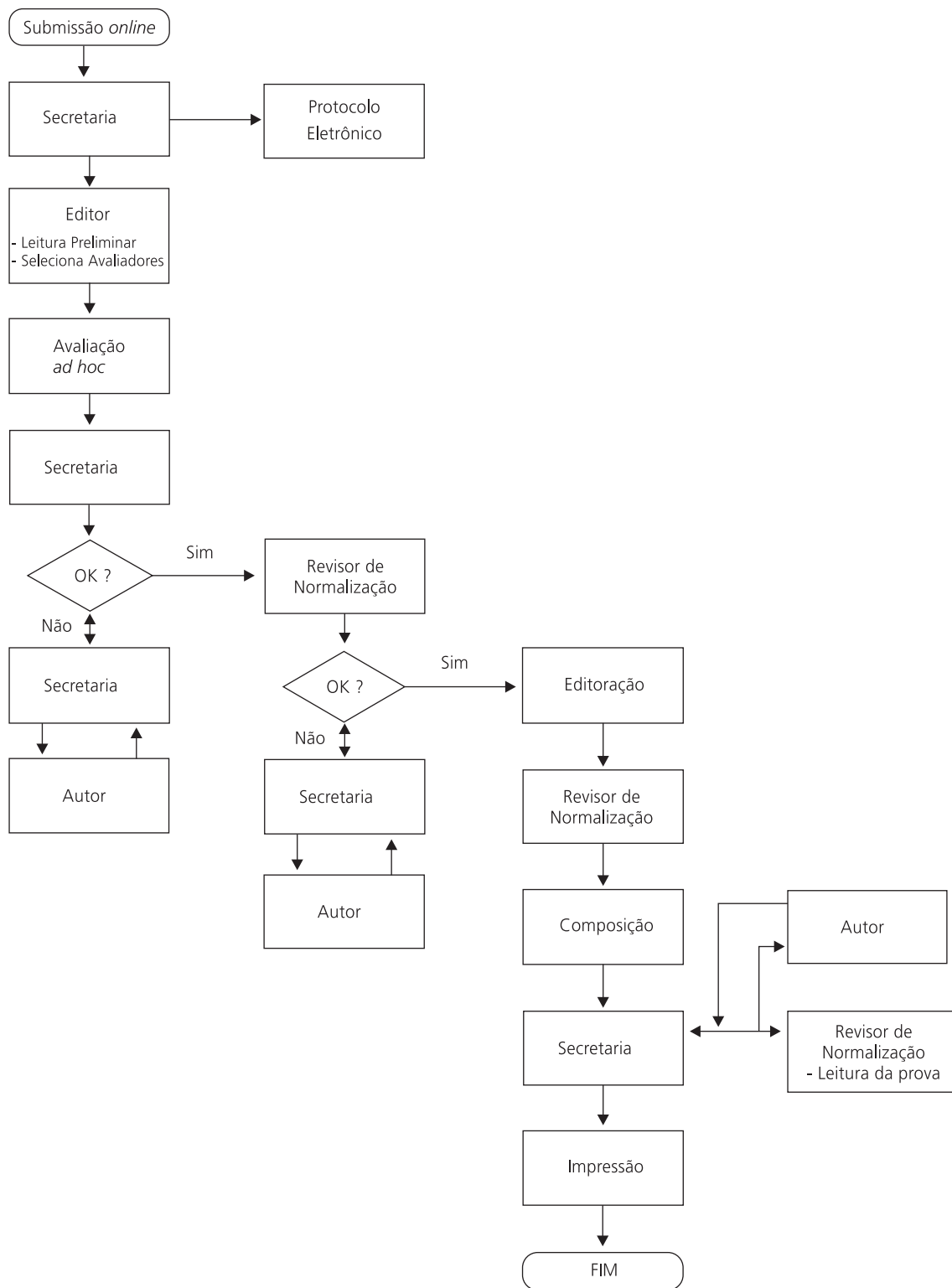
I declare that, if the article is accepted, the *Psychological Studies* Journal will have all the copyrights referent to the article, which will become exclusive property of the Journal, and total or partial reproduction is forbidden, in any other publicizing mean, printed or electronic, without prior permission and if authorized and obtained the Journal shall be acknowledged.

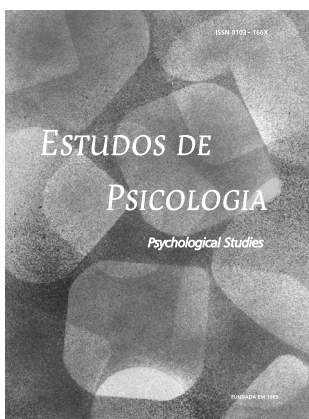
Signature of author(s), Date ____/____/____

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

<input type="checkbox"/> ASSINATURA	<input type="checkbox"/> RENOVAÇÃO				
<input type="checkbox"/> Volume 22 (2005)	⇔	Pessoas Físicas	R\$ 40,00 <input type="checkbox"/>	⇔	Institucional R\$ 50,00 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Volume 23 (2006)	⇔	Pessoas Físicas	R\$ 40,00 <input type="checkbox"/>	⇔	Institucional R\$ 50,00 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Volume 24 (2007)	⇔	Pessoas Físicas	R\$ 40,00 <input type="checkbox"/>	⇔	Institucional R\$ 80,00 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Volume 25 (2008)	⇔	Pessoas Físicas	R\$ 70,00 <input type="checkbox"/>	⇔	Institucional R\$ 120,00 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Volume 26 (2009)	⇔	Pessoas Físicas	R\$ 80,00 <input type="checkbox"/>	⇔	Institucional R\$ 130,00 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Volume 27 (2010)	⇔	Pessoas Físicas	R\$ 90,00 <input type="checkbox"/>	⇔	Institucional R\$ 200,00 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Volume 28 (2011)	⇔	Pessoas Físicas	R\$ 90,00 <input type="checkbox"/>	⇔	Institucional R\$ 250,00 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Volume 29 (2012)	⇔	Pessoas Físicas	R\$ 90,00 <input type="checkbox"/>	⇔	Institucional R\$ 300,00 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Volume 30 (2013)	⇔	Pessoas Físicas	R\$ 90,00 <input type="checkbox"/>	⇔	Institucional R\$ 300,00 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Volume 31 (2014)	⇔	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. Germano Rigacci Júnior

Pró-Reitoria de Graduação: Prof. Dr. Orandi Mina Falsarella

Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação: Profa. Dra. Sueli do Carmo Bettine

Pró-Reitoria de Extensão e Assuntos Comunitários: Profa. Dra. Vera Engler Cury

Pró-Reitoria de Administração: Prof. Dr. Ricardo Pannain

Diretor do Centro de Ciências da Vida: Prof. Dr. Gustavo Henrique da Silva

Diretora-Adjunto do Centro de Ciências da Vida: Profa. Dra. Glória Maria A.S. Tedrus

Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Psicologia: Profa. Dra. Vera Lúcia Trevisan de Souza

Produção Editorial / Editorial Production

Assistente Editorial / Editorial Assistant: Maria Angélica Miranda Bosso

Apoio Administrativo / Administrative Support: Maria Fernanda de Medeiros

Bibliotecárias de normalização / Librarians: Andréa Ribeiro Alves Bonfim, Maria Cristina Matoso

O Conselho Editorial não se responsabiliza por conceitos emitidos em artigos assinados/*The Board of Editors does not assume responsibility for concepts emitted in signed articles.*

A eventual citação de produtos e marcas comerciais não expressa recomendação do seu uso pela Instituição/*The eventual citation of products and brands does not express recommendation of the Institution for their use.*

Copyright © Estudos de Psicologia

Correspondência / Correspondence

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

All correspondence should be sent to Estudos de Psicologia *at the address below:* Núcleo de Editoração SBI

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

Fone +55-19-3343-6859/6876 Fax +55-19-3343-6875

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

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

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

Assinaturas / Subscriptions

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

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

Anual: Pessoas físicas: R\$90,00 Institucional: R\$350,00

Aceita-se permuta

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

Annual: Individual rate: R\$90,00 Institutional rate: R\$350,00

Exchange is accepted

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

Hortograph Produções Gráficas

Tiragem / Edition

800

Distribuição / Distribution

Sistema de Bibliotecas e Informação da PUC-Campinas - Serviço de Publicação, Divulgação e Intercâmbio

Centro de
Ciências da Vida

PUC
CAMPINAS
PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA

If you do not know the child's temperament you do not know the child

Se não se conhece o temperamento da criança, não se conhece a criança

| Carmelo Callueng | Thomas Oakland

Social skills of adolescents: Convergent validity between IHSA-Del-Prette and MESSY

Habilidades sociais de adolescentes: validade convergente entre o IHSA-Del-Prette e a MESSY

| Zilda Aparecida Pereira Del Prette | Maycoln Teodoro | Almir Del Prette

Accuracy in dictation after improvement of reading and copying skills in a student with learning difficulties

Precisão em ditado após fortalecimento de leitura e cópia em um escolar de risco

| Ana Claudia Moreira Almeida Verdu | France Matos de Oliveira

PSICOLOGIA DO ENSINO E APRENDIZAGEM PSYCHOLOGY TEACHING AND LEARNING

Espiritualidade na formação acadêmica em psicologia no Rio Grande do Sul

Spirituality in psychology academic training: A comparative study of senior and freshmen undergraduate students in Rio Grande do Sul

| Carla Maria Frezza Cavalheiro | Denise Falcke

University students in crisis: University dropout and professional re-selection

Estudo sobre universitários em crise: evasão e re-escolha profissional

| Yvette Piha Lehman

Aprendendo com o insucesso: um estudo de caso de aplicação da resolução criativa de problemas ao projeto educativo

Learning from failure: A case study on the use of creative problem solving with the educational project

| Fernando Cardoso de Sousa | José Manuel Brito Pires Bica | Ileana Pardal Monteiro

PSICOLOGIA DE SAÚDE HEALTH PSYCHOLOGY

A influência dos amigos no consumo de drogas entre adolescentes

Friend's influence on drug consumption among adolescents

| Luciana Roberta Donola Cardoso | André Malbergier

Decisões em saúde no relacionamento entre o profissional e o paciente com transtorno alimentar

Health decision in the relationship between professional and patient with eating disorder

| Laura Vilela e Souza | Manoel Antônio dos Santos

Esquemas desadaptativos e sua relação com o transtorno de estresse pós-traumático: uma revisão sistemática

Maladaptive schemas and its relationship with posttraumatic stress disorder: A systematic review

| Nathália Susin | Clarissa Salle Carvalho | Christian Haag Kristensen

A comunicação entre o casal no contexto do cancro da mama

Communication between the couple in the context of breast cancer

| Helena Moreira | Maria Cristina Canavarro

TRATAMENTO E PREVENÇÃO PSICOLÓGICO PSYCHOLOGICAL TREATMENT AND PREVENTION

Users' psychological characterization of the Birigui Mental Health Clinic

Caracterização dos usuários do atendimento psicológico do Ambulatório de Saúde Mental de Birigui

| Renato Salviato Fajardo | Adriana Cristina Zavanelli | Eliene Ferreira Botasim | Glaucia de Souza Barboza

Breathing and relaxation training for patients with hypertension and stress

Treino de relaxamento e respiração em pacientes com hipertensão e estresse

| Livia de Matos Chicayban | Lucia Emmanoel Novaes Malagris