

ISSN 0103 - 166X

# ESTUDOS DE PSICOLOGIA

*Psychological Studies*

Volume 31  
Número 3

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](mailto: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.3 jul./set. 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 Veloso Gouveia - UFPA - João Pessoa (PB) - Brasil  
Verônica Moraes Ximenez - UFCE - Fortaleza (CE) - Brasil  
Virginia Moreira - Unifor - Fortaleza (CE) - Brasil  
Wanda Maria Junqueira Aguiar - PUC-SP - São Paulo (SP) - Brasil  
William Barbosa Gomes - UFRGS - Porto Alegre (RS) - Brasil  
Zeidi Araújo Trindade - UFES - Vitória (ES) - Brasil

### Conselho editorial internacional / International editorial board

Anabela Maria Sousa Pereira - Universidade de Aveiro - Aveiro - Portugal  
André Sirota - Université de Paris X - Nanterre - França  
Andres Roussos - Universidad de Belgrano - Buenos Aires - Argentina  
Athanasios Marvakis - Aristotle University of Thessaloniki - Thessaloniki - Grécia  
Barbara Byrne - University of Ottawa - Ottawa - Canadá  
Cecil Reynolds - Texas A&M University - College Station - TX - USA  
Danilo Rodrigues Silva - Universidade de Lisboa - Lisboa - Portugal  
Denise Defey - Universidad de la Republica - Montevideo - Uruguai  
Feliciano Henriques Veiga - Universidade de Lisboa - Lisboa - Portugal  
Guillermo de la Parra - Pontifícia Univ. Católica de Chile - Santiago - Chile  
Hernan C. Pulido-Martinez - Pontifícia Universidad Javeriana - Bogotá - Colômbia  
Josep M. Blanch Ribas - Universitat Autònoma de Barcelona - Barcelona - Espanha  
Kurt F. Geisinger - The University of Nebraska - Lincoln - NE - USA  
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 Pais Vasco - San Sebastian - Espanha  
Rosa Caron - Université de Paris Diderot - Paris - França  
Shane R. Jimerson - 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 3

Julho/Setembro

2014

---

## sumário CONTENTS

---

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

**327 Evidências de validade da Escala de Avaliação do Relacionamento**

*Validity evidences the Relationship Assessment Scale*

| José Augusto Evangelho Hernandez

**337 Rorschach e sofrimento psíquico grave: funcionamento psíquico nas primeiras crises psicóticas**

*Rorschach and severe psychic suffering: Psychic functioning in first psychotic crisis*

| Hayanna Carvalho Santos Ribeiro Silva | Ileno Izídio da Costa

**347 Personalidade: estudo comparativo entre dois instrumentos de avaliação**

*Personality: Comparative study between two instruments of assessment*

| Tatiana de Cássia Nakano

**359 The hollow-face illusion monocularly observed in a box**

*A ilusão da máscara côncava observada monocularmente em uma caixa*

| Maria Amélia Cesari Quaglia | Lívia da Silva Bachetti | Arthur Alves

### PSICOLOGIA DO ENSINO E APRENDIZAGEM *PSYCHOLOGY OF TEACHING AND LEARNING*

**367 Relação entre *bullying* e sintomas depressivos em estudantes do ensino fundamental**

*Associations between bullying and depressive symptoms in elementary students*

| Bruna Garcia Forlim | Ana Carina Stelko-Pereira | Lúcia Cavalcanti de Albuquerque Williams

**377 Desempenho operatório de crianças com queixas de desatenção e hiperatividade em jogos eletrônicos baseados em provas Piagetianas**

*Operating performance of children with symptoms of inattention and hyperactivity in electronic games based on Piagetian tasks*

| Claudia Broetto Rossetti | Maria Thereza Costa Coelho de Souza | Fabíola Röhrig | Queila Cássia Corrêa Guimarães  
| Simone Chabudee Pylro | Taisa Rodrigues Smarssaro Bahiense

### PSICOLOGIA DA SAÚDE *HEALTH PSYCHOLOGY*

**387 O sentido da maternidade e da infertilidade: um discurso singular**

*The meaning of maternity and infertility: A singular speech*

| Patrícia Gomes Accioly Lins | Elci Antonia de Macedo Ribeiro Patti | Antonio César Peron | Valéria Barbieri

**393 Aconselhamento em saúde: fatores terapêuticos em grupo de apoio psicológico para transtornos alimentares**

*Counseling in health: Therapeutic factors in a psychological support group for eating disorders*  
| Manoel Antônio dos Santos | Fabio Scorsolini-Comin | Elaine Cristina da Silva Gazignato

**405 A prática grupal e o discurso sobre a ética em documentos oficiais**

*Group work and the discourse of ethics in official documents*  
| Emerson Fernando Rasera | Flavia Miranda Oliveira | Mario José Bertini Silva de Jesus

**415 Representação social da Psicologia e do psicólogo na sala de espera de uma clínica-escola**

*Social representation of Psychology and the psychologist in the waiting room of a teaching-clinic*  
| Mariane Iuva Arend | Roberta Fin Motta

**425 Feeding practices, healthcare and kinship during the first year of life**

*Alimentação, cuidado em saúde e parentesco durante o primeiro ano de vida*  
| Vania Bustamante | Cecilia McCallum

**PSICOLOGIA SOCIAL**      *SOCIAL PSYCHOLOGY*

**437 Death over time: Brief notes about death and dying in the West**

*A morte inscrita no tempo: breves apontamentos sobre a morte e o morrer no Ocidente*  
| Rosangela Werlang | Jussara Maria Rosa Mendes

**451 Instruções aos Autores**

*Guide for Authors*

# Evidências de validade da Escala de Avaliação do Relacionamento

## *Validity evidences the Relationship Assessment Scale*

José Augusto Evangelho **HERNANDEZ**<sup>1</sup>

### Resumo

Este estudo, de caráter exploratório e confirmatório, buscou evidências de validade para a Escala de Avaliação do Relacionamento de Hendrick. No primeiro estudo, participaram 201 pessoas de ambos os sexos que coabitavam com seus parceiros na cidade de João Pessoa, Paraíba. A análise fatorial exploratória para componentes principais dos escores da escala extraiu solução inicial com um fator responsável pela explicação de 61% da variância total e com coeficiente alfa de 0,89. No segundo estudo, participaram 538 pessoas envolvidas em diversos tipos de relacionamentos amorosos da cidade de Porto Alegre, Rio Grande do Sul. Uma análise fatorial confirmatória (GFI = 0,97, razão CMIN/DF = 3,62) indicou a adequação do modelo. Análises das relações dessa escala com outras medidas de satisfação no relacionamento revelaram correlações estatísticas significativas que variaram de moderadas altas a fortes. Esses resultados evidenciaram a validade fatorial, convergente e consistência interna para escores oriundos de diferentes culturas.

**Palavras-chave:** Satisfação conjugal; Satisfação no relacionamento; Psicometria.

### Abstract

*This exploratory and confirmatory study sought evidence for the validity of the Relationship Assessment Scale of Hendrick. A total of 201 people of both sexes that lived with their partners in the city of João Pessoa, Paraíba, participated in the first study. The exploratory factor analysis for the principal components of the scale scores extracted an initial solution with one factor responsible for explaining 61% of the total variance and a coefficient alpha of 0.89. A total of 538 people involved in different types of affective relationships from Porto Alegre, Rio Grande do Sul, participated in the second study. The confirmatory factor analysis (GFI = 0.97, CMIN/DF ratio = 3.62) indicated the appropriateness of the model. Analysis of the correlations of this scale with other measures of relationship satisfaction revealed statistically significant correlations, which ranged from high-moderate to high. These findings showed factorial validity, convergent and internal consistency for scores from different cultures.*

**Keywords:** Marital satisfaction; Relationship satisfaction; Psychometrics.

Se as pessoas estão casadas, coabitam ou têm um relacionamento estável, e se os casais são

heterossexuais ou homossexuais, as questões de satisfação são igualmente importantes. A satisfação



<sup>1</sup> Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Psicologia, Departamento de Fundamentos da Psicologia. R. São Francisco Xavier, 524, 10º andar, 20550-013, Rio de Janeiro, RJ, Brasil. E-mail: <hernandez.uerj@gmail.com>.

pode ter fortes implicações para os parceiros permanecerem juntos ou romperem seus relacionamentos (S.S. Hendrick, Hendrick, & Adler, 1988), sendo assim, é um construto relevante e muito discutido na Psicologia. A presente investigação procurou fornecer evidências de validade para a Escala de Avaliação do Relacionamento (EAR) de Hendrick (1988) com dados de brasileiros e examinou a estrutura fatorial e a consistência interna desse instrumento bem como sua associação com outras medidas de satisfação nas relações amorosas.

Berscheid (2010) afirmou que, nas últimas décadas, a pesquisa sobre satisfação e estabilidade conjugal aumentou em quantidade, sofisticação metodológica e analítica. Muito disso foi estimulado pelo resultado do estudo longitudinal de Burgess e Wallin (1944). Após duas décadas de casamento, a satisfação dos cônjuges tinha declinado, a intimidade e as atividades compartilhadas, incluindo a relação sexual, tinham diminuído. Posteriormente, estudos transversais corroboraram o declínio da satisfação ao longo do tempo, com a ressalva de que um ligeiro aumento foi visto em casamentos de longa duração, a chamada curva U. Contudo, estudos longitudinais revelaram que esse aumento de satisfação nos casamentos de longa duração era uma ilusão produzida pela metodologia transversal. Em geral, casais altamente insatisfeitos não aparecem no longo prazo porque já estão divorciados ou separados.

As explicações para o declínio focavam exclusivamente os conflitos e os sentimentos negativos que os acompanhavam. Em decorrência disso, as terapias para casamentos estressados se concentraram na resolução de conflitos e nas habilidades de comunicação. Porém, a suposição de que o conflito é a única ou a principal causa da insatisfação conjugal passou a ser questionada. A duração e a felicidade dos relacionamentos parecem estar relacionadas também a comportamentos afetuosos e de apoio do que apenas à ausência de antagonismo e conflito (Huston, Caughlin, Houts, Smith, & George, 2001).

Satisfação é apenas um dos diversos termos empregados para descrever uma porção de julgamentos sobre um relacionamento íntimo. Quali-

dade conjugal, ajustamento conjugal e sucesso conjugal também têm sido usados para denotar satisfação segundo S.S. Hendrick e Hendrick (1997).

Glenn (1990) diferenciou satisfação de felicidade, e ambas foram caracterizadas como índices individuais de qualidade conjugal. Entretanto, o autor empregou o termo ajustamento como índice de qualidade conjugal orientado ao relacionamento. Para S.S. Hendrick e Hendrick (1997), a satisfação engloba sentimentos subjetivos dos parceiros sobre seus relacionamentos, enquanto o ajustamento conjugal compreende comportamentos reais do relacionamento, que revelariam com precisão a forma como a relação funciona. Um casal poderia ter um bom relacionamento em termos comportamentais, os parceiros concordariam em estratégias da parentalidade, trabalhariam juntos sem conflito, organizariam sua vida financeira de forma eficaz e teriam carreiras produtivas, portanto estariam bem ajustados. Entretanto, se estivessem emocionalmente distantes, estariam insatisfeitos. De outro modo, um casal poderia discordar sobre os estilos da parentalidade, organizar erradamente sua vida financeira e estar levemente satisfeito com o trabalho, porém, se fazem amor com frequência, poderiam sentir-se emocionalmente conectados e satisfeitos com a relação. Os pesquisadores comentaram que, com as diferenças de definição da satisfação no relacionamento, vieram algumas controvérsias acerca das medidas. Algumas escalas medem a satisfação individual global e favorecem mais itens relacionais fundamentados comportamentalmente (Spanier, 1976), outras são muito longas e inclusivas.

Os investigadores e os clínicos do relacionamento podem discordar acerca das abordagens de satisfação no relacionamento, que poderão variar do individual ao relacional, do global ao específico e em relação ao estilo de medida, breve e global ou longo e específico. Contudo, a maioria deles concorda que abordagens diferentes não devem ser incluídas na mesma medida (Glenn, 1990).

A medida de satisfação também tem sido criticada por ser confundida como viés de desajustabilidade social. Pensa-se que as pessoas podem responder perguntas sobre a relação amorosa com base no que acreditam que seja uma resposta social-

mente apropriada ou socialmente desejável, no lugar das suas reais atitudes, convicções e emoções. Entretanto, Fowers, Applegate, Olson e Pomerantz (1994) e Russell e Wells (1992) mostraram que satisfação na relação amorosa e desejabilidade social são variáveis inteiramente independentes.

Satisfação é uma das principais áreas de avaliação no relacionamento, com numerosas medidas para avaliar sentimentos, pensamentos ou comportamentos dentro da relação conjugal. As mais populares medidas incluem os 15 itens do Teste de Ajustamento Conjugal (Locke & Wallace, 1959), os 400 itens do *Checklist* de Observação do Cônjuge (Patterson, 1976), os 280 itens do Inventário de Satisfação Conjugal (Snyder, 1979) e os 32 itens da Escala de Ajustamento Diádico (EAD) de Spanier (1976). Embora todas essas medidas sejam respeitadas, muitas são excessivamente longas e, às vezes, inviáveis para a pesquisa e a clínica, e, além disso, são direcionadas exclusivamente para o relacionamento conjugal.

A variedade de relacionamentos na sociedade contemporânea levou Hendrick (1988) ao desenvolvimento de uma medida de satisfação breve e confiável que fosse aplicável aos muitos tipos de relações íntimas. A EAR é uma medida global, unidimensional e breve (sete itens), baseada nos cinco itens do Questionário de Avaliação Conjugal de Hendrick (1981). As mudanças nessa escala envolveram a substituição das palavras *companheiro/a* por *parceiro/a* e *casamento* por *relacionamento*, e foram incluídos dois itens de uma versão anterior da mesma escala.

Na construção e desenvolvimento da EAR, estudo I, segundo Hendrick (1988), participaram 125 sujeitos em relação amorosa. Foi executada uma análise fatorial da EAR que extraiu um único fator, que foi responsável pela explicação de 46% da variância total. A correlação interitem variou de 0,11 a 0,67; a correlação item-total, de 0,57 a 0,76. No estudo II, com 57 casais, Hendrick encontrou uma estrutura consistente como a anterior. A melhor solução extraiu um fator que explicou 57% da variância total. A correlação média interitem foi 0,49. O alfa de Cronbach foi de 0,87. A EAR apresentou uma correlação estatística significativa

( $r = 0,80$ ) com a EAD. As escalas foram efetivas em discriminar casais que estavam juntos daqueles que romperam. A pesquisadora concluiu que esses resultados pareciam muito aceitáveis para um instrumento de apenas sete itens.

Reexaminando o instrumento, S.S. Hendrick, Dicke e Hendrick (1998) encontraram correlação moderada para alta entre a EAR e outras medidas de satisfação conjugal, como a EAD, além de boa fidedignidade teste-reteste. Levaram-se em conta amostras de casais de diversas etnias e idades e casais em terapias de casal ou familiar. Os autores concluíram que a EAR é uma medida genérica de satisfação no relacionamento, psicometricamente sólida, apropriada, útil e prática para avaliação de relações amorosas numa ampla variedade de ambientes de pesquisa.

Em relação à satisfação conjugal no Brasil, Scorsolini-Comin e Santos (2010) realizaram uma revisão integrativa das publicações do período de 1970 a 2008 nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (Lilacs) e *Scientific Electronic Library Online* (SciELO). Foram recuperadas apenas dez publicações sobre satisfação em quase quatro décadas, o que revelou a escassez de estudos nacionais sobre o tema. Entre os poucos estudos recuperados estão aqueles que utilizaram instrumentos para medir a satisfação conjugal. A pesquisa de Magagnin et al. (2003) utilizou a EAD, de Spanier (1976), e a EAR de Hendrick (1988), em 41 casais primíparos nos primeiros meses de gestação. Norgren, Souza, Kaslow, Hammerschmidt e Sharlin (2004) mediram a satisfação conjugal de 30 casais paulistas de mais de 20 anos de casamento com a EAD. Perlin e Diniz (2005) investigaram casais casados em que ambos os parceiros trabalhavam no âmbito público e mensuraram sua satisfação através da EAD. Em todos esses trabalhos, os itens dos instrumentos usados foram, apenas, traduzidos para o português e ajustados por consenso aos conteúdos dos construtos.

O primeiro estudo psicométrico gerador de evidências de validade fatorial para a EAD (Spanier, 1976) com escores de brasileiros foi realizado por Hernandez (2008), mais de três décadas após a construção do instrumento, o que mostra que a

exploração do tema é recente em nosso meio. Entretanto, a EAD é um dos instrumentos mais usados na pesquisa internacional, haja vista que Spanier, em 1985, já registrava 1 mil publicações, e Prouty, Markowski e Barnes (2000) noticiavam que esse número já estaria em torno de alguns milhares.

Wachelke, Andrade, Cruz, Faggiani, e Natividade (2004) construíram e validaram um instrumento brasileiro denominado Escala Fatorial de Satisfação em Relacionamento de Casal. Além disso, Andrade, Garcia e Cano (2009) investigaram um modelo preditivo de satisfação global com o relacionamento romântico e utilizaram a Escala de Satisfação Global com Relacionamento Amoroso de Rusbult (1983).

O presente estudo exploratório e confirmatório buscou gerar algumas evidências de validade relativas à estrutura e à consistência interna da EAR. Também foram examinadas as relações desse instrumento com outras duas medidas de satisfação no relacionamento amoroso: uma breve e outra extensa. Além disso, a escala foi examinada por dois estudos, com dados oriundos de duas regiões brasileiras que, certamente, têm características culturais diversas.

## Método Estudo I

Foi recrutada uma amostra de conveniência de 201 pessoas - 97 do sexo masculino e 104 do sexo feminino -, da cidade de João Pessoa (PB). A idade dos sujeitos variou de 18 a 69 anos, com média de 34,5 e Desvio-Padrão (DP) de 10,53. O tempo de duração do relacionamento variou de um mês a 50 anos, média de 10,8 anos e DP de 9,38 anos. Todos estavam em relação amorosa, mediante casamento formal, civil e religioso ou união estável; 166 tinham filhos e 35 não os tinham.

Os participantes responderam a EAR de Hendrick (1988), instrumento breve de sete itens que fornece uma medida genérica e unidimensional de satisfação no relacionamento. Os itens são frases interrogativas, e os respondentes usaram uma escala tipo Likert de cinco pontos para registrar suas res-

postas ao instrumento. Na contagem dos escores, os itens 4 e 7 necessitaram ser invertidos, pois medem a insatisfação no relacionamento. Essa versão brasileira da EAR foi produzida a partir da original norte-americana (Hendrick, 1988), usando-se o método de *back translation*, no qual participaram dois psicólogos bilíngues.

Os dados foram coletados em locais variados, públicos e privados. Em praças, parques, *shoppings*, em estabelecimentos de ensino superior, em reuniões de casais e nos domicílios particulares dos participantes. Em todos os casos, foram cumpridas as exigências relativas à ética em pesquisa com seres humanos conforme a Resolução CNS nº 196/96. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Protocolo nº 018/2011. Os participantes foram informados sobre os objetivos da pesquisa e assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Os dados coletados foram digitados e analisados no *Statistical Package of Social Sciences* (SPSS), versão 20, por meio das técnicas estatísticas descritivas, análise fatorial de componentes principais e coeficiente alfa de Cronbach para a verificação da estrutura e da consistência interna da EAR.

## Resultados Estudo I

A adequação dos dados à análise fatorial foi verificada através do teste Kaiser-Meyer-Olkin, que forneceu um valor de 0,89, considerado como muito bom ajuste. O teste de esfericidade de Bartlett apresentou os valores  $\chi^2(21) = 729,88$ ;  $p < 0,01$ , que permitiram rejeitar a hipótese nula e confirmar a utilização do método de análise para os dados coletados.

A análise fatorial exploratória para componentes principais, baseada na extração de autovalores maiores do que 1,0, extraiu uma solução inicial com um único fator para a EAR. Esse fator com autovalor de 4,29 foi responsável pela explicação de 61,3% da variância total. As cargas fatoriais dos sete itens do instrumento podem ser observadas na Tabela 1.



**Tabela 1**

Matriz Fatorial da Escala de Avaliação de Relacionamento: estudos atual e original

	Estudo atual	Hendrick (1981)	
	I	I	II
1. O quanto sua (seu) parceira (o) satisfaz as suas necessidades?	0,81	0,77	0,80
2. Em geral, quanto você está satisfeito com seu relacionamento?	0,86	0,79	0,88
3. O seu relacionamento é melhor que as relações que você conhece?	0,75	0,72	0,83
4. Quantas vezes você deseja não ter começado seu relacionamento?	0,75	0,67	0,67
5. Quanto seu relacionamento atual satisfaz suas expectativas do início da relação?	0,82	0,58	0,62
6. O quanto você ama sua (seu) parceira (o)?	0,80	0,66	0,65
7. Quantos problemas existem no seu relacionamento?	0,66	0,49	0,79
Autovalores	4,29	*	*
Variância Explicada %	61,30	46,00	57,00
Alfas de Cronbach	0,89	*	0,87

Nota: \*Dados não publicados pela autora.

Método de Extração: análise de componentes principais.

**Tabela 2**

Matriz de Correlação Interitem da Escala de Avaliação de Relacionamento

Itens*	s1	s2	s3	s4	s5	s6	s7
s1	1,00						
s2	0,66	1,00					
s3	0,47	0,58	1,00				
s4	0,56	0,57	0,46	1,00			
s5	0,67	0,71	0,52	0,55	1,00		
s6	0,60	0,65	0,64	0,51	0,56	1,00	
s7	0,46	0,50	0,46	0,48	0,44	0,35	1,00

Nota: Itens da Escala de Avaliação do Relacionamento.

A análise da consistência interna da escala mostrou um coeficiente alfa de Cronbach de 0,89. A média de correlação interitem foi 0,54, com um mínimo de 0,35 e um máximo de 0,71 (Tabela 2). A correlação item-total variou de 0,56 a 0,79.

Análises de variância não encontraram diferenças estatísticas significativas ( $p < 0,05$ ) de satisfação no relacionamento entre homens e mulheres, contudo, entre as condições com filho e sem filho na relação, foi apurado que os casais sem filhos ( $M = 4,2$ ;  $DP = 0,65$ ) relataram satisfação no relacionamento significativamente maior ( $p = 0,03$ ) do que os casais com filhos ( $M = 3,9$ ;  $DP = 0,67$ ). Além disso, não houve correlações significativas entre satisfação no relacionamento e idade ou tempo de duração da relação dos participantes.

## Método Estudo II

Em Porto Alegre (RS), 496 pessoas - 287 do sexo feminino e 209 do masculino -, responderam à EAR. A idade dos respondentes variou de 18 a 63 anos, com média de 29,3 e  $DP = 9,33$ . O tempo de duração do relacionamento variou de um mês a 30 anos, com média de 6,5 anos e  $DP = 7$  anos. Dos participantes, 182 estavam formalmente casados ou em união estável; 297 eram noivos ou namorados e 17 não informaram esse dado. Além disso, 191 pessoas residiam junto com o parceiro, 287 não e 18 pessoas não forneceram essa informação; 117 têm filho na relação, 360 não e dezenove participantes não forneceram esse dado. A escolaridade dos participantes ficou distribuída da seguinte

maneira: ensino fundamental ( $n = 10$ ), ensino médio ( $n = 35$ ), ensino superior ( $n = 385$ ) e pós-graduação ( $n = 65$ ). Uma pessoa não registrou a escolaridade.

Os participantes responderam à EAR, antes descrita. Também foi solicitado aos indivíduos que respondessem a dois itens (alfa de Cronbach de 0,93) criados por Jemmott III, Ashby, e Lindenfeld (1989) com objetivo de obter uma medida geral breve de satisfação no relacionamento para comparar com a EAR. Para que os participantes respondessem a esses itens, foi usada uma escala tipo Likert de 5 pontos: 1 significava nada satisfeito, e 5, totalmente satisfeito.

Além disso, foi usada a EAD de Spanier (1976), na versão brasileira (Hernandez, 2008). Esse instrumento é composto por 32 itens que buscam representar o ajustamento conjugal por meio das dimensões consenso diádico, satisfação diádica, coesão diádica e expressão de afeto. O instrumento foi respondido por meio de uma escala tipo Likert variada, com 5, 6 e 7 pontos, em geral, significando “nunca” e os 5, 6 ou 7 significando “todo o tempo”, e dois itens (29 e 30) dicotômicos (“sim” ou “não”). O escore total da escala pode variar de 0 a 151 pontos e é obtido pela soma dos escores nos fatores: consenso (de 0 a 65), satisfação (de 0 a 50), coesão (de 0 a 24) e expressão de afeto (de 0 a 12). Alguns itens contêm afirmações positivas, e outros, negativas, tendo sido os escores desses últimos revertidos antes do cálculo da pontuação. Os indivíduos que obtiverem 101 pontos ou menos devem ser classificados como desajustados ou em sofrimento no relacionamento, e os que alcançarem 102 pontos ou mais, como ajustados (Spanier, 1976). Os coeficientes alfas de Cronbach calculados para a EAD total, subescalas consenso, satisfação, coesão e expressão de afeto foram de 0,93, 0,86, 0,86, 0,76 e 0,62 respectivamente (Hernandez, 2008).

Os procedimentos de coleta de dados foram os mesmos adotados no estudo 1. Para análise, os dados foram digitados e analisados no SPSS e no módulo AMOS Graphics, através de estatísticas descritivas e Análise Fatorial Confirmatória. Na testagem de ajuste do modelo proposto, foram

analisados os seguintes índices: Qui-quadrado ( $\chi^2$ ), *Comparative Fit Index* (CFI, Índice de Ajuste Comparativo), *Root Mean Square Error of Approximation* (RMSEA, Raiz Quadrada Média do Erro de Aproximação), *Normed Fit Index* (NFI, Índice de Ajuste Normalizado) e *Goodness of Fit Index* (GFI, Índice de Qualidade do Ajuste), conforme Boomsma (2000); Byrne, (2010); Hair, Anderson, Tatham e Black (2005) e McDonald e Ho (2002). Foi utilizado o coeficiente alfa de Cronbach para verificação da consistência interna da EAR, e o coeficiente de correlação de Pearson para examinar as relações dessa escala com outros instrumentos similares e possíveis evidências de validade convergente.

## Resultados Estudo II

Na avaliação da normalidade dos escores dos sete itens da EAR, todos apresentaram leve assimetria negativa e curtose positiva, o que indica uma distribuição moderadamente anormal. Em consequência, na execução da análise fatorial confirmatória, foi usado o método de estimação Máxima Verossimilhança. O modelo testado pode ser observado na Figura 1.

O Qui-quadrado, considerado uma das principais medidas de ajuste global do modelo, foi 50 767 para 14 graus de liberdade com nível de significância menor do que 0,01. Esses valores

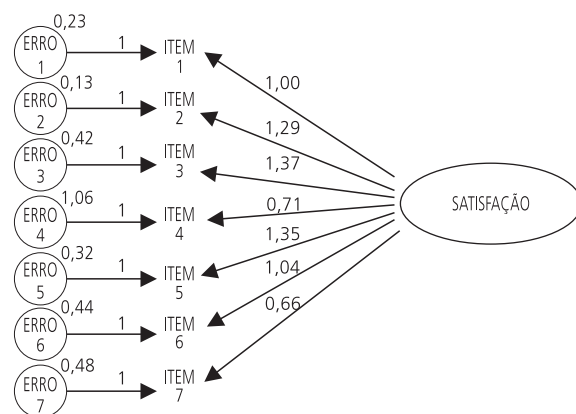


Figura 1. Modelo hipotético da Escala de Avaliação de Relacionamento testado com as estimativas não padronizadas.

indicam que as matrizes dos dados observados diferem significativamente das estimadas. No entanto, como o  $\chi^2$  é muito sensível a amostras grandes (maiores do que 200), situação do estudo atual ( $n = 537$ ), recomenda-se a utilização da razão  $\chi^2/gL$  como alternativa. Esse índice foi 3,6, que representa a diferença entre as matrizes de dados e a estimada, portanto quanto menor o valor, menor a diferença. Critérios mais liberais consideram o valor 5,0 como limite superior máximo tolerado para o índice (Fife-Schaw, 2010).

A *Root Mean Square Error of Approximation*, medida da qualidade de ajuste se o modelo fosse estimado na população, foi 0,06. O intervalo estimado variou de 0,04 a 0,09, com 90% de confiança. Segundo Hancock e Freeman (2001), o valor desse índice deve ser menor do que 0,08, representando uma pequena discrepância das matrizes em relação à população.

A *Root Mean Square Residual* (RMR, Raiz Quadrada Média Residual) foi 0,02, o que revela que os resíduos são reduzidos e denota que o modelo testado é plausível, ou seja, as variâncias e covariâncias da amostra pouco diferem das variâncias e covariâncias estimadas. Os resíduos representam a discrepância entre o modelo hipotetizado e os dados observados (Byrne, 2010).

O *Comparative Fit Index* do modelo proposto com o nulo foi 0,98, o que mostra um bom ajuste e indica a aceitação do modelo. Nesse índice, quanto mais o valor se aproxima de 1,0, melhor o ajuste (Fife-Schaw, 2010).

O *Goodness of Fit Index* foi 0,97, e o Adjusted Goodness of Fit Index (AGFI, Índice Ajustado de Qualidade do Ajuste) foi 0,94. Esses índices representam a proporção da variância explicada através da estimação, e são esperados valores próximos a 1,0 como indicadores de bom ajuste (Fife-Schaw, 2010).

O alfa de Cronbach para a EAR foi 0,87, considerado muito bom. A média de correlação interitem foi 0,49, com um mínimo de 0,27 e um máximo de 0,74. A correlação item-total variou de 0,38 a 0,81.

Através do coeficiente de Pearson, a EAR apresentou correlação estatística significativa de 0,84 com os dois itens de satisfação amorosa de Jemmott III et al. (1989). Além disso, a EAR e a EAD total e suas subescalas - satisfação diádica, consenso diádico, coesão diádica e expressão de afeto - correlacionaram-se significativamente, apresentando os seguintes coeficientes: 0,81, 0,80, 0,67, 0,57 e 0,58 respectivamente. Em todos os casos, os níveis de significância estatística foram menores do que 0,01.

Análises de variância não encontraram diferenças estatísticas significativas ( $p < 0,05$ ) de satisfação no relacionamento entre homens e mulheres, entre coabitantes e não coabitantes e entre as condições de com filho e sem filho na relação. Além disso, não houve correlações estatísticas significativas entre satisfação no relacionamento e idade dos participantes ou tempo de duração da relação. Houve, porém, diferença significativa entre as médias de satisfação no relacionamento ( $p < 0,01$ ) entre pessoas classificadas como ajustadas (3,8) e desajustadas (2,3) conjugalmente na EAD segundo Spanier (1976).

Considerando apenas os escores dos participantes casados e em união estável ( $n = 182$ ), houve considerável aumento na magnitude das correlações estatísticas significativas da EAR com os dois itens ( $r = 0,87$ ) de Jemmott III et al. (1989) e com a EAD total ( $r = 0,86$ ) e suas subescalas: satisfação diádica ( $r = 0,83$ ), consenso diádico ( $r = 0,76$ ), coesão diádica ( $r = 0,55$ ) e expressão de afeto ( $r = 0,68$ ). Contudo, não foram encontradas diferenças estatísticas significativas em satisfação no relacionamento entre homens e mulheres e entre a condição com filho e sem filho; nesse último caso, diferentemente dos participantes paraibanos. As correlações entre a satisfação no relacionamento e a idade e o tempo de duração da relação dos participantes também não foram significativas.

## Discussão

Segundo os resultados, a versão brasileira EAR apresentou uma estrutura fatorial coerente com a proposta original de Hendrick (1988) em

ambos os estudos realizados. Esse desempenho psicométrico apresentou-se estável, com escores de amostras diferentes provenientes de culturas do Nordeste e do Sul do País. Na análise fatorial confirmatória, os índices relativos à adequação de modelos de equações estruturais forneceram razoáveis evidências da estrutura unifatorial da EAR.

Comparando os resultados encontrados no presente trabalho a estudos anteriores produzidos em diversas culturas (Hendrick et al., 1998; Dinkel & Balck, 2005; Renshaw, McKnight, Caska, & Blais, 2011; Vaughn & Baier, 1999), notam-se grandes igualdades nos resultados e pequenas diferenças de valores que, indubitavelmente, replicam a estrutura unifatorial da EAR.

Com relação à consistência interna dos instrumentos, os elevados alfas de 0,89 e 0,87 nos estudos atuais I e II, respectivamente, igualam-se à média de 0,87 encontrada por Graham, Diebels e Barnow (2011) em estudo de meta-análise sobre a fidedignidade da EAR, com 398 artigos que representam 622 amostras e 636 806 indivíduos, que forneceram 639 coeficientes alfas. Os autores afirmam que, em grande parte das pesquisas posteriores (por exemplo, Dinkel & Balck, 2005), os escores obtidos tendem a superar os valores encontrados quando do desenvolvimento da EAR.

No estudo original, Hendrick (1988) encontrou elevados coeficientes de correlações entre a EAR e a EAD, especialmente na subescala satisfação diádica, sugerindo fortes evidências de validade convergente. Precisamente, os mesmos resultados foram achados por Vaughn e Baier (1999) em uma amostra clínica norte-americana e por Dinkel e Balck (2005) com os escores de uma versão alemã da EAR. Da mesma forma, no presente estudo, para os escores da versão brasileira da EAR, resultados semelhantes foram encontrados, gerando robustas evidências de validade convergente, haja vista que a validade dos escores da EAD, no Brasil, foi verificada por Hernandez (2008). Reforçando esses resultados, as pessoas ajustadas na EAD apresentaram médias de satisfação no relacionamento (EAR) maiores do que as classificadas como desajustadas. Além disso, foi encontrada elevada correlação da EAR com os itens de satisfação global de Jemmott III et al. (1989).

Diferentemente do estudo II, no primeiro estudo deste trabalho, foi encontrada uma diferença estatística significativa em satisfação no relacionamento entre os sujeitos com e sem filhos. Nesse caso, a condição sem filhos apresentou níveis maiores de satisfação. Willi (1997) comentou que menor satisfação é mais marcadamente encontrada em casais com crianças, enquanto aqueles sem crianças apresentam escores mais altos. Dinkel e Balck (2005) também encontraram pessoas que não coabitavam e sem filhos com níveis mais elevados de satisfação no relacionamento. No entanto, análise dos escores dos sujeitos casados (com e sem filho) da amostra do estudo II, atual, não corroborara esses resultados. Sternberg (1989) explicou que a satisfação conjugal é elevada durante os primeiros anos da relação, declina durante os anos intermediários e volta a elevar-se nos últimos anos. Uma razão para esse modelo em forma de U é, provavelmente, o efeito dos filhos. Está claro que a chegada dos filhos cria novas tensões e se associa a uma diminuição da satisfação conjugal (Hernandez & Hutz, 2009). À medida que os filhos crescem e, por fim, saem de casa, a satisfação com o matrimônio pode melhorar.

Curiosamente, uma medida que foi originalmente desenvolvida com uma amostra de estudantes para medir satisfação em diversos tipos de relacionamentos apresentou desempenho psicométrico ótimo (fatorial, consistência interna e na relação com outras medidas) com pessoas casadas ou com união estável, conforme as análises do estudo I (amostra integral de casados e união estável) e estudo II (apenas com os casados e união estável). Na sua pesquisa, Graham et al. (2011) constataram essa situação no que tange à fidedignidade da EAR. Da mesma forma que o estudo atual, Dinkel e Balck (2005) não encontraram diferenças estatísticas significativas entre homens e mulheres, entre tipos de relacionamentos (casados, noivos e namorados) em satisfação no relacionamento medida pela EAR.

Além disso, Dinkel e Balck (2005) não encontraram relação entre a idade, a duração do relacionamento dos sujeitos e a satisfação no relacionamento, resultados que se repetiram na presente

pesquisa. No entanto, os autores acharam correlação negativa significativa entre duração do relacionamento e os escores da EAR apenas para os não casados, o que não ocorreu no estudo atual.

Considerando a análise da estrutura fatorial da EAR, os resultados do presente estudo replicaram os achados de Hendrick (1988) e outros que, posteriormente, verificaram a estrutura da escala (Dinkel & Balck, 2005; Hendrick et al., 1998; Renshaw et al., 2011; Vaughn & Baier, 1999). Um fator geral emergiu das análises, o que demonstrou claramente a validade fatorial da EAR.

A Escala de Avaliação do Relacionamento, na versão atual, também é uma medida homogênea com elevada consistência interna. A correlação item-total é muito boa, comparável à pesquisa original (Hendrick, 1988) e à extensa meta-análise (Graham et al., 2011). Adicionalmente, houve uma correlação substancial entre a EAR e a EAD e suas subescalas, especialmente a satisfação diádica, evidências de convergência.

No conjunto, as evidências sugerem que a versão brasileira da EAR é uma medida confiável e válida, adequada para a avaliação subjetiva global dos relacionamentos íntimos. Contudo, algumas limitações estão presentes neste estudo e podem ter influenciado os resultados. As amostras de ambos os estudos não são probabilísticas e, embora possam representar culturas diversas, estão distantes de cobrir toda a diversidade existente no País, no entanto futuras investidas poderão preencher essas lacunas.

## Referências

- Andrade, A. L., Garcia, A., & Cano, D. S. (2009). Preditores da satisfação global em relacionamentos românticos. *Psicologia: Teoria e Prática*, 11(3), 143-156.
- Berscheid, E. (2010). Love in the fourth dimension. *Annual Review of Psychology*, 61, 1-25.
- Boomsma, A. (2000). Reporting analyses of covariance structures. *Structural Equation Modeling*, 7(3), 461-483.
- Burgess, E. W., & Wallin, P. (1944). Predicting adjustment in marriage from adjustment in engagement. *American Journal of Sociology*, 49(4), 324-330.
- Byrne, B. M. (2010). *Structural equation modeling with Amos: Basic concepts, applications, and programming*. New York: Routledge.
- Dinkel, A., & Balck, F. (2005). An evaluation of the German relationship assessment scale. *Swiss Journal of Psychology*, 64(4), 259-263.
- Fife-Schaw, C. (2010). Introdução à modelagem de equação estrutural. In G. M. Breakwell, S. Hammond, C. Fife-Schaw, & J. A. Smith (Eds.), *Métodos de pesquisa em psicologia* (pp.434-453). Porto Alegre: Artmed.
- Fowers, B. J., Applegate, B., Olson, D. H., & Pomerantz, B. (1994). Marital conventionalization as a measure of marital satisfaction: A confirmatory factor analysis. *Journal of Family Psychology*, 8(1), 98-103.
- Glenn, N. D. (1990). Quantitative research on marital quality in the 1980s: A critical review. *Journal of Marriage and the Family*, 52, 818-831.
- Graham, J. M., Diebels, K. J., & Barnow, Z. B. (2011). The reliability of relationship satisfaction: A reliability generalization meta-analysis. *Journal of Family Psychology*, 25(1), 39-48.
- Hair, J. F., Jr., Anderson, R. E., Tatham, R. L., & Black, W. C. (2005). *Análise multivariada de dados*. Porto Alegre: Bookman.
- Hancock, G. R., & Freeman, M. J. (2001). Power and sample size for the root mean square error of approximation test of not close fit in structural equation modeling. *Educational and Psychological Measurement*, 61(5), 741-758.
- Hendrick, S. S. (1981). Self-disclosure and marital satisfaction. *Journal of Personality and Social Psychology*, 40(6), 1150-1159.
- Hendrick, S. S. (1988). A generic measure of relationship satisfaction. *Journal of Marriage and the Family*, 50, 93-98.
- Hendrick, S. S., Dicke, A., & Hendrick, C. (1998). The Relationship Assessment Scale. *Journal of Social and Personal Relationships*, 15, 137-142. doi: 10.1177/0265407598151009
- Hendrick, S. S., & Hendrick, C. (1997). Love and satisfaction. In R. J. Sternberg, & M. Hojjat (Eds.), *Satisfaction in close relationships* (pp.56-78). New York: The Guilford Press.
- Hendrick, S. S., Hendrick, C., & Adler, N. L. (1988). Romantic relationships: Love, satisfaction, and staying together. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54(6), 980-988.
- Hernandez, J. A. E. (2008). Avaliação estrutural da escala de ajustamento diádico. *Psicologia em Estudo*, 13(3), 593-601.
- Hernandez, J. A. E., & Hutz, C. S. (2009). Transição para a parentalidade: ajustamento conjugal e emocional. *Psico*, 40(4), 414-421.
- Huston, T. L., Caughlin, J. P., Houts, R. M., Smith, S.E., & George, L. J. (2001). The connubial crucible: Newlywed years as predictors of marital delight, distress, and divorce. *Journal of Personality and Social Psychology*, 80(2), 237-252.

- Jemmott III, J. B., Ashby, K. L., & Lindenfeld, K. (1989). Romantic commitment and the perceived availability of opposite-sex persons: On loving the one you're with. *Journal of Applied Social Psychology, 19*(14), 1198-1211.
- Locke, H. J., & Wallace, K. M. (1959). Short marital-adjustment and prediction tests: Their reliability and validity. *Marriage and Family Living, 21*(3), 251-255.
- McDonald, R. P., & Ho, M. R. (2002). Principles and practice in reporting structural equation analyses. *Psychological Methods, 7*(1), 64-82.
- Magagnin, C., Körbes, J. M., Hernandez, J. A. E., Cafruni, S., Rodrigues, M. T., & Zarpelon, M. (2003). Da conjugalidade a parentalidade: gravidez, ajustamento e satisfação conjugal. *Aletheia, 17*(18), 41-52.
- Norgren, M. B. P., Souza, R. M., Kaslow, F., Hammerschmidt, H., & Sharlin, S. A. (2004). Satisfação conjugal em casamentos de longa duração: uma construção possível. *Estudos de Psicologia, 9*(3), 575-584.
- Patterson, G. R. (1976). Some procedures for assessing changes in marital interaction patterns. *Research Bulletin, 16*(7), 1-29.
- Perlin, G., & Diniz, G. (2005). Casais que trabalham e são felizes: mito ou realidade? *Psicologia Clínica, 17*(2), 15-29.
- Prouty, A. M., Markowski, E. M., & Barnes, H. L. (2000). Using the dyadic adjustment scale in marital therapy: An exploratory study. *The Family Journal: Counseling and Therapy for Couples and Families, 8*(3), 250-257.
- Renshaw, K. D., McKnight, P., Caska, C. M., & Blais, R. K. (2011). The utility of the relationship assessment scale in multiple types of relationships. *Journal of Social and Personal Relationships, 28*(4), 435-447.
- Rusbult, C. E. (1983). A longitudinal test of the investment model: The development (and deterioration) of satisfaction and commitment in heterosexual involvements. *Journal of Personality and Social Psychology, 45*(1), 101-117.
- Russel, R. J. H., & Wells, P. A. (1992). Social desirability and quality of marriage. *Personality and Individual Differences, 13*(7), 787-791.
- Snyder, D. K. (1979). *Marital satisfaction inventory*. Los Angeles: Western Psychological Services.
- Scorsolini-Comin, F., & Santos, M. (2010). Satisfação conjugal: revisão integrativa da literatura científica nacional. *Psicologia: Teoria e Pesquisa, 26*(3), 525-532.
- Spanier, G. B. (1976). Measuring dyadic adjustment: New scales for assessing the quality of marriage and similar dyads. *Journal of Marriage and the Family, 38*(1), 15-28.
- Sternberg, R. J. (1989). *El triángulo del amor: intimidad, amor, compromiso*. Barcelona: Ediciones Paidós.
- Vaughn, M. J., & Baier, M. E. M. (1999). Reliability and validity of the relationship assessment scale. *The American Journal of Family Therapy, 27*(2), 137-147.
- Wachelke, J. F. R., Andrade, A. L., Cruz, R. M., Faggiani, R. B., & Natividade, J. C. (2004). Medida da satisfação em relacionamento de casal. *Psico-USF, 9*(1), 11-18.
- Willi, J. (1997). The significance of romantic love for marriage. *Family Process, 36*(2), 171-182.
- Recebido em: 2/2/2012  
 Versão final em: 18/6/2012  
 Aprovado em: 12/7/2012

# Rorschach e sofrimento psíquico grave: funcionamento psíquico nas primeiras crises psicóticas

## *Rorschach and severe psychic suffering: Psychic functioning in first psychotic crisis*

Hayanna Carvalho Santos Ribeiro **SILVA**<sup>1</sup>  
Ilno Izídio da **COSTA**<sup>2</sup>

### Resumo

Trata-se de um estudo sobre a estrutura e a dinâmica de personalidade de pessoas em primeira crise do tipo psicótica, questionando criticamente as práticas tradicionais da intervenção precoce. Dez clientes atendidos na esfera individual e familiar pelo Grupo de Intervenção Precoce nas Primeiras Crises do Tipo Psicótico foram submetidos ao método de Rorschach no Sistema Compreensivo. Dados foram comparados com estatísticas descritivas de pacientes esquizofrênicos e adultos não pacientes; a análise enfocou os índices de transtorno do pensamento, traços depressivos, inabilidade social e um grupo de variáveis de relevância específica da população estudada. Resultados indicam que pessoas em primeiras crises do tipo psicótico não possuem traços significativos de transtorno de pensamento. Têm percepções acuradas e incomuns da realidade, sobrecarga afetiva e diminuídas habilidades sociais e dispõem de recursos cognitivos e afetivos para enfrentamento a serem aprimorados. A intervenção precoce nas psicoses pode embasar suas práticas nas características específicas dessa população.

**Palavras-chave:** Intervenção precoce; Teste de Rorschach; Transtornos psicótico.

### Abstract

*This is a study about structure and dynamics of the personality of 10 clients in first psychotic-like crises, critically questioning traditional practices in early intervention. Ten clients under individual and family treatment in Grupo de Intervenção Precoce nas Primeiras Crises do Tipo Psicótico were assessed with the Rorschach Inkblot Method in Comprehensive System. Data were compared with international descriptive statistics of schizophrenic inpatients and nonpatient adults, analysis focused the following indexes: Perceptive-thinking, depression, coping and a group of specifically relevant variables for the studied population. Results indicate that individuals in first psychotic-like crises do not have moderate signs of thinking disorder, but accurate and unusual perceptions; affective overload; and diminished social abilities. Such individuals have cognitive and affective resources to be improved. Early intervention in psychosis may adapt practices on the specific characteristics of this population.*

**Keywords:** *Early intervention; Rorschach test; Psychotic disorders.*

▼ ▼ ▼ ▼ ▼

<sup>1</sup> Universidade de Brasília, Instituto de Psicologia, Grupo de Intervenção Precoce nas Primeiras Crises do Tipo Psicótico. Brasília, DF, Brasil.

<sup>2</sup> Universidade de Brasília, Instituto de Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura. Campus Universitário Darcy Ribeiro, Ala Sul, Sala A1-040, Asa Norte, 70910-900, Brasília, DF, Brasil. Correspondência para/Correspondence to: I.I. COSTA. E-mail: <ileno@unb.br>.

Agradecimentos: à Profa. Elisa Walleka Costa pela colaboração nas análises dos dados.

A psicose é uma manifestação sindrômica cuja formulação tem sido marcada por confusões, enganos e diversas dificuldades quanto à conceituação (Costa, 2003). A tradição psiquiátrica descreve os transtornos psicóticos como síndromes de transtorno de pensamento sem causação orgânica determinada (American Psychiatric Association [APA], 2000). A principal característica é a perda de contato com a realidade, que levaria a formulações bizarras do juízo e a distorções perceptivas. Os sintomas podem ser categorizados em positivos (delírio, alucinação e fala desorganizada) e negativos (retraimento social e embotamento afetivo); (Dalgalarondo, 2001; Gabbard, 2006).

O atual *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV, Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais) (APA, 2000, p.298) organiza os Transtornos do Espectro Psicótico nas seguintes categorias: Esquizofrênico; Esquizofreniforme; Esquizoafetivo; Delirante; Psicótico Breve; Psicótico Compartilhado; Psicótico Devido a uma Condição Médica Geral; Psicótico Induzido por Substância. Sintomas psicóticos também podem estar presentes em transtornos de personalidade, demências e transtornos de humor, entre outros.

O uso tradicional do psicodiagnóstico na psicose tende a desconsiderar as implicações sociais, morais e valorativas da atribuição sistemática do rótulo da doença mental ao indivíduo (Fox & Prilleltensky, 1997). Segundo Szasz (1971; 1979), crítico da psiquiatria coercitiva, o conceito de doença mental é uma metáfora que o cuidado médico tradicional da loucura toma na literalidade. A esquizofrenia seria, na nosografia psiquiátrica, a principal manifestação psicótica. Costa (2003) argumenta, à luz da filosofia analítica, a “inviabilidade científica do conceito de esquizofrenia enquanto paradigma fundamental das psicoses”. Fatores culturais, históricos e ideológicos que constituem o indivíduo são ignorados na formulação tradicional do diagnóstico de doença mental, apesar de serem marca do enlouquecimento, dado que o sujeito se insere em uma realidade que o constrói e que é construída por ele. Para McGorry (2011), o cuidado com a saúde mental não deve aguardar por degradingamentos mais cronificados à espera de um enquadre sintomatológico em determinada categoria. Ao

contrário, para esse autor, os primeiros sinais de sofrimento psíquico devem ser adereçados com rapidez e atenção.

A partir dessa perspectiva, a leitura de um quadro psicopatológico não pode considerar os sintomas apenas como manifestação sindrômica individual, uma doença individual. A psicopatologia crítica considera o ser humano para além de seu aparato biológico e refere o sintoma ou queixa como parte integrante de um discurso, inserido em um contexto social (Costa, 2010; Moreira & Sloan, 2002). Sintomas psíquicos são considerados como uma linguagem substituta, desenvolvida em face de dificuldades no uso ordinário da linguagem compartilhada, centralmente envolvendo fatores familiares e históricos fundamentais (Costa, 2003). São manifestações da disposição fundamental humana, *pathos* (Martins, 2003), e o objetivo terapêutico não deve ser sua extinção, como ocorre com o diagnóstico rígido e o uso indiscriminado de psicofármacos. Por vezes, a medicação psiquiátrica reflete a promessa de eliminar sofrimentos existenciais (Costa, 2010). Na psicopatologia crítica, ao contrário, manifestações *páthicas* demandam compreensão em respeito à sua complexidade e contextualização.

Crises do tipo psicótico são conceituadas como episódios em que uma pessoa apresenta sintomas psicóticos (Aitchison, Meehan, & Murray, 1999). Nas primeiras crises, o indivíduo tem potenciais preservados para superação do sofrimento, ferramentas psíquicas e sociais para enfrentamento do estresse em grau e qualidade mais adaptativos, em comparação com períodos de maior cronificação (Salokangas & McGlashan, 2008).

Antes mesmo do primeiro episódio psicótico, alguns sintomas podem estar presentes, tais como estranhamento quanto ao mundo e a si mesmo, alterações funcionais e relacionais importantes, mas que ainda não são psicóticas. Semelhantes sintomas são denominados *pródromos* (do grego: aquilo que antecede um evento); (Carvalho, 2006) e indicam fase de alto risco para episódio psicótico. São sintomas como abstração reduzida; perda do senso do eu, dos outros ou do mundo; atenção/concentração reduzida; sensibilidade interpessoal aumentada,



dentre outros. Pesquisadores salientam a importância de intervenção precoce para promoção de saúde mental e prevenção de desenvolvimento crônico do sofrimento psíquico (Costa, 2010; McGorry, 2011; Yung & McGorry, 1996).

Ainda são poucos os serviços de intervenção precoce nas psicoses. No Brasil, destaca-se o Grupo de Intervenção Precoce nas Primeiras Crises do Tipo Psicótico (GIPSI), fundado em 2001 pelo Prof. Ileno Costa, no Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília. O GIPSI acolhe e atende clientes em primeiras crises do tipo psicótico, na esfera individual e familiar, a partir de uma perspectiva sistêmica (Palazzoli, Cirillo, Selvini, & Sorrentino, 2006). A equipe multiprofissional acolhe o indivíduo em crise, sua família e seu contexto psicossocial com a postura básica de que o sintoma psicótico é gerado na e a partir da sociedade em que o sujeito está inserido (Costa, 2010). Pretende-se, por meio do incentivo à pesquisa, o desenvolvimento de um modelo brasileiro de referência na atenção precoce às primeiras crises do tipo psicótico. Além disso, o GIPSI também objetiva transformação da realidade cultural e social em respeito ao sofrimento psíquico grave.

O GIPSI emprega o termo sofrimento psíquico grave (Costa, 2003) a fim de ressaltar que as primeiras crises do tipo psicótico são vivências de angústia essencialmente humanas - que afetam além do biológico -, marcadas pela intensidade, manejo difícil e pelo potencial incapacitante.

O paradigma internacional da intervenção precoce descreve procedimentos essenciais para prevenir novas crises ou recaídas: detecção precoce, intervenção sensível e específica e atenção psicossocial (McGorry & Edwards, 2002). Na detecção precoce, recomenda-se o uso de instrumentos psicológicos adequados e que possibilitem uma visão psicopatológica crítica. O GIPSI possui uma sistemática complexa de avaliação, com uso de diversos instrumentos individuais, psicossociais e familiares, dentre eles, o método de Rorschach, ferramenta de investigação profunda da dinâmica e funcionamento da personalidade, para além dos sintomas e da visão sindrômica. É um complexo método perceptivo e projetivo que proporciona a

assimilação associativa entre os estímulos e os complexos de sensações intrapsíquicos (Teixeira & Marques, 2009), investigando aspectos saudáveis e comprometidos da personalidade.

Um dos principais trabalhos de sistematização do Rorschach como ferramenta diagnóstica foi feito por John E. Exner (Exner, 2003). São utilizadas duas perspectivas integradas: a) *quantitativa (psicométrica)*, que avalia os dados objetivos com princípios fundamentais de medida, normatizados a partir de largos estudos estatísticos internacionais e locais, com códigos sensíveis e específicos e b) *qualitativa (dinâmica)*, que avalia particularidades e idiosincrasias do sujeito, conforme fundamento teórico psicanalítico, com análise da sequência, do discurso, das elaborações verbais e outros comportamentos (Weiner, 2000).

A integração das duas perspectivas confere ao método de Rorschach, pelo Sistema Compreensivo, dados amplos e significativos acerca da personalidade, com pouca influência de aspectos de sugestibilidade e outras manipulações deliberadas (Gacono & Meloy, 1994; Exner, 2003; Groth-Marnat, 2003; Viglione, Perry, & Meyer, 2003). Apresenta sensibilidade particular para a avaliação de transtornos no pensamento, em especial para primeiras crises, pois se trata de procedimento simples e cujos resultados podem ser obtidos com maior rapidez, quando comparado a outros instrumentos (Ilonen et al., 1999). Além disso, o método apresenta índices altamente preditivos (Hilsenroth, Fowler, & Padawer, 1998) e é utilizado eficientemente em diversos países (Hilsenroth, Eudell-Simons, Defife, & Charnas, 2007; Nascimento, 2010).

No presente trabalho, foi realizada avaliação de clientes atendidos pelo GIPSI em primeiras crises de sofrimento psíquico grave, por meio do método de Rorschach no Sistema Compreensivo. Objetivava-se uma descrição de aspectos dinâmicos e estruturais desses clientes a respeito de componentes da personalidade significativos e específicos dessa população.

O Sistema Compreensivo apresenta constelações, agrupamentos de variáveis com signifi-

cância estatística e que podem auxiliar na construção de hipóteses diagnósticas. Uma das constelações importantes na consideração das primeiras crises do tipo psicótico é o *Perceptual-Thinking Index* (PTI, Índice de Percepção-Pensamento, reformulação do Índice de Esquizofrenia [SCZI]). O índice é função dimensional da identificação de distorções cognitivas, transtornos no pensamento e comprometimento no teste de realidade (Hilsenroth et al., 2007). Estudos referem sua eficácia na diferenciação de pacientes com características psicóticas de outros tipos de pacientes (Dao & Prevatt, 2006; Ilonen et al., 1999; Jorgensen, Andersen, & Dam, 2000; Klonsky, 2004) ou sujeitos não pacientes (Hilsenroth et al., 1998; Jorgensen et al., 2000), com menor enfoque nas funções psicodiagnósticas clássicas, síndromas/sintomatológicas.

Outras constelações importantes são o *Coping Deficit Index* (CDI, Índice de Déficit no Enfrentamento) e o *Depression Index* (DEPI, Índice de Depressão). O CDI relaciona-se a dificuldades importantes nas interações sociais, é considerado medida de inabilidade social ou comprometimento no desenvolvimento de defesas sociais (Exner, 2003). Já o DEPI refere-se a aspectos de depressividade e disforia, sinais relacionados a quadros depressivos mais persistentes, e engloba aspectos relacionais, cognitivos e afetivos de disforia, pessimismo e dificuldades no devir (Carlson, Kula, & Laurent, 1997).

A avaliação psicológica é importante para a intervenção precoce, uma vez que quanto mais se prolonga o período entre a fase prodrômica e o desenvolvimento das primeiras crises psicóticas, maior o comprometimento afetivo, cognitivo e relacional (McGorry & Edwards, 2002). Assim sendo, o uso do método de Rorschach na avaliação das primeiras crises do tipo psicótico é consistente com reflexões da psicopatologia crítica no sentido metodológico, e possibilita pesquisas com dados qualitativos e amplos em vez de simplesmente psicométricos. Além disso, é possível contribuir para o avanço das pesquisas em intervenção precoce por meio de avaliação adequada e profunda das primeiras crises de sofrimento psíquico grave.

## Método

### Participantes

Foram avaliados 10 clientes em primeiras crises do tipo psicótico, em acompanhamento psicoterápico individual e familiar no GIPSI, no Centro de Atendimento e Estudos Psicológicos do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília (GIPSI/CAEP/UnB). Os clientes foram encaminhados para acolhimento por profissionais da rede de saúde, por meio de formulário prodrômico próprio do GIPSI e avaliados quanto aos critérios de exclusão, uma vez que são encaminhados para a rede clientes com histórico de uso de drogas, com indisponibilidade para terapia familiar e com possibilidade de causação orgânica para a crise.

### Instrumentos

Os clientes foram avaliados com o método de Rorschach, parte da sistemática de avaliação psicológica do GIPSI, para análise da estrutura e do funcionamento psíquicos, com fins de psicodiagnóstico e planejamento terapêutico.

### Procedimentos

Os protocolos foram codificados segundo o Sistema Compreensivo (Exner, 2003), com supervisão das aplicações e interpretações no grupo. Foram realizadas devolutivas aos terapeutas individuais e/ou familiares, com enfoque nas considerações terapêuticas, recursos saudáveis e fatores de risco.

Os sumários estruturais foram elaborados por meio do *software Ror-Scan, Rorschach Interpretative System*, v.6.05 (Carracena, 2005). Dados dos sumários foram comparados com tabelas de estatísticas descritivas de adultos não pacientes (Exner, 2003) e pacientes esquizofrênicos internados (Exner, 1999). Dados discrepantes foram assinalados e interpretados de acordo com o método interpretativo psicodinâmico do Sistema Compreensivo (Weiner, 2000).

Por ser este um trabalho resultante de iniciação científica, foi incluso no projeto maior intitulado "Estruturação de uma proposta de atenção às primeiras crises psíquicas graves a partir do modelo internacional de intervenção precoce nas psicoses", sob responsabilidade de Ileno Costa, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos do Instituto de Ciências Humanas da Universidade de Brasília, em agosto de 2009.

## Resultados

Os dados obtidos a partir dos protocolos de Rorschach foram comparados com as estatísticas descritivas para adultos não pacientes (Exner, 2003) e pacientes esquizofrênicos internados (Exner, 1999). Variáveis discrepantes foram avaliadas quanto a seu significado qualitativo, nos termos da abordagem à experiência do Sistema Compreensivo (Weiner, 2000).

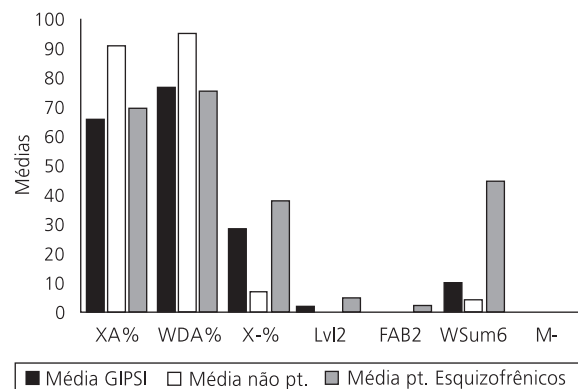
A maioria dos sujeitos não positivou a constelação PTI (positiva se  $\geq 3$ , média = 1,6), relacionada a transtornos do espectro psicótico (Figura 1). As constelações CDI (positiva se  $\geq 4$ , média = 3,2) e DEPI (positiva se  $\geq 5$ , média = 3,8), contudo, apresentam pontuações elevadas.

A Figura 1 detalha as variáveis relacionadas ao PTI, as médias dos sujeitos avaliados e a comparação com dados de não pacientes e pacientes esquizofrênicos. Os clientes GIPSI apresentam dificuldades em julgar convencionalmente os aspectos dos estímulos (XA%↓, WDA%↓) e sua percepção é distorcida em grau elevado (X-%↑) quando comparados a adultos não pacientes.

Dados indicam que a lógica e a formulação dos pensamentos entre os clientes GIPSI estão preservadas (WSum6 médio = 10,2, Nível 2 = 1,4). Ao contrário do que se observa em pacientes esquizofrênicos (média do WSum6 = 44,69), clientes do GIPSI não apresentam grandes prejuízos no julgamento e na elaboração ideativa e cometem falhas mais simples na construção de conceitos (médias clientes GIPSI: WSum6 = 10,2 e Nvl-2 = 1,4). Esse fator indica que as distorções perceptivas (X-%↑) encontradas em nossos clientes, as quais são usual-mente relacionadas a um possível trans-

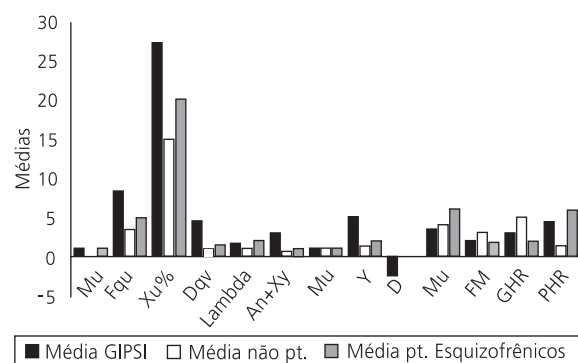
torno de pensamento, podem ter mais a ver com à sobrecarga estressora (Nota D, Figura 2).

A maioria dos clientes GIPSI apresenta pontuação nas variáveis da constelação CDI (média do CDI = 3,2; positiva se  $\geq 4$ ), relacionada a dificuldades no trato social e na tolerância ao estresse vivenciado em relacionamentos com o outro (Figura 3). As pessoas com CDI elevado têm diminuída quantidade e qualidade de recursos internos disponíveis para enfrentamento (EA↓). Os recursos afetivos são



**Figura 1.** Médias das variáveis do PTI, comparação entre os sujeitos GIPSI e as estatísticas descritivas de adultos não pacientes e de pacientes esquizofrênicos.

Nota: PTI: *Perceptual-Thinking Index*, Índice de Percepção-Pensamento, reformulação do antigo Índice de Esquizofrenia, SCZI; GIPSI: Grupo de Intervenção Precoce nas Primeiras Crises do Tipo Psicótico.



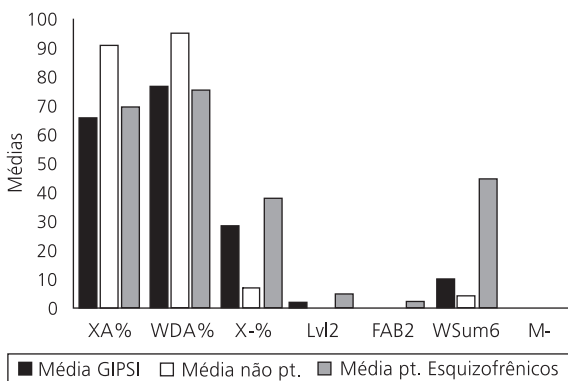
**Figura 2.** Médias de variáveis com alterações importantes, comparação entre os dados dos sujeitos GIPSI e as estatísticas descritivas de adultos não pacientes e de pacientes esquizofrênicos.

Nota: GIPSI: Grupo de Intervenção Precoce nas Primeiras Crises do Tipo Psicótico.

particularmente comprometidos, têm número diminuído ( $WSumC\downarrow$ ) e são pobremente modulados ( $CF+C>FC$ ).

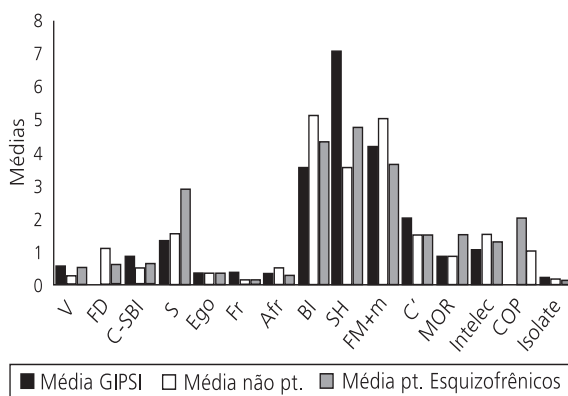
Fatores que denotam as dificuldades sociais apresentadas pelos clientes GIPSI são: baixa habilidade para perceber aspectos cooperativos nos relacionamentos interpessoais ( $COP\downarrow$ ); tendência a assumir um papel mais passivo nas interações, sem grande disponibilidade para iniciar ativamente os comportamentos (" $p$ "  $\uparrow$  e " $a$ "  $\downarrow$ ).

O Índice de Depressão também apresenta pontuação elevada entre os clientes GIPSI (Figura 4). Os sujeitos têm a demanda afetiva aumentada



**Figura 3.** Médias das variáveis do CDI, comparação entre os sujeitos GIPSI e as estatísticas descritivas de adultos não pacientes e de pacientes esquizofrênicos.

Nota: CDI: *Coping Deficit Index*, Índice de Déficit no Enfrentamento; GIPSI: Grupo de Intervenção Precoce nas Primeiras Crises do Tipo Psicótico.



**Figura 4.** Médias das variáveis do DEPI, comparação entre os sujeitos GIPSI e as estatísticas descritivas de adultos não pacientes e de pacientes esquizofrênicos.

Nota: DEPI: *Depression Index*, Índice de Depressão; GIPSI: Grupo de Intervenção Precoce nas Primeiras Crises do Tipo Psicótico.

( $SumSH\uparrow$ ), particularmente relacionada a sentimentos situacionais ou temporários de incapacidade, desamparo, como uma angústia difusa e não simbolizada ( $Y\uparrow$ ). Tais demandas excedem em muito os recursos para enfrentamento ( $SumSH>EA$ ) e podem trazer grandes dificuldades interpessoais, afetivas e cognitivas.

Outro traço presente entre os clientes GIPSI é a ambivalência afetiva, sentimento tanto positivo quanto negativo atribuído ao mesmo tema ou percepto ( $C-SH Blend\uparrow$ ). Esse aumento da carga afetiva é característico de situações de crise, e os dados indicam aspecto temporário ou situacional dos fatores estressantes (Nota  $D\downarrow$ ,  $AdjD$  dentro da média).

Há um grupo de variáveis (Figura 2), que apresenta alterações importantes, mas que não é contemplado nas constelações anteriores. Dentre essas variáveis, está o aspecto difuso e situacional da angústia que perpassa as demandas afetivas (componente  $Y$  marca a elevação do  $SH$ , presente na constelação DEPI). O componente situacional também leva à alteração da Nota  $D$  e indica ausência de componentes crônicos nas dificuldades experienciadas pelos clientes GIPSI. A variável relacionada à cronicidade, contemplada na constelação CDI, é a  $AdjD$ , que se encontra em nível ajustado entre os sujeitos avaliados.

Percebe-se também que, para além de distorções perceptivas, os clientes GIPSI apresentam um aumento nas percepções adequadas, mas muito peculiares acerca de seu meio ( $FQu\uparrow$ ,  $Xu\%\uparrow$ ,  $Mu\uparrow$ ). Além disso, há aumento na consideração mais infantil e imatura do meio, com diminuição considerável da atividade de síntese mais sofisticada ( $DQv\uparrow$ ,  $Lambda\uparrow$ ). Há indicadores de temor ou ansiedade em relação ao perigo da integridade do corpo e da identidade ( $An+Xy\uparrow$ ), com atribuição característica sensivelmente fragilizada da autoestima. Essa dinâmica agrava sentimentos de incapacidade, paralisia e inadequação (também relacionados ao  $Y\uparrow$ ).

## Discussão

Não há indícios suficientes para afirmar comprometimentos severos nas habilidades de me-

dição dos sujeitos GIPSI, como uma perda de contato com a realidade. A partir dos dados da constelação PTI, subentende-se que os clientes em primeiras crises dispõem de controle ideativo na formulação do pensamento e as distorções estão mais relacionadas a fatores de crise e sobrecarga.

O traço cognitivo de processamento menos sofisticado pode ser um movimento regressivo em relação à atenção e à síntese dos estímulos, resposta aos componentes estressores e de sobrecarga do meio. De fato, a mediação desses clientes é passada muito mais por percepções únicas e peculiares do que por distorções perceptivas. O ajuste perceptivo e o teste de realidade permanecem preservados, mas o contato social pode ser dificultado, por se tratar de expressões únicas de percepção da realidade, enfoque maior em aspectos não convencionais do meio.

Essas são características de pessoas criativas e excêntricas, mas podem trazer importantes dificuldades comunicativas caso o meio social seja intolerante à diversidade ou em situações em que a convencionalidade seja uma consideração indispensável.

A passividade encontrada entre os clientes GIPSI pode estar relacionada à dificuldade em pedir ajuda, comum em situações em que se prolonga o período de crise sem oferecimento de acompanhamento adequado. Há um componente de interação mais passiva, que pode comprometer a capacidade criativa na resolução de problemas e tomada de decisão quanto a componentes sociais.

A crise vivenciada pelos clientes avaliados tem importante caráter situacional. A sobrecarga é de dimensão afetiva, e os recursos afetivos não são modulados cognitivamente. A angústia difusa gera potencial para desorganização e impulsividade, sintomas frequentemente relacionados aos estados prodrômicos. Não fosse o excesso de demandas afetivas, os recursos poderiam ser mais bem direcionados para controle, e elaborações cognitivas, mais responsivas à realidade. Apesar de a sobrecarga dos sujeitos ser altamente desorganizadora, não há indícios de distorções ou deslizes muito graves (Xu%↑ e WSum6↓).

## Conclusão

Por possibilitar avaliação mais abrangente e aprofundada de aspectos saudáveis e psicopatológicos da personalidade, confirma-se a adequação do método de Rorschach como ferramenta de avaliação no paradigma da intervenção precoce e a partir da psicopatologia crítica. Foram desenvolvidos maiores questionamentos quanto ao uso tradicional do diagnóstico de psicoses.

A avaliação de personalidade de pessoas em primeiras crises do tipo psicótico aponta a ausência de componentes graves na formulação de seu pensamento: são pessoas sem indícios válidos de transtorno cognitivo. Semelhantes indivíduos são considerados pela psiquiatria tradicional como psicóticos: um quadro de transtorno de pensamento e perda de contato com a realidade. No entanto, o que se percebe é que esses sujeitos apresentam adequação em suas percepções, mas são excêntricos, não usuais, incomuns. Trata-se de pessoas não convencionais, cuja relação com o meio é passada por dificuldades de comunicação e de ajustamento social. Essas considerações referem a uma problemática também do meio, que os considera estranhos e inicia um processo de exclusão sistemática.

Há também fatores situacionais importantes relacionados à crise, os quais referem a aspectos temporários que sobrecarregam os recursos para enfrentamento. Verifica-se que os sujeitos avaliados em primeiras crises não apresentam processo crônico de sofrimento, mas que podem ver-se aliviados das pressões internas e externas por meio do alívio do estresse subjetivo e pelo desenvolvimento de recursos internos.

A avaliação pelo método de Rorschach nas primeiras crises apresenta potencialidades terapêuticas que podem ser tecidas a partir de dados encontrados com rapidez e eficácia. A detecção precoce de um estado prodrômico, a investigação dos recursos internos preservados e o planejamento psicoterapêutico específico e sensível são fundamento da intervenção precoce. O uso do método de Rorschach apresenta-se coerente com essa prática e potencializa seus benefícios.

O presente estudo fornece dados para compreender dinâmica e funcionalmente sujeitos em primeiras crises do tipo psicótico. Dados fornecem características específicas dessa população, as quais podem subsidiar planejamentos terapêuticos adequados e precoces. Sugere-se fortemente a continuação da presente pesquisa mediante estudos mais aprofundados. Limitações atuais envolvem, por exemplo, a necessidade do uso de tabelas descritivas internacionais por serem ausentes estudos normativos sobre populações psiquiátricas brasileiras.

## Referências

- Aitchison, K. J., Meehan, K., & Murray, R. M. (1999). *First-episode psychosis*. London: Martin Dunitz.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-IV*. Washington, DC: The Author.
- Carlson, C., Kula, M., & Laurent, C. (1997). Rorschach revised DEPI and CDI with inpatient major depressives and borderline personality disorder with major depression: Validity issues. *Journal of Clinical Psychology, 53*(1), 51-58.
- Carracena, P. F. (2005). *ROR-SCAN: Rorschach Interpretative System*. Versão 6.05. Edmond: Phillip F. Carracena.
- Carvalho, N. R. (2006). *Primeiras crises psicóticas: identificando pródromos a partir de familiares* (Dissertação de mestrado não-publicada). Universidade de Brasília.
- Costa, I. I. (2003). *Da fala ao sofrimento psíquico grave: ensaios acerca da linguagem ordinária e a clínica familiar da esquizofrenia*. Brasília: ABRAFIPP.
- Costa, I. I. (2010). *Da psicose aos sofrimentos psíquicos graves: caminhos para uma abordagem complexa*. Brasília: Kako Editora.
- Dalgalarrodo, P. (2001). *Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais*. Porto Alegre: Artmed.
- Dao, T. K., & Prevatt, F. (2006). A psychometric evaluation of the Rorschach comprehensive system's perceptual thinking index. *Journal of Personality Assessment, 86*(2), 180-189.
- Exner, J. E. (1999). *Manual de interpretação de Rorschach: sistema compreensivo*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Exner, J. E. (2003). *The Rorschach: A comprehensive system*. Hoboken: John Wiley & Sons.
- Fox, D., & Prilleltensky, I. (1997). *Critical psychology: An introduction*. London: Sage.
- Gabbard, G. O. (2006). *Psiquiatria psicodinâmica na prática clínica*. Porto Alegre: Artmed.
- Gacono, C., & Meloy, R. (1994). *The Rorschach assessment of aggressive and psychopathic personalities*. Hillsdale: Lawrence Erlbaum.
- Groth-Marnat, G. (2003). *Handbook of psychological assessment*. Hoboken: John Wiley & Sons.
- Hilsenroth, M., Eudell-Simons, E., Defife, J., & Charnas, J. (2007). The Rorschach Perceptual-Thinking Index (PTI): An examination of reliability, validity and diagnostic efficiency. *International Journal of Testing, 7*(3), 269-291.
- Hilsenroth, M., Fowler, C., & Padawer, R. (1998). Rorschach Schizophrenia Index. *Journal of Personality Assessment, 70*, 514-534.
- Ilonen, T., Taiminen, T., Karlsson, H., Lauerma, H., Leinonen, K. M., Wallenius, E., ... Salokangas, R. K. (1999). Diagnostic efficiency of the Rorschach schizophrenia and depression indices in identifying first-episode and severe depression. *Psychiatry Research, 87*(2-3), 183-192.
- Jorgensen, K., Andersen, T. J., & Dam, H. (2000). Diagnostic efficiency of the Rorschach depression index and the schizophrenia index: A review. *Journal of Personality Assessment, 7*(3), 258-280.
- Klonsky, D. E. (2004). Performance of personality assessment inventory and Rorschach indices of schizophrenia in a public psychiatric hospital. *Psychological Services, 1*(2), 107-110.
- Martins, F. (2003). *Psicopatologia II - semiologia clínica: investigação teórico-clínica das síndromes psicopatológicas clássicas*. Brasília: ABRAFIPP.
- McGorry, P. (2011). *International Early Psychosis Association: Presentation*. Melbourne: EPPIC early psychosis webinars. Retrieved March 22, 2011, from <http://www.eppic.org.au/webinars>
- McGorry, P. D., & Edwards, J. (2002). *Implementing early intervention in psychosis. A guide to establishing early psychosis services*. London: Martin Dunitz.
- Moreira, V., & Sloan, T. (2002). *Personalidade, ideologia e psicopatologia crítica*. São Paulo: Escuta.
- Nascimento, R. S. G. F. (2010). *Sistema compreensivo do Rorschach: teoria, pesquisa e normas para a população brasileira*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Palazzoli, M. S., Cirillo, S., Selvini, M., & Sorrentino, A. M. (2006). *Os jogos psicóticos na família*. São Paulo: Summus.
- Salokangas, R. K., & McGlashan, T. H. (2008). Early detection and intervention of psychosis: A review. *Nordic Journal Psychiatry, 62*(2), pp. 92-105.
- Szasz, T. (1971). *The manufacture of madness: A comparative study of the inquisition and the mental health movement*. London: University Press.

- Szasz, T. (1979). The lying truths of psychiatry. *The Journal of Libertarian Studies*, 3(2), 121-139.
- Teixeira, V., & Marques, M. E. (2009). O buraco negro na patologia limite: um contributo da/para a técnica de Rorschach. *Análise Psicológica*, 27(3), 281-293.
- Viglione, D. J., Perry, W., & Meyer, G. (2003). Refinements in the Rorschach ego impairment index incorporating the human representational variable. *Journal of Personality Assessment*, 81(1), 149-156.
- Weiner, I. B. (2000). *Princípios de interpretação do Rorschach*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Yung, A., & McGorry, P. (1996). The prodromal phase of first-episode psychosis: Past and current conceptualizations. *Schizophrenia Bulletin*, 22(2), 353-370.

Recebido em: 25/9/2012  
Versão final em: 24/5/2013  
Aprovado em: 17/9/2013





# Personalidade: estudo comparativo entre dois instrumentos de avaliação

## *Personality: Comparative study between two assessment instruments*

Tatiana de Cássia **NAKANO**<sup>1</sup>

### Resumo

Com o objetivo de verificar convergências entre dois modelos de avaliação da personalidade, a Escala Fatorial de Socialização e o Inventário Fatorial de Personalidade foram aplicados em 71 participantes (43 femininos/28 masculinos) com idades entre 18 e 31 anos ( $M = 21,11$  anos,  $DP = 4,28$ ), escolaridade correspondente ao Ensino Médio ( $n = 28$ ) e Ensino Superior ( $n = 43$ ). Os resultados demonstraram que o fator 1 da Escala Fatorial de Socialização, Amabilidade, correlacionou-se significativamente e de forma positiva com oito necessidades avaliadas pelo Inventário Fatorial de Personalidade (Assistência, Intração, Afago, Deferência, Afiliação, Ordem, Persistência e Mudança). Os demais fatores (Pró-Sociabilidade e Confiança) não se relacionaram significativamente com nenhuma das necessidades avaliadas pelo Inventário Fatorial de Personalidade. Diferenças significativas devido ao sexo foram encontradas em relação às necessidades de intração, deferência e autonomia no Inventário Fatorial de Personalidade e amabilidade na Escala Fatorial de Socialização, e nenhuma diferença foi encontrada em relação à idade. Estudos que avaliem os demais fatores do Modelo dos Cinco Grandes Fatores de Personalidade são recomendados, assim como maior amplitude etária da amostra.

**Palavras-chave:** Escolaridade; Identidade de gênero; Modelos dos Cinco Grandes Fatores de Personalidade.

### Abstract

*With the aim to verify convergence between two models of personality assessment, the Agreeableness Scale and the Factor Personality Inventory were applied in 71 participants (43 female/28 male) aged between 18 and 31 years ( $M = 21.11$  years,  $SD = 4.28$ ), with high school ( $n = 28$ ) and university grade ( $n = 43$ ). The first factor of the Agreeableness Scale, cordiality, correlated significantly and positively with eight needs assessed by Factor Personality Inventory (Assistance, Intraception, Cuddling, Deference, Affiliation, Order, Permanence and Change). Other factors (pro-sociality and trust in people) did not correlate significantly with any of the needs assessed by the Factor Personality Inventory. Significant differences due to gender were found in relation to the needs intraception, deference and autonomy in the Factor Personality Inventory and cordiality in Agreeableness Scale, and in relation to age of participants differences no were found. Studies evaluating the remaining factors of the Big Five Personality Model are recommended, as well as greater age range of the sample.*

**Keywords:** Academic achievement; Gender identity; Big Five Personality Model.

▼ ▼ ▼ ▼ ▼

<sup>1</sup> Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Centro de Ciências da Vida, Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Av. Jonh Boyd Dunlop, s/n., Jardim Ipissurama, 13060-904, Campinas, SP, Brasil. E-mail: <tatiananakano@puc-campinas.edu.br>.

O estudo da personalidade é um tema marcado pela existência de algumas discordâncias teóricas e metodológicas a respeito do seu conceito; apesar disso, grande número de estudos e debates mostra que o construto ocupa lugar central na pesquisa psicológica (Trentini et al., 2009), pois, desde 1950, a pesquisa sobre a mensuração da personalidade vem atingindo grandes proporções, resultando em mais de uma centena de testes de personalidade existentes internacionalmente; dentre os mais numerosos e populares estão os inventários de personalidade e as técnicas projetivas (Meehl, 2000; Pervin & John, 2004; Piotrowski, 2000). No Brasil, levantamento demonstrou que os testes de personalidade representam a maior parcela de instrumentos disponíveis no mercado profissional (Noronha, Freitas, Sartori, & Ottati, 2002), ainda que, na literatura nacional, sejam poucos os estudos e as pesquisas nessa área de conhecimento (Noronha, 2002).

A definição do construto aponta para padrões de comportamento, atitudes e emoções que são típicas de um determinado indivíduo, de forma que os traços ou as características de personalidade difeririam de um indivíduo para outro, mas apresentariam alguma constância em uma pessoa, em diferentes contextos, bem como alguma estabilidade com o passar do tempo (Rebollo & Harris, 2006). Por esse motivo, pesquisas mais atuais têm buscado investigar a estabilidade dos traços de personalidade ao longo da vida, bem como a influência da idade no construto (Donnellan & Lucas, 2008; Hampson & Goldberg, 2006; Lucas & Donnellan, 2009; Nettle & Fleeson, 2010).

Diante da diversidade de teorias e instrumentos disponíveis para avaliação da personalidade, estudos que visem à comparação entre resultados obtidos por meio de diferentes instrumentos que avaliam o mesmo construto se tornam importantes, visto que, conforme apontado por Hampson e Goldberg (2006), os avanços científicos na teoria da personalidade e sua medida podem resultar em uma falta de comparabilidade entre os vários tipos de medidas e de avaliações disponíveis. Nesse sentido, o presente estudo teve como objetivo investigar a existência de relação entre os fatores medidos

pela Escala Fatorial de Socialização (EFS), baseada no Modelo dos Cinco Grandes Fatores da Personalidade, e o Inventário Fatorial de Personalidade (IFP), baseado na Teoria das Necessidades Básicas de Murray, verificando convergências e divergências entre os dois modelos de avaliação da personalidade e buscando investigar ainda a influência que as variáveis sexo e idade exercem nas dimensões que são avaliadas pelos instrumentos. Ressalte-se a relevância do problema de pesquisa abordado dadas as discussões recentes em torno da área da avaliação psicológica, desencadeadas pelo Conselho Federal de Psicologia.

Em relação ao primeiro modelo teórico, Cinco Grandes Fatores (CGF), sua importância ampara-se no fato de que, conforme apontado por Prinzie, Dekovic, Reijntjes, Stams e Belsky (2009), as pesquisas em personalidade ganharam novo ímpeto e direção a partir do estabelecimento de um consenso acerca da sua estrutura, através desse modelo. Também conhecido como *Big Five*, ele tem se mostrado predominante na atualidade (Cuperman & Ickes, 2009) e o mais apropriado para descrever a estrutura da personalidade, sobretudo da personalidade adulta do ponto de vista psicométrico (Garcia, 2006).

A importância desse modelo embasa-se principalmente no fato de ele ter sido aplicado em diversas amostras, em diversas culturas e por meio de numerosas fontes de informação (incluindo autoavaliação, avaliação por pares e avaliações clínicas), tendo demonstrado sua adequação nesses diferentes usos (Costa & Widiger, 1993; McCrae, 1993; Urquijo, 2001), independentemente do país, dos instrumentos de medição utilizados e da pessoa avaliada (Furnham & Fudge, 2008). O modelo representa uma avaliação empírica na área da personalidade (Gosling, Rentfrow, & Swann, 2003), visto que fornece uma descrição objetiva, consistente e replicável das dimensões da personalidade humana. Apesar de relativamente recente, ele embasou diversas pesquisas transculturais que corroboraram sua universalidade (Saldanha-Silva, Scloftfeldt, Rozenberg, Teles-Santos, & Lelé, 2007). Esse fato pode ser confirmado, de acordo com Hutz et al. (1998), perante a constatação de que os

principais questionários e inventários de avaliação da personalidade, desenvolvidos com base em várias teorias da personalidade (e.g. o *Sixteen Personality Factor Questionnaire* [16-PF], o *Minnesota Multiphasic Personality Inventory* [MMPI], a escala de Necessidades de Murray, o *California Q-Set*, as escalas de Comrey, entre outros), quando submetidos a análises fatoriais, isoladamente ou em conjunto, produzem soluções compatíveis com o modelo CGF.

Nessa perspectiva, o modelo faz uso de um modelo geral composto por dois níveis hierárquicos, o qual emprega, em um primeiro nível, cinco amplos fatores, e, em um segundo nível, várias outras características, denominadas facetas (De Young, Quilty, & Peterson, 2007). Ainda que abranja apenas cinco fatores da personalidade e, por isso, tenha sido alvo de críticas, McCrae e John (1992) confirmam a importância desses fatores, afirmando que pelo menos alguma dessas cinco dimensões seria necessária para uma adequada descrição das diferenças individuais na personalidade.

Os cinco fatores têm sido denominados Extroversão, Socialização (também chamado por alguns autores por Amabilidade), Realização (também denominado Conscienciosidade), Neuroticismo e Abertura (Nunes, Hutz, & Giacomoni, 2009). Atualmente existem, dentro desse modelo, cinco escalas validadas e aprovadas no Sistema de Avaliação de Testes Psicológicos (SATEPSI) do Conselho Federal de Psicologia. Três delas avaliam os fatores separadamente: a Escala Fatorial de Ajustamento Emocional/Neuroticismo (Hutz & Nunes, 2001), a EFS (Nunes & Hutz, 2007b) e a Escala Fatorial de Extroversão (Nunes & Hutz, 2007a), ao passo que outras duas contemplam os cinco fatores: *Revised NEO Personality Inventory* (NEO-PI-R) (Flores-Mendoza, 2008) e a Bateria Fatorial de Personalidade (BFP) (Nunes, Hutz & Nunes, 2010).

Entretanto, o segundo modelo teórico envolvido no estudo, Teoria das Necessidades Básicas de Murray, apresenta algumas diferenças conceituais com os CGF, pois considera que as pessoas têm várias necessidades, que funcionam como elementos importantes nos processos motivacionais, visto que medeiam os atos e os comportamentos ao longo

de toda a vida, referindo-se à prontidão ou à facilidade de cada indivíduo em reagir de determinada forma a situações específicas (Murray, 1962). Esses motivos psicológicos seriam expressos por meio de 15 necessidades (Assistência, Intracepção, Afago, Deferência, Afiliação, Dominância, Denegação, Desempenho, Exibição, Agressão, Ordem, Persistência, Mudança, Autonomia e Heterossexualidade), avaliadas no Brasil por meio de um instrumento com bastante tradição de uso, o Inventário Fatorial de Personalidade (IFP) (Pasquali, Azevedo, & Ghesti, 1997).

A importância de estudos comparativos entre diferentes teorias ampara-se na constatação de que, embora haja uma variedade de definições para esse construto, a avaliação da personalidade irá depender da teoria adotada pelo pesquisador, de maneira que a forma como as teorias conceituam o termo acaba por definir as principais características de cada posição teórica. Ainda que a literatura venha afirmando a importância da personalidade e sua avaliação, nota-se, ainda nos dias de hoje, uma escassez de estudos que tenham por objetivo investigar diferentes instrumentos de avaliação da personalidade (embasados em teorias diferentes) com a finalidade de apontar pontos de convergência e divergência entre eles. As pesquisas nesse sentido constituem-se, em sua maioria, de acordo com Bueno, S.M.S.S. Oliveira e Oliveira (2001), de estudos que investigam correlações dos resultados dos testes de personalidade com outras variáveis, tendo sido encontrado somente um estudo internacional a respeito da convergência entre instrumentos (Furnham, 1996), que é o objetivo do estudo presente.

## Método

### Participantes

A pesquisa foi desenvolvida junto a 71 participantes: 43 do sexo feminino e 28 do sexo masculino; na faixa etária entre 18 e 30 anos (média de 21,11 anos, desvio-padrão de 4,28); 28 deles (39,4%) com escolaridade correspondente ao Ensino Médio, e 43 (60,6%) com Ensino Superior.

## Instrumentos

A Escala Fatorial de Socialização (Nunes & Hutz, 2007a), composta por 70 itens de autorrelato que avaliam a socialização, componente da personalidade relacionado à qualidade das relações interpessoais, respondida dentro de uma escala Likert de sete pontos.

A Escala Fatorial de Socialização é composta por três facetas, denominadas Amabilidade, Pró-Sociabilidade e Confiança nas Pessoas (Nunes, 2007). De acordo com o manual do instrumento, Amabilidade (S1) agrupa itens que descrevem o quão atenciosas, compreensivas, agradáveis, educadas, preocupadas e empáticas as pessoas procuram ser com as demais. Pró-sociabilidade (S2) agrupa itens que descrevem comportamentos de risco, concordância ou confronto com leis e regras sociais, moralidade, auto e heteroagressividade e padrões de consumo de bebidas alcoólicas. Já Confiança nas pessoas (S3) agrupa itens que descrevem o quanto as pessoas confiam nas demais e acreditam que elas não as prejudicarão.

O instrumento encontra-se normatizado para uso em sujeitos na faixa etária entre 14 e 64 anos e escolaridade mínima do Ensino Médio. Em estudos de busca por evidências de validade e durante o processo de normatização, Nunes e Hutz (2007b) testaram 1 100 sujeitos de várias regiões do Brasil; após análise fatorial, a escala geral indicou uma estrutura composta por três fatores, cuja consistência interna foi de 0,92 por meio do alfa de Cronbach. Analisando os dados da normatização, os autores verificaram que a variável sexo mostrou-se significativa, tendo-se adotado, por esse motivo, tabelas diferenciadas entre os sexos para avaliar esses aspectos da personalidade.

O Inventário Fatorial de Personalidade (Pasquali et al., 1997), é um inventário objetivo da personalidade, baseado na teoria das necessidades básicas de Murray, composto por 135 itens, visa a avaliar o indivíduo normal (não sendo aconselhado para uso em população clínica) em 15 necessidades ou motivos psicológicos: Assistência, Intracepção, Afago, Deferência, Afiliação, Dominância, Denegação, Desempenho, Exibição, Agressão, Ordem,

Persistência, Mudança, Autonomia e Heterossexualidade. Além das dimensões citadas, o teste possui uma escala de desejabilidade social (12 itens) e uma escala de mentira ou validade (8 itens), de forma que, ao todo, o teste contém 155 itens, os quais devem ser respondidos dentro de uma escala tipo Likert composta por sete pontos.

Sua validação foi realizada a partir dos dados de 4 308 participantes, das cinco regiões do país (predomínio das regiões Sul e Sudeste), com idade média de 21,5 anos, sendo a maioria composta por universitários. Assim como a EFS, as tabelas também são apresentadas separadas por sexo.

## Procedimentos

A presente pesquisa baseou-se no estudo desenvolvido por Trentini et al. (2009), alterando-se, entretanto, o fator do *Big Five* focado. No estudo citado, foram comparados os resultados da Escala Fatorial de Neuroticismo (EFN) e o IFP: no presente estudo, o primeiro instrumento foi substituído pela EFS.

Após esclarecimentos em relação ao objetivo da avaliação e à assinatura do termo de Consentimento Livre e Esclarecido, os instrumentos foram aplicados de forma coletiva, em uma única sessão, tendo sido alterada a ordem de resposta aos instrumentos a fim de se evitar a interferência desse fator. Os instrumentos foram corrigidos de acordo com os respectivos manuais, dando origem a pontuações brutas em cada fator/motivo avaliado, resultados que foram utilizados nas análises posteriores.

## Resultados e Discussão

A primeira análise realizada teve como objetivo verificar a relação entre as necessidades medidas pelo IFP e pelos fatores da EFS, considerando-se a amostra total, cujos resultados são apresentados na Tabela 1. Pode-se visualizar que o fator 1 da EFS, denominado Amabilidade, foi o único que apresentou correlações significativas e positivas com as necessidades avaliadas pelo IFP (Assistência, Intracepção, Afago, Deferência, Afiliação, Ordem,

Persistência e Mudança); as magnitudes mais fortes foram encontradas em relação às necessidades de assistência e afiliação. Os demais fatores da EFS, Pró-Sociabilidade e Confiança, não se relacionaram significativamente com nenhuma das necessidades avaliadas pelo IFP. A pontuação total da EFS apresentou correlação positiva somente com a necessidade de deferência.

Considerando que o objetivo deste estudo foi identificar a existência de relação entre dois instrumentos de avaliação da personalidade, os resultados demonstraram a existência de pontos de convergência entre os dois modelos, uma vez que oito das 15 necessidades avaliadas no modelo de Murray (por meio do IFP) relacionaram-se de forma significativa e positiva com a amabilidade da EFS, um dos fatores medidos pelo modelo dos CGF. Entretanto, deve-se atentar que os valores de correlação estão entre 0,24 e 0,72, resultados que sugerem a existência de relação entre as variáveis de fraca a forte, de acordo com classificação apresentada por Dancey e Reidy (2006), entretanto há alguma particularidade ou diferenciação entre elas.

Considerando-se que o fator amabilidade da EFS representa a tendência de as pessoas serem atenciosas e amáveis com as demais, o que demonstra sua preocupação com as necessidades alheias bem como a necessidade de expor seu apreço por

elas e preocupação em tratá-las bem, torna-se compreensível a existência das relações apontadas entre esse fator e as necessidades de assistência (sujeito com grandes desejos e sentimentos de piedade, compaixão e ternura), intracepção (típico das pessoas que julgam os outros por suas reais ou supostas intenções, não pelos atos em si, tomando de imediato uma atitude de afeto ou rejeição), deferência (valorização de atitudes como respeito, admiração e reverência) e afiliação (desejo de dar e receber afeto, sendo caracterizada por confiança, apego e lealdade), conforme descrições encontradas nos manuais dos instrumentos (Nunes & Hutz, 2007b; Pasquali et al., 1997). Note-se que todas essas características, independentemente do instrumento em que são avaliadas, visam ao estabelecimento de uma boa relação com os outros e uma preocupação em cuidar e agradar os demais.

Entretanto, embora possam ser descritas como pessoas que se encontram constantemente voltadas ao outro, pessoas com alto escore em amabilidade também puderam ser caracterizadas, no presente estudo, por necessidades que envolvem, também, o atendimento às suas necessidades, principalmente de afago (busca constante por apoio, proteção e compreensão), ordem (tendência em manter organização, equilíbrio e precisão), persistência (tendência a levar a cabo qualquer

**Tabela 1**

Correlações de Pearson entre os fatores da EFS e do IFP considerando a amostra total

Fatores	Amabilidade	Pró-sociabilidade	Confiança	EFS total
Assistência	0,725**	-0,045	0,033	0,073
Intracepção	0,382**	-0,014	0,107	0,093
Afago	0,377**	0,133	0,136	0,178
Deferência	0,406**	0,229	0,155	0,236*
Afiliação	0,651**	-0,064	0,069	0,076
Dominância	0,107	-0,127	-0,004	-0,051
Denegação	0,149	0,187	0,166	0,196
Desempenho	0,168	-0,057	0,010	-0,004
Exibição	0,121	-0,051	0,093	0,040
Agressão	-0,092	-0,133	-0,023	-0,085
Ordem	0,397**	0,065	0,109	0,133
Persistência	0,244**	-0,089	0,020	-0,005
Mudança	0,320**	0,155	0,129	0,178
Autonomia	0,044	0,078	0,164	0,132
Heterossexualidade	0,182	-0,082	0,014	-0,012

Nota: \* $p \leq 0,05$ ; \*\* $p \leq 0,01$ .

EFS: Escala Fatorial de Socialização; IFP: Inventário Fatorial de Personalidade.

trabalho iniciado, por mais difícil que possa parecer) e mudança (gosto por experimentar coisas novas e diferentes).

Considerando-se ainda que a pontuação total na EFS descreve o quanto as pessoas tendem a confiar nas demais, acreditando em seu lado mais positivo, pode-se verificar que, além de apresentarem preocupação e desejo de ajudar, representados por um alto nível de altruísmo, também frequentemente elas tendem mais a atender aos desejos dos outros do que a lutar pelos seus interesses, de maneira a justificar a relação encontrada entre socialização e deferência, na qual respeito, admiração e reverência caracterizam essas pessoas. Nas duas descrições, portanto, pode-se notar a preocupação com o outro, mesmo que isso implique, muitas vezes, colocar-se em segundo plano.

O que se pode verificar, após a análise dos resultados, que, embora os modelos sejam consistentes entre si, poucas são as semelhanças entre eles, devendo-se reforçar o cuidado em fazer tal afirmação visto que somente um dos cinco fatores do modelo *Big Five* foi considerado no estudo. Embora o modelo dos CGF tenha possibilitado “uma compreensão mais profunda do que representam esses fatores, uma comparação sistemática de diversos construtos - que são avaliados por diferentes instrumentos -, e um melhor entendimento das suas diferenças e semelhanças” (Nunes et al., 2010, p.17), estudos que investiguem os demais fatores, bem como os cinco conjuntamente, são necessários para se afirmar, com mais segurança, a convergência ou divergência entre os modelos teóricos.

Uma segunda análise conduzida visou à investigação da influência das variáveis sexo e idade nos resultados dos testes, uma vez que, independentemente da teoria da personalidade utilizada, importantes constatações vêm sendo feitas pelos pesquisadores, envolvendo estudos sobre a influência de variáveis sociodemográficas que podem interferir na intensidade da expressão dos traços de personalidade, como é o caso do sexo e da idade (Nunes, Santos, & Galvão, 2009). Assim, a Análise Multivariada da Variância foi empregada e indicou que a variável sexo exerce influência significativa

no desempenho dos participantes ( $F = 1,971$ ,  $p \leq 0,041$ ), ao passo que a idade e a interação entre elas não se mostraram significativas.

Uma possível explicação para a ausência de influência da idade deve-se ao fato de que, na presente amostra, a amplitude etária dos participantes foi bastante reduzida, limitando-se a uma diferença de somente 13 anos entre o participante de menor idade (18 anos) e o de maior idade (31 anos). Dessa forma, pode-se levantar a hipótese de que mudanças representativas na personalidade provavelmente não ocorram em um período de tempo curto, sendo necessária nova investigação que considere uma maior diferença etária, de forma a enriquecer as discussões que vêm sendo feitas. Convém destacar que a literatura tem apontado a predominância de uma perspectiva evolucionista, a qual ressalta que, ao longo da vida, existiria uma tendência de manutenção das características básicas de personalidade (Fierro, 2004), principalmente entre os anos compreendidos entre a adolescência e a velhice, os quais têm sido vistos como anos de estabilidade e de continuidade, sem mudanças dignas de nota. Segundo o autor, as diferenças interindividuais seriam acrescidas somente com o passar do tempo, com o acúmulo de experiência, de forma que a idade comportaria um efeito progressivo de maior heterogeneidade entre as pessoas.

Concordando com esse posicionamento, Notfle e Fleeson (2010) afirmam que mudanças de personalidade na vida adulta podem ser notadas entre a adolescência tempestuosa e o período estável da meia-idade, de forma que haveria uma variabilidade interpessoal nas diferentes idades em vez de uma tendência central. Ainda de acordo com os autores, mais especificamente em relação à socialização, nota-se um aumento constante na velhice, período durante o qual as mudanças de personalidade ocorrem de forma mais positiva. Essas mudanças incluiriam, segundo Fierro (2004), certa estabilização da capacidade intelectual, uma evolução do estilo cognitivo em direção a uma maior independência de campo, reflexão, capacidade de análise e uma maior estabilidade afetiva, se comparada à adolescência. Assim, diferenças devido à idade quando se comparam, por exemplo, jovens

adultos e idosos (Costa & McCrae, 2002; Trentini et al., 2009) ou faixas etárias, como no estudo de Rabello et al. (2009), são encontradas na literatura, bem como diferença significativa devido a essa variável no fator socialização (Diniz & Zanini, 2010).

Entretanto, a constatação da existência de diferenças de sexo na personalidade vai ao encontro do que tem sido relatado na literatura científica, segundo a qual essas diferenças seriam explicadas, em partes, pela influência cultural e social, situação apontada desde os primeiros estudos sobre esse aspecto (Ferreira, 1999). Nos estudos de personalidade, a masculinidade e a feminilidade, na maioria das vezes, têm sido consideradas como características ou traços internos e permanentes da personalidade (Friedman & Schustack, 2004), embasados nos papéis sociais atribuídos e pouco tolerados quando apresentados por indivíduos do sexo oposto ao convencional. Nesse sentido, de forma geral, algumas generalizações vêm sendo apontadas na literatura, sendo as mulheres descritas, na maioria das vezes, como emotivas, protetoras, submissas,

comunicativas, sociáveis e passivas, ao passo que os homens seriam tipicamente tidos como racionais, agressivos, dominantes, objetivos e empreendedores (Andrade, 2008).

Hofstede e McCrae (2004) salientam que essa questão torna-se confusa se considerarmos que as características de um e de outro sexo podem apresentar ampla variação em diferentes culturas: se diferenças no nível médio de traços de personalidade existem, elas podem, em princípio, ser originadas por diferenças culturais. Nesse sentido, um trabalho de meta-análise conduzido por Schmitt, Reallo, Voracek e Allik (2008) apontou que as diferenças entre os sexos estaria relacionada a três pontos: (1) o papel social que tais sexos desempenham, (2) as explicações evolutivas, nas quais as diferenças entre os sexos são consideradas como inatas e (3) erro de medida, uma vez que são usados diferentes instrumentos para medir tais diferenças de sexo, usualmente do tipo autorrelato, propensos a distorções e desejabilidade social. Assim, a fim de se investigar de forma mais aprofundada a diferença

**Tabela 2**

Média e desvio-padrão e nível de significância por fator da EFS e do IFP, por sexo

Variável	Feminino		Masculino		Nível de Significância
	M	DP	M	DP	
<i>Necessidades IFP</i>					
Assistência	51,49	5,96	50,39	8,21	0,103
Intracepção	48,72	6,89	47,54	10,25	0,019*
Afago	46,05	8,82	39,89	10,58	0,414
Deferência	45,56	7,00	45,00	9,68	0,057*
Afiliação	54,53	5,50	55,29	6,37	0,367
Dominância	32,67	9,79	38,32	9,07	0,657
Denegação	38,05	7,71	33,79	8,75	0,729
Desempenho	49,12	6,82	51,46	6,07	0,574
Exibição	35,81	8,78	41,07	6,46	0,159
Agressão	29,86	9,18	36,11	7,91	0,733
Ordem	43,74	10,84	41,61	13,32	0,238
Persistência	40,98	7,90	48,04	7,37	0,827
Mudança	47,72	8,54	48,54	7,99	0,617
Autonomia	46,51	7,88	49,86	5,54	0,009*
Heterossexualidade	42,77	7,91	48,18	7,15	0,558
<i>Fatores EFS</i>					
Amabilidade	5,68	0,60	5,37	0,75	0,027*
Pró-sociabilidade	6,06	3,25	5,09	2,68	0,617
Confiança	5,27	2,88	5,41	4,48	0,736
EFS total	17,02	5,84	15,87	7,38	0,880

Nota: \* $p \leq 0,05$ .

M: Média; DP: Desvio-Padrão; EFS: Escala Fatorial de Socialização; IFP: Inventário Fatorial de Personalidade.

encontrada devido ao sexo, as médias, desvios-padrão e nível de significância para cada fator avaliado no IFP e na EFS são fornecidos na Tabela 2, dividida por sexo.

Conforme pode-se verificar, diferenças significativas devido ao sexo são encontradas em relação às necessidades de intracepção, deferência e autonomia no IFS e no fator Amabilidade na EFS, sendo todas mais bem pontuadas pelo sexo feminino, com exceção da necessidade de autonomia, na qual o sexo masculino destaca-se. Em relação às primeiras características (intracepção e deferência) avaliadas pelo IFP, pode-se ver que os dados corroboram o manual do instrumento, segundo o qual, de forma geral, pessoas do sexo feminino sobressairiam-se nos desejos de ajudar os outros, de compreender sentimentos e emoções, bem como na valorização do respeito e da amizade (descrição da intracepção). Tais características também vão ao encontro da descrição da necessidade de intracepção (pessoa que se deixa conduzir por sentimentos e que julga os outros por suas reais ou supostas intenções, não pelos atos em si, tomando de imediato uma atitude de afeto ou rejeição) e com a descrição da necessidade de deferência (definida como respeito, admiração, reverência, desejo de admirar e dar suporte a um superior). O manual do IFP (Pasquali et al., 1997) também apresenta que homens manifestam maiores necessidades de dominar e de se exibir, concordando com a descrição da autonomia, mais pontuada na presente pesquisa pelo sexo masculino. Autonomia representa a necessidade de sentir-se livre, sair do confinamento, resistir à coerção e à oposição. São pessoas que não gostam de executar tarefas impostas pela autoridade, gostam de agir independentemente e livremente, seguindo seus impulsos, desafiando qualquer convenção.

Em relação aos resultados obtidos na EFS, vê-se uma predominância do fator Amabilidade no sexo feminino, cujos resultados também se mostram consistentes com os apresentados no próprio manual do instrumento, no qual a variável sexo gerou perfis diferenciados para socialização, tendo sido verificadas diferenças estatisticamente significativas entre homens e mulheres, com o sexo feminino

apresentando médias mais altas (Nunes & Hutz, 2007b). Tal resultado também foi relatado por Nunes et al. (2010), em um instrumento que avalia conjuntamente os cinco fatores da personalidade, as mulheres apresentaram médias mais elevadas em todas as facetas de Socialização, corroborando os achados de Gándara, Ortiz e Tello (2006). Essa característica descreve uma pessoa que tende a ser atenciosa e amável com as demais, que demonstra sua preocupação com as necessidades alheias e tende a ser proativa para resolver os problemas dos outros, bem como para expor seu apreço por eles, características que se assemelham às descrições da intracepção e da deferência no IFP, as quais também foram mais bem pontuadas pelas mulheres, de maneira que certa consistência entre as características mostra-se presente.

Uma busca na literatura mostra que outros estudos também apontam a superioridade feminina nas medidas de socialização, podendo-se citar a pesquisa de Bartholomeu, Nunes e Machado (2008), na qual diferenças significativas entre o sexo masculino e feminino na faceta de Pró-sociabilidade e na Socialização total foram relatadas, sendo as médias maiores no sexo feminino. Tais resultados indicaram, segundo os autores, que não apenas homens e mulheres apresentam níveis variados de socialização, como também apresentam padrões de associações diferenciados, que podem ser resultado do fato de mulheres emitirem mais frequentemente comportamentos relacionados à gentileza, preocupação com o próximo, maior confiança nas pessoas e menor apresentação de comportamentos agressivos, se comparadas aos homens, o que coincide com as descrições das características significativas encontradas na presente pesquisa e na pesquisa de Nunes et al. (2009), cujos resultados apontaram diferenças estatisticamente significativas nos fatores amabilidade, pró-sociabilidade e no fator geral de socialização, tendo as mulheres obtido média mais alta.

Diante da constatação de que diversos estudos que investigaram a influência dos sexos na personalidade apontaram a existência de diferenças significativas, Saldanha-Silva et al. (2007) chamam a atenção para o fato de que, tendo em vista as comprovadas diferenças entre homens e mulheres em personalidade, faz-se necessário um tratamento



estatístico que considere tais diferenças. Nesse sentido, pode-se ressaltar que tal prática já vem sendo adotada nos manuais dos instrumentais brasileiros utilizados na presente pesquisa, dado o fornecimento de tabelas normativas classificadas por sexo.

No entanto, também são encontrados na literatura estudos que apontam perfis diferenciados de acordo com sexo. Schmitt et al. (2008), ao revisarem as diferenças de sexo em 55 culturas, relataram que, nas respostas ao inventário do *Big Five*, mulheres apresentaram maiores níveis de socialização do que os homens na maioria das nações. Entretanto, sabemos que essa diferença poderá variar de acordo com o contexto, uma vez que, na pesquisa de Robinson (2009), as mulheres obtiveram médias significativamente mais altas que os homens em socialização quando envolvidas em contextos com amigos e no trabalho, mas não em contextos familiares. Esses achados sugeririam, de acordo com o autor, que as diferenças de sexo em traços de personalidade seriam produto de expectativas sociais em relação aos papéis de homem e mulher, ao invés de diferenças devido a algo inato ou genético, sendo, portanto, dependente do contexto.

Ainda sobre essa questão, outra importante reflexão pode ser feita em relação aos fatores que não diferenciaram, de forma significativa, a personalidade de homens e mulheres. Uma possível hipótese levantada refere-se à necessidade atual de adaptação dos indivíduos à vivência de várias circunstâncias que exigem uma variedade de reações e comportamentos apropriados, bem como capacidade de responder a mudanças nas demandas situacionais, habilidades exigidas dos sujeitos, independentemente do sexo (Jones, Chernovetz, & Hansson, 1978). Tais requisitos atuariam de forma a tornar propício o desenvolvimento de traços andrógenos (indivíduos com muitos traços masculinos e femininos) e indiferenciados (pouco específicos), quadro abordado por diversos autores (Candeias, 2008; Montuori & Purser, 1995). Essas pessoas tenderiam a reagir de forma a se adaptar a inúmeras situações, sendo capazes de cuidar de outras pessoas, de serem assertivos, de expressarem suas emoções adequadamente e, ao mesmo tempo, serem racionais e independentes quando apro-

priado, conforme apontaram Friedman e Schustack (2004), assemelhando-se mais entre si do que em função do sexo. Essas pessoas deixariam de manifestar somente os traços descritores correspondentes ao seu papel sexual "adequado", fato que poderia originar essa indiferenciação entre os sexos em muitas características de personalidade. Nesse sentido, alguns estudos, cujas diferenças entre os sexos, embora presentes, não se mostraram significativas, também são relatados na literatura, de maneira a fortalecer essa percepção (Diniz & Zanini, 2010; Santos, Sisto, & Martins, 2003; Rabelo et al., 2009).

Este estudo buscou relacionar os resultados obtidos por uma amostra em dois instrumentos de avaliação da personalidade, de forma a tentar buscar convergências entre dois modelos teóricos. Os resultados indicaram a existência de relações significativas principalmente em relação a um dos fatores da EFS (Amabilidade), que se mostrou convergente com oito das necessidades psicológicas do IFP. Deve-se salientar, no entanto, que outros sete motivos avaliados pelo IFP não se mostraram relacionados a nenhum dos fatores avaliados pela EFS, podendo-se levantar a hipótese de que essas necessidades poderiam não estar relacionadas à socialização, e sim a algum dos outros quatro fatores do modelo CGF não avaliados.

Nesse sentido, a mesma preocupação levantada por Trentini et al. (2009), ao comparar a EFN com o IFP, leva à necessidade de cautela na interpretação dos resultados da presente pesquisa, uma vez que somente um dos cinco fatores do modelo da personalidade foi avaliado, neste caso, o fator socialização. Nesse sentido, os autores recomendam que futuras pesquisas poderiam incluir os cinco fatores "a fim de identificar o quanto da variabilidade das dimensões do IFP pode ser explicada pelos CGF. Tais resultados permitiriam verificar se as necessidades oferecem, ou não, uma descrição dos aspectos da personalidade que complementam as indicações dos CGF" (Trentini et al., 2009, p.213). Uma vez que o país apresenta hoje dois instrumentos que avaliam os cinco grandes fatores (BFP e NEO-PI-R), esse estudo é incentivado.

Diferenças significativas devido ao sexo foram encontradas somente em relação às neces-

sidades de Intracepção, Deferência e Autonomia no IFS e Amabilidade na EFS; as demais necessidades, dado o fato de não se mostrarem influenciadas por essa variável, apontaram para o fato de, na presente amostra, não se constituírem características de um sexo específico, estando presente tanto nos indivíduos do sexo feminino como do masculino. Nenhuma influência foi encontrada em relação à idade dos participantes, de forma a demonstrar que essa variável parece não influenciar a sua personalidade, embora ressalvas já tenham sido feitas em relação a essa análise, dada a pequena amplitude da faixa etária considerada no estudo.

Estudos que envolvam maior número de participantes e ampliação da faixa etária da amostra poderão apontar, de forma mais precisa, a influência que as variáveis sexo e idade exercem na personalidade, bem como a relação entre diversos outros modelos teóricos de avaliação da personalidade; no caso específico dos CGF, estudos que investiguem os fatores de realização, neuroticismo e abertura ainda não foram conduzidos e devem ser incentivados, assim como a investigação dos cinco fatores em conjunto.

## Referências

- Andrade, J. M. (2008). *Evidências de validade do inventário dos cinco grandes fatores de personalidade para o Brasil* (Tese de doutorado não-publicada). Universidade de Brasília.
- Bartholomeu, D., Nunes, C. H. S. S., & Machado, A. A. (2008). Traços de personalidade e habilidades sociais em universitários. *Psico-USF*, 13(1), 41-50.
- Bueno, J. M. H., Oliveira, S. M. S. S., & Oliveira, J. C. S. (2001). Um estudo correlacional entre habilidades sociais e traços de personalidade com universitários. *Psico-USF*, 6(1), 31-38.
- Candeias, A. A. (2008). Criatividade: perspectiva integrativa sobre o conceito e sua avaliação. In M. F. Moraes, & S. Bahia (Orgs.), *Criatividade: conceito, necessidades e intervenção* (pp.41-64). Braga: Psiquilibrios.
- Costa, P. T., & McCrae, R. R. (2002). *NEO five-factor inventory: Interpretive report*. Lutz: Psychological Assessment Resources.
- Costa, P. T., Jr., & Widiger, T. A. (1993). Introduction. In P. T. Costa, & T. A. Widiger (Eds.), *Personality disorders and the five-factor model of personality* (pp.1-10). Washington: American Psychological Association.
- Cuperman, R., & Ickes, W. (2009). Big five predictors of behavior and perceptions in initial dyadic interactions: Personality similarity helps extraverts and introverts, but hurts "disagreeables". *Journal of Personality and Social Psychology*, 97(4), 667-684.
- Dancey, C. P., & Reidy, J. (2006). *Estatística sem matemática para psicologia*. Porto Alegre: Artmed.
- De Young, C. G., Quilty, L. C., & Peterson, J. B. (2007). Between facets and domains: 10 aspects of the big five. *Journal of Personality and Social Psychology*, 93(5), 880-896.
- Diniz, S. S., & Zanini, D. S. (2010). Relação entre fatores de personalidade e estratégias de coping em adolescentes. *Psico-USF*, 15(1), 71-80.
- Donnellan, M. B., & Lucas, R. E. (2008). Age differences in the big five across the life span: Evidence from two national samples. *Psychology and Aging*, 23(3), 558-566.
- Ferreira, M. C. (1999). Identidade de gênero e atitudes sobre a mulher. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 15(3), 249-255.
- Fierro, A. (2004). O desenvolvimento da personalidade na idade adulta e na velhice. In C. Coll, A. Marchesi, & J. Palácios. *Desenvolvimento psicológico e educação* (Vol.1, pp.404-420). Porto Alegre: Artmed.
- Flores-Mendoza, C. (2008). *Inventário de Personalidade NEO Revisado: NEO PI-R-Manual*. São Paulo: Vetor.
- Friedman, H. S., & Schustack, M. W. (2004). *Teorias da personalidade: da teoria clássica à pesquisa moderna*. São Paulo: Prentice Hall.
- Furnham, A. (1996). The big five versus the big four: The relationship between the Myers-Briggs Type Indicator (MBTI) and NEO-PI Five Factor Model of Personality. *Personality and Individual Differences*, 21(2), 303-307.
- Furnham, A., & Fudge, C. (2008). The big five model of personality and sales performance. *Journal of Individual Differences*, 29(1), 11-16.
- Gándara, M. V. B., Ortiz, M. A. C., & Tello, F. P. H. (2006). Análisis transversal de los cinco factores de personalidad por sexo y edad en niños españoles. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 38(3), 567-577.
- Garcia, L. F. (2006). Teorias psicométricas da personalidade. In C. E. Flores-Mendoza, & R. Colom (Orgs.), *Introdução à psicologia das diferenças individuais* (pp.219-242). Porto Alegre: Artmed.
- Gosling, S. D., Rentfrow, P. J., & Swann, W. B. Jr. (2003). A very brief measure of the big five personality domains. *Journal of Research in Personality*, 37(6), 504-528.
- Hampson, S. E., & Goldberg, L. R. (2006). A first large cohort study of personality trait stability over the 40 years between elementary school and midlife. *Journal of Personality and Social Psychology*, 91(4), 763-779.
- Hofstede, G., & McCrae, R. R. (2004). Personality and culture revisited: Linking traits and dimensions of culture. *Cross-Cultural Research*, 38(1), 52-88.
- Hutz, C. S., Nunes, C. H. S., Silveira, A. D., Serra, S. J., Anton, M., & Wieczorek, L. S. (1998). O desenvol-

- vimento de marcadores para a avaliação da personalidade no modelo dos cinco grandes fatores. *Psicologia Reflexão e Crítica*, 11(2), 395-411.
- Hutz, C. S., & Nunes, C. H. S. S. (2001). *Escala fatorial de neuroticismo*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Jones, W. H., Chernovetz, M. E. O., & Hansson, R. O. (1978). The enigma of androgeny: Differential implications for males and females? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46(2), 298-313.
- Lucas, R. E., & Donnellan, M. B. (2009). Age differences in personality: Evidence from a nationally representative Australian sample. *Developmental Psychology*, 45(5), 1353-1363.
- McCrae, R. R. (1993). Openness to experience as a basic dimension of personality. *Imagination, Cognition and Personality*, 13(1), 39-55.
- McCrae, R. R., & John, O. (1992). An introduction to the five-factor model and its applications. *Journal of Personality*, 60(2), 174-214.
- Meehl, P. E. (2000). The dynamics of "structured" personality tests. *Journal of Clinical Psychology*, 56(3), 367-373.
- Montuori, A., & Purser, R. (1995). Deconstructing the lone genius myth: Towards a socio-ecological view of creativity. *Journal of Humanistic Psychology*, 35(3), 69-112.
- Murray, H. (1962). *Explorations in personality*. New York: Science Editions.
- Nettle, E. E., & Fleeson, W. (2010). Age differences in big five behavior averages and variabilities across the adult life span: Moving beyond retrospective, global summary accounts of personality. *Psychology and Aging*, 25(1), 95-107.
- Noronha, A. P. P. (2002). Análise de testes de personalidade: qualidade do material, das instruções, da documentação e dos itens qualidade de testes de personalidade. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 19(3), 55-65.
- Noronha, A. P. P., Freitas, F. A., Sartori, F. A., & Ottati, F. (2002). Informação contidas nos manuais de testes de personalidade. *Psicologia em Estudo*, 7(1), 143-149.
- Nunes, C. H. S. (2007). Lançamento da Escala Fatorial de Extroversão (EFEX) e Escala Fatorial de Socialização (EFS). *Avaliação Psicológica*, 6(1), 103-106.
- Nunes, C. H. S., & Hutz, C. S. (2007a). *Escala Fatorial de Extroversão: manual técnico*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Nunes, C. H. S., & Hutz, C. S. (2007b). *Escala Fatorial de Socialização: manual técnico*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Nunes, C. H. S., Hutz, C. S., & Giacomoni, C. H. (2009). Associação entre bem estar subjetivo e personalidade no modelo dos cinco grandes fatores. *Avaliação Psicológica*, 8(1), 99-108.
- Nunes, C. H. S., Hutz, C. S., & Nunes, M. F. O. (2010). *Bateria fatorial de personalidade: manual técnico*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Nunes, M. F. O., Santos, A. A., & Galvão, N. B. S. (2009). Extroversão e socialização em estudantes de psicologia e engenharia. *Revista Brasileira de Orientação Profissional*, 10(2), 69-79.
- Pasquali, L., Azevedo, M. M., & Ghesti, I. (1997). *Inventário fatorial de personalidade: manual técnico e de avaliação*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Pervin, L. A., & John, O. P. (2004). *Personalidade: teoria e pesquisa* (8ª ed.) Porto Alegre: Artmed.
- Piotrowski, C. (2000). How popular is the personality assessment inventory in practices and training? *Psychological Reports*, 86(1), 65-66.
- Prinzle, P., Dekovic, M., Reijntjes, A. H. A. Stams, G. J. M., & Belsky, J. (2009). The relations between parent's big five factors and parenting: A meta-analytic review. *Journal of Personality and Social Psychology*, 97(2), 351-362.
- Rabelo, I. S., Leme, I. F. A. S., Rossetti, M. O., Pacanaro, S. V., Guntert, I. B., & Barrionuevo, V. L. (2009). Aplicação das escalas de personalidade EFS e EEx no contexto organizacional. *Avaliação Psicológica*, 8(1), 109-117.
- Rebollo, I., & Harris, J. R. (2006). Genes, ambiente e personalidade. In C. E. Flores-Mendoza, & R. Colom (Orgs.), *Introdução à psicologia das diferenças individuais* (pp.300-322). Porto Alegre: Artmed.
- Robinson, O. C. (2009). Variability and consistency in big 5 trait expression across three interpersonal contexts. *Journal of Individual Differences*, 30(4), 201-208.
- Saldanha-Silva, R. S., Schlottfeldt, G., Rozenberg, M. P., Teles-Santos, M. T., & Lelé, A. J. (2007). Replicabilidade do modelo dos cinco grandes fatores em medidas de personalidade. *Mosaico Estudos em Psicologia*, 1(1), 37-49.
- Santos, A. A. A., Sisto, F. F., & Martins, R. M. M. (2003). Estilos cognitivos e personalidade: um estudo exploratório de evidências de validade. *Psico-USF*, 8(1), 11-19.
- Schmitt, D. P., Reallo, A., Voracek, M., & Allik, J. (2008). Why can't a man be more like a woman? Sex differences in big five personality traits across 55 cultures. *Journal of Personality and Social Psychology*, 94(1), 168-182.
- Trentini, C. M., Hutz, C. S., Bandeira, D. R., Teixeira, M. A. P., Gonçalves, M. T. A., & Thomazoni, A. R. (2009). Correlações entre a EFN - Escala Fatorial de Neuroticismo e o IFF - Inventário Fatorial de Personalidade. *Avaliação Psicológica*, 8(2), 209-217.
- Urquijo, S. (2001). Modelos circunplexos da personalidade. In F. F. Sisto, E. T. B. Sbardelini, & R. Primi (Orgs.), *Contextos e questões da avaliação psicológica* (pp.31-49). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Recebido em: 29/3/2012  
Aprovado em: 8/5/2012



# The hollow-face illusion monocularly observed in a box

## *A ilusão da máscara côncava observada monocularmente em uma caixa*

Maria Amélia Cesari **QUAGLIA**<sup>1</sup>  
Livia da Silva **BACHETTI**<sup>2</sup>  
Arthur **ALVES**<sup>3</sup>

### Abstract

Under monocular conditions, 40 students observed the reverse of polychrome and monochrome masks and judged them to be concave, convex or flat. The mask was presented upright and illuminated from above, below, right and left and in the upside down position illuminated from below. The magnitude of the perceived depth or relief was estimated using a retractable tape measure. Regardless of color, lighting and orientation, the majority of responses indicated that the hollow masks were perceived to be convex. No significant differences were observed between the depth or convexity of the metric magnitudes and scalar magnitudes of the concave masks in relation to variations in the light source direction, color, and position. The illusory depth, seeing the concave mask as convex, is a robust phenomenon that suggests the predominant role of higher-order processes over the low-order processes in visual face perception.

**Keywords:** Face perception; Depth perception; Visual perception.

### Resumo

*Em condição de observação monocular, 40 estudantes universitários julgaram como côncavo, plano ou convexo os reversos de uma máscara monocromada e de uma policromada, iluminados por cima, por baixo, pela direita e pela esquerda, na posição vertical, e na posição invertida com iluminação por baixo. A magnitude da profundidade percebida foi estimada por meio de uma trena retrátil. Independentemente da cor, da iluminação e da orientação das máscaras, a maioria das respostas indicou que os reversos das máscaras foram percebidos como convexos. Não foram observadas diferenças significativas entre as magnitudes escalares e métricas de profundidade ou relevo das máscaras côncavas em relação às variações da direção da fonte de iluminação, cor e posição. A máscara côncava percebida ilusoriamente como convexa é um fenômeno robusto que sugere atuação predominante de processos de alta ordem sobre os processos de baixa ordem na percepção visual de faces.*

**Palavras-chave:** Percepção de face; Percepção de profundidade; Percepção visual.

▼ ▼ ▼ ▼ ▼

<sup>1</sup> Universidade Federal de São João Del-Rei, Departamento de Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Campus Dom Bosco, Praça Dom Helvécio, 74, Sala 2.17-A, Fábricas, 36301-160, São João Del-Rei, MG, Brasil. *Correspondência para/Correspondence to:* M.A.C. QUAGLIA. E-mail: <melinha@ufsj.edu.br>

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

<sup>3</sup> Psicólogo. Divinópolis, MG, Brasil.

Visual perception is bounded by neuroanatomical properties of the visual system. It starts with the projection of light passing through the transparent media of the eye and reaching the retina, where it is converted into electrical impulses that are carried to the occipital cortex through nerves and optic tracts (Lent, 2005). The processing of information that results from the physiological parameters of stimulus detection is called sensory, or bottom-up processing (Rossini & Galera, 2006). In this sense, the vision is a complex sensory modality divided into a number of different submodalities that represent various aspects of the external world, reflecting or emitting light (Lent, 2005). However, image perception does not depend only on sensorial, bottom-up, processes but also on cognitive, top-down, higher-order processes. Those top-down processes are responsible for the interpretation of sensorial signs through the person's perception and conceptual knowledge (Gregory, 1997). In the perceptive process we construct and test perceptual hypothesis based on perceptual facts, previous knowledge and inferences made based on higher order cognitive processes (Sternberg, 2008).

In the perception of depth and three-dimensional relief, both the illumination and shading of the objects are crucial. Klefner and Ramachandran (1992) and Ramachandran (1988) investigated these two factors and concluded that perception of the forms via shading is a global process in which all, or most, of the visual field takes part. Thus, the visual system seems to take into account only one source of illumination, coming from the top the object due to the solar illumination pattern. Moreover, a light source from above the hollow object, when inverted, elicits an inversion of visual depth and the object is perceived to be convex. The first report of this phenomenon occurred during the observation of cameos by Gmelin in 1744, perceived as alternately concave and convex, through variations in the lighting direction of the objects (Liu & Todd, 2004).

The phenomenon known as the hollow-mask illusion exemplifies the reversal of visual depth. In this case, observed from a distance, the reverse

of a mask illuminated overhead is perceived as a convex face that is lit from below. The brain rejects the existence of concave faces interpreting the image as a convex face (Hill & Bruce, 1993). To enable the convex perception, a reversal in the direction of the source of illumination also occurs. The occurrence of this illusion is explained by the use of individual knowledge, cognitive or top-down processes, on faces (Hill & Johnston, 2007).

The prevalence of perceived convexities in concave objects when the light source is inaccurate was observed in the experiments of Hill and Bruce (1994), Hill and Johnston (2007) and Langer and Bülthoff (2001). Hill and Bruce (1994) studied the reversal of the binocular depth of a waved hemispherical object called "hollow potato". Unlike the concave mask, where reverse visual depth was stronger, greater distances were required for the illusion to happen in this object. However, the hollow potato was perceived as convex, indicating the strength of the illusory phenomenon despite the use of unfamiliar objects. Hill and Johnston (2007) found similar results when investigating the illusion using molds in the shapes of flower, a bear and waves. Observers perceived the illusory phenomenon, which required greater distances from the object for the less familiar wavy shape. Familiarity with the objects made the illusory perception stronger, however, it was not crucial to the reversal of visual depth. In both studies, the illusion was perceived even during the observation of objects unfamiliar to the observers. Langer and Bülthoff (2001) randomly presented images of concave, flat and convex irregular surfaces and also found a higher frequency in the perception of convexities than concavities in uncertain shading patterns shown in binocular condition.

Some factors facilitate the visual depth inversion in hollow faces. For example, Hill and Bruce (1994) and Hill and Johnston (2007) have shown, by progressively distancing the observer from the object, that the upright positioning of the hollow mask facilitates the illusory perception. The authors found a significant difference between hollow-mask perception in the upright and upside down orientations, and shorter distances were

required for inverting the depth in an upright position. The results found by Papathomas and Bono (2004) corroborated previous findings. Through distancing and approximation from a tridimensional hollow-face mask, the illusory perception was stronger for the mask in an upright orientation, compared to upside down, both in the monocular and binocular observation conditions. Yoshida (2006) also found similar results using a psychophysics methodology. The direction of the light source was also a facilitator of binocular depth inversion in studies by Hill and Bruce (1993), Hill and Johnston (2007) and Yoshida (2006). In these studies, when the mask was illuminated from overhead, smaller distances were required for the hollow-face illusion to happen. Likewise, Hill and Johnston (2007) found that the color of the mask being close to the skin tone was also a facilitator of the binocular depth reversal. Another factor facilitating the reversal of visual depth was observing the concave mask in the monocular condition. The authors found a more prominent illusion in the monocular condition compared to the binocular condition because of the absence of binocular disparity (Hill & Bruce, 1993; Hill & Bruce, 1994; Papathomas & Bono, 2004).

Nevertheless, some factors precluded the reversal of binocular depth when observing a concave mask. Some psychopathological conditions, such as schizophrenic disorder (Dima et al., 2009; Dima, Dietrich, Dillo, Emrich, & Hinderk, 2010; Dima et al., 2011; Koethe et al., 2009; Schneider et al., 2002; Schneider, Leweke, Sternemann, Weber, & Emrich, 1996b) and alcohol withdrawal symptoms (Schneider et al., 1996a; Schneider et al., 1996b; Schneider et al., 1998), prevented the occurrence of binocular depth inversion. Similar results were also found by studying sleep deprived individuals (Schneider et al., 1996b; Sternemann et al., 1997) and those under the psychotropic effects of cannabis (Emrich et al., 1991; Semple, Ramsden, & McIntosh, 2003) and nabilone, a synthetic cannabinoid (Leweke, Schneider, Radwan, Schmidt, & Emrich, 2000).

So far researchers have mainly addressed the reversal of visual depth. Quaglia and Fukusima

(2009) aimed to investigate the metric and scalar perception of depth or relief in the concave mask. In this study the researchers used concave masks that were similar in size to an adult face and presented monocularly in a dark room. No significant differences were found among college students, in the metric allocation of perceived depth or relief in a concave mask that was monochrome or polychrome, illuminated from above, below, to the right and the left, with upright and upside down orientations. Similar results were found in the scalar assignments for the perception of depth or relief of the concave mask. The majority of the observers performed the monocular reversal of the concave mask, perceiving it as convex.

The present study aimed to reproduce the study by Quaglia and Fukusima (2009) in a reduced experimental condition, using a small concave mask in a box instead of a dark room. We planned to increase the knowledge of this visual phenomenon with different sources of illumination and facial characteristics, such as color and positioning, in both depth and relief perception of the hollow-face mask. In the present study a box with the stimuli inside and an interior light was used, as this could be a useful and convenient monocular observation instrument for research in small spaces.

## Method

### Participants

Forty undergraduate and graduate students of the *Universidade Federal de São João del-Rei* (UFSJ) participated in the experiment (14 men; 26 women); their ages ranged from 19 to 30 years and they all had normal or corrected vision acuity (6/6). All participants read and signed the Terms of Free Prior Informed Consent before taking part in the experiment.

### Instruments

The Snellen scale was used to assess the visual acuity. An experimental box measuring 80 x

30 x 30 cm, with an observation hole of 0.5 mm in diameter, was constructed using Medium-Density Fiberboard (MDF) to allow the participants to monocularly observe the concave mask. The reverse of a polychrome face mask of reduced size, 10 cm in height, 6.5 cm in width and 3 cm in depth, was painted with a natural skin tone. Eyes, mouth and eyebrows were outlined. The reverse side of a grey mask was also used. The masks were placed at a distance of 75 cm from the observation hole. To illuminate the mask in different directions, four 12 V lamps were positioned inside the box, above, below, to the left, and to the right of the mask, at a distance of 20 cm. A retractable tape measure was used by the observer to estimate in centimeters the depth or relief of the concave mask.

## Procedures

After the participants had their visual acuity assessed, signed the terms of informed consent and received the instructions, each subject was asked to observe the mask with their preferential eye through the observation hole in the experimental box. The polychrome and monochrome masks were presented in a random order in the upright position (1) illuminated from above, (2) illuminated from below, (3) illuminated from the left, and (4) illuminated from the right, (5) and in the upside down position, illuminated from below. In each presentation condition the participant was asked to report the depth and relief perceived in the three tasks as follows. First, the participant was asked to judge the mask as either concave or convex. This task was also used to check if the participant understood the concave and convex concepts. Second, participants were asked to classify the perceived depth and relied on one of the following ordinal categories: (1) mask was totally concave, (2) partially concave, (3) flat, (4) partially convex, and (5) totally convex. Participants lastly estimated, in centimeters, using a retractable measure tape, the perceived distance between the tip of the nose and the base of the face mask.

This project was submitted and approved by the UFSJ Human Research Ethics Committee on

April 17, 2013, No. 022/2013/CEPES/UFSJ. All the procedures recommended by Resolution no. 196/96 were followed.

## Results

Participants monocularly estimated the depth or relief of polychrome and monochrome concave masks displayed in different positions and illumination conditions, in a total of 400 stimuli presentations. Table 1 presents the percentage frequencies of the responses indicating the face as concave (categories 1 e 2), flat (category 3) or convex (category 4 and 5) for the polychrome and monochrome concave masks illuminated from above, from below, and for the upside down concave mask illuminated from below. The majority of the observers attributed convexity to the concave mask: 75.0% when the concave polychrome mask was illuminated from above, 75.0% when illuminated from below, 72.5% illuminated from the right, 82.5% illuminated from the left, and 80.0% when presented upside down and illuminated from below. The concave monochrome mask was perceived as convex in 65.0% of the responses of the observers when it was illuminated from above, in 75.0% when illuminated from below, in 50.0% when illuminated from the right, in 67.5% from the left, and in 67.5% when the mask was presented upside down and illuminated from below.

A Repeated Measure Analysis of Variance (Anova) (2 colors x 5 illumination directions) was conducted for the depth and relief estimates for the hollow-face in centimeters, measured using a tape measure. The main effects of color  $F(1, 39) = 0.98$  and direction of illumination  $F(3, 136) = 2.15$ ; were not significant ( $p > 0.05$ ). There was also no significant interaction between color and direction of illumination  $F(3, 111) = 0.29$ ;  $p > 0.05$ .

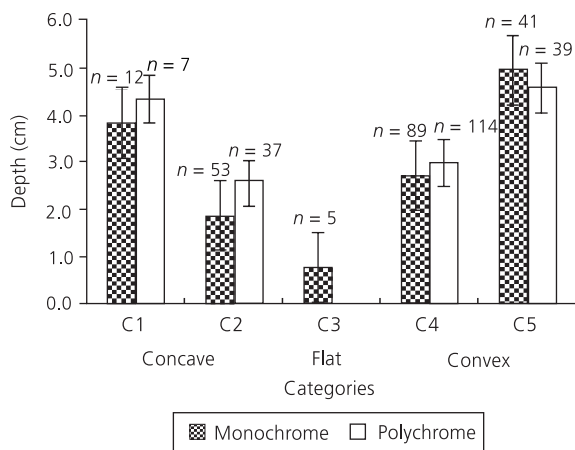
Figure 1 shows the mean estimate and standard error for the depth perceived between the base of the face and the tip of the nose in the polychrome and monochrome masks in the upright position for the categories: totally concave (C1), partially concave (C2), flat (C3), partially convex



**Table 1**

Frequencies (%) of judgments of the concave mask as concave (categories 1 and 2), flat (category 3) and convex (categories 4 and 5) in different positions and illumination conditions

Illumination	Categories	Polychrome (%)	Monochrome (%)
From above/overhead	Concave	25.0	35.0
	Flat	0.0	0.0
	Convex	75.0	65.0
From below/underneath	Concave	20.0	20.0
	Flat	5.0	5.0
	Convex	75.0	75.0
From the right	Concave	22.5	42.5
	Flat	5.0	7.5
	Convex	72.5	50.0
From the left	Concave	17.5	32.5
	Flat	0.0	0.0
	Convex	82.5	67.5



**Figure 1.** Concave Mask Judgments independent of source of illumination.

Note: Mean estimate and standard error in depth or relief perceived between the base of the face and the tip of the nose in polychrome and monochrome masks, for the categories: totally concave (C1), partially concave (C2), flat/plain (C3), partially convex (C4), and totally convex (C5), in 400 stimuli observations by 40 participants ( $n$  = frequency of responses by category).

(C4), and totally convex (C5). The frequency of the responses in each category allows the overall understanding of the relative frequencies in Table 1.

Figure 1 shows that, in both masks, the mean perceived depth ranged between 2 and 5 cm for convex and concave categories, close to the 3 cm physical concavity of the mask. However, it is important to note that even in situations in which

the masks were classified as flat, some depth was still attributed to them.

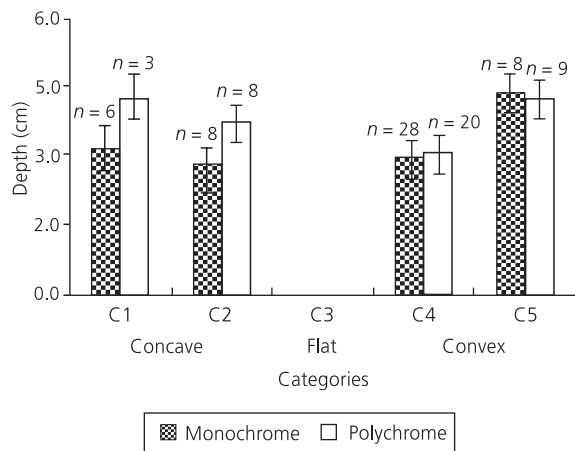
Table 2 depicts the relative frequency of the judgments of the concave polychrome mask in the upright position illuminated from above and from below. When the concave polychrome mask was presented in the upright position and illuminated from above, 75.0% of the observers perceived it as convex. When the concave mask was presented in the upside down position and illuminated from below, convexity was perceived by 80.0% of the observers. In the conditions with the monochrome mask, the concave mask presented upright and illuminated from above was perceived as convex by 65.0% of the observers. When the concave mask was presented in the upside down position and illuminated from below, convexity was perceived by 67.5% of the observers.

To analyze the role of the orientation of the mask in depth judgments, Figure 2 and 3 graphically present the mean estimate and standard error of perceived depth or relief between the base of the face and the tip of the nose in the polychrome concave mask in the upright position and illuminated from overhead, as well as upside down and illuminated from below, respectively, according to the categories: totally concave (C1), partially concave (C2), flat (C3), partially convex (C4) and totally convex (C5).

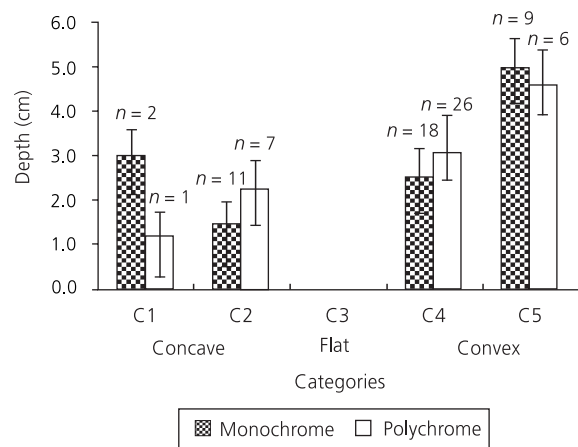
**Table 2**

Frequencies (%) of judgments of the concave mask as concave (categories 1 and 2), flat (category 3) and convex (categories 4 and 5) in the positions: upright and illuminated from above, and upside down and illuminated from below

Position of the mask	Category	Polychrome (%)	Monochrome (%)
Upright	Concave	25.0	35.0
	Flat	0.0	0.0
	Convex	75.0	65.0
Upside down	Concave	20.0	32.5
	Flat	0.0	0.0
	Convex	80.0	67.5

**Figure 2.** Upright concave mask illuminated from above.

Note: Mean estimate and standard error in depth or relief perceived between the base of the face and the tip of the nose in a concave mask in the upright position illuminated from above in the categories: totally concave (C1), partially concave (C2), flat/plain (C3), partially convex (C4), and totally convex (C5), in 80 stimuli observations by 40 participants ( $n$  = frequency of responses by category).

**Figure 3.** Upside down concave mask illuminated from below.

Note: Mean estimate and standard error in depth or relief perceived between the base of the face and the tip of the nose in a concave mask in the upside-down position illuminated from below in the categories: totally concave (C1), partially concave (C2), flat/plain (C3), partially convex (C4), and totally convex (C5), in 80 stimuli observations by 40 participants ( $n$  = frequency of responses by category).

Comparing the perception of depth or relief between the polychrome concave mask in the upright position illuminated from overhead and the upside down mask illuminated from below there is no evidence to suggest that the positioning affects the perception of depth or relief in the concave mask:  $t(39) = 1.41, p=0.17$ . There is also no evidence to suggest any differences among depth perception in the monochrome mask positioned upright or upside down and illuminated from above or below when observed monocularly:  $t(39) = 1.46, p=0.15$ . The statistical analyzes were performed using the Paired  $t$ -test. In summery, the analysis of the results

suggests that the hollow-mask illusion is robust and virtually invariant to changes in mask color, orientation and lighting position.

## Discussion

This study demonstrated the prevalence of the perception of convexities in concave objects, confirming previous studies (Hill & Bruce, 1994; Hill & Johnston, 2007; Langer & Bültholff, 2001; Quaglia & Fukusima, 2009). The majority of the observers made the monocular inversion of depth, perceiving the concave mask as convex. According

to Gregory (1997), the natural human propensity for visual depth reversal of concave faces occurs because the high-order, top-down processes superimpose the brain input, processes called low-order or bottom-up.

In the present study, the concave mask was observed monocularly and presented inside a box at a fixed distance from the observer. The observation hole reduced the information about the distance of the object. The color, the illumination and the positioning of the mask did not influence the categorical judgments of the mask as concave, flat or convex, nor the distribution of responses in those categories.

There were also no significant differences in depth perception between the different conditions of illumination source and mask color, when measured using the retractable measuring tape. Interestingly, some of the categorical judgments of the hollow mask as flat were followed by an attribution of centimeters with the measuring tape. There are two hypothetical explanations for this result (1) the observers could have been biased by the previous task in which they were asked whether the mask was concave, convex or flat; (2) faces are usually perceived as tridimensional, demonstrating the importance of top-down cognitive processes in visual perception.

The strength of the hollow-face illusion in relation to any changes in the mask position is noted in Table 2. There were no significant differences between the perceived depth in centimeters for the polychrome or monochrome masks presented in the upright position and illuminated from above and in the upside down position and illuminated from below. Quaglia and Fukusima (2009) highlighted the fact that the positioning of the concave mask, independent of its color, does not modify the perception of its depth and relief. Even though positioning of the mask and color are facilitator conditions for the monocular inversion of depth, they are not crucial to its perception. The results of this study support the findings from Quaglia and Fukusima (2009), demonstrating stability of the concave-convex inversion in the different variations of environmental stimuli corroborating the prevalence of higher-order over lower-order factors in this illusion.

## Conclusion

The present study investigated the monocular perception of depth and relief in the hollow-face mask. Hollow masks of two different colors were observed inside a box, in two positions, and illuminated from different directions.

The majority of the observers made the monocular inversion of depth, perceiving the concave mask as convex. This result was independent of the conditions in which the stimuli were presented. The hollow-face illusion was shown to be a robust phenomenon, even when the mask was observed monocularly from inside a box. The perception of the concave mask as convex is a demonstration of how the top-down processes act on the sensorial, bottom-up processes.

In this study a box with an observation hole was used with a smaller sized mask and internal illumination. This instrument was designed to enable observations even in a reduced space.

The results of this study need to be compared with those obtained using other instruments to investigate both monocular and binocular depth perception. The current study presents a new contribution to studies in the field, as the observation box is a small, portable, useful, and inexpensive tool for studying visual phenomena.

## References

- Dima, D., Dietrich, D., Dillo, W., Emrich, H. M., & Hinderk, M. (2010). Impaired top-down process in schizophrenia: A DCM study of ERPs. *Neuroimage*, *52*(3), 824-832.
- Dima, D., Dillo, W., Bonnemann, C., Emrich, H. M., Detlef, E., & Dietrich, D. E. (2011). Reduced P 300 and P 600 amplitude in the hollow-mask illusion in patients with schizophrenia. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, *191*(2), 145-151.
- Dima, D., Roiser, J. P., Dietrich, D. E., Bonnemann, C., Lanfermann, H., Emrich, H. M., & Dillo, W. (2009). Understanding why patients with schizophrenia do not perceive the hollow-mask illusion using dynamic causal modeling. *Neuroimage*, *46*(4), 1180-1186.
- Emrich, H. M., Weber, M. M., Wendl, A., Zihl, J., Von Meyer, L., & Hanisch, W. (1991). Reduced binocular depth inversion as an indicator of cannabis induced censorship impairment. *Pharmacology, Biochemistry and Behavior*, *40*(3), 689-690.

- Gregory, R. L. (1997). Knowledge in perception and illusion. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, 352(1358), 1121-1128.
- Hill, H., & Bruce, V. (1993). Independent effects of lighting, orientation, and stereopsis on the hollow-face illusion. *Perception*, 22(88), 887-897.
- Hill, H., & Bruce, V. (1994). A comparison between the hollow-face and hollow-potato illusions. *Perception*, 23(11), 1335-1337.
- Hill, H., & Johnston, A. (2007). The hollow-face illusion: Object-specific knowledge, general assumptions or properties of stimulus? *Perception*, 36(2), 199-223.
- Kleffner, D., & Ramachandran, V. S. (1992). On the perception of shape from shading. *Perception & Psychophysics*, 52(1), 18-36.
- Koethe, D., Kranaster, L., Hoyer, C., Gross, S., Neatby, M. A., Schultze-Lutter, F., ... Leweke, F. M. (2009). Binocular depth inversion as a paradigm of reduced visual information processing in prodromal state, antipsychotic-naïve and treated schizophrenia. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 259(4), 195-2002.
- Langer, M. S., & Bülthoff, H. H. (2001). A prior for global convexity in local shape-from-shading. *Perception*, 30(4), 403-410.
- Lent, R. (2005). *Cem bilhões de neurônios: conceitos fundamentais de neurociências*. São Paulo: Atheneu.
- Leweke, F. M., Schneider, U., Radwan, M., Schmidt, E., & Emrich, H. M. (2000). Different effects of nabilone and cannabidiol on binocular depth inversion in man. *Pharmacology, Biochemistry and Behavior*, 66(1), 175-181.
- Liu, B., & Todd, J. T. (2004). Perceptual biases in the interpretation of 3D shape from shading. *Vision Research*, 44(18), 2135-2145.
- Papathomas, T. V., & Bono, L. M. (2004). Experiments with a hollow mask and a reverspective: Top-down influences in the inversion effect for a 3-D stimuli. *Perception*, 33(9), 1129-1138.
- Quaglia, M. A. C., & Fukusima, S. S. (2009). Cor, iluminação e orientação do reverso de uma máscara facial não afetam a ilusão da máscara côncava. *Estudos de Psicologia*, 14(2), 97-105.
- Ramachandran, V. S. (1988). Perceiving shape from shading. *Scientific American*, 255(2), 676-683.
- Rossini, J. C., & Galera, C. (2006). A atenção visual: estudos comportamentais da seleção baseada no espaço e no objeto. *Estudos de Psicologia*, 11(1), 79-86.
- Schneider, U., Borsutzky, M., Seifert, J., Leweke, F. M., Huber, T. J., Rollnik, J. D., & Emrich, H. M. (2002). Reduced binocular depth inversion in schizophrenic patients. *Schizophrenia Research*, 53(1), 101-108.
- Schneider, U., Dietrich, D. E., Sternemann, U., Seeland, I., Gielsdorf, D., Huber, T. J., ... Emrich, H. M. (1998). Reduced binocular depth inversion in patients with alcoholism. *Alcohol & Alcoholism*, 33(2), 168-172.
- Schneider, U., Leweke, F. M., Niemczyk, W., Sternemann, U., Bevilacqua, M., & Emrich, H. M. (1996a). Impaired binocular depth inversion in patients with alcohol withdrawal. *Journal of Psychiatric Research*, 30(6), 469-474.
- Schneider, U., Leweke, F. M., Sternemann, U., Weber M. M., & Emrich, H. M. (1996b). Visual 3D illusion: A systems-theoretical approach to psychosis. *European Archives of Psychiatry & Clinical Neuroscience*, 246(5), 256-260.
- Semple, D. M., Ramsden, F., & McIntosh, M. (2003). Reduced binocular depth inversion in regular cannabis users. *Pharmacology, Biochemistry and Behavior*, 75(44), 789-793.
- Sternemann, U., Schneider, U., Leweke, F. M., Bevilacqua, C. M., Dietrich, D. E., & Emrich, H. M. (1997). Propsychotische veränderung der binokulären tiefeninversion durch schlafentzug. *Der Nervenarzt*, 68(7), 593-596.
- Sternberg, R. J. (2008). *Psicologia cognitiva* (4ª ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Yoshida, H. (2006). The effects of facial texture, stimulus orientation and light direction on the hollow-face illusion. *Bulletin of the Graduate School of Education, Hiroshima University: Part.III, Education and Human Science*, 55, 321-329.

Received on: 12/5/2012  
 Final version on: 9/10/2013  
 Approved on: 10/18/2013

# Relação entre *bullying* e sintomas depressivos em estudantes do ensino fundamental

## *Associations between bullying and depressive symptoms in elementary students*

Bruna Garcia **FORLIM**<sup>1</sup>  
Ana Carina **STELKO-PEREIRA**<sup>2</sup>  
Lúcia Cavalcanti de Albuquerque **WILLIAMS**<sup>3</sup>

### Resumo

Considerável atenção da ciência vem sendo dada ao impacto negativo do *bullying*, contudo poucos estudos investigaram especificamente as consequências do *bullying* de acordo com os tipos de envolvimento (alvo, autor, alvo/autor). O presente estudo examinou a relação entre tipos de *bullying* e sintomas depressivos. Responderam a um questionário brasileiro sobre violência escolar (Escala de Violência Escolar - Versão Estudantes) 348 estudantes - 53,4% do sexo feminino - do 6º ao 9º ano, em média com 13,3 anos (DP = 1,3). Segundo regressão logística não linear, os alunos alvos e autores de *bullying* apresentaram 5 vezes mais chance de ter sintomas depressivos do que os outros estudantes. Sexo, idade, ter sido reprovado, ser exclusivamente vítima não foram variáveis significativas para predizer depressão quando consideradas conjuntamente. Esses resultados são similares a pesquisas internacionais que apontaram o fato de alvos/autores (simultaneamente) de *bullying* terem mais problemas emocionais do que alvos e autores. Enfatizam, também, a necessidade de pesquisas futuras considerarem a especificidade dos estudantes que são alvos/autores.

**Palavras-chave:** *Bullying*; Depressão; Violência na escola.

### Abstract

*Considerable attention has been given by science to the negative impact of bullying, however, few studies have specifically investigated bullying consequences according to the type of bullying involvement (victim, bully, bully/victim). The present study examined the relationship between the type of bullying involvement and depressive symptoms. A group of 348 students, 53.4% female, from 6-9<sup>th</sup> grade, with a mean age of 13.3 years (SD = 1.3) answered a Brazilian School Violence Scale (Escala de Violência Escolar - Versão Estudantes). Utilizing a logistic non-linear regression analysis, bully/victim students displayed a 5 times greater chance of having depressive symptoms than the other students. Gender, age, school failure, and being exclusively a victim were not significant variables for predicting depression when considered together. These results are similar to international studies, which also indicate that bullies/victims have more emotional problems than victims and bullies per se. These findings emphasize the need to further investigate the specificity of students who are bullies/victims.*

**Keywords:** *Bullying*; Depression; School violence.

▼ ▼ ▼ ▼ ▼

<sup>1</sup> Psicóloga. São Paulo, SP, Brasil.

<sup>2</sup> Universidade Estadual do Ceará, Coordenação de Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva. Fortaleza, CE, Brasil.

<sup>3</sup> Universidade Federal de São Carlos, Departamento de Psicologia, Laboratório de Análise e Prevenção da Violência. Rod. Washington Luiz, km 235, Jardim Guanabara, 13565-905, São Carlos, SP, Brasil. Correspondência para/Correspondence to: L.C.A. WILLIAMS. E-mail: <williams@ufscar.br>.

O presente estudo é parte de um estudo maior de doutorado de Psicologia de autoria de A.C. STELKO-PEREIRA, intitulado "Avaliação de um programa preventivo de violência escolar: planejamento, implantação e eficácia", sob a orientação de L.C.A. WILLIAMS. Apoio: Fundação de Apoio à Pesquisa de São Paulo (Processo: 2008/10681-7).

O fenômeno *bullying* refere-se a circunstâncias nas quais um indivíduo é exposto repetidamente por pares a ações negativas intencionais, que podem ser de natureza física, psicológica ou sexual. Geralmente, há uma desigualdade de poder entre o agressor e o alvo, que não encontra um modo eficiente para se defender (Olweus, 1993). As formas de envolvimento dos indivíduos em *bullying* são: autor de *bullying* (agressor), alvo (vítima), alvo/autor de *bullying* (agressor/vítima) e testemunha (Kumpulainen et al., 1998; Sounrander, Helstelä, Helenius, & Piha, 2000). Contudo, não se sabe exatamente se as consequências do *bullying* variam de acordo com o modo de envolvimento.

Alguns estudos verificaram consequências negativas de ter sido alvo de *bullying*, mas sem ter diferenciado da amostra quem pudesse ser tanto alvo quanto autor. Carlisle e Rofes (2007) estudaram o efeito do *bullying* no longo prazo, por meio de entrevistas com 15 homens adultos que voluntariamente responderam a anúncios de jornais. Os participantes atribuíram um efeito substancial e duradouro do *bullying* sofrido na escola, especialmente: sintomas depressivos, sentimento de vergonha, ansiedade, dificuldades de relacionamento interpessoal, principalmente amoroso, em atividades grupais e com figuras de autoridade.

Na meta-análise de Hawker e Boulton (2000), envolvendo estudos em língua inglesa, publicados no período de 1978 a 1997, notou-se relação entre ser alvo de *bullying* e desenvolver depressão, isolar-se, apresentar transtorno de ansiedade e autoavaliação social e global negativas. Do mesmo modo, em pesquisa com 123 700 estudantes de 11 a 13 anos de idade, em 28 países, Due et al. (2005) apontaram prováveis consequências após ser alvo de *bullying*: a) somáticas, como dores na cabeça e no estômago, e b) psicológicas, como nervosismo, solidão e sentimento de exclusão.

Dados similares quanto a sintomas depressivos foram encontrados no estudo de Kumpulainen et al. (1998), com 5 813 alunos do ensino fundamental finlandês. Alvos de *bullying* dos dois sexos tiveram escores altos para: a) anedonia, que se refere à perda de interesse ou de motivação por

atividades antes prazerosas, b) autoestima baixa e c) humor deprimido. Comportamentos externalizantes e hiperatividade foram especialmente relatados em alvo/autores de *bullying*, sendo tal grupo mais frequentemente encaminhado a consultas psiquiátricas.

Do mesmo modo, Fleming e Jacobsen (2009) avaliaram a relação entre *bullying* e sintomas depressivos em 8 131 estudantes chilenos de 13 a 15 anos. Os resultados indicaram que estudantes que reportaram sofrer *bullying* no mês anterior eram mais prováveis de apresentar sintomas depressivos e não ter amigos quando comparados com os que não sofriam *bullying*. Adicionalmente, tinham mais chance de apresentar comportamentos prejudiciais à saúde, como fazer uso de tabaco, álcool ou drogas ilícitas, de cabular aulas e de se envolver em brigas no ano anterior.

Outros estudos, além de verificar as consequências negativas em ser alvo de *bullying*, também verificaram as consequências de ser autor ou autor/alvo. Sourander et al. (2000) investigaram 898 crianças finlandesas quando tinham 8 anos e, posteriormente, quando estavam com 16 anos. Perceberam que o fato de ter tido problemas emocionais e comportamentais aos 8 anos foi associado à autoria de *bullying*, bem como ser alvo 8 anos depois. Autorrelatos que indicavam altos níveis de sintomas depressivos (baixa autoestima, imaturidade, solidão, baixa habilidade de resolução de problemas) foram correlacionados, 8 anos depois, tanto com autoria quanto com ser alvo de *bullying*.

Fekkes, Pijpers e Verloove-Vanhorick (2004) encontraram uma associação consistente entre sofrer *bullying* e queixas de saúde em 2 766 crianças, de 9 a 12 anos da Holanda. Entretanto, a relação entre ser autor de *bullying* e apresentar queixas de saúde e depressão não foi encontrada. Porém, houve relação entre queixas de saúde, depressão e ser autor/alvo. Os alunos autor/alvo tiveram maior risco para dor abdominal, problemas de apetite, enurese, cansaço e sentir-se infelizes.

Kaltiala-Heino, Rimpelä, Marttunen, Rimpelä e Rantanen (1999) avaliaram a relação entre *bullying*, depressão e ideação suicida em 16 410 estudantes de 14 a 16 anos da Finlândia. A

depressão ocorreu com maior frequência para os alunos que relataram ser tanto autor como alvo de *bullying*. Controlando as variáveis idade e sexo, os pesquisadores encontraram maior risco de sofrer depressão para os alunos alvo/autor de *bullying* (*Odds Ratio*-OR=9.4), seguidos pelas vítimas (OR=5,1) e autores (OR=4,5). Além disso, para os meninos, a ideação suicida foi associada somente à autoria de *bullying*.

Perren, Dooley, Shaw e Cross (2010) pesquisaram a associação entre ser alvo, autor e alvo/autor de *bullying* e sintomas depressivos em 374 e 1 320 estudantes da Suíça e da Austrália respectivamente. O grupo que mais apresentou sintomas depressivos foi o de alvo/autor de *bullying*, seguido pelo alvo, autor e não envolvidos.

No contexto brasileiro, nota-se uma menor atenção em estudos quanto às consequências do *bullying*. Em busca, feita no banco de dados *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) em 2009 com a palavra-chave "*bullying*", não foram encontrados artigos que abordavam o tema com dados empíricos. Os demais estudos abordavam o tema com intuito exploratório, descrevendo-o ou citando-o como problema a ser estudado.

No banco de teses e dissertações da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes), em novembro de 2010, utilizando-se como palavra-chave "*bullying*", foram encontrados 48 estudos, mas apenas quatro mencionaram as consequências do *bullying* com dados empíricos (Catini, 2004; Cunha, 2009; Machida, 2007). Os demais estudos concentraram-se em discorrer a respeito de outros temas referentes ao fenômeno *bullying* (prevalência, o papel e as concepções dos professores e gestores diante do *bullying*, entre outros).

Cunha (2009) estudou a relação entre sinais de depressão e agressão entre pares em 849 estudantes com média de 14,3 anos. Os dados revelaram uma correlação positiva e significativa entre o escore de depressão e as médias de todas as dimensões de agressão e vitimização avaliadas, tais como agressão direta, relacional, indireta e de vitimização. No entanto, o autor não faz distinção entre alvo, autor e alvo/autor de *bullying* com de-

pressão. Machida (2007) investigou o relato de três mulheres e dois homens adultos vítimas de *bullying* no Rio Grande do Sul, analisando suas narrativas. Nessa perspectiva, as vítimas retrataram sofrimento, angústia e sentimento de impotência diante do *bullying*. Catini (2004) investigou o *bullying* em uma escola pública da periferia de Campinas (SP), a partir de desenhos e relatos de 41 alunos, que indicaram sentimento de impotência por parte dos espectadores, ansiedade e insegurança devido à expectativa de novas agressões, sentimento de revolta, impotência, culpa, e reflexos negativos na autoestima.

Pode-se observar que, apesar de existirem pesquisas que abordam a temática *bullying* no Brasil, poucos estudos investigaram especificamente suas consequências, contrastando-as com relação às várias formas de envolvimento (alvo, autor, alvo/autor).

O presente estudo investigou as relações entre tipos de envolvimento em *bullying* (autor, alvo, autor/alvo) e sintomas depressivos em alunos, considerando a interação com as variáveis: sexo, idade e ter ou não sido reprovado.

## Método

### Participantes

Participaram 348 alunos que preencheram todos os itens dos instrumentos, provenientes da 6ª a 9ª série de duas escolas públicas de São Carlos (SP), localizadas em bairro cujo Índice Paulista de Vulnerabilidade Social era igual a 6, o que indica muito alta vulnerabilidade social (Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados, 2002).

### Instrumentos

*Escala de Violência Escolar - Versão Estudantes* (EVE): inicialmente denominado Questionário de Investigação de Prevalência de Violência Escolar (QIPVE), foi composto de modo a verificar a violência física, a violência psicológica/emocional e

a violência contra o patrimônio em escolas. Com 51 questões em escala Likert, os alunos devem escolher uma alternativa (nenhuma, 1 ou 2 vezes, 3 ou 4 vezes, 5 ou 6 vezes e 7 vezes ou mais). Na avaliação de consistência interna (Stelko-Pereira, Williams, & Freitas, 2010), o instrumento obteve um  $\alpha=0,95$ . O EVE resulta em uma aprimoração do QIPVE, após reformulações gráficas.

Não há critérios universais para estabelecer a pontuação mínima para que o aluno seja considerado alvo, autor e alvo/autor, pois falta normatização nesse sentido. No Brasil, além de serem poucos os instrumentos com o mesmo objetivo, eles não foram normatizados. Assim, na presente pesquisa, utilizaram-se os seguintes critérios: a) para o aluno ser considerado autor exclusivo, ele deveria ter obtido escore maior ou igual ao escore médio de autoria de violência da população investigada e escore menor do que o escore médio para vitimização; b) para o aluno ser considerado alvo exclusivo, ele deveria ter tido pontuação maior ou igual à pontuação média de vitimização e ter tido pontuação menor do que o escore médio de autoria; c) para o aluno ser considerado alvo/autor, ele deveria ter tido pontuação acima ou igual ao escore médio com relação à vitimização e com relação à autoria. Tais critérios foram exigentes, pois a análise das respostas dos alunos indicou que as variáveis vitimização e autoria apresentam curva de distribuição acentuada à direita, de modo que se o ponto de corte para vitimização e autoria fosse a moda ou a mediana, mais alunos seriam considerados alvos, autores e alvos/autores.

*Inventário de Depressão Infantil* (CDI): instrumento criado e validado nos Estados Unidos por Kovacs (1992), a partir de uma adaptação do *Beck Depression Inventory* (BDI) para adultos, foi validado para a população brasileira por Gouveia, Barbosa, Almeida e Gaião (1995). O objetivo do CDI é verificar a presença e a severidade de sintomas de depressão em crianças de 7 a 17 anos, a partir de autorrelato. O instrumento é composto por 20 itens, tendo cada item 3 opções de resposta. O ponto de corte empregado no instrumento foi de 17 pontos conforme sugerido por Gouveia. Estudos de consistência interna indicam um alfa de Cronbach entre 0,72 e 0,89 (Gouveia et al., 1995).

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos (Processo nº 23112.001546.2009/57). Apenas participaram da pesquisa alunos cujos pais tivessem autorizado a participação do filho por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Foram entregues brindes (canetas e doces) aos alunos que trouxessem o TCLE assinado, mesmo que o responsável tivesse recusado a participação do filho. Os alunos que apresentaram escore compatível com depressão participaram de uma entrevista psicológica individual e foram encaminhados, conforme a pertinência, à psicoterapia e/ou à avaliação psiquiátrica, entre outros.

Os instrumentos foram aplicados em sala de aula de cada série, durante cerca de 30 minutos: em primeiro lugar, foi aplicado o EVE, depois, o CDI.

Foi utilizada a técnica de regressão não linear logística (Hosmer & Lemeshow, 1989), e a variável resposta qualitativa podia ter dois resultados possíveis: 1 (o aluno apresenta depressão) e 0 (o aluno não apresenta depressão). As variáveis preditoras consideradas na explicação da variável resposta foram: sexo, idade, se o aluno foi reprovado ou não e se o aluno era alvo, autor ou autor/alvo de bullying. As variáveis foram inseridas uma a uma e o desvio foi calculado para todas as combinações possíveis entre as cinco variáveis. Usou-se o procedimento de regressão *stepwise*, assim como efeitos de curvatura e de interação. Para cada modelo ajustado, foi calculado o seu desvio e o desvio parcial, de modo a testar se determinada(s) variável(eis) explanatória(s) pode(m) ser retirada(s) do modelo. O estudo do desvio parcial foi realizado para todas as combinações possíveis de variáveis.

## Resultados e Discussão

As idades variaram de 13 a 18 anos; a média de idade foi de 13,3 (DP = 1,3); a maioria dos participantes era do sexo feminino (53,4%), não havia sido reprovada (74,0%) e apenas 6,6% tiveram escore indicativo de depressão. Em relação à prevalência de depressão, observou-se que a taxa encontrada no atual estudo está próxima aos valores de outros estudos brasileiros, como os de Cunha (2009), de 6,5%, e Reppold e Hutz (2003), de 5,7%.



Apesar de não ter sido o objetivo desse estudo, parece que residir em um bairro com baixo *status* socioeconômico não aumentaria a prevalência de depressão em alunos brasileiros. A literatura a esse respeito apresenta dados contraditórios (Twenge & Nolen-Hoeksema, 2002). Segundo a meta-análise de Lorant et al. (2003), de estudos desde 1979, em inglês, francês, alemão e espanhol, que investigaram a população adulta sem se ater a populações clínicas, baixo *status* socioeconômico está relacionado à depressão. Em contraste, a pesquisa de Twenge e Nolen-Hoeksema (2002), específica ao público infantil, investigou estudos que empregaram o CDI (mesmo instrumento deste estudo), realizando análises com informações de 61 424 crianças, não sendo encontrada diferença significativa em relação a índices de depressão e *status* socioeconômico. Seria interessante que estudos futuros brasileiros investigassem o tema com maior profundidade.

Com relação aos 27% dos alunos que afirmaram já ter sido reprovado alguma vez, tal índice foi mais alto quando comparado a dados anuais do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira (2011): em 2009, 5% foi reprovado. Porém, se forem considerados dados de defasagem entre idade e série escolar, tal taxa é mais baixa do que a do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2002): para a idade de 13 anos, cerca de 41% não se encontram na série esperada no estado de São Paulo. Tais diferenças podem ser explicadas: a) pelo fato de a fonte de coleta de dados ter se apoiado exclusivamente no relato dos alunos; b) por ter sido perguntado se haviam sido reprovados ao longo da sua carreira escolar e não especificamente no ano anterior; e c) pelo fato de os participantes serem alunos que estudam em escolas localizadas em áreas de baixo *status* socioeconômico.

A pontuação média de ser alvo de *bullying* foi de 14,78, e de autoria, 3,99. Cabe lembrar que o escore máximo possível para alvo de *bullying* era de 76, e para autoria de *bullying*, de 52. Seria interessante aplicar o mesmo instrumento em outros estudos, comparando-se os escores médios em diferentes populações. Sobre a prevalência de *bullying*, notou-se que 16% foram alvos exclusivos, 23%

foram alvos/autores e 11% foram autores exclusivos.

Lopes Neto e Saavedra (2003) perceberam que 16,9% eram somente alvo, 10,9% eram alunos que ora sofrem e ora cometem atos de *bullying*, 12,7% eram autores e 57,5% testemunhas, tendo sido definido o que é *bullying* aos participantes e depois utilizado como critério as respostas às questões: “nos últimos 3 meses, você foi vítima de *bullying*?” e “nos últimos 3 meses, você foi autor de *bullying*?”. Pinheiro e Williams (2009) encontraram valores acima de 20,0% para ser alvo, 21,0% para alvo/autor, e 3,0% para autor, tendo estabelecido como critério estar envolvido com *bullying*, ter sofrido ou cometido algum ato de *bullying* no mínimo 2 ou 3 vezes no mês. Já Cunha (2009) encontrou 21,0% de vítimas, 5,4% de alvo/autor e 39,4% de autor, sendo utilizada análise de agrupamento por método hierárquico de Ward para a composição desses grupos.

Tais diferenças entre resultados de pesquisas são comuns em estudos sobre vitimização entre pares, não sendo exclusividade do Brasil, seja por diferença entre as amostras, seja pelo critério instituído para afirmar o envolvimento ou não com *bullying* (Pinheiro & Williams, 2009). Alguns estudos internacionais, por exemplo, utilizam listas de comportamento, enquanto outros apresentam uma definição fechada de *bullying* na introdução, solicitando ao participante definir sua forma de envolvimento (Hamburger, Basile, & Vivolo, 2011). As diferenças refletem a necessidade de se buscar maior acordo entre pesquisadores e a sistematização de instrumentos com propriedades psicométricas avaliadas e de reconhecida reputação.

Ao se investigar a relação entre depressão e as variáveis - sexo, idade, reprovação, se o adolescente é alvo de *bullying* e autor de *bullying* -, observou-se que as variáveis significativas associadas à depressão foram reprovação e ser alvo/autor de *bullying* (Tabela 1). Porém, cabe notar que não houve casos de autores de *bullying* sofrendo depressão, não sendo possível realizar cálculos de OR para essa categoria.

O aluno que foi reprovado na série escolar aumentou em 0,34 a chance de apresentar de-

**Tabela 1**Resultados para sexo, reprovação, idade e tipo de envolvimento em *bullying* predizendo depressão (N = 348)

	n	Com depressão (%)	Sem depressão (%)	Odds ratio relativo	p
<i>Sexo</i>					
Masculino	155	2	43	2,06	0,14
Feminino	193	5	50	[0,79 - 5,38]	
<i>Reprovação</i>					
Sim	89	3	23	0,34	0,03*
Não	259	4	70	[0,13 - 0,94]	
<i>Autor exclusivo</i>					
Sim	37	0	7	-	-
Não	311	11	82		
<i>Alvo exclusivo</i>					
Sim	55	1	15	1,12	0,87
Não	293	6	78	[0,27 - 4,58]	
<i>Autor/alvo</i>					
Sim	80	4	20	3,7	0,01*
Não	268	3	73	[1,34 - 10,19]	
<i>Idade (anos)</i>					
11	38	1	10		
12	54	1	14		
13	95	2	26		
14	91	2	24	0,74	0,09
15	50	1	14	[0,52 - 1,05]	
16	13	0	4		
17	5	0	1		

Nota: \* $p < 0,05$ .

pressão em comparação com o aluno que não foi reprovado. Pode-se inferir que o aluno que foi reprovado passa a ser criticado por familiares, educadores e pares, de modo que se percebe como incapaz ou inferior. Jimerson (2001) aponta que o aluno que é reprovado passa a ter baixa autoestima e autoconfiança, assim como sentimento de impotência, tendo maior chance de desenvolver depressão. Contudo, também se sabe que o aluno com depressão tem menor disponibilidade para engajar-se nas atividades escolares, para aplicar estratégias de aprendizagem eficazes e, assim, acaba tendo menor rendimento acadêmico (Cruvinel & Boruchovitch, 2004).

O aluno que é alvo/autor de *bullying* aumentou em 3,7 vezes no presente estudo a chance de ter depressão, resultado semelhante a pesquisas internacionais. Fekkes et al. (2004) notaram que alvos/autores apresentaram depressão e muitas queixas de saúde: tal grupo tem mais queixas somá-

ticas do que as vítimas. Kaltiala-Heino et al. (1999) também notaram que o maior risco de sofrer depressão seria para o grupo de alvos/autores. O resultado no estudo de Perren et al. (2010) também foi semelhante ao presente estudo: houve uma maior associação entre depressão e ser alvo/autor do que com outras formas de envolvimento em *bullying*.

O fato de apenas ter-se encontrado relação entre ser alvo/autor e depressão e não outras formas de envolvimento, como ser vítima, entra em contraste com a literatura. Pesquisas apontaram relação entre ser vítima e ter depressão (Hawker & Boulton, 2000; Kumpulainen et al., 1998). O presente estudo pode não ter percebido relação entre ser alvo exclusivo e depressão pelo fato de a amostra de alunos somente alvos ter sido relativamente pequena; pelo fato de o *bullying* na população estudada se configurar de maneira diferente de outras populações; e/ou por se tratar de alunos morando em uma

região de alta vulnerabilidade social. Replicações desse estudo com um número maior de participantes e em escolas que atendem um público com *status* socioeconômico mais favorecido seriam relevantes.

O presente estudo reforça a necessidade de se investigarem as consequências do *bullying* e se fazerem análises separadas para alvos/autores, ou seja, empregando tanto instrumentos de vitimização quanto de autoria. Desse modo, nas pesquisas de Carlisle e Rofes (2007), Due et al. (2005), Kumpulainen et al. (1998) e Fleming & Jacobsen (2009), apenas empregou-se instrumento que avalia se houve vitimização, de modo que, nas análises de dados, a categoria de vítimas é composta tanto pelos que são exclusivamente vítimas quanto pelos que são alvos/autores. Assim sendo, poder-se-ia superestimar as consequências para a vítima e minimizar o fato de que existe um grupo de alunos que ora é vítima, ora é autor.

Com relação ao sexo e à idade não terem sido variáveis de importância para a depressão na população estudada, percebeu-se semelhança com relação ao estudo de Twenge e Nolen-Hoeksema (2002). Segundo esses autores, não houve diferença entre sexo com relação à depressão dos 8 aos 12 anos de idade. A partir dos 13 anos, as garotas apresentam mais sintomas depressivos, porém, apesar de significativa, a diferença foi pequena ( $d=0,2$ ). Twenge e Nolen-Hoeksema (2002) também perceberam que os índices de depressão se mantiveram relativamente estáveis em garotos dos 7 aos 16 anos, enquanto para as garotas houve um pequeno aumento conforme envelhecem. Apesar de no presente estudo não ter sido calculado o OR entre depressão e idade para o grupo de meninos e para o grupo de meninas separadamente, notou-se que a diferença de idade não parece ser uma variável importante com relação à depressão no período da infância e pré-adolescência.

Após analisada a relação entre depressão com cada variável isoladamente, buscou-se verificar o melhor modelo para prever depressão, considerando-se as variáveis conjuntamente. Considerando-se um nível de 5% de significância estatística, percebeu-se que apenas a variável ser alvo/

autor é de importância para o modelo, sendo o melhor modelo: Logit Depressão =  $-3,2504 + 1,6106 \cdot \text{Alvo/Autor}$ , o qual expressaria a seguinte probabilidade do indivíduo ter depressão, sabendo que ele é alvo/autor de bullying:

$$P(X) = \frac{1}{1 + e^{-(3,2504 + 1,6106 \cdot \text{alvo\_autor})}} = 0,8375$$

Desse modo, a chance de se ter depressão sendo alvo/autor de *bullying* é de 83,75%, e o OR de ser alvo/autor ajustado para todas as variáveis do modelo seria de 5,00, ou seja, maior do que quando as variáveis foram relacionadas separadamente com a depressão. Portanto, o aluno que é alvo/autor apresenta 5 vezes mais chances de ter depressão do que o aluno que não é alvo/autor.

Assim, não se pode simplificar o fenômeno *bullying* em termos de alvos *versus* autores, pois existe um grupo que ora é autor, ora é alvo, e que merece especial atenção. Haynie et al. (2001) também encontraram que o grupo de alunos alvos/autores tiveram significativamente piores escores do que os alunos alvos, alunos autores e alunos não envolvidos no *bullying* para diversas variáveis, tais como problemas de comportamento, porte de armas, má conduta, como mentir aos pais, falta de autocontrole, influência de pares desviantes e sintomas depressivos.

É importante entender quais as variáveis que prediriam ser alvo/autor. Assim, o presente estudo realizou análises a fim de verificar as variáveis que melhor explicariam ser alvo/autor. O melhor modelo ajustado para esse conjunto de dados, considerando-se um nível de significância estatística de 5%, foi: Logit Alvo/Autor =  $5,310 + 1,3663 \cdot \text{Depressão} - 0,6306 \cdot \text{Reprovação} - 0,4209 \cdot \text{Idade}$ , de modo que tal função logística expressa a seguinte probabilidade:

$$P(X) = \frac{1}{1 + e^{-(5,310 + 1,3663 \cdot \text{depressão} - 0,6306 \cdot \text{reprovação} - 0,4209 \cdot \text{idade})}}$$

Desse modo, percebeu-se que a variável ter depressão foi a única que influenciou positivamente o ser alvo/autor, ao passo que ser reprovado e aumentar a idade influenciam negativamente. Ou

seja, o aluno que tinha depressão seria mais provável de ser alvo/autor de *bullying* do que o aluno não depressivo. Ademais, conforme o aluno envelhece, a probabilidade de ser alvo/autor de *bullying* diminui. O OR ajustado para todas as variáveis do modelo indicou que o OR para o aluno que tem depressão é 3,92, ou seja, a cada ano de idade do aluno, há uma chance 3,92 vezes maior de quem tem depressão ser alvo/autor de *bullying* nessa população. No caso da variável reprovação, o OR foi de 0,53, controlando-se a idade e ter ou não depressão. Assim, quando o aluno foi reprovado, houve uma redução de 47,00% na chance de ser alvo/autor de *bullying* nessa população. Por fim, o OR para cada ano de incremento na idade foi de 0,65: a cada ano de idade do aluno, há uma redução de 34,35% no risco de ser alvo/autor de *bullying*.

Portanto, a partir desse modelo, considerando que o aluno tenha depressão e tenha sido reprovado, se tiver 13 anos, a probabilidade de que seja alvo/autor de *bullying* é de 64%; se tiver 14 anos, é de 54%; se tiver 15 anos, de 43%; se tiver 16 anos, de 33%; se tiver 17 anos, de 25%, e se tiver 18 anos, de 18%. Assim, nota-se uma tendência linear (coeficiente de Pearson  $r = -0.997$ ) de decréscimo na probabilidade de ser alvo/autor de *bullying* à medida que a idade do aluno aumenta.

A fim de entender o relacionamento entre tais variáveis, hipóteses podem ser levantadas. Sabe-se que, em geral, alunos com comportamentos agressivos (autores e alvo/autores) tendem a perceber as ações dos outros como hostis, a aceitar a resolução de problemas de modo violento, a ter comportamentos impulsivos agressivos e dificuldade em regular suas emoções (O'Brennan, 2009). Contudo, o aluno autor/alvo nem sempre seria capaz de avaliar acuradamente quando o oponente irá se submeter a ele, de modo que acaba recebendo retaliações, tornando-se vítima. Porém, conforme aumenta a idade, o aluno teria tido mais experiências e maior desenvolvimento cognitivo, especialmente de área cerebral pré-frontal, a qual está relacionada ao controle de impulsos (Giedd, 2004), de modo que conseguiria avaliar melhor o contexto social, evitando situações em que seria alvo ou autor de *bullying*.

Outra hipótese é a de que, ao ser reprovado, o aluno alvo/autor pode ter mais força física e popularidade, por ser mais velho e mais experiente, do que seus colegas de classe, de modo que deixaria de ser alvo, passando a ser somente autor de *bullying*. Finalmente, há de se considerar, também, que sintomas depressivos podem fazer com que o aluno tenha menores condições de se defender, por ter uma postura triste e apática. Ao mesmo tempo, a depressão na adolescência também se relaciona à baixa tolerância à frustração, a comportamentos impulsivos e rompantes de agressividade, o que torna o aluno com depressão mais propenso a ser alvo/autor. Tais hipóteses poderiam ser investigadas em estudos futuros, bem como seria importante verificar se os resultados se mantêm com uma amostra maior de participantes e diferenciada quanto a *status* socioeconômico principalmente em relação a alunos vítimas e alunos autores.

O objetivo do presente estudo foi investigar as relações entre ser autor de *bullying*, alvo de *bullying*, autor/alvo de *bullying* e apresentar sintomas depressivos em crianças e adolescentes, considerando as variáveis: sexo, idade e ter sido ou não reprovado. As variáveis encontradas relacionadas à depressão foram: ter sido reprovado na escola e ser autor/alvo de *bullying*. Buscando-se, então, entender quais seriam as variáveis de importância para prever ser alvo/autor, notou-se que ter depressão se relaciona positivamente, e o aumento de idade e ter sido reprovado, negativamente. Futuros estudos poderiam aprofundar essas relações, com amostras mais amplas e heterogêneas.

## Referências

- Carlisle, N., & Rofes, E. (2007). School bullying: Do adult survivors perceive long-term effects? *Traumatology*, 13(1), 16-26.
- Catini, N. (2004). *Problematizando o bullying para a realidade brasileira* (Tese de doutorado não-publicada). Pontifícia Universidade Católica de Campinas.
- Cunha, J. M. (2009). *Violência interpessoal em escolas no Brasil: características e correlatos* (Dissertação de mestrado não-publicada). Universidade Federal do Paraná, Curitiba.
- Cruvinel, M., & Boruchovitch, E. (2004). Sintomas depressivos, estratégias de aprendizagem e rendimento es-

- colar de alunos do ensino fundamental. *Psicologia em Estudo*, 9(3), 369-378.
- Due, P., Holstein, B. E., Lynch, J., Diderichsen, F., Gabhain, S. N., & Scheidt, P. (2005). Bullying and symptoms among school-aged children: International comparative cross sectional study in 28 countries. *European Journal of Public Health*, 15(2), 128-132.
- Fekkes, M., Pijpers, F. I., & Verloove-Vanhorick, S. P. (2004). Bullying behaviour and associations with psychosomatic complaints and depression in victims. *The Journal of Pediatrics*, 144(4), 17-22.
- Fleming, L. C., & Jacobsen, K. J. (2009). Bullying and symptoms of depression in Chilean middle school students. *Journal of School Health*, 79(3), 130-137.
- Fundação Sistema Estadual de Análise de Dados. (2002). *Índice paulista de vulnerabilidade social*. Recuperado em setembro 22, 2011, de [http://www.seade.gov.br/projetos/ipvs/municipios\\_pdf.php?letra=S](http://www.seade.gov.br/projetos/ipvs/municipios_pdf.php?letra=S)
- Giedd, J. N. (2004). Structural magnetic resonance imaging of the adolescent brain. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1021, 77-85.
- Gouveia, V. V., Barbosa, G. A., Almeida, H. J. F., & Gaião, A. A. (1995). Inventário de Depressão Infantil - CDI: estudo de adaptação com escolares de João Pessoa. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 44(7), 345-349.
- Hamburger, M. E., Basile, K. C., & Vivolo, A. M. (2011). *Measuring bullying victimization, perpetration, and bystander experiences: A compendium of assessment tools*. Georgia: Centers for Disease Control and Prevention.
- Haynie, D. L., Nansel, T., Eitel, P., Crump, A. D., Saylor, K., Yu, K., & Simons-Morton, B. (2001). Bullies, victims, and bully/victims: Distinct groups of at-risk youth. *Journal of Early Adolescence*, 21(1), 29-49.
- Hawker, D., & Boulton, M. (2000). Twenty years' research on peer victimization and psychosocial maladjustment: A meta-analytic review of cross-sectional studies. *Journal of Child Psychology & Psychiatry & Allied Disciplines*, 41(4), 441-455.
- Hosmer, D. W., & Lemeshow, S. (1989). *Applied logistic regression*. New York: John Wiley.
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2002). *Síntese de Indicadores Sociais 2002*. Rio de Janeiro: IBGE.
- Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. (2011, novembro). *Data Escola Brasil*. [índice de reprovação]. Recuperado em novembro 27, 2011, de <http://www.dataescolabrasil.inep.gov.br/dataEscolaBrasil/home.seam>
- Jimerson, S. R. (2001). Meta-analysis of grade retention research: Implications for practice in the 21<sup>st</sup> century. *School Psychology Review*, 30(3), 420-437.
- Kaltiala-Heino, R., Rimpelä, M., Marttunen, M., Rimpelä, A., & Rantanen, P. (1999). Bullying, depression, and suicidal ideation in Finnish adolescents: School survey. *BMI*, 319, 348-351.
- Kovacs, M. (1992). *Children's depression inventory manual*. Los Angeles: Western Psychological Services.
- Kumpulainen, K., Räsänen, E., Henttonen, I., Almqvist, F., Kresanov, K., Linna, S. L., ... Tamminen, T. (1998). Bullying and psychiatric symptoms among elementary school-age children. *Child Abuse & Neglect*, 22(7), 705-717.
- Lopes Neto, A. A.; & Saavedra, L. H. (2003). *Diga não para o bullying: programa de redução do comportamento agressivo entre estudantes*. Rio de Janeiro: ABRAPIA.
- Lorant, V., Deliège, D., Eaton, W., Robert, A., Philippot, P., & Anseau, M. (2003). Socioeconomic inequalities in depression: A meta-analysis. *American Journal of Epidemiology*, 157(2), 98-112.
- Machida, E. E. R. (2007). *Fenômeno bullying e a ética do saber cuidar* (Dissertação de mestrado não-publicada). Escola Superior de Teologia, São Leopoldo.
- O'Brennan, L. (2009). Examining developmental differences in the social-emotional problems among frequent bullies, victims, and bully/victims. *Psychology in the Schools*, 46(2), 100-115.
- Olweus, D. (1993). *Bullying at school: What we know and what we can do*. Oxford: Blackwell.
- Perren, S., Dooley, J., Shaw, T., & Cross, D. (2010). Bullying in school and cyberspace: Associations with depressive symptoms in Swiss and Australian adolescents. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 4(28),1-10.
- Pinheiro, F. M. F., & Williams, L. C. A. (2009). Violência intrafamiliar e envolvimento em *bullying* no ensino fundamental. *Cadernos de Pesquisa*, 39(138), 995-1018.
- Reppold, C. T., & Hutz, C. S. (2003). Prevalência de indicadores de depressão entre adolescentes no Rio Grande do Sul. *Avaliação Psicológica*, 2(2), 175-184.
- Sourander, A., Helstelä, L., Helenius, H., & Piha, J. (2000). Persistence of bullying from childhood to adolescence: A longitudinal 8-year follow-up study. *Child Abuse & Neglect*, 24(7), 873-881.
- Stelko-Pereira, A. C., Willians, L. C. A., & Freitas, L. C. (2010). Validade aparente e consistência interna do questionário de investigação de prevalência de violência escolar: estudantes. *Revista Avaliação Psicológica*, 9(3), 403-411.
- Twenge, J. M., & Nolen-Hoeksema, S. (2002). Age, gender, race, socioeconomic status, and birth cohort differences on the children's depression inventory: A meta-analysis. *Journal of Abnormal Psychology*, 111(4), 578-588.
- Recebido em: 31/5/2012  
Aprovado em: 8/9/2013



# Desempenho operatório de crianças com queixas de desatenção e hiperatividade em jogos eletrônicos baseados em provas Piagetianas

## *Operating performance of children with symptoms of inattention and hyperactivity in electronic games based on Piagetian tasks*

Claudia Broetto **ROSSETTI**<sup>1</sup>  
Maria Thereza Costa Coelho de **SOUZA**<sup>2</sup>  
Fabiola **RÖHRIG**<sup>1</sup>  
Queila Cássia Corrêa **GUIMARÃES**<sup>1</sup>  
Simone Chabudee **PYLRO**<sup>1</sup>  
Taisa Rodrigues Smarssaro **BAHIENSE**<sup>1</sup>

### Resumo

Realizou-se uma avaliação operatória em contexto virtual de 16 crianças entre sete e 10 anos com queixas de desatenção e hiperatividade por meio dos jogos eletrônicos "Zona Trash 3" e "Protocolos", construídos a partir de provas Piagetianas clássicas. Solicitou-se às pedagogas de uma escola pública que indicassem crianças com indícios de dificuldades de atenção e/ou hiperatividade. Os professores das crianças indicadas responderam à Escala de Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade, e foram incluídas como participantes da pesquisa apenas as crianças que obtiveram os maiores escores na referida escala. Quase a totalidade dos participantes conseguiu chegar ao final dos dois jogos. Observou-se maior dificuldade no jogo "Protocolos", que avalia a lógica combinatória e que, em geral, exige maior paciência e concentração dos participantes. Dessa maneira, os jogos de regras eletrônicos "Protocolos" e "Zona Trash 3" apresentam-se como bons instrumentos para a avaliação das noções operatórias de lógica combinatória e raciocínio espacial em crianças que apresentam indícios de transtorno de déficit de atenção e hiperatividade.

**Palavras-chave:** Desenvolvimento infantil; Jogos de vídeos; Tarefas Piagetiana; Transtorno de déficit de atenção e hiperatividade.

▼ ▼ ▼ ▼ ▼

<sup>1</sup> Universidade Federal do Espírito Santo, Departamento de Psicologia Social e do Desenvolvimento, Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Av. Fernando Ferrari, 514, Goiabeiras, 29075-910, Vitória, ES, Brasil. Correspondência para/Correspondence to: C.B. ROSSETTI. E-mail: <cbroetto.ufes@gmail.com>.

<sup>2</sup> Universidade de São Paulo, Instituto de Psicologia, Laboratório de Estudos sobre Desenvolvimento e Aprendizagem. São Paulo, SP, Brasil.

O artigo foi elaborado a partir da tese de C.B. ROSSETTI, intitulada "Avaliação de noções operatórias em contextos concretos e virtuais: um estudo com crianças com e sem indícios de dificuldades de atenção". Universidade de São Paulo, 2011.

Apoio: À Fundação de Amparo à Pesquisa do Espírito Santo (Processo nº 45432767/2009) e ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (Processo nº 150326/2010-6).

## Abstract

An operative evaluation was conducted in the virtual context of 16 children between seven and 10 years with inattention and hyperactivity symptoms by means of the electronic games "Trash Zone 3" and "Protocols", constructed from classic Piagetian tasks. Educators of a public school were asked to indicate children with signs of attention difficulties and/or hyperactivity. The teachers of these children responded to the Attention Deficit Disorder with Hyperactivity Scale and only the children who obtained the highest scores in this scale were included as participants in this study. Almost all participants made it to the final in the two games. This was more difficult in the "Protocols" game, which evaluates the combinational logic and, in general, requires more patience and concentration from participants. Thus, the electronic games of rules "Protocols" and "Trash Zone 3" were good instruments for the assessment of operative notions of combinational logic and spatial reasoning in children who exhibit signs of Attention Deficit Disorder with Hyperactivity.

**Keywords:** Childhood development; Video games; Piagetian tasks; Attention deficit disorder with hyperactivity.

Segundo Piaget e Inhelder (1966/2002), o desenvolvimento humano deve ser compreendido como um processo de equilibração progressiva, ou seja, como a passagem de estágios de menor equilíbrio para outros de maior equilíbrio cognitivo. De acordo com os mesmos autores, essas sucessivas construções seguem uma ordem constante, ainda que o ritmo seja sempre variável de indivíduo para indivíduo.

Para os referidos autores, existem quatro aspectos fundamentais que estão sempre presentes no processo de desenvolvimento: a maturação do sistema nervoso, que é condição necessária, mas não suficiente, para o comparecimento de novas condutas; a experiência ativa, que possibilita ao sujeito a ação sobre os objetos, seja na perspectiva da experiência física (abstração das propriedades físicas dos objetos), seja na da experiência lógico-matemática (abstração das ações sobre os objetos e eventos); as interações sociais, que envolvem aspectos de socialização que supõem instrumentos operatórios cognitivos e afetivos; e a equilibração propriamente dita, que é o fator organizador dos outros já mencionados e o regulador do desenvolvimento em geral (Piaget & Inhelder, 1966/2002). Desse modo, para Piaget (1971/2002), o desenvolvimento cognitivo ocorre a partir das ações mais elementares do recém-nascido, organizando-se em estágios que se sucedem ao longo da vida em um processo contínuo de construção: inteligência sensório-motora, inteligência pré-operatória e inteligência operatória (concreta e formal).

Piaget, ao longo de sua extensa obra, propôs uma série de exames, conhecidos como provas

Piagetianas, que têm o objetivo de investigar o pensamento infantil por meio do método clínico, também proposto por ele (Delval, 2002). Particularmente no que se refere à passagem do pensamento pré-operatório (pré-lógico) para o pensamento operatório (lógico), foram propostas uma série de situações, muitas delas com material lúdico para avaliar as mais diversas noções operatórias, ou seja, o que não é possível para a criança no período pré-operatório e passa a ser a partir do período operatório concreto (Carraher, 1989; Correa, 1991).

É importante salientar que Piaget sempre esteve interessado em entender como ocorre o desenvolvimento típico. No entanto, outros autores têm proposto pesquisas com as provas Piagetianas (ou situações experimentais baseadas nas provas operatórias) também para a análise do pensamento de crianças que supostamente estejam apresentando alguma dificuldade ligada aos processos de desenvolvimento e/ou aprendizagem (Brown, Borden, Schleser, Clingerman, & Orenczuk, 1985; Campos, Goldberg, Capellini, & Padula, 2007; Folquitto, 2009).

### Dificuldades de atenção: dúvidas e questões atuais

Segundo Legnani e Almeida (2008), as primeiras descrições médicas sobre as dificuldades de atenção remontam ao início do século 20. Trata-se de um tema bastante atual e, devido ao seu caráter de aparente prevalência cada vez maior, tem



sido objeto de estudo de profissionais das mais diversas áreas. De fato, segundo dados da *American Psychiatric Association* (APA), estima-se que os transtornos de atenção ocorram em 3 a 6% da população mundial em idade escolar (Graeff & Vaz, 2008).

Para fins de diagnóstico, os sintomas do Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) devem gerar comprometimento significativo em pelo menos dois contextos diferentes da vida, além de não serem mais bem explicados por outro transtorno mental (APA, 2003). Esse comprometimento deve ser sempre avaliado a partir das potencialidades do indivíduo e do grau de esforço necessário para a manutenção do ajustamento. Além disso, exige não somente que a criança seja examinada, mas também que seja realizada entrevista com os pais, além de obtenção de informações com a escola (Coutinho, Mattos, Araujo, & Duchesne, 2007).

Dentre os sintomas usualmente presentes no TDAH, os que mais se destacam são os que compõem a tríade clássica da síndrome: desatenção, hiperatividade e impulsividade. A desatenção configura-se como dificuldade para sustentar a atenção por períodos prolongados ou errar por descuido em atividades escolares e de trabalho, seguir instruções, completar as lições e organizar tarefas; tendência a perder objetos, esquecer compromissos e distrair-se com estímulos externos; parecer não escutar quando lhe dirigem a palavra; relutar ou evitar envolver-se em tarefas que exijam esforço mental constante. A hiperatividade se caracteriza pela agitação motora, inquietude e tendência a falar excessivamente; dificuldade em brincar ou envolver-se silenciosamente em atividades de lazer. Já a impulsividade se configura como dificuldade de aguardar sua vez e tendência de interromper os outros ou intrometer-se em assuntos alheios (Landskron & Sperb, 2008; Rohde, Barbosa, Tramontina, Polanczyk, 2000).

O *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - IV - Text Revision* (DSM-IV-TR, Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - IV - Texto Revisado), (APA, 2003) categoriza os pacientes em três grupos distintos: TDAH

tipo combinado, TDAH tipo predominantemente desatento e TDAH tipo predominantemente hiperativo. A prevalência desse transtorno na população infantil é estimada em 4,5% a 9,0% para o subtipo desatento, 1,7% a 3,9% para o subtipo hiperativo e impulsivo, e de 1,9% a 4,8% para o subtipo combinado (Grevet, Abreu, & Shansis, 2003). O tipo com predomínio de sintomas de desatenção é mais frequente no sexo feminino e parece apresentar, conjuntamente com o tipo combinado, uma taxa mais elevada de prejuízo acadêmico.

Rohde e Halpern (2004) afirmam que algumas pistas podem indicar a presença do transtorno, tais como a duração dos sintomas de desatenção e/ou de hiperatividade/impulsividade, a frequência e a intensidade dos sintomas, a persistência dos sintomas em vários locais e ao longo do tempo, o prejuízo clinicamente significativo na vida da criança. A transformação das dificuldades de atenção em transtorno ou déficit acaba tendo uma série de implicações para todos que lidam de alguma forma com o tema. A mais importante delas talvez seja a naturalização da dificuldade de atenção, aliada à abordagem cada vez mais medicamentosa da questão (Caliman, 2010).

Dessa maneira, no que se refere ao processo de avaliação do transtorno, observam-se diferenças marcantes no que diz respeito à nomenclatura empregada e aos critérios de diagnóstico. Assim, têm-se, por exemplo, as descrições apresentadas pela Classificação Internacional de Doenças (CID-10) e pelo DSM-IV-TR, que, segundo Folquitto (2009), não são exatamente correspondentes, pois se verificam diferenças marcantes relativas aos critérios de diagnóstico apresentados nos dois manuais.

A intervenção, por sua vez, também se apresenta como um grande desafio nos casos de dificuldades de atenção, pois nem sempre é possível contar com a estrutura multidisciplinar que seria necessária para atender corretamente as crianças que apresentam indícios de tal problemática e suas respectivas famílias. A partir de tais desafios, colocam-se como necessárias novas abordagens sobre o assunto a fim de se chegar a intervenções mais eficazes no que diz respeito às dificuldades de atenção. Nesse sentido, destacam-se as discussões

apresentadas nos trabalhos de Folquitto (2009) e Missawa e Rossetti (2008), que, além de contribuir para a avaliação desse transtorno, propõem inovações nas possibilidades de intervenção nas dificuldades de atenção a partir de explicações pautadas na Epistemologia Genética de Jean Piaget, o que vai ao encontro da proposta da presente pesquisa.

Em sua dissertação de Mestrado, Folquitto (2009) verificou que crianças diagnosticadas com TDAH apresentaram atrasos significativos em alguns domínios específicos na aquisição de noções operatórias de pensamento, em especial as noções de número, de tempo, de conservação e de reversibilidade. Também se evidenciou na referida pesquisa a carência de estudos que investiguem se o déficit operatório apresentado leva a dificuldades que comprometem o pensamento lógico de maneira global ou se “existiriam domínios e noções específicas que estariam prejudicadas somente em crianças hiperativas, relacionando-se com os sintomas apresentados” (Folquitto, 2009, p.105).

Por sua vez, Missawa e Rossetti (2008) utilizaram o jogo de regras Mancala<sup>3</sup> como instrumento de ampliação da compreensão das dificuldades de atenção em crianças com TDAH. As discussões realizadas pelas referidas autoras indicam que apesar de as crianças com TDAH terem apresentado mais condutas de desatenção durante a prática do referido jogo, não existe uma diferença radical entre o desempenho global dos indivíduos que, teoricamente, apresentam tais dificuldades e o daqueles que não as apresentam. Portanto, parece ser relevante que se busquem novos instrumentos para o diagnóstico e para a intervenção com crianças com dificuldades de atenção, a fim de se ter uma visão ampliada da questão.

Considerando-se os entraves relatados acima para a realização do diagnóstico e as muitas incertezas que ainda pairam sobre as melhores formas de intervenção no que diz respeito às dificuldades de atenção, optou-se, na presente pesquisa, por fazer menção apenas a possíveis indícios

de dificuldades de atenção, sem intenção de propor diagnósticos fechados.

## Contextos virtuais, jogos de regras e teoria piagetiana

Os jogos de regras aparecem em diversos momentos da extensa obra de Jean Piaget. De fato, desde as célebres partidas de bolinhas de gude jogadas com meninos das escolas de Genebra, que deram origem ao importante capítulo sobre a gênese da noção de regras publicado em “*O juízo moral na criança*” (Piaget, 1932/1994), passando pelo tradicional capítulo sobre as diferentes estruturas de jogo, publicado em “*A formação do símbolo na criança*” (Piaget, 1946/1971), chega-se a inúmeros outros momentos em que os mais variados jogos e situações lúdicas foram utilizados pelo autor suíço e seus colaboradores como instrumentos de avaliação dos mais diversos processos cognitivos. No Brasil, desde o início das atividades do Laboratório de Psicopedagogia da Universidade de São Paulo (LAPp-USP), na década de 1980, inúmeras pesquisas têm sido realizadas com jogos de regras como instrumento de avaliação e intervenção dos processos cognitivos (Macedo, 2009).

A ideia do uso das novas tecnologias para a análise dos processos cognitivos não é recente e remonta à época da ascensão do computador ao *status* de ferramenta de uso pessoal, na década de 1980. O norte-americano Seymour Papert, nascido na África do Sul, foi pioneiro no uso do computador na educação. Baseado nas ideias de Piaget sobre a construção do conhecimento, Papert criou a linguagem Logo, que pode ser usada por crianças a partir de seis anos para programar e desenhar figuras matemáticas no computador (Papert, 1980). Desde então, os avanços observados na área de informática provocaram aumento sensível da utilização do computador, sobretudo na área de educação, bem como uma evolução na metodologia relacionada ao seu uso.

▼ ▼ ▼ ▼ ▼

<sup>3</sup> Família de jogos africanos disputados em um tabuleiro com várias concavidades e com o mesmo princípio de distribuição de peças, intimamente associado à sementeira. Este fato, aliado ao local de origem, leva alguns estudiosos a crer que se trate da família de jogos mais antigos do mundo (Macedo, Petty, & Passos, 2000).

Em relação especificamente ao uso de ambientes virtuais para a avaliação de noções operatórias, a revisão de literatura mostra algumas tentativas de transformar determinadas provas Piagetianas clássicas em *softwares* ou jogos eletrônicos (Andersson, Richards, & Hallahan, 1980; Quaiser-Pohl, Gêiser, & Lehmann, 2006). No entanto, observa-se que, na maior parte das vezes, tais empreitadas resultam em atividades ou tarefas que acabam por se afastar do aporte epistemológico que embasa a teoria Piagetiana. Portanto, parece ser de suma importância que se busquem novos instrumentos para o diagnóstico assim como para a intervenção com crianças com TDAH, de maneira a possibilitar a construção de uma visão ampliada das dificuldades de atenção. Dessa maneira, o objetivo da presente pesquisa foi investigar a viabilidade da utilização de jogos eletrônicos baseados em provas Piagetianas como instrumentos de avaliação das noções operatórias de raciocínio espacial e de lógica combinatória em crianças que apresentam indícios de TDAH.

## Método

### Participantes

Participaram da pesquisa 16 crianças na faixa etária de 7 a 10 anos, que apresentavam sintomas de desatenção e hiperatividade, e eram alunos do ensino fundamental de uma escola pública municipal de Vitória, Espírito Santo, Brasil.

### Instrumentos e Procedimentos

Após a aprovação do presente projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa local (CEP-Universidade Federal do Espírito Santo), a fim de se fazer a seleção dos participantes, solicitou-se aos professores das crianças previamente indicadas pelas pedagogas da escola como portadoras de comportamentos característicos do transtorno que respondessem à Escala de TDAH - versão para professores (Benczik, 2000), que tem por objetivo

inferir indícios de dificuldades de atenção no contexto escolar a partir de informações apresentadas pelos professores. Trata-se da única escala atualmente reconhecida pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP) como instrumento para avaliação do referido transtorno por psicólogos no Brasil; segundo a autora, sua elaboração levou em consideração os diversos fatores socioculturais e sociodemográficos característicos do país (Benczik, 2000). A escala é do tipo Likert de seis pontos, apresenta 49 itens organizados em positivos (indícios de TDAH) e negativos (sem indícios de TDAH) e avalia quatro fatores: déficit de atenção, problemas de aprendizagem, hiperatividade/impulsividade e comportamento antissocial. A referida escala foi respondida individualmente e os alunos que atingiram um percentil acima de 75 em pelo menos dois dos fatores avaliados foram convidados a participar das etapas seguintes da pesquisa. Em um segundo momento, foram aplicadas as provas computadorizadas, juntamente com as entrevistas.

Antes do início da pesquisa, foi necessário que a diretora da escola assinasse um documento permitindo sua realização. Além disso, cada professor que preencheu a supracitada escala assinou um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Em seguida, uma carta foi enviada aos pais das crianças pré-selecionadas, juntamente com um TCLE, solicitando o consentimento para a participação de seus filhos na pesquisa. A coleta de dados ocorreu nas dependências da escola, em um ambiente que pouco interferisse na realização das atividades, durante o semestre letivo, em horários combinados com as professoras e coordenadoras da escola; em cada encontro, estavam sempre presentes duas pesquisadoras.

Para a avaliação operatória das noções de raciocínio espacial e de lógica combinatória, foram utilizados dois jogos eletrônicos de regras que fazem parte do *software Mission Cognition* (Missão Cognição), elaborado na Suíça por Haddad-Zubel, Pinkas e Pecault (2004) e traduzido para o português pela professora Luisa Morgado da Universidade de Coimbra<sup>4</sup>. A tela de abertura desse *software*

▼ ▼ ▼ ▼ ▼

<sup>4</sup> A utilização do referido *software* na presente pesquisa foi autorizada pela Profa. Rosita Haddad-Zubel durante um intercâmbio acadêmico no Brasil no ano de 2008.

apresenta uma galáxia com nove peculiares planetas, cada qual constituindo um jogo eletrônico elaborado com base em provas operatórias de Piaget. Ao clicar sobre cada planeta, um diferente jogo se inicia.

O primeiro jogo utilizado, chamado “*Protocolos*”, é baseado na prova piagetiana clássica sobre lógica combinatória proposta no livro “*A origem da idéia de acaso na criança*” (Piaget & Inhelder, 1951/n.d.). Esse jogo permite avaliar o desempenho de ações que demandem as operações de combinação. Na prática desse jogo, explica-se à criança que o planeta Protocolos precisa remover seus habitantes em naves espaciais, sendo que cada nave só comporta dois habitantes, diferentes ou iguais, não importando a sequência em que os habitantes embarcam. Assim, pede-se à criança que faça o maior número de combinações diferentes de dois habitantes para que as naves possam partir. O jogo apresenta quatro fases: na primeira, são apresentados dois tipos de habitantes, e aumenta-se um tipo a cada fase, até que haja cinco tipos de habitantes para serem combinados dois a dois. O jogo só finaliza quando são feitas todas as combinações possíveis de habitantes.

O segundo jogo utilizado, “*Zona Trash 3*”, é baseado na prova clássica piagetiana das “*Três Montanhas*”, que pode ser encontrada no livro “*A representação do espaço na criança*” (Piaget & Inhelder, 1948/1993), e avalia o raciocínio espacial. O jogo simula um planeta contaminado por radiação

onde apenas um pequeno avião dotado de câmera fotográfica pode chegar. O jogador guia o avião, que tem o objetivo de tirar fotos idênticas às apresentadas no canto esquerdo da tela. Na fase seguinte, há uma tempestade de areia que dificulta a realização da tarefa; em cada fase, cinco fotos devem ser tiradas. As telas de abertura dos dois jogos utilizados na presente pesquisa encontram-se na Figura 1.

Assim, foram jogadas quatro partidas: duas do jogo “*Protocolos*” e duas do jogo “*Zona Trash 3*” com cada criança. Nas primeiras partidas de cada jogo, explicavam-se as regras e o participante podia jogar com o auxílio da pesquisadora, tirando dúvidas e fazendo perguntas. Durante as segundas partidas, o participante devia jogar sem nenhum tipo de auxílio: somente essas segundas partidas foram analisadas.

Antes do início da prática dos jogos, foi realizada uma entrevista semiestruturada com questões que objetivavam verificar a familiaridade dos participantes com computadores e jogos eletrônicos, bem como identificar os jogos preferidos dos participantes e o local onde eles eram praticados. Ao final da segunda partida de cada jogo, foi realizada ainda outra entrevista semiestruturada, na qual se perguntava a cada criança se havia gostado do jogo e o que tinha pensado enquanto jogava (suas estratégias etc.). Para a realização das entrevistas, utilizou-se o método clínico Piagetiano (Carragher, 1989; Delval, 2002; Piaget, 1947/2005).



As verbalizações das crianças durante os jogos, bem como as entrevistas, foram gravadas em áudio digital e posteriormente transcritas. Foram realizadas, também, anotações em um diário de campo mantido pelas pesquisadoras. Durante a prática dos jogos no computador, eram geradas automaticamente pelo *software* planilhas em Excel® que registram todas as ações realizadas pelas crianças durante cada partida, o que permite a análise posterior do desempenho de cada criança.

## Resultados

No que diz respeito ao sexo dos participantes, houve grande prevalência masculina na amostra - 14 meninos e apenas 2 meninas -, o que corrobora outras pesquisas relacionadas à temática do TDAH, que indicam que há uma maior incidência de diagnóstico do transtorno no sexo masculino (Poeta & Rosa Neto, 2004; Fontana, Vasconcelos, Werner, Góes, & Liberal, 2007).

Considerando que neste estudo as provas Piagetianas foram apresentadas em formato de jogo eletrônico, julgou-se apropriado verificar se os participantes tinham alguma familiaridade com jogos eletrônicos, e se utilizavam o computador como recurso para jogar. Assim, verificou-se que 93,7% da amostra gostavam de jogar tal modalidade de jogos e que, destes, 81,2% afirmaram jogar frequentemente. No que diz respeito ao local onde costumam jogar, a própria casa (50,0%) e a casa de algum familiar (37,5%) foram os locais mais citados.

Para o jogo "*Protocolos*", os participantes conseguiram concluir as partidas em uma média de 6,31 minutos. A partida mais longa teve a duração de 17,11 minutos e a mais curta durou 1,34 minutos. Do total de partidas analisadas do referido jogo, 75% continham erros de repetição de combinação; a ocorrência desse tipo de erro ficou assim distribuída: cinco erros na fase I, 7 erros na fase II, 23 erros na fase III e 31 erros na fase IV do jogo.

No caso do jogo eletrônico "*Protocolos*", não há a possibilidade de se analisarem os tipos de erros cometidos, mas apenas a quantidade deles,

em cada um dos quatro níveis do jogo. Percebe-se que, à medida que as fases mais difíceis do jogo vão surgindo, o número de erros vai aumentando. Tal fato era esperado, tendo em vista a faixa etária dos participantes (entre 7 e 10 anos), para a qual é esperado que a noção de lógica combinatória, que constitui a essência do jogo, esteja em processo de construção (Piaget & Inhelder, 1951/n.d.).

Após as duas partidas do jogo "*Protocolos*", foi feita uma pequena entrevista na qual era perguntado aos participantes sobre quais estratégias usaram para conseguir chegar ao final do jogo. As respostas foram muito diversas, tais como: "conferir as combinações já formadas" (31,25%) e "relembrar a partida de treino" (18,75%). Buscou-se categorizar tais respostas como "estratégias corretas" - que continham elementos importantes para se obter sucesso no jogo e "estratégias incorretas" -, aquelas que eram vagas ou que não continham nenhuma conexão com um possível bom desempenho no jogo. Além disso, separaram-se em uma categoria as respostas que eram apenas uma opinião sobre o jogo, como "legal" ou "difícil" (Tabela 1).

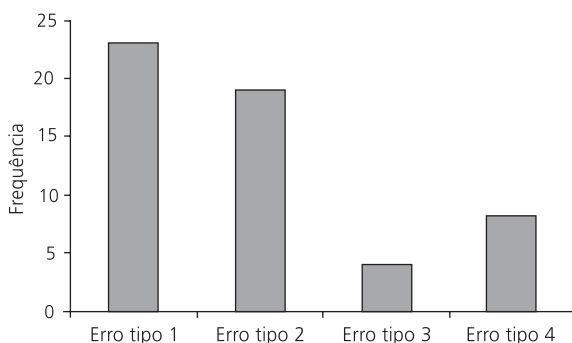
Perguntou-se também sobre qual dica cada participante daria a outra criança que fosse jogar o mesmo jogo. As categorias de respostas mais encontradas foram "pensar/prestar atenção" (31,25%) e "conferir as combinações no momento de realizá-las" (18,75%).

Para o jogo "*Zona Trash 3*", cada partida durou em média 3,45 minutos: a partida mais longa teve a duração de 6,27 minutos, e a mais curta, 2,18 minutos. Dos 54 erros cometidos pelos participantes, 7 (12,96%) ocorreram na primeira fase do jogo, e 47 (87,03%), na segunda, que apresentava um maior grau de dificuldade. Do total de erros cometidos, 42 (77,77%) eram dos tipos 1 e 2 (afastamento de 45° e 90° da posição correta respectivamente), considerados erros mais brandos. O erro mais grave, do tipo 4 (afastamento de 180° da posição correta), apareceu apenas 8 vezes (14,81%), conforme apresentado no Figura 2.

Quando se perguntou aos participantes sobre quais estratégias usaram para conseguir chegar ao final desse jogo, as categorias de respostas mais

**Tabela 1**  
Estratégias mais utilizadas durante a prática do jogo "Protocolos"

Estratégias	Frequência	Porcentagem
Corretas	9	56,2
Incorretas	6	37,5
"Legal/Difícil"	-	-
Nada/Não sabia	1	6,3
Total	16	100,0



**Figura 2.** Distribuição dos tipos de erros durante a prática do jogo "Zona Trash 3".

Nota: Erro tipo 1: afastamento de 45° da posição correta; Erro tipo 2: afastamento de 90° da posição correta; Erro tipo 3: afastamento de 135° da posição correta; Erro tipo 4: afastamento de 180° da posição correta.

comuns foram "lembrar-se da fase anterior" (12,5%) e "observar bem a foto apresentada" (18,75%). Em relação à pergunta "Se você tivesse que dar uma dica para outra criança que vai jogar, o que você diria?", as categorias de respostas mais encontradas foram "prestar atenção na posição da câmera" (18,75%), "imaginar-se dentro do turbo" (6,25%) e "manter a atenção na tela" (6,25%).

Assim, de maneira geral, observou-se que grande parte das crianças apresentou dificuldade para descrever as estratégias utilizadas em ambos os jogos. Apesar disso, entre as que conseguiram explicitar tais estratégias, foi possível constatar uma coerência com as regras e os objetivos dos jogos. No decorrer da coleta, observou-se ainda que 10 das 16 crianças externaram, por meio da fala, pensamentos e estratégias relacionados à prática dos jogos, como, por exemplo: "O rosa com o azul, o rosa com amarelo" (referindo-se às combinações de cores dos habitantes do planeta Protocolos).

Além dessas, também ocorreram verbalizações que não indicavam relação direta com as regras dos jogos, como: "Saturno é o rei dos anéis, todo mundo diz" (durante a prática do jogo "Zona Trash 3").

## Discussão

A análise dos resultados indicou que cerca de metade ( $n = 8$ ) dos participantes ainda não concluiu o processo de construção das noções de lógica combinatória e raciocínio espacial. De fato, durante as partidas do jogo "Protocolos", por vezes esqueciam as combinações que já haviam realizado nas fases anteriores, parecendo partir do zero a cada nova fase. No jogo "Zona Trash 3", por vezes não conseguiam se descentrar espacialmente o suficiente para tirarem as fotos sem a ajuda da imagem que a câmera da nave mostrava.

No que diz respeito à variável idade, observou-se que o desempenho dos participantes mais velhos foi, em média, ligeiramente melhor do que o dos participantes mais novos. Contudo, todos os participantes conseguiram chegar ao final das partidas de ambos os jogos, apresentando um desempenho dentro do esperado para a faixa etária investigada, de acordo com o que propõe a teoria piagetiana. A estrutura do jogo, que apresenta níveis mais complexos à medida que a partida avança, e os *feedbacks* gerados pelo próprio *software* pareceram repercutir de forma positiva no desempenho do conjunto dos participantes.

De maneira geral, os resultados indicaram que os jogos de regras eletrônicos "Protocolos" e "Zona Trash 3" apresentam-se como bons instrumentos para a avaliação das noções operatórias da lógica combinatória e do raciocínio espacial em crianças que apresentam indícios de TDAH. O desempenho dos participantes, considerando-se o que se espera para a faixa etária em que se encontram, parece indicar que as noções avaliadas não se mostraram afetadas de maneira significativa nos participantes da amostra com indícios de desatenção e hiperatividade do presente estudo. Tais dados parecem ir ao encontro da literatura revisada, que vem mostrando de maneira cada vez mais contundente que a desatenção e a hiperatividade

não podem ser confundidas com falta de inteligência ou de raciocínio (Benczik, 2000; Rohde & Benczik, 1999; Rohde & Mattos, 2003).

É importante ressaltar que a alta frequência de comportamentos de agitação durante a prática dos jogos parece não ter interferido no desempenho dos participantes. Tais resultados parecem reforçar a tese de que o formato da atividade, computadorizada e bastante lúdica, favorece muito o acesso ao real potencial de desenvolvimento cognitivo dos participantes, em especial daqueles com indícios de dificuldade de atenção, em relação às noções investigadas.

Assim, parece muito importante salientar mais uma vez a originalidade da proposta do *software Mission Cognition* (Haddad-Zubel et al., 2005), cujos jogos se baseiam diretamente em provas Piagetianas clássicas e foram cuidadosamente projetados para que todas as situações experienciadas durante sua prática se mantivessem coerentes com a concepção teórica subjacente: a epistemologia genética.

Por fim, espera-se que o presente trabalho possa contribuir para uma melhor compreensão da temática da avaliação operatória em contextos virtuais; para um incremento da utilização de jogos eletrônicos na avaliação do pensamento infantil; e para essa nova abordagem da clássica teoria de desenvolvimento proposta por Jean Piaget.

Além disso, espera-se que os dados advindos da presente pesquisa possam fomentar ainda mais a reflexão sobre a necessidade de se atribuir um peso maior aos aspectos cognitivos do desenvolvimento na infância, bem como possam servir para uma melhor compreensão das causas e efeitos das dificuldades de atenção, ampliando a apresentação de subsídios teóricos e práticos para psicólogos e educadores, sobretudo no que diz respeito à avaliação das noções operatórias por meio da prática de jogos eletrônicos de crianças com indícios de dificuldades de atenção.

## Referências

American Psychiatric Association (2003). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV-TR)*. Porto Alegre: Artmed.

- Andersson, K. E., Richards, C. H., & Hallahan, D. P. (1980). Piagetian tasks performance of learning disabled children. *Journal of Learning Disabilities, 13*(9), 37-41.
- Benczik, E. B. P. (2000). *Manual da escala de transtorno de déficit de atenção/hiperatividade (versão para professores)*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Brown, R. T., Borden, K. A., Schleser, R., Clingerman, S. R., & Orenczuk, S. (1985). The performance of attention deficit disorder and normal children on conservation tasks. *The Journal of Genetic Psychology, 146*(4), 535-530.
- Caliman, L. V. (2010). Notas sobre a história oficial do Transtorno do Déficit de Atenção/hiperatividade TDAH. *Psicologia: Ciência e Profissão, 30*(1), 45-61.
- Campos, L. G. A., Goldberg, T. B. L., Capellini, S. A., & Padula, N. A. M. R. (2007). Caracterização do desempenho de crianças com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) em provas operatórias: estudos de casos. *Revista de Psicopedagogia, 24*(75), 218-228.
- Carraher, T. N. (1989). *O método clínico: usando os exames de Piaget*. São Paulo: Cortez Editora.
- Correa, J. (1991). O método crítico: o legado metodológico de Piaget ao estudo dos processos cognitivos. *Revista de Psicologia e Psicanálise, 3*, 53-66.
- Coutinho, G.; Mattos, P.; Araújo, C., & Duchesne, M. (2007). Transtorno do déficit de atenção e hiperatividade: contribuição diagnóstica de avaliação computadorizada de atenção visual. *Revista de Psiquiatria Clínica, 34*(5), 215-222.
- Delval, J. (2002). *Introdução à prática do método clínico: descobrindo o pensamento das crianças*. Porto Alegre: Artmed.
- Folquitto, C. T. F. (2009). *Desenvolvimento psicológico e Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH): a construção do pensamento operatório* (Dissertação de mestrado não-publicada). Universidade de São Paulo.
- Fontana, R. S., Vasconcelos, M. M., Werner, J., Jr., Góes, F. V., & Liberal, E. F. (2007). Prevalência de TDAH em quatro escolas públicas brasileiras. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria, 65*(1), 134-137.
- Graeff, R. L., & Vaz, C. E. (2008). Avaliação e diagnóstico do transtorno de déficit de atenção e hiperatividade (TDAH). *Psicologia USP, 19*(3), 341-361.
- Grevet, E. H., Abreu, P. B., & Shansis, F. (2003). Proposta de uma abordagem psicoeducacional em grupos para pacientes adultos com transtorno de déficit de atenção/hiperatividade. *Revista de Psiquiatria, 25*(3), 446-452.
- Haddad-Zubel, R., Pinkas, D., & Pecault, S. (2004). *Mission Cognition* [CD-ROM]. Fribourg: Université de Fribourg.
- Landskron, L. M. F., & Sperb, T. M. (2008). Narrativas de professoras sobre o TDAH: um estudo de caso coletivo. *Psicologia Escolar e Educacional, 12*(1), 153-167.

- Legnani, V. N., & Almeida, S. F. C. (2008). A construção diagnóstica de transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: uma discussão crítica. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 60(1), 02-13.
- Macedo, L. (Org.). (2009). *Jogos, psicologia e educação*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Macedo, L., Petty, A. L., & Passos, N. C. (2000). *Aprender com jogos e situações-problema*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Missawa, D. D. A., & Rossetti, C. B. (2008). Desempenho de crianças com e sem dificuldades de atenção no jogo Mancala. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 60(2), 60-74.
- Papert, S. (1980). *Mindstorm: Children, computers, and powerful ideas*. New York: Basic Books.
- Piaget, J. (1971). *A formação do símbolo na criança: imitação, jogo e sonho imagem e representação*. Rio de Janeiro: Zahar. (Originalmente publicado em 1946).
- Piaget, J. (1994). *O juízo moral na criança*. São Paulo: Summus. (Originalmente publicado em 1932).
- Piaget, J. (2002). *Seis estudos de psicologia*. Rio de Janeiro: Forense Universitária. (Originalmente publicado em 1964).
- Piaget, J. (2005). *A representação de mundo na criança: com o concurso de onze colaboradores*. Aparecida: Ideias & Letras. (Originalmente publicado em 1947).
- Piaget, J., & Inhelder, B. (n.d.). *A origem da ideia do acaso na criança*. Rio de Janeiro: Record. (Originalmente publicado em 1951).
- Piaget, J., & Inhelder, B. (1993). *A representação do espaço na criança*. Porto Alegre: Artmed. (Originalmente publicado em 1948).
- Piaget, J., & Inhelder, B. (2002). *A psicologia da criança*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil. (Originalmente publicado em 1966).
- Poeta, L. S., & Rosa Neto, F. (2004). Epidemiological study on symptoms of attention deficit/hyperactivity disorder and behavior disorders in public schools of Florianópolis/SC using the EDAH. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 26(3), 150-155.
- Quaiser-Pohl, C., Gêiser, C., & Lehmann, W. (2006). The relationship between computer-game preference, gender, and mental-rotation ability. *Personality and Individual Differences*, 40(3), 609-619.
- Rohde, L. A., Barbosa, G., Tramontina, S., & Polanczyk, G. (2000). Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22(Supl. 2), 7-11.
- Rohde, L. A., & Benczik, E. B. P. (1999). *Transtorno de déficit de atenção: o que é? Como ajudar?* Porto Alegre: Artes Médicas.
- Rohde, L. A., & Halpern, R. (2004). Transtorno de déficit de atenção/hiperatividade: atualização. *Jornal de Pediatria*, 80(2), S61-S70.
- Rhode, L. A., & Mattos, P. (Orgs.). (2003). *Princípios e práticas em TDAH*. Porto Alegre: Artmed.

Recebido em: 4/9/2012  
 Versão final em: 25/3/2013  
 Aprovado em: 25/4/2013



# O sentido da maternidade e da infertilidade: um discurso singular

## *The meaning of maternity and infertility: A singular speech*

Patrícia Gomes Accioly **LINS**<sup>1</sup>  
Elci Antonia de Macedo Ribeiro **PATTI**<sup>2</sup>  
Antonio César **PERON**<sup>3</sup>  
Valéria **BARBIERI**<sup>4</sup>

### Resumo

A infertilidade é definida como ausência da concepção após 12 meses de atividade sexual sem uso de contraceptivos. Sua prevalência na população varia entre os diferentes países: entre um mínimo de 5% e um máximo de 30% de todos os casais. As técnicas empregadas para o tratamento da infertilidade são conhecidas como "reprodução assistida". A realização do presente trabalho teve como objetivo principal investigar, nas mulheres entrevistadas, os aspectos inconscientes do desejo singular pela maternidade e a dificuldade do feminino em lidar com a impossibilidade de gerar um filho. A amostra foi composta por 200 mulheres que estavam sendo submetidas a tratamentos de reprodução humana assistida. Foram realizadas quatro entrevistas com cada participante, e os aspectos inconscientes foram analisados a partir de cada um dos discursos, que foram analisados e interpretados numa visão biopsicossocial, com ênfase, entretanto, no pensamento psicanalítico. A análise dos discursos foi realizada através da confrontação dos dados e supostos teóricos; a pesquisa segue, dessa maneira, uma metodologia quali-quantitativa.

**Palavras-chave:** Gravidez; Infertilidade; Instinto; Relação mãe-criança; Técnicas reprodutivas.

### Abstract

*In the literature infertility is defined as the absence of conception after 12 months of sexual activity without contraceptive use. Its prevalence in the population varies among different countries, from a minimum of 5% to a maximum of 30% of all couples. Considering the physical and psychic suffering of women who undergo reproduction treatments, the main aim of this study was to investigate the unconscious aspects of the singular desire for maternity and the difficulty*

▼ ▼ ▼ ▼ ▼

<sup>1</sup> Psicóloga. Ribeirão Preto, SP, Brasil.

<sup>2</sup> Universidade de Franca, Ciências Biológicas e da Saúde, Grupo de Pesquisa em Psicanálise. Av. Dr. Armando Salles Oliveira, 201, Pq. Universitário, 14404-600, Franca, SP, Brasil. Correspondência para/Correspondence to: E.A.M.R. PATTI. E-mail: <elcipatti@hotmail.com>.

<sup>3</sup> Universidade de Franca, Ciências Biológicas e da Saúde, Curso de Especialização em Psicanálise. Franca, SP, Brasil.

<sup>4</sup> Universidade de São Paulo, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Departamento de Psicologia. Ribeirão Preto, SP, Brasil.

Agradecimentos: Aos pacientes do Centro de Reprodução Humana Prof. Franco Júnior de Ribeirão Preto, onde os dados foram coletados.

*in coping with the impossibility of creating a child. There was a subversion of the body, where "Another" body appears in enigmatic form in their statements. It is here that the desire is installed. Individual interviews were carried out, from which the manifest unconscious aspects contained within the statements of these women were studied and analyzed from a biopsychosocial perspective, attributing greater relevance to the contributions of psychoanalysis.*

**Keywords:** *Pregnancy; Infertility; Instinct; Mother-child relations; Reproductive techniques.*

A reprodução, conforme Ferreira (1986), é o processo biológico que permite aos seres vivos a perpetuação da espécie. Para os seres humanos, ela sempre foi muito importante e muitas vezes considerada como benção. Nas escrituras da Bíblia sagrada, encontra-se em Gn. 1:28 (Nova Edição Papal) "*Então Deus os abençoou e lhes disse: frutificai-a e multiplicai-vos; enchei a terra e sujeitai-a; dominai sobre os peixes do mar, sobre as aves do céu e sobre os animais que arrastam sobre a terra*". Em Sl. 127:3, o filho é representado como benção divina; "Eis que os filhos são herança da parte do Senhor, e o fruto do ventre o seu galardão". Nos humanos, o processo reprodutivo é psicosssexual. Porém, para que de fato possam reproduzir-se, é preciso que homens e mulheres sejam férteis. Maldonado (1987, p.15) reflete que "...desde muitos séculos, a fecundidade é tida como uma benção divina, ao passo que a infertilidade é tida como um castigo". Para alguns homens e mulheres, o conhecimento de seu próprio poder reprodutivo é elemento básico de autoestima.

A geração de descendentes não se limita a uma questão biológica relativa à sobrevivência da espécie, mas comporta também uma dimensão psíquica, emocional e sociocultural (Faria, 2001), sendo bastante rica em conteúdos simbólicos. Nesse sentido, a infertilidade do casal, independentemente de sua causa, é sempre motivo de grande sofrimento, colocando o casal num plano de especial fragilidade (Romeu, 2000).

Segundo Vayena, Rowe e Griffin (2001), a infertilidade é definida como a ausência da concepção após 12 meses de atividade sexual sem uso de contraceptivos. no mundo todo, cerca de 80 milhões de pessoas sofrem com esse problema. Sua prevalência na população varia entre os diferentes países: de um mínimo de 5% a um máximo de 30% de todos os casais. Desses, aproximadamente 10%

não resolvem o problema espontaneamente, e muitos buscam ajuda médica, quando eventualmente são oferecidas Técnicas de Reprodução Assistida (TRA). Obrigatoriamente, o tratamento de um casal deverá ser realizado após uma investigação detalhada das possíveis causas da infertilidade, para se determinar o melhor tratamento. Entretanto, diversos fatores - faixa etária, hábitos, meio ambiente e fatores psicológicos -, podem influenciar o sucesso do tratamento (Franco Jr., 1997).

A psicanálise concebe a maternidade como expressão do feminino: observando as reações infantis à percepção das diferenças anatômicas entre os sexos, Freud (1905-1925/1990) articula noções centrais na psicanálise, como a força fálica, a castração e a inveja do pênis. A constituição egóica, a orientação sexual, as patologias e as inibições podem ser entendidas como efeitos dos conflitos suscitados pela constatação das diferenças anatômicas, assim como os desejos incestuosos, cuja compreensão teórica se organiza através do Complexo de Édipo.

Desde suas primeiras investigações sobre a sexualidade, a psicanálise direcionou-se a desvincular o desejo sexual de uma aspiração à descendência, como Freud relata em seu texto, sobre o Narcisismo (Freud, 1914/1996, p.85), "o indivíduo leva realmente uma existência dúplici: uma para servir as suas próprias finalidades e outra como elo numa corrente. Como veículo mortal de uma substância (possivelmente imortal), como apêndice de seu germoplasma, ele põe suas energias à disposição (da preservação da espécie) em troca de uma retribuição de prazer". A sexualidade humana, infantil ou adulta, busca satisfação, enquanto o propósito de ter filhos coloca-se do lado das pulsões de autoconservação, a serviço de aspirações egoico-narcísicas. Portanto, a experiência da infertilidade

pode promover um abalo na estrutura narcísica do sujeito, pois o projeto de imortalidade do eu e do casal encontra-se ameaçado, abalando os referenciais narcísicos de cada sujeito.

Na literatura, os trabalhos sobre os aspectos psicológicos da infertilidade apresentam-se basicamente em duas vertentes: a primeira refere-se a complexos e dificuldades emocionais envolvidos na etiologia da infertilidade, e a outra diz respeito às consequências que a infertilidade acarretaria na vida do sujeito e, conseqüentemente, do casal.

Quanto aos efeitos psicológicos da infertilidade na vida das pessoas, Lopes, Melamed e Martucci (2003) referem uma progressão de reações psicológicas nos pacientes inférteis, que se inicia com a negação e termina com a aceitação, passando pelo isolamento, busca da culpa e depressão. O percurso emocional geralmente inicia-se com o trajeto percorrido pelo casal em busca da resolução do seu problema, que, geralmente, é longa e, às vezes, dolorosa. Oddens, Tonkelaar e Nieuwenhuyse (1999) afirmaram que um em cada quatro pacientes inférteis apresentava sinais de depressão.

De fato, a infertilidade provoca uma crise na vida do casal, que requer uma redefinição de suas identidades pessoais e conjugais, sendo uma de suas consequências a depressão pela perda do corpo saudável e o receio do rompimento do seu relacionamento.

A crise da infertilidade pode iniciar-se durante o processo de investigação e/ou no próprio tratamento, pois ambos são períodos de grande desgaste emocional que interferem na sexualidade do casal. O desajuste emocional pode surgir a partir do longo diagnóstico (Lee, Sun, & Chao, 2001), de tentativas malsucedidas de conceber e dos procedimentos terapêuticos requeridos (Hammarberg, Astbury, & Baker, 2001).

Diante disso, a realização do presente trabalho teve como objetivo principal investigar, nas mulheres entrevistadas, os aspectos inconscientes do desejo singular pela maternidade e a dificuldade do feminino em lidar com a impossibilidade de gerar um filho.

## Método

O universo da pesquisa foi constituído por 200 mulheres em tratamento de reprodução assistida com indicação específica para Fertilização *In Vitro* (FIV) e *Intra Cytoplasmic Sperm Injection* (ICSI). As condições socioeconômicas foram ím-pares, com diferentes níveis de escolaridade; a média de idade foi de  $33,4 \pm 4,9$  anos, com variação de 18 a 43 anos. Sobre as pacientes, foram anotadas informações gerais relacionadas à idade e à história da infertilidade. Essas mulheres apresentaram diferentes diagnósticos de infertilidade; a causa foi masculina em 46% dos casos, (92/200), feminina em 25% (50/200) e referente a ambos em 29% (58/200). A infertilidade foi primária em 79% (158/200) e secundária em 21% (42/200).

Como instrumento de coleta de dados, foi utilizado o método clínico psicanalítico das entrevistas preliminares. Trata-se de um tempo de trabalho prévio, realizado em quatro entrevistas divididas em dois tempos, um de compreender e outro de concluir, nesse momento o terapeuta toma a decisão. O método segue as regras da psicanálise e utiliza o método descrito por Freud como tratamento de ensaio e adaptado por Lacan (Quinet, 1999). As entrevistas foram utilizadas com o propósito de averiguar qual era o sentido da demanda, que foi analisada durante as quatro entrevistas num tempo prévio de avaliação e diagnóstico potencial realizado antes de iniciar o tratamento de reprodução humana.

Os dados foram analisados por meio dos discursos obtidos nas entrevistas. Os discursos foram tomados como unidade de análise, complexa de significação, e anotados durante as entrevistas. Partindo-se do princípio de que o sujeito inconsciente é representado pelo sintoma, o sintoma foi questionado e analisado na tentativa de compreender questões singulares.

O trabalho foi submetido ao Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

## Resultados

As principais informações foram colhidas durante os atendimentos clínicos realizados nas

quatro entrevistas. Os discursos das participantes foram transcritos na íntegra, analisados e confrontados com os dados e supostos teóricos. Os resultados indicaram que a infertilidade foi vivida com muito sofrimento e, em muitos casos, foi vivenciada como doença. Os sentimentos comuns foram de impotência, culpa e sensação de vazio. A experiência da infertilidade foi vivenciada pela formação de vários sintomas, pois atinge a vida das mulheres nos aspectos físicos, psíquicos, sociais e econômicos. O estudo apontou diferenças muito importantes entre desejar ser mãe e querer ter um filho em reprodução humana assistida. A seguir, serão apresentados fragmentos dos discursos, que sintetizam a presença dos sintomas e dos prejuízos advindos da infertilidade na vida dessas mulheres.

## Discussão

Através da análise dos discursos, serão apresentadas articulações com a teoria psicanalítica. Volnovich (1991, p.76), lembrando a obra de Freud, relata que “os sintomas são definidos por ele como manifestações do recalcado. A cura psicanalítica consiste em articular o sintoma com o desejo recalcado, o que é denominado desvendar o sentido, articulação da qual é possível assumir a própria história”. Assumindo a própria história, o ser humano consegue criar novos sentidos para a própria vida.

Pacientes de reprodução humana assistida geralmente apresentam grande dificuldade em assumir a própria história, pois desvendar o sentido é muitas vezes doloroso, ameaçador e angustiante. Ainda que, na maioria das vezes, o filho venha para preencher uma falta, não seria apenas o vazio produzido pela castração que impulsionaria uma mulher a desejar ter um filho e a tê-lo; há outros vazios marcados por perdas ao longo de sua vida, tais como abortos (espontâneos e provocados), morte de filho (intrauterino, recém-nascido, criança), perdas orgânicas (a não fertilidade dos ovários) entre outros. Dependendo dessa falta, esse filho poderia vir embalado por projeções e idealizações para compensar uma solidão, pela ilusão de salvar um casamento ou como garantia de estabilidade financeira, entre outros.

Através de alguns recortes dos discursos das entrevistadas, aparecerá de uma forma singular a significação da infertilidade para cada uma:

*S - 37 anos, área de atuação jurídica: tudo na minha vida saiu como eu sempre quis, programei tudo, desde formatura, casamento, gravidez, escolhi o J. não para ser meu marido, mas sim para ser o pai dos meus filhos, porque eu sabia que ele seria um bom pai, é muito parecido com o meu. Eu não consigo ser mãe, reproduzir, será que Deus esqueceu de mim? Eu só quero ter um filho, saber o que é ser mulher. Meu casamento está acabando, não tenho mais desejo sexual. Afinal, eu sirvo para quê?.*

Nesse trecho de discurso, aparece um desejo de ter um filho associado à busca de uma identificação feminina do ser mulher pela via da maternidade, “eu só quero ter um filho, saber o que é ser mulher”. Esse discurso nos remete aos estudos de Freud, especificamente aos textos sobre a “Sexualidade feminina” (Freud, 1931/1990), “Feminilidade” (Freud, 1932/1990), em que a maternidade viabilizaria a abertura do caminho à feminilidade. Entretanto, algo impede a realização desse desejo, o sujeito fica infértil, o equívoco fica escancarado, não é possível ser mulher por essa via.

*L - 36 anos, área de atuação saúde: não sei o que é relação sexual há quatro meses, desde a minha última tentativa. Os medicamentos me deixaram dolorida, inchada, deprimi com o resultado negativo, me revoltei e até me afastei do meu marido. Já tenho uma filha de tratamento, ela sempre pede um irmão, quer saber por que ele não vem, não sei o que falar, me sinto impotente, dá medo, uma sensação de fracasso. Ela está percebendo que sou incompetente.*

*M - 34 anos, área de atuação saúde: tenho medo, muito medo de engravidar, e se Deus me der e depois me tirar ou me der uma criança deficiente como castigo? Desde quando fiz um aborto, ainda não passei nada de ruim, não paguei pelo meu pecado. Acho melhor não engravidar.*

Esses dois recortes do discurso sobre a questão do engravidar ou não engravidar apresentam

uma relação com a impotência e com o castigo e deixam clara a confusão de cada uma sobre o lugar que esse filho iria ocupar em suas vidas. Para uma, está relacionado a agradar a filha, e, para outra, a criança pode vir com defeito para castigá-la. Nas duas narrativas está presentificado um gozo sado-masoquista. A maternidade é algo que traz sofrimento para essas duas mulheres.

*S - 32 anos, área de atuação indústria: eu perdi meus gêmeos depois do parto, foi na primeira tentativa que eu consegui engravidar, depois engravidei espontaneamente de (L), aí fiz outra tentativa de tratamento e veio só um, o (A). Estou aqui novamente porque quero engravidar de gêmeos, eu não consigo aceitar que os meus morreram.*

Nesse discurso, o sujeito traz um desejo de ter um filho para tamponar uma falta; existe uma não aceitação diante da perda de seus filhos gêmeos, a angústia de castração é atualizada e funciona na neurose como permanência do desejo recalcado, representado aqui pela não aceitação da falta dos filhos. Para Freud (1926/1990), a relação do sujeito com a castração surge como angústia e constitui-se em sintoma, sendo pautada na existência de uma equivalência da criança com o falo, o falo como forma de disfarçar a castração. Para Lacan (1969/2003), a criança pode ser representada como um objeto tampão da falta. Ao se negar a castração, busca-se algo para tamponá-la - nesse caso, o filho -, impossibilitando assim o encontro com seu verdadeiro desejo inconsciente.

Devido à limitação da pesquisa, apenas alguns discursos foram apresentados para análise como síntese do trabalho.

Conforme constatado nos discursos deste estudo, aparece um feminino em estado de uma intensa angústia diante da infertilidade, o que remete o sujeito à sua angústia de castração, com cada um expressando esse mal-estar de forma muito peculiar. O conflito entre desejar e querer fica claro, sem haver uma conciliação: o sintoma da infertilidade é o denunciador de que tem um desejo inconsciente que é proibido de ser revelado, e que não faz parceria com o querer de cada uma delas.

“O processo de castração pode ser vivido imaginariamente como uma ameaça, um castigo,

mas jamais como um fato isolado, pois se constitui como um complexo que coloca em ação um feixe de relações...” (Silva, 1995, p.139). Desse modo, ocorre uma subversão do corpo orgânico, cujo “outro” corpo aparece de forma enigmática em seu discurso.

Outros sintomas aparecem como reveladores de que existe ali um desejo para ser falado e elaborado; o sujeito está impedido de apresentar seu desejo, e a única saída são os sintomas: funções sexuais alteradas, inibições, medos, dores, tristeza, depressão entre outros. De acordo com Lacan (1985), Freud descobriu o inconsciente e situou o sintoma como algo denunciador da verdade do sujeito.

Como nenhuma pesquisa é perfeita, esta também teve suas limitações. Os dados foram colhidos durante dois anos de trabalho dentro de um Centro de Reprodução Humana Assistida; talvez devido ao fato de o atendimento psicológico ser oferecido na clínica como parte do tratamento, muitas pacientes optavam em não realizar as entrevistas com a psicóloga, manifestando assim uma forma de resistência consciente ou inconsciente. Porém, todas as pacientes que optaram em participar da pesquisa assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido e mostraram-se colaboradoras e motivadas durante os atendimentos.

Por meio da articulação entre os estudos psicanalíticos e os discursos dos sujeitos entrevistados, foi falado da grande dificuldade em lidar com a falta, cada uma com suas peculiaridades.

A infertilidade é um sintoma que provoca uma reabertura da ferida narcísica, alterando assim as funções vitais do sujeito, produzindo uma variedade de sintomas e muitas vezes prejudicando relacionamentos sexuais, conjugais, sociais, profissionais e familiares. Portanto, a infertilidade aparece como uma falta insuportável; como vimos nos recortes de seus discursos, a grande maioria das participantes fala de suas experiências com um grande mal-estar, aquilatando prejuízos de ordem biopsicossocial.

As participantes deste estudo, apresentando uma diversidade de sintomas, demonstraram dificuldades em simbolizar esses sofrimentos marcados no corpo de cada uma.

Como esclarece Patti (2004), em sua pesquisa sobre a mulher, que, quando o sujeito se reconhece faltoso e não defeituoso, pode falar sobre isso para um profissional com uma escuta psicanalítica, abrindo assim, um campo para simbolização, e podendo dar uma nova significação para aquilo que até então trazia grandes sofrimentos marcados corporalmente. "A mulher, quando consegue reconhecer seus atributos (o buraco, o vazio, a abertura, enfim essa suposta falta), que caracterizam o potencial de receptividade feminina, fica livre desse fantasma sadomasoquista e pode ser uma mulher com toda sua potencialidade" (p.83).

O trabalho psicanalítico junto com uma equipe multidisciplinar pode trazer benefícios para evitar vários tipos de sofrimentos que trazem grandes danos ao ser humano. O sujeito sofredor, ao falar para um profissional com uma escuta psicanalítica, pode representar através de palavras e atos seu desejo inconsciente singular, abrindo assim um espaço para novas significações, e podendo mudar de posição em relação aquilo que traz dores, angústias e sofrimentos variados, e reinventar novas formas de viver.

O compromisso da psicanálise é tratar dos pontos de impasse e mal-estar: é fazer valer o impossível como causa do desejo.

## Referências

- Faria, C. (2001). Aspectos psicológicos da infertilidade. In M. C. Canavarro (Ed.), *Psicologia da gravidez e maternidade* (pp.189-209). Coimbra: Quarteto.
- Ferreira, A. B. H. (1986). *Novo Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa* (2ª ed.). Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- Franco, J. G., Jr., (1997). *Reprodução assistida*. Rio de Janeiro: Revinter.
- Freud, S. (1990). Algumas conseqüências psíquicas da distinção anatômica entre os sexos. In S. Freud. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 19). Rio de Janeiro: Imago. (Originalmente publicado em 1905-1925).
- Freud, S. (1990). Feminilidade. In S. Freud. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 22, pp.139-165). Rio de Janeiro: Imago. (Originalmente publicado em 1932).
- Freud, S. (1990). Inibições, sintomas e ansiedade. In S. Freud. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 20). Rio de Janeiro: Imago. (Originalmente publicado em 1926).
- Freud, S. (1990). Sexualidade Feminina. In S. Freud. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 21). Rio de Janeiro: Imago. (Originalmente publicado em 1931).
- Freud, S. (1990). Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. In S. Freud. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 7, pp.119-129). Rio de Janeiro: Imago. (Originalmente publicado em 1905).
- Freud, S.(1996). Sobre o narcisismo: uma introdução. In S. Freud. *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 14, pp.75-108). Rio de Janeiro: Imago. (Originalmente publicado em 1914).
- Hammarberg, K., Astbury, J., & Baker, H. W. G. (2001). Women's experience of IVF: A follow-up study. *Human Reproduction*, 16(1), 374-383.
- Lacan, J. (1985). *O seminário: livro 20 mais, ainda* (2ª ed.). Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.
- Lacan, J. (2003). Nota sobre a criança. In J. Lacan. *Outros escritos*. (pp.369-370). Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor. (Originalmente publicado em 1969).
- Lee, T. Y., Sun, G. H., & Chao, S.C. (2001). The effect of on infertility diagnosis on the distress, marital and sexual satisfaction between husbands and wives in Taiwan. *Human Reproduction*, 16(1), 762-776.
- Lopes, G., Melamed, R. M. M., & Martucci, R. C. (2003). Aspectos emocionais da infertilidade. In E. R. Wroclawski, & E. Borges Jr. (Orgs.), *II Consenso Brasileiro de Infertilidade Masculina*. São Paulo: Sociedade Brasileira de Urologia.
- Maldonado, M. T. P. (1987). *Psicologia da gravidez* (9ª ed.). Petrópolis: Vozes.
- Oddens, B. J., Tonkelaar, I., & Nieuwenhuysse, H. (1999). Psychosocial experiences in women facing fertility problems: A comparative survey. *Human Reproduction*, 14(1), 255-261.
- Patti, E. A. M. R. (2004). *O que pode uma mulher? Sexualidade, educação e trabalho*. Franca: Unesp.
- Quinet, A. (1999). *As 4+1 condições da análise* (4ª ed.). Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor.
- Romeu, L. C. (2000). *Avaliação da personalidade de mulheres inférteis: uma contribuição do Rorschach temático* (Dissertação de mestrado não-publicada). Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.
- Silva, M. E. A. (1995). *O gozo feminino*. São Paulo: Iluminaras.
- Vayena, E., Rowe, P.J., & Griffin, P. D. (Eds.). (2001, September). *Current practices and controversies in assisted reproduction: report of a WHO meeting on medical, ethical and social aspects of assisted reproduction*. Geneva: WHO.
- Volnovich, J. (1991). *Lições introdutórias à psicanálise de crianças*. Rio de Janeiro: Relume-Dumará.

Recebido em: 2/5/2012  
Aprovado em: 22/5/2012

# Aconselhamento em saúde: fatores terapêuticos em grupo de apoio psicológico para transtornos alimentares

## *Counseling in health: Therapeutic factors in a psychological support group for eating disorders*

Manoel Antônio dos **SANTOS**<sup>1</sup>  
Fabio **SCORSOLINI-COMIN**<sup>2</sup>  
Elaine Cristina da Silva **GAZIGNATO**<sup>3</sup>

### Resumo

Este estudo teve como objetivo identificar fatores terapêuticos em um grupo de apoio para pacientes com transtornos alimentares (anorexia e bulimia). O grupo de apoio psicológico é parte da estratégia de assistência oferecida por um serviço especializado em saúde. Duas sessões, com um total de 10 participantes, foram audiogravadas e transcritas na íntegra. A análise de conteúdo temática evidenciou que, ao reconhecerem na experiência alheia aspectos semelhantes aos seus próprios problemas, os participantes puderam se identificar uns com os outros e construir um espaço homogeneizado pela normalização das dificuldades. Além disso, os participantes mencionaram que o grupo promove esperança, conforto e bem-estar a partir do compartilhamento de experiências vitais. Desse modo, universalidade e instilação de esperança foram os principais fatores terapêuticos de apoio ativados nas sessões grupais, contribuindo para potencializar processos de mudança em uma perspectiva ampliada de saúde.

**Palavras-chave:** Anorexia nervosa; Bulimia nervosa; Fatores terapêuticos; Grupos de apoio; Psicoterapia de grupo; Transtornos alimentares.

### Abstract

*This study aimed to identify therapeutic factors in a support group for patients with eating disorders (anorexia and bulimia). Psychological support groups compose part of the strategy of assistance offered by a specialized health service. Two group sessions with 10 participants were audio recorded and transcribed in full. Thematic content analysis showed that, the participants recognized similar aspects of their own problems in the experience of others, and could identify with each other and construct a space homogenized by standardization of the difficulties. In addition, the participants mentioned that the group promotes hope, comfort and well-being through the sharing of life experiences. Thus, universality and instillation of hope were the main therapeutic factors activated in the group sessions, helping to improve the process of change in a broad perspective of health.*

**Keywords:** *Anorexia nervosa; Bulimia nervosa; Therapeutic factors; Support groups; Psychotherapy group; Eating disorders.*

▼ ▼ ▼ ▼ ▼

<sup>1</sup> Universidade de São Paulo, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Av. Bandeirantes, 3900, Monte Alegre, 14040-901, Ribeirão Preto, SP, Brasil. Correspondência para/Correspondence to: M.A. SANTOS. E-mail: <masantos@ffclrp.usp.br>.

<sup>2</sup> Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Instituto de Educação, Letras, Artes, Ciências Humanas e Sociais, Departamento de Psicologia. Uberaba, MG, Brasil.

<sup>3</sup> Prefeitura Municipal de Guarujá, Secretaria de Saúde, Programa de Saúde Mental e Atenção Básica. Guarujá, SP, Brasil.

Agradecimentos: Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico pela bolsa de Produtividade em Pesquisa concedida ao primeiro autor.

Os Transtornos Alimentares (TA), cujas principais expressões psicopatológicas configuram as categorias diagnósticas da Anorexia Nervosa (AN) e Bulimia Nervosa (BN), são temas muito discutidos e pesquisados atualmente devido ao significativo número de adolescentes e jovens adultos que buscam atendimento em clínicas e serviços de saúde. O aumento do interesse por esses quadros também se deve à crescente importância atribuída pela mídia e pela cultura ocidental ao corpo esbelto e magro, que é investido, valorizado e cultuado como padrão ideal de beleza (Andrade & Santos, 2009; Bigheti et al., 2007; Peres & Santos, 2011). Do histórico desses transtornos, apreende-se que sua visibilidade aumentou muito nas últimas décadas, devido, em parte, aos estudos que possibilitam um maior reconhecimento de sua incidência e prevalência na população. Estudos buscaram delinear a etiologia da AN e da BN, com o objetivo de identificar fatores de risco para seu aparecimento, bem como comorbidades associadas (Araújo & Henriques, 2011; Pereira, Trevisol, Quevedo, & Jornada, 2011; Seixas et al., 2012; Rosa & Santos, 2011; Weinberg & Cordás, 2006). A pressão sociocultural para ser magro é referida por vários autores como fator de risco para o desenvolvimento do TA (Polivy & Herman, 2002; Stice, 1999). Incluem-se, nesse cenário, principalmente, as pressões exercidas pela família, grupos de pares e veículos da mídia (Souza & Santos, 2007, 2010).

A conceituação da AN e da BN como psicopatologias reproduz as ideias dominantes encontradas no discurso científico e que são reguladas por meio da linguagem (Le Grange, 1999). Os discursos vigentes posicionam as pessoas diagnosticadas com AN e BN de modo particular e acabam sendo legitimados pelo contexto social que os adotam como verdades naturalizadas (Souza, 2011). Na perspectiva do discurso biomédico, os TA são considerados quadros psicopatológicos e não apenas exagero de valores sociais dominantes que permeiam as ações e as adições contemporâneas. Correspondem a perturbações graves e persistentes da conduta alimentar, que têm crescido nas últimas décadas, afetando, sobretudo, adolescentes e jovens mulheres. Nos últimos anos, tem-se observado o aumento do número de homens acometidos

(Andrade & Santos, 2009), embora a proporção estimada seja de um para cada 10 casos.

A concepção psicológica dos TA é foco de interesse das pesquisas que buscam compreender a dinâmica de personalidade específica dos pacientes que desenvolvem tais psicopatologias (Richards, Berrett, Hardman, & Eggett, 2006; Souza & Santos, 2010). A valorização extrema do ideal de magreza pode favorecer sentimentos de depressão, raiva, culpa, estresse e insegurança nas pessoas mais suscetíveis e inseguras (Fortes, 2011; Stice, 1999) que se percebem afastadas do padrão socialmente valorizado para peso e formato corporal. Algumas características de personalidade apontadas como próprias dos TA são: disfunção da percepção corporal, preocupação excessiva com a aprovação social, tentativa de corresponder às expectativas dos pais, sentimento de vazio e sintomas depressivos (Rego, 2004).

Os critérios diagnósticos definidos pelo *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - IV - Text Revision* (DSM-IV-TR, Manual Diagnóstico e Estatístico das Perturbações Mentais - IV - Revisão de Texto) para a AN são: recusa em manter o peso corporal saudável; medo intenso do ganho de peso ou de se tornar obeso, ainda que esteja abaixo do peso; distúrbio na maneira de perceber a forma física e o peso (distorção da imagem corporal), ou negação da seriedade da atual perda de peso (Associação Americana de Psiquiatria, 2003). Em mulheres, consideram-se como critério diagnóstico a presença de amenorreia (ausência de menstruação) e limitações dietéticas autoimpostas - com um padrão alimentar atípico e acentuada perda de peso induzida e mantida tenazmente -, associadas a temor intenso de engordar.

Os critérios diagnósticos da BN incluem episódio de compulsão alimentar seguido de comportamentos compensatórios (episódio bulímico). Desse modo, a preocupação excessiva com relação ao controle do peso corporal conduz a uma alternância entre hiperfagia e vômitos autoinduzidos - ou uso de métodos purgativos, como manobras compensatórias para o excesso de alimentos ingeridos (Associação Americana de Psiquiatria, 2003). Ao contrário da AN, o peso é mantido na faixa de normalidade ou pode estar um pouco acima do normal (sobrepeso).



Em decorrência da etiologia multifatorial e da complexidade dos elementos em jogo, tanto no desencadeamento como na manutenção do quadro, o tratamento dos TA envolve abordagem multidisciplinar (Bigheti et al., 2007).

### **Potencialidades do grupo como dispositivo de tratamento dos TA**

A literatura considera que o tratamento mais eficiente para os TA inclui psicoterapia associada à farmacoterapia. Estudos têm evidenciado que a psicoterapia ajuda a minimizar o sofrimento psicológico e a melhorar a qualidade de vida dos pacientes e de seus familiares (Rego, 2004; Santos, 2006; Stice, 1999).

A psicoterapia de grupo constitui um recurso bastante difundido no contexto do tratamento por proporcionar apoio psicológico centrado nas questões deflagradas pelos TA, como as resistências ao tratamento (psicoterapia, tratamento medicamentoso, rotina de consultas, exames e procedimentos, exposição à tecnologia médica e psicossocial) e às alterações acarretadas no cotidiano e no convívio social, especialmente as intensas repercussões observadas na vida familiar e no ambiente, que despertam ansiedade e sofrimento (Santos, 2006). Nesse sentido, o enquadre grupal fornece um espaço seguro para a expressão emocional e troca de experiências, na medida em que favorece a produção coletiva de significados, que podem ser explorados e canalizados na busca de soluções para os problemas comuns que afetam o cotidiano dos integrantes do grupo de apoio psicológico (Santos, 2006; Scorsolini-Comin, Souza, & Santos, 2010; Souza & Santos, 2009, 2010; Yalom, 1970).

A estratégia grupal proporciona o confronto de diferentes percepções e pontos de vista sobre um determinado tema (Rego, 2004), o que pode gerar reflexões múltiplas e, muitas vezes, divergentes ou complementares. Se essas diferentes perspectivas forem acolhidas e elaboradas, promovem o desenvolvimento de recursos, e os participantes podem lidar positivamente com as diferenças e desfrutar de seu potencial transformador,

aprendendo por intermédio do outro que vivencia situações e dificuldades semelhantes (Santos, 2006).

Grupos de apoio psicológico são largamente utilizados no contexto da saúde mental como parte da estratégia de reabilitação de pacientes acometidos por transtornos graves e persistentes e que tendem a apresentar um curso progressivo e muitas vezes incapacitante. No cenário dos TA, os objetivos da intervenção em grupo consistem em: proporcionar a expressão de sentimentos relacionados ao transtorno e seu tratamento; contribuir para recuperação da autoestima e constituição de uma autoimagem positiva; fortalecer a vinculação ao tratamento; estimular a recuperação física e emocional e incentivar a comunicação com a equipe de saúde. Além da promoção da melhoria da qualidade de vida, outros objetivos almejados são: adquirir novas habilidades de enfrentamento, o que inclui manejo mais adequado de ansiedade e formas saudáveis de resolução de conflitos, que possam se refletir em situações cotidianas; incentivar a ajuda mútua por meio da partilha, no contexto grupal, de problemas semelhantes; auxiliar a pessoa acometida a lidar com os temores do crescimento e a insegurança gerada pelo escasso sentimento de competência pessoal, uma vez que esses sentimentos estimulam a dependência, a perda de autonomia e o medo do futuro; buscar desfechos mais satisfatórios para suas histórias de dor e sofrimento (Santos, 2006).

### **Fatores terapêuticos nos grupos com pacientes com TA**

Dentre as abordagens utilizadas para compreender os grupos, notadamente os de apoio psicológico, destaca-se o enfoque dos fatores terapêuticos, que são elementos da psicoterapia de grupo que contribuem para melhorar a condição de um paciente e que podem ser decorrentes tanto das ações do terapeuta do grupo como dos outros membros do grupo e do próprio paciente (Bloch, Reibstein, Crouch, Holroyd, & Themen, 1979). Os fatores terapêuticos são mediadores de mudança psíquica e designam os elementos comuns a todo tipo de terapia de grupo (Guanaes & Japur, 2001;

Jaeger, Seminotti, & Falceto, 2011; Scorsolini-Comin et al., 2010; Souza, Santos, & Scorsolini-Comin, 2009).

Foram identificados pelo menos 11 tipos de fatores terapêuticos (Yalom, 1970): instilação de esperança, universalidade, oferecimento de informações, altruísmo, desenvolvimento de técnicas de socialização, comportamento imitativo, catarse, reedição corretiva do grupo familiar primário, fatores existenciais, coesão do grupo e aprendizagem interpessoal. Outros autores (Bloch et al., 1979; Guanaes, 2006; Mackenzie, 1997) descrevem um número menor de fatores: universalidade, instilação de esperança, altruísmo, aceitação (coesão), autorrevelação, catarse, aconselhamento, aprendizado por intermédio do outro, aprendizado interpessoal e autocompreensão (*insight*). Esses fatores exercem impacto nos participantes e contribuem para sua melhora, ou seja, promovem a redução de sintomas e mudanças de certos padrões de comportamentos desadaptativos que, se reiteradamente repetidos, obstruem o processo de crescimento pessoal.

Os fatores terapêuticos podem ser agrupados em quatro conjuntos: a) *Fatores de apoio* (universalidade, instilação de esperança, aceitação, altruísmo); b) *Fatores de autorrevelação* (autorrevelação e catarse); c) *Fatores de trabalho psicológico*: aprendizado interpessoal e *insight*; d) *Fatores de aprendizado*: aconselhamento e aprendizado por intermédio do outro (Mackenzie, 1997). Os fatores de apoio, que constituem o foco do presente estudo, foram privilegiados porque são os que correspondem ao provimento de apoio social, cuja importância na reabilitação e promoção da saúde tem sido amplamente reconhecida pela literatura. Sua presença está no uso cotidiano que os participantes fazem da rede de apoio familiar, social e institucional.

Dentre os fatores de apoio, destacam-se, por sua relevância no cenário do tratamento dos TA, a universalidade e a instilação de esperança. A universalidade diz respeito ao sentimento de compartilhar com outras pessoas dificuldades similares, o que favorece a identificação com os demais participantes do grupo, fortalece a autoconfiança e minimiza as vivências de solidão e isolamento social. A instilação

de esperança está relacionada ao reconhecimento, por parte dos pacientes com TA, de que existem alternativas, até então insuspeitadas, para atenuar ou solucionar os problemas que os afligem. Essa experiência de vislumbrar caminhos possíveis produz alívio do sofrimento e incrementa a autoestima rebaixada.

Compreender os fatores terapêuticos mobilizados no grupo pode auxiliar o coordenador a ampliar as possibilidades de intervenção com pacientes com TA (Souza et al., 2009). Esses fatores não devem ser entendidos como instâncias teóricas de análise ou categorias, mas como importante instrumento para compreender o funcionamento do grupo, sua manutenção e desenvolvimento ao longo do tempo, o que contribui para a construção das condições favoráveis à mudança.

A partir do exposto, o objetivo deste estudo foi analisar a produção dos fatores terapêuticos de apoio presentes em um grupo para pacientes com diagnóstico de TA. Acredita-se que o conhecimento desses fatores possibilite compreender alguns dos mecanismos psicológicos que auxiliam a promover mudanças no comportamento alimentar dos pacientes submetidos ao enquadre grupal.

## Método

Trata-se de um estudo descritivo, exploratório, de corte transversal, com enfoque de pesquisa qualitativa. Foi conduzido em condições naturalísticas, no contexto de um serviço de saúde especializado em TA, situado em um hospital universitário. O serviço oferece atendimento multidisciplinar a pessoas com diagnóstico de AN e BN, encaminhadas pelos diversos serviços públicos de saúde de um município do interior paulista, bem como de outras cidades da região noroeste de São Paulo e de outros estados da federação. Considerado referência no tratamento dos TA, o serviço especializado, ao dar acolhimento à demanda espontânea e referenciada, constitui um campo de atividades de assistência, ensino e pesquisa para investigadores e alunos de graduação e pós-graduação.

Dentre as atividades oferecidas pela equipe multidisciplinar, incluem-se as diferentes modalidades de atendimento. Os pacientes participam de consultas individuais com médicos nutrólogos (residentes e adidos ao serviço), psiquiatra, nutricionistas, psicólogos, grupos de apoio psicológico e de orientação nutricional a pacientes e familiares, avaliação nutricional, psicológica e psiquiátrica, tratamento medicamentoso, psicoterapia individual e assistência psicológica às famílias.

Durante o período de coleta dos dados, encontravam-se em tratamento 42 pacientes. A maior parte da casuística (39) era constituída por mulheres adolescentes e jovens, o que requer o acompanhamento dos pais ou responsáveis legais durante os atendimentos. No que concerne ao tempo de diagnóstico, observou-se uma amplitude de variação de um a 12 anos. O rendimento econômico das famílias variou de baixo a médio. Os cuidadores eram atendidos em um grupo específico para os familiares que se reunia simultaneamente ao grupo de pacientes.

O encontro do grupo de apoio psicológico às pessoas com TA cadastradas no serviço era semanal. As sessões tinham duração de 1h30min, e o grupo era coordenado por dois psicólogos em esquema de coordenação. Configurava-se como um grupo aberto, sem agenda de temas preestabelecidos. O critério de inclusão dos participantes no estudo foi o mesmo de indicação para o serviço e para a modalidade de atendimento em grupo, isto é, ter recebido diagnóstico de AN ou BN, estar em seguimento regular no serviço e estar preservado do ponto de vista das capacidades cognitivas, auditivas e de comunicação.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética do hospital universitário no qual foi feita a coleta de dados. Para assegurar o anonimato dos participantes, seus nomes foram omitidos e serão designados pela letra P acompanhada dos números correspondentes (P1, P2, P3...).

No decorrer de 10 sessões consecutivas, os participantes do grupo foram sistematicamente solicitados a colaborar voluntariamente com a investigação. Essa participação implicava dar anuência para que o encontro grupal, uma atividade

inserida na rotina do serviço, pudesse ser audiogravado. Quando todos os participantes do grupo estavam de acordo com esse procedimento e não manifestavam desconforto, solicitava-se a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Na sequência, o gravador era ligado e colocado no centro da arena grupal. Seguindo-se essa sistemática de abordagem, obteve-se anuência unânime dos participantes de 10 encontros grupais. Posteriormente, foram selecionadas, por meio de sorteio, duas sessões audiogravadas.

O sorteio de duas sessões objetivou extrair um "recorte" aleatório, isto é, não intencional ou enviesado, a fim de evidenciar a possibilidade de análise dos fatores terapêuticos elencados independentemente da sequência das sessões ou do processo grupal completo. Ademais, como se trata de um grupo aberto - ou seja, a composição de seus membros varia de sessão para sessão -, não teria sentido empreender uma análise do processo grupal. Em consonância com a literatura, que aponta que os fatores terapêuticos podem ser empiricamente observados, o propósito foi abarcar a possibilidade de tais elementos emergirem em sessões isoladas. Desse modo, o escopo é destacar o fenômeno (fatores terapêuticos) e não o processo grupal que se delineia ao longo das sessões que ocorrem durante um período de tempo determinado.

Da primeira sessão analisada, participaram seis pacientes. Na segunda sessão escolhida, estiveram presentes cinco, sendo que uma das integrantes havia comparecido também ao encontro anterior. Dessa maneira, compareceram ao segundo encontro quatro novas participantes, totalizando, assim, dez participantes nas duas sessões selecionadas. As participantes eram do sexo feminino, com idades que variaram de 14 a 25 anos. A maioria (seis) era estudante e residia com a família de origem. As demais eram profissionalmente inativas. Seis tinham antecedentes de internação hospitalar em função do agravamento do quadro de TA. O tempo de tratamento no serviço variou de três meses a dez anos.

O material transcrito foi, preliminarmente, submetido à pré-análise, com uma leitura exaustiva

com o objetivo de familiarizar-se com os conteúdos. Em seguida, foram identificados os trechos de falas das participantes que evidenciavam a ativação dos fatores terapêuticos de apoio. Na sequência do procedimento de análise, foram delimitados núcleos de sentido que permitiram dar legibilidade aos dados, considerando os objetivos propostos (Bogdan & Biklen, 1982).

## Resultados

Na análise do material transcrito, foram buscadas evidências da emergência da universalidade e da instilação de esperança. O primeiro fator terapêutico de destaque foi a universalidade, caracterizada como a tomada de consciência pelo paciente que vivencia seu sofrimento de forma isolada de que há outras pessoas em situação semelhante à sua, com problemas e conflitos análogos aos seus. Essa descoberta provoca sensação de alívio, que repercute em melhora da autoestima e redução do estigma social associado ao quadro. O paciente rompe com seu aparente isolamento e se mostra propenso a se engajar na busca de sua melhora, com possibilidade de estabelecer intercâmbio social franco e honesto. O senso de universalidade é a consequência do processo de comparação social que ocorre naturalmente em grupos (Santos, 2006).

Nas sessões analisadas, foi possível destacar algumas sequências em que esse fator comparece nas falas dos pacientes, como a narrativa encontrada na primeira sessão, na qual uma das participantes comenta: *“mas aí eu vi que tem mais pessoas, né, que tem mais pessoas passando pela mesma situação, e que às vezes está até numa situação mais difícil do que a minha”* (P2).

Pode-se notar uma sensação de alívio da paciente por descobrir que existem outras pessoas convivendo com problema que ela julga semelhante ou até mais difícil do que aquele que ela enfrenta. A fala de outra participante corrobora tal percepção: *“é, e também pra mim foi bom também, saber que tantas pessoas que têm também e que não sou só eu. Porque eu me achava esquisita antes”* (P1).

Assim, ao reconhecerem outras pessoas que sofrem com sintomas que, geralmente, são considerados extravagantes pelo meio social, as pacientes podem, no grupo de apoio, experimentar a possibilidade de se verem como “normais”. Esse é um passo importante para a aceitação do problema, um desafio que precisa ser enfrentado no tratamento desses transtornos, uma vez que o paciente não se percebe doente nas fases iniciais, o que o leva a mostrar, via de regra, uma tenaz resistência à terapêutica instituída (Santos, 2006).

A experiência de se sentir diferente da maioria das pessoas é um tema recorrente nos encontros. O reconhecimento de pontos de semelhança nas dificuldades enfrentadas no cotidiano funciona como elemento atenuador desse sentimento de estranheza. Além disso, é unificador das experiências individuais das participantes, que geralmente são desqualificadas e estigmatizadas pelo meio social e familiar. A universalização possibilita, em um primeiro momento, que os sentimentos e comportamentos adotados no dia a dia apareçam aos olhos do outro - esse outro que é personificado nos demais membros do grupo - como algo familiar e aceitável, ou pelo menos que não suscitem julgamento, crítica e condenação moral. A possibilidade de romper o isolamento social a partir da identificação com outro participante pode ser notada no excerto de fala a seguir: *“eu tava me sentindo tão assim diferente das pessoas. Eu não conhecia ninguém que tinha e eu não conhecia aqui ainda”* (P1).

A partir dessa tomada de consciência de que outros também vivenciam experiências semelhantes, fortalecem-se não apenas os laços de identificação entre as participantes, como será mais bem visto a seguir, como também a atribuição de um importante significado ao grupo, na medida em que ele pode aglutinar, sob um mesmo espaço, pessoas com vivências semelhantes, dispostas a explorar estratégias para lidar com problemas do cotidiano. Sendo assim, as participantes não apenas podem conhecer pessoas que passam pelo mesmo processo, como também significar o grupo como espaço que as congrega ao abrir a possibilidade do encontro genuíno. Nesse encontro, é possível engen-

drar a construção coletiva de sentidos sobre o estar doente e refletir sobre suas implicações. Conhecer pessoas em situação comparável parece favorecer a horizontalidade, que possibilita lidar com situações e espaços nos quais se pode exercitar as habilidades de comunicação e de confiança de experiências íntimas:

*“Eu passei por uma fase assim [estabelecendo uma comparação com o que outra participante havia dito], de eu começar a comer e já me sentir cheia” (P3).*

*“É porque é assim, eu entendo o que ela sente porque eu também sou assim. Eu falo assim para mim mesma: Eu não vou conseguir” (P4).*

Por meio desses excertos de fala, é possível compreender que a universalidade, como fator terapêutico favorecido pelo estar em um grupo de apoio psicológico, também possibilita a visão da diferença, na medida em que cada participante apresenta vivências particulares, ainda que sejam relacionadas ao mesmo transtorno. Nesse sentido, as manifestações sintomáticas são entendidas apenas como o elo que costura suas experiências em comum, mas cujas expressões são configuradas de forma singular por cada participante em seu contexto de vida. O desenvolvimento da empatia entre as componentes do grupo pode ser percebido na medida em que elas se identificam com as demais e se colocam na posição de buscar ajuda, ao mesmo tempo em que passam a acolher umas às outras a partir do compartilhamento de experiências e oferta de apoio. Assim, há assunção de posicionamentos que conferem ao grupo um caráter singular, não como um local no qual todas concordam com todas, mas em que podem fazer um exercício de se aproximarem da experiência alheia e compreenderem as nuances de seu universo (Souza & Santos, 2009; Scorsolini-Comin, Amato, & Santos, 2006). Ao visitar esse lugar ocupado por outrem, é possível que a paciente tome consciência de suas próprias limitações, bem como se aproprie de seus recursos, e passe a ressignificar sua própria experiência de sofrimento, produzindo novos sentidos para o tratamento e a vida em geral.

Na segunda sessão analisada, surgiram também relatos que evidenciam a tomada de consciência entre as participantes de que outras pessoas vivenciavam situações de vida semelhantes, o que pode proporcionar acolhimento e compreensão mútua e favorecer maior coesão grupal. Na medida em que a universalização dessas experiências desperta a consciência de que essas mulheres têm recursos potenciais para também ajudar outras pessoas que passam por situações de dificuldade, pondera-se que isso possa conduzi-las à assunção de uma postura de encorajamento e potencialidade diante do problema, promovendo o desenvolvimento de recursos internos capazes de produzir efeitos satisfatórios ao longo do tratamento. Sendo assim, não se trata apenas de desabafar, promovendo a catarse que permita o alívio imediato da carga emocional mobilizada pelos conflitos mal resolvidos. Não basta apenas compartilhar histórias e experiências, é preciso poder significá-las como veículos de desenvolvimento e amadurecimento emocional: *“tudo o que vocês passaram, eu também passei, de uma forma ou de outra” (P5).* *“Eu entendo o que vocês estão dizendo porque eu já passei por tudo isso” (P3).* *“Realmente, você tem razão, aconteceu isso comigo...” (P2).*

Outro fator terapêutico elencado neste estudo é a instilação de esperança, que pode ser compreendida como a possibilidade que a participante com TA desenvolve de olhar para si mesma a partir de outra perspectiva. Ocorre quando a pessoa tem a sensação de que existe alguma possibilidade de alívio e melhora para seus problemas. Ter esperança de mudar seu próprio destino reforça o engajamento na psicoterapia de grupo e reduz o risco de rompimento precoce do vínculo e de interrupção do tratamento, diminuindo a ansiedade e fortalecendo o enfrentamento das dificuldades (Bloch et al., 1979; Bloch, 1986; Souza & Santos, 2009; Yalom, 1970). Isso é de importância vital no manejo terapêutico do TA, considerada a baixa resolutividade do tratamento, com altas taxas de abandono e recidiva. A sensação de que existe alguma possibilidade de alívio e de melhora para o sofrimento decorrente das situações problemáticas enfrentadas no cotidiano e de que é possível atingir a

meta desejada desperta otimismo e fortalece a confiança quanto ao seu próprio potencial de mudança. Isso encoraja a participante a encarar com menos temor o futuro, predispondo-a a despendar maior esforço na troca ativa de experiências com os demais. Assim, o membro do grupo pode experimentar os efeitos do suprimento de suas necessidades afetivas por meio das relações interpessoais, rompendo de modo gradual a tendência ao isolamento social.

Na primeira sessão analisada, pôde-se identificar o desejo relatado por uma das participantes de *"se cuidar mais"*, o que é de substancial importância no contexto do TA, dado o *deficit* notável de autocuidado: *"acho que é um maior estímulo para eu estar me cuidando, me aceitando, tentando ter mais saúde, mais cuidado comigo"* (P1).

Também ganhou força no grupo a possibilidade de se resignificarem momentos vivenciados que estimulam as participantes a darem continuidade ao tratamento, como podemos notar no seguimento narrativo de uma paciente com AN: *"essa semana eu consegui ir num rodízio de pizza"* (P4).

Quando uma paciente com AN do tipo restritivo relata no grupo que se permitiu ir a um rodízio de massas e se alimentar diante de outras pessoas, há que se destacar a superação de uma imensa barreira pessoal, na medida em que as pessoas acometidas por tal transtorno tendem a se isolar socialmente, uma vez que não mantêm os padrões alimentares compartilhados pela coletividade, além de se sentirem inadequadas em decorrências da visão distorcida da sua imagem corporal. Mais do que isso, no que concerne ao objetivo deste estudo, a participante sentiu-se segura para, no grupo, revelar tal episódio, celebrado por ela e pelas demais como uma vitória, uma conquista que serve de exemplo construtivo para aquelas que vivenciam restrições semelhantes. O potencial de afetar o outro, assim como de ser afetado a partir de sua presença, falas e comportamentos, amplia os efeitos mutativos do enquadre grupal. Nesse sentido, também está presente nas falas um incremento da confiança quanto ao próprio potencial para obter mudanças, a despeito das dificuldades encontradas,

como é possível notar nos excertos a seguir: *"porque eu tenho certeza que eu vou ficar bem, mas eu não estou me sentindo bem assim!"* (P1). *"Porque assim, vendo assim as melhoras que eu tive, eu até admiro o que eu consegui aqui"* (P2).

Na segunda sessão investigada no presente estudo, o senso de otimismo estava presente na fala da participante P2, que utilizou o espaço grupal para destacar a melhora percebida em outra participante desse encontro: *"e é muito bom vir aqui e encontrar... e ver que ela tá muito mais solta, muito mais aberta... Parabéns!"* (P2).

A ponderação de que a outra participante estava melhor acaba não apenas servindo como incentivo para que as demais também se empenhem em melhorar como legítima e válida a transformação compartilhada; desse modo, o grupo possibilita a instilação de esperança na medida em que se reconhecem os esforços e os êxitos de cada participante engajada na construção coletiva do processo de mudança. Ao tornar pública tal conquista, a participante passa a universalizar os ganhos advindos também de sua participação no grupo de apoio. Não se pode afirmar se a melhora se deve especificamente ao seu engajamento no grupo, mas pelas falas é possível perceber que essa modalidade de tratamento é percebida como um recurso que acompanha as pacientes em momentos de crise, assim como nos assomos de esperança, funcionando como espaço de acolhimento e de desenvolvimento pessoal. Ao verbalizar a melhora obtida, uma participante pôde auxiliar outra que vivenciava seu próprio processo de enfrentamento das dificuldades, como se pode perceber nas seguintes falas: *"eu acho que é a força de vontade, vontade de querer melhorar, pelo menos comigo é assim..."* (P6). *"Esse grupo assim, é uma maneira da gente ajudar, e por isso que me ajuda a fazer o meu tratamento"* (P7).

No excerto de fala apresentado a seguir, também fica evidente que o grupo é percebido como oportunidade de apoio mútuo, entendido como recurso útil para fazer frente às dificuldades de reinserção social. *"Porque, sabe, ali tinha alguém me incentivando, tinha alguém me dando força, dizendo assim: cê vai conseguir! E eu acreditava*

que você, pensando assim, de uma forma mais positiva, tentando pensar de uma forma mais positiva, pode realmente conseguir” (P5).

A participante P5 relata que estava se sentindo envolvida e conectada na rede social constituída pelo grupo e que essa rede a afetava positivamente. Nesse caso, a instilação de esperança funcionou como um recurso destacado no tratamento justamente por possibilitar um sentido de envolvimento e de continuidade (Bloch et al., 1979) do qual o grupo se torna fiel depositário. Assim, o tratamento passa a ser compreendido como um processo que se desenvolve ao longo do tempo, assim como os vínculos que são estabelecidos e fortalecidos no grupo, o que permite colocar em cena os dramas individuais das participantes (Santos, 2006), que compartilham histórias pungentes de fracasso e superação. As trocas de experiência podem tanto se referir a tentativas esboçadas de melhora como corresponder a pequenos ganhos cotidianos relacionados à difícil convivência com o TA.

## Discussão

A análise dos relatos produzidos na situação naturalística do grupo evidenciou, em um primeiro momento, que o grupo é percebido como um espaço privilegiado para oferecer suporte emocional, informativo e de convivência para as pessoas acometidas pelos TA. Os relatos coligidos sugerem que o grupo seja significado como um espaço em que as participantes possam se reconhecer na experiência das outras e fazer um exercício de reflexão acerca de suas dificuldades, o que pode facilitar a obtenção de *insights* acerca do lugar que os sintomas assumem em suas vidas (Souza & Santos, 2007, 2010; Yalom, 1970). Na situação grupal, os laços sociais podem ser fortalecidos, o que fomenta um ambiente propício para potencializar transformações. Cada participante pode se ver a partir de outra perspectiva, a partir dos múltiplos olhares lançados pelas demais componentes. Há uma produção coletiva de significados, que podem ser explorados e canalizados na busca de soluções para os problemas comuns que afetam o cotidiano de todos

(Santos, 2006). Com essas diretrizes em mente, o coordenador do grupo busca estimular a recuperação física e emocional da pessoa com TA, conduzindo-a ao contato com o outro, que também a constitui. Os fatores de universalidade e de instilação de esperança ajudam a minimizar a sensação de desconforto com o tratamento e possibilitam recuperar a autoestima danificada, de modo a atenuar o impacto da autoimagem comprometida devido à grave distorção da imagem corporal. Essas questões devem ser consideradas para a compreensão das situações de vulnerabilidade psicossocial da pessoa acometida por TA. Assim, a presença dos fatores terapêuticos de apoio no espaço grupal fornece indícios a serem considerados no planejamento da assistência psicológica e na organização dos cuidados em saúde de um modo geral.

Uma implicação dos resultados deste estudo é a necessidade de que os coordenadores do grupo sejam devidamente treinados de modo a incrementarem sua sensibilidade à identificação dos fatores terapêuticos presentes nos encontros grupais. Um olhar mais atento a essa abordagem pode assegurar um manejo grupal apropriado, mais responsivo às demandas grupais e individuais e que explore o potencial do grupo como espaço privilegiado de interações que podem promover a transformação de seus integrantes. Nesse sentido, um dos focos de investigações futuras poderia ser o manejo do grupo pelos profissionais de saúde, haja vista que a assunção dos fatores terapêuticos depende, sobretudo, da qualidade desse manejo, da fundamentação teórica que sustenta as intervenções e da facilitação promovida pelos coordenadores. Obviamente, essas questões não puderam ser desenvolvidas neste estudo por extrapolar o objetivo proposto. Contudo, pode-se apontar para a necessidade de uma reflexão: o aparecimento dos fatores terapêuticos no grupo não é um fenômeno isolado e independente do manejo operado pelos coordenadores e demais profissionais envolvidos.

No contexto analisado, os resultados corroboram o pressuposto teórico de que os fatores terapêuticos podem ativar mecanismos eliciadores de mudança, que são favorecidos pelo enquadre grupal a partir do desenvolvimento de recursos para

lidar com as situações de vulnerabilidade ligadas aos quadros psicopatológicos graves (Mackenzie, 1997). Notadamente, os fatores de apoio acabam tendo uma repercussão amplificada quando se trata de uma psicoterapia de apoio que se configura no formato de grupo. A assunção da universalidade e da esperança não deve ser compreendida como característica exclusiva desses grupos, como se definissem, *a priori*, o perfil de um grupo de apoio. Vale reiterar que é o manejo do grupo, a fundamentação teórica e a destreza dos coordenadores envolvidos nesse contexto que podem promover a assunção desses elementos em um contexto terapêutico de mudança. É a instrumentalização que o psicoterapeuta de grupo é capaz de fazer desses elementos que permite que eles possam ser evocados não apenas como fatores estanques, mas como indicadores dinâmicos da qualidade da assistência e de como o grupo vem se desenvolvendo de modo a constituir um espaço potencial no qual se fomenta a melhora da condição psíquica de seus participantes.

Nas análises empreendidas, pode-se constatar o modo como os fatores terapêuticos de apoio estiveram presentes no espaço grupal a partir das narrativas das participantes. Ainda que não se possa afirmar, a partir dos dados analisados, que tais elementos estariam repercutindo na mudança dos hábitos alimentares, nota-se um movimento em direção ao comportamento adaptativo e ao fortalecimento da motivação para buscar a superação do transtorno ou, pelo menos, a redução dos danos produzidos pelas manifestações sintomáticas. Além disso, notou-se que o grupo assumiu um caráter de promoção de ressocialização, o que permitiu resgatar alguns laços sociais, seriamente prejudicados pelo adoecimento, além de encorajar o exercício de papéis e o desenvolvimento de habilidades necessárias para o enfrentamento das condições adversas.

Desse modo, o presente estudo fornece pistas que permitem evidenciar, juntamente com o auxílio de análises complementares, que o grupo pode ser um espaço privilegiado para investigar os efeitos do apoio mútuo percebido por pacientes em tratamento em um serviço especializado para TA.

Obviamente, análises suplementares são necessárias, considerando a possibilidade de existirem outras condições que seriam mobilizadoras de processos de mudança no grupo, o que deve ser investigado em estudos futuros. Considerando que, em seu contexto de vida, as pessoas que desenvolvem TA são muitas vezes alvo de incompreensão, preconceito e discriminação - o que acaba cristalizando estereótipos que perpetuam estigmas e delimitam zonas de exclusão social -, definir em que circunstâncias o apoio é percebido por elas como significativo pode, sob uma perspectiva ampliada de saúde, contribuir para redimensionar o tratamento segundo suas necessidades subjetivas.

## Referências

- Andrade, T. F., & Santos, M. A. (2009). A experiência corporal de um adolescente com transtorno alimentar. *Revista Latino-Americana de Psicopatologia Fundamental*, 12(3), 454-68.
- Araújo, M. X., & Henriques, M. I. R. S. (2011). Que "diferença faz a diferença" na recuperação da anorexia nervosa? *Revista de Psiquiatria Clínica*, 38(2), 71-76.
- Associação Americana de Psiquiatria. (2003). *DSM-IV-TR™ - Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: texto revisado* (4ª ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Bigheti, F., Santos, M. A., Ribeiro, R. P. P., Oliveira, E. A., Unamuno, M. R. L., & Santos, J. E. (2007). Transtornos alimentares: anorexia e bulimia nervosas: uma abordagem didática. In Associação Brasileira de Enfermagem. *Programa de atualização em enfermagem: saúde do adulto: ciclo 2, módulo 2* (pp.9-44). Porto Alegre: Artmed.
- Bogdan, R., & Biklen, S. K. (1982). *Qualitative research for education*. Boston: Allyn and Bacon.
- Bloch, S. (1986). Therapeutic factors in group psychotherapy. In A. J. Frances, & R. E. Hales. *Psychiatric Update Annual Review* (Vol.5, pp.678-698). Washington, D.C: American Psychiatric Press.
- Bloch, S., Reibstein, J., Crouch, E., Holroyd, P., & Themen, J. (1979). A method for the study of therapeutic factors in group psychotherapy. *British Journal of Psychiatric*, 134, 257-263.
- Fortes, I. (2011). Anorexia: o traço da obstinação na clínica psicanalítica. *Revista Latino-Americana de Psicopatologia Fundamental*, 14(1), 83-95.
- Guañes, C. (2006). *A construção da mudança em terapia de grupo*. São Paulo: Vetor.
- Guañes, C., & Japur, M. (2001). Fatores terapêuticos em um grupo de apoio para pacientes psiquiátricos



- ambulatoriais. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 23(3), 134-140.
- Jaeger, M. A. S., Seminotti, N., & Falceto, O. G. (2011). O grupo multifamiliar como recurso no tratamento dos transtornos alimentares. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 33(1), 20-27.
- Le Grange, D. (1999). Family therapy for adolescent anorexia nervosa. *Journal of Clinical Psychology*, 55(6), 727-39.
- Mackenzie, K. R. (1997). *Time-managed group psychotherapy: Effective clinical applications*. Washington: American Psychiatric Press.
- Pereira, L. N. G., Trevisol, F. S., Quevedo, J., & Jornada, L. K. (2011). Eating disorders among health science students at a university in Southern Brazil. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 33(1), 14-19.
- Peres, R. S., & Santos, M. A. (2011). Técnicas projetivas na avaliação de aspectos psicopatológicos da anorexia e bulimia. *Psico USF*, 16(2), 185-192.
- Polivy, J., & Herman, C. P. (2002). Causes of eating disorders. *Annual Review of Psychology*, 53(1), 187-213.
- Rego, M. G. S. (2004). A psicodinâmica em anoréxicas gêmeas monozigóticas. In S. R. Busse (Org.), *Anorexia, bulimia e obesidade* (pp.31-99). São Paulo: Manole.
- Richards, P. S., Berrett, M. E., Hardman, R. K., & Eggett, D. L. (2006). Comparative efficacy of spirituality, cognitive, and emotional support groups for treating eating disorder inpatients. *Eating disorders: The Journal of Treatment & Prevention*, 14(5), 401-415.
- Rosa, B. P., & Santos, M. A. (2011). Comorbidade entre bulimia e transtorno de personalidade *borderline*: Implicações para o tratamento. *Revista Latino-Americana de Psicopatologia Fundamental*, 14(2), 268-282.
- Santos, M. A. (2006). Sofrimento e esperança: grupo de pacientes com anorexia e bulimia nervosas. *Medicina*, 39(3), 386-401.
- Scorsolini-Comin, F., Amato, A. M., & Santos, M. A. (2006). Grupo de apoio para casais pretendentes à adoção: a espera compartilhada do futuro. *Revista da SPAGESP*, 7(2), 40-50.
- Scorsolini-Comin, F., Souza, L. V., & Santos, M. A. (2010). A construção de si em um grupo de apoio para pessoas com transtornos alimentares. *Estudos em Psicologia (Campinas)*, 27(4), 467-478.
- Seixas, C., Miranda-Scippa, A., Nery-Fernandes, F., Andrade-Nascimento, M., Quarantini, L. C., Kapczinski, F., & Oliveira, I. R. (2012). Prevalence and clinical impact of eating disorders in bipolar patients. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 34(1), 66-70.
- Souza, L. V. (2011). *Construindo cuidado: a relação com o profissional de saúde nas práticas discursivas de pessoas diagnosticadas com transtornos alimentares* (Tese de doutorado não-publicada). Universidade de São Paulo.
- Souza, L. V., & Santos, M. A. (2007). *Anorexia e bulimia: conversando com as famílias*. São Paulo: Vetor.
- Souza, L. V., & Santos, M. A. (2009). A construção social de um grupo multifamiliar no tratamento dos transtornos alimentares. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 22(3), 317-26.
- Souza, L. V., & Santos, M. A. (2010). A participação da família no tratamento dos transtornos alimentares. *Psicologia em Estudo*, 15(2), 285-294.
- Souza, L. V., Santos, M. A., & Scorsolini-Comin, F. (2009). Percepções da família sobre a anorexia e bulimia nervosa. *Vínculo*, 6(1), 1-9.
- Stice, E. (1999). Clinical implications of psychosocial research on bulimia nervosa and binge-eating disorder. *Journal of Clinical Psychology*, 55(6), 675-83.
- Weinberg, C., & Cordás, T. A. (2006). *Do altar às passarelas: da anorexia santa à anorexia nervosa*. São Paulo: Annablume.
- Yalom, I. (1970). *The theory and practice of group psychotherapy*. New York: Basic Books.

Recebido em: 11/11/2010  
 Versão final em: 26/4/2012  
 Aprovado em: 15/5/2012



# A prática grupal e o discurso sobre a ética em documentos oficiais

## *Group work and the discourse of ethics in official documents*

Emerson Fernando **RASERA**<sup>1</sup>  
Flavia Miranda **OLIVEIRA**<sup>1</sup>  
Mario José Bertini Silva de **JESUS**<sup>1</sup>

### Resumo

Os profissionais envolvidos na prática grupal enfrentam desafios éticos característicos do contexto grupal. Buscando contribuir para a reflexão sobre o discurso ético nas práticas grupais, esse artigo tem por objetivo compreender de que forma as normatizações éticas de organizações voltadas à prática grupal descrevem e propõem a ética em grupo. Metodologicamente, realizamos uma análise crítica dos principais temas presentes nos documentos da *American Group Psychotherapy Association*, *International Association for Group Psychotherapy and Group Processes* e *Association of Specialists in Group Work*. A análise identificou: a) princípios de bioética principialista em todos os documentos; b) diferentes descrições de grupo, coordenador e participante; e c) ênfase ética no terapeuta como profissional, mais do que na prática grupal. A análise realizada sugere que os documentos buscam contribuir com a institucionalização da profissão e respondem a uma demanda social por responsabilização pela prática profissional.

**Palavras-chave:** Códigos de ética; Dinâmica de grupo; Psicoterapia de grupo.

### Abstract

*Professionals involved with group work face ethical challenges specific to the group context. Seeking to contribute to an ethical discourse in group work, this article aims to understand how the ethical norms of group work organizations define group ethics. Methodologically, we conducted a critical analysis of the major themes found in ethical documents of the American Group Psychotherapy Association, the International Association for Group Psychotherapy and Group Processes, and the Association of Specialists in Group Work. The analysis identified: a) principles of bioethics principlism in all documents, b) different descriptions of group work, the group leader and the participant, and c) an emphasis on ethics for the therapist as a professional, rather than for group work. The analysis suggests that the documents seek to contribute to the institutionalization of the profession and meet a social demand for accountability of the professional practice.*

**Keywords:** Codes of ethics; Group dynamics; Psychotherapy group.

▼ ▼ ▼ ▼ ▼

<sup>1</sup> Universidade Federal de Uberlândia, Instituto de Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Campus Umuarama, Av. Pará, 1720, Bloco 2C, Sala 2C47, 38405-320, Uberlândia, MG, Brasil. Correspondência para/Correspondence to: E.F. RASERA. E-mail: <emersonrasera@gmail.com>.

Apoio: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (nº 306316/2009-9); Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior.

As questões éticas estão presentes em inúmeras atividades que realizamos em nossas vidas, com diferentes pessoas envolvidas. O contexto profissional é um dos quais, claramente, as questões éticas estão no foco da atenção, havendo, muitas vezes, a formalização de um código de ética a ser seguido na relação com os usuários dos serviços e outros profissionais.

O Conselho Federal de Psicologia (CFP), buscando atualizar e amadurecer o Código de Ética da Psicologia, já produziu três versões desse documento: em 1979, 1987 e 2005. Essas transformações buscaram contemplar outras esferas de atuação profissional, para além da clínica privada, e uma sensibilidade aos direitos coletivos. Da mesma forma, o Código teve seu caráter prescritivo redimensionado, promovendo uma reflexão sobre os conceitos de ética de forma mais ampla (Conselho Regional de Psicologia de São Paulo, 2005).

Os psicólogos brasileiros que trabalham com grupos devem seguir os preceitos éticos estabelecidos pelo Código de Ética Profissional do Psicólogo (CFP, 2005). Contudo, há algumas situações típicas do contexto grupal que demandam orientações específicas - relativas à confidencialidade, às relações entre terapeutas e membros do grupo, questões técnicas, entre outras -, àqueles que se utilizam dos dispositivos grupais em sua atuação profissional.

Na literatura, vemos como os terapeutas e os participantes de grupo enfrentam diferentes impasses éticos. Em relação à confidencialidade, os terapeutas têm dificuldades em antecipar aos participantes os limites da confidencialidade (Roback, Ochoa, Bloch, & Purdon, 1992); os participantes, ao preservarem o sigilo sobre informações de outro participante no próprio grupo, podem acabar por limitar suas formas de participação na terapia e, conseqüentemente, perdem parte de seu benefício terapêutico (Hough, 1992); e a oferta de serviços oferecidos mediante os convênios de saúde dificulta a confidencialidade das informações e o acesso dos participantes a serviços apropriados (Mackenzie, 1999).

No que se refere às relações entre terapeutas e participantes, há uma série de questões decorren-

tes dos múltiplos papéis assumidos por terapeutas, tanto no campo das práticas de formação de terapeutas - o que faz com que muitos deles sejam ao mesmo tempo terapeutas e supervisores em relacionamentos com os mesmos pacientes e supervisionandos (Merta & Sisson, 1991; Pepper, 2002, 2004) -, como na pesquisa, em que o terapeuta de um grupo é ao mesmo tempo pesquisador do grupo (Motta, Nunes, Munari, & Medeiros, 2007; Lanza & Satz, 1995).

Alguns estudos mostram, ainda, dificuldades éticas referentes a manejos técnicos em terapia de grupo, a formas de pagamento e a aumentos futuros em psicoterapia de grupo (Shapiro & Ginzberg, 2006), ao encerramento de um grupo, à privacidade e ao relacionamento entre os pares (Mangione, Forti, & Iacuzzi, 2007), bem como àquelas advindas ao se trabalhar com a diversidade quando se coordena um grupo (Debiak, 2007).

Esses diversos impasses podem gerar entre coordenadores de grupo uma falta de acordo sobre respostas apropriadas em situações de dilema ético (McDivitt, 2001) e, conseqüentemente, a necessidade de que as organizações profissionais e programas de formação assumam o compromisso com uma prática grupal ética (Brabender, 2007).

Buscando orientar os profissionais na solução desses dilemas, algumas raras associações internacionais e suas divisões que congregam os profissionais que realizam práticas grupais têm buscado desenvolver normatizações éticas específicas para o trabalho realizado nesse contexto. Entre essas associações, podemos destacar: a *American Group Psychotherapy Association* (AGPA, Associação Americana de Psicoterapia de Grupo), a *International Association for Group Psychotherapy and Group Processes* (IAGP, Associação Internacional de Psicoterapia de Grupo e Processos Grupais) e a *Association of Specialists in Group Work* (ASGW, Associação de Especialistas em Trabalho de Grupo). No Brasil, contudo, ainda não dispomos de nenhuma associação que congregue a maioria dos profissionais que trabalham em grupos, não havendo, assim, nenhuma orientação ou diretriz específica ao trabalho realizado nesse contexto.

Considerando o conjunto de desafios experimentados pelos coordenadores de grupo e a lacuna de orientações no contexto brasileiro, e buscando contribuir para a reflexão sobre o discurso ético nas práticas grupais, este artigo tem por objetivo compreender de que forma documentos de associações profissionais voltadas à prática grupal descrevem e propõem a ética em grupo.

Metodologicamente, será realizada uma análise crítica dos principais temas presentes em documentos internacionais. Trata-se de uma análise descritiva e comparativa sobre a visão de ética, de grupo e do papel do coordenador do grupo. Assim, analiticamente, não se adota uma perspectiva ética *a priori*, mas busca-se identificar aquela emergente dos documentos. A escolha por analisar os documentos dessas instituições se deve: a) à escassez desse tipo de documento; b) à abrangência dos documentos, que incluem práticas de psicoterapia de grupo e outras práticas de grupo; e c) a importância dessas associações no contexto internacional das práticas grupais.

Esperamos que esse estudo possa contribuir para a compreensão dos caminhos encontrados por tais associações para o enfrentamento dos impasses éticos e para a reflexão sobre suas potencialidades e desafios, permitindo, assim, a ampliação do imaginário ético nas práticas grupais e seu poder transformador.

### **Documentos de orientação ética para a prática grupal**

Visando ao objetivo proposto, a análise busca contextualizar a produção de alguns documentos sobre ética apresentados por associações internacionais para então identificar a visão de ética e de grupo e o papel do coordenador do grupo por eles promovido. Os documentos a serem analisados são: as Diretrizes para a Melhor Prática da ASGW (Association for Specialists in Group Work Executive Board [ASGW], 2008), as Diretrizes Éticas da Associação Americana de Psicoterapia de Grupo e do Registro Nacional de Psicoterapeutas de Grupo Certificados (American Group Psychotherapy Association [AGPA], 2002), e as Diretrizes Éticas e

Padrões Profissionais para a Psicoterapia de Grupo (International Association for Group Psychotherapy and Group Processes [IAGP], 2009).

### **Um panorama dos documentos: contexto, estrutura e objetivos**

Os três documentos analisados foram produzidos por associações americanas e internacionais da área de aconselhamento e psicoterapia de grupo que congregam diversos profissionais da área de Psicologia. Os documentos foram criados ou revistos na última década e apresentam diferentes níveis de complexidade. De forma geral, essas associações produziram documentos que constituem uma tentativa de uma descrição abrangente e totalizante sobre uma prática grupal ética que pode ser utilizada por profissionais que trabalham com grupos em diferentes áreas da atuação, apesar de apresentarem certo predomínio da saúde mental, especialmente, da clínica. Sinteticamente, pode-se ver (Tabela 1), as principais características de cada um desses documentos.

A análise das funções dessas diretrizes exige a compreensão dos tipos de documentos que elas constituem no campo da ética profissional. Nesse sentido, podemos falar de princípios, códigos, diretrizes éticas e guias de boas práticas. Os princípios éticos inspiram as ações humanas em diferentes dimensões e podem ser expressos, no meio profissional, por meio de diferentes documentos. Os códigos de ética para a atuação profissional são propostos por associações, exigem determinados comportamentos e requerem a adesão de seus membros. As diretrizes éticas também são desenvolvidas por associações e, apesar de não instruírem o manejo de situações específicas, potencialmente, oferecem parâmetros mais claros a serem considerados pelos profissionais. De forma semelhante, porém de forma claramente associada a procedimentos cotidianos, os guias de boas práticas descrevem ações que sustentam uma atuação profissional de alta qualidade (AGPA, 2007; Gilman, 2005).

Os três documentos analisados neste estudo se definem, a partir de seu título e conteúdo, como diretrizes éticas e guias de boas práticas. Seus obje-

**Tabela 1**

Principais aspectos dos documentos sobre ética

Aspectos	Título do Documento	Diretrizes para a melhor prática da ASGW	Diretrizes éticas da AGPA e NRCGP	Diretrizes éticas e padrões profissionais para a psicoterapia de grupo
Associação proponente		ASGW	AGPA	IAGP
Ano de publicação		2007	2002	2009
Profissionais-alvo		Conselheiros	Multidisciplinar	Multidisciplinar
Estrutura formal		3 seções / 22 itens / 23 subitens	2 seções / 6 itens / 12 subitens	9 itens / 62 subitens
Tipos de grupo		Psicoterapia, aconselhamento, trabalho, psicoeducação	Psicoterapia de grupo	Psicoterapia de grupo
Dimensões da prática ética e estrutura do documento		(A) Planejamento (A1 a A9); (B) Desempenho (B1 a B9), e (C) Processamento dos grupos (C1 a C4).	Responsabilidade com o cliente: (1) autonomia (1.1. a 1.3); (2) privacidade (2.1 a 2.5); (3) proteção contra prática incompetente (3.1 a 3.4).  Padrões profissionais (1 a 3)	(1) Princípios gerais (1.1. a 1.7); (2) Enquadre do tratamento (2.1 a 2.8); (3) Confidencialidade (3.1 a 3.9); (4) Relações do tratamento (4.1 a 4.5); (5) Pesquisa (5.1 a 5.6); (6) Educação (6.1 a 6.12); (7) Educação continuada (7.1); (8) Relação com colegas (8.1 a 8.12); (9) Questões sociais.

Nota: ASGW: *Association of Specialists in Group Work*; AGPA: *American Group Psychotherapy Association*; IAGP: *International Association for Group Psychotherapy and Group Processes*.

tivos são oferecer um “modelo para o comportamento ético do terapeuta de grupo” (AGPA, 2002) a fim de promover uma maior consciência profissional e uma prática de alto nível (IAPG, 2009) e apontar, de forma prática, suas responsabilidades no desenvolvimento do trabalho (ASGW, 2008). Enquanto o documento da AGPA se coloca como um conjunto de diretrizes, o da ASGW se define como um guia, e o da IAGP é uma combinação de ambos os formatos.

Apesar de, formalmente, serem de tipos semelhantes, eles possuem diferentes inserções institucionais, pois os documentos da AGPA e IAGP consistem de documentos primeiros, portanto, referência principal de seus associados. É importante observar que eles não estão referidos a um código de ética próprio da associação, sendo aos seus membros requerido que sigam o código de ética de sua filiação profissional original. Já o documento da ASGW é, institucionalmente, secundário, na forma de um guia de boas práticas, que busca “tornar clara a aplicação do Código de Ética da *American*

*Counseling Association* (ACA, Associação Americana de Aconselhamento) ao campo do trabalho de grupo” (ASGW, 2008, p.111).

Em relação ao formato, observa-se que o documento da AGPA é muito breve, apontando de forma global alguns princípios e orientações éticos. Já os documentos da ASGW e IAPG são extensos e abarcam com maior detalhe tanto os princípios como os comportamentos esperados de seus associados. Assim, o documento da IAGP versa sobre aspectos relativos à pesquisa (item 5), ao relacionamento com outros profissionais (item 8) e à participação em debates públicos (item 9), explorados brevemente nos outros documentos. Da mesma forma, o documento da ASGW, estruturado a partir da prática de planejamento (seção A), desenvolvimento (seção B) e avaliação grupal (seção C), detalha orientações sobre o processo grupal não abarcadas nos outros documentos.

Vê-se, assim, que são documentos criados no contexto americano ou internacional, resultado de demandas próprias a esse contexto. Recente-

mente criados ou revisados, o que aponta para a importância desse debate para a área, têm a forma de diretrizes ou guias de boas práticas, buscando criar parâmetros pragmáticos para as ações dos coordenadores de grupo. São, mais comumente, documentos secundários, submetidos a outros códigos de ética, e apresentam certo predomínio de preocupações e orientações típicas da área clínica.

A fim de compreender de que forma esses documentos contribuem para o debate sobre ética, explora-se, a seguir, a visão de ética e de boa prática sustentada por eles.

### **Sobre a visão de ética e a boa prática**

Os três documentos, como referências éticas, estão sustentados por um conjunto de valores e obrigações morais. Por vezes, tal sustentação é explícita, por vez, é subentendida. Na tentativa de identificar os valores promovidos e sua tradução em práticas profissionais, analisam-se as diretrizes propostas nos três documentos.

Uma análise de seus preâmbulos, em que tipicamente se apresentam os princípios éticos de um código ou diretriz, pouco contribui para compreender a visão de ética por eles proposta. O documento da IAGP, apesar de apresentar uma seção de princípios gerais, apenas o situa em acordo com a Declaração dos Direitos Humanos das Nações Unidas, sem explorar os valores gerais do documento. Nesse preâmbulo, o documento proíbe a participação do terapeuta de grupo em ações de tortura, em tratamento em condições humilhantes, e a imposição de convicções pessoais aos pacientes. As Diretrizes da AGPA apresentam uma descrição sobre o processo de queixa ética e a suspensão da licença do terapeuta. Já o guia de boas práticas da ASGW, de forma mais clara, explicita a visão da ética “como parte integrante do trabalho de grupo e visualiza os que fazem esse trabalho de grupo como agentes éticos” (ASGW, 2008, p.111), trazendo uma dimensão processual e intrínseca ao fazer ético.

Segundo análise das diretrizes propriamente ditas, de forma semelhante, os três documentos

abordam aspectos referentes a cuidados com o paciente, com o grupo e a formação do coordenador de grupo. Há uma ênfase em orientações sobre a autonomia do membro do grupo, a confidencialidade e a prática grupal competente. A preocupação subjacente a essa ênfase sugere que tais documentos se sustentem em princípios da bioética principialista (Pegoraro, 2008): autonomia, beneficência, não maleficência e justiça. Há alguns autores, tais como Knapp e VandeCreek (2006), que sugerem que, no campo da Psicologia, a ética principialista também deve considerar os imperativos de fidelidade e responsabilidade pública. Foge ao escopo deste estudo uma apresentação dos principais sistemas éticos. Para uma visão panorâmica sobre as éticas em Psicologia e no campo da saúde, sugere-se a leitura de Figueiredo (1995) e Pegoraro (2002, 2008). Analisemos, então, se esses princípios estão presentes naqueles três documentos e a maneira como eles estão.

A autonomia se refere à capacidade humana de se autolegislar, de agir com liberdade, de tomar decisões, de se impor limites e se afirmar como pessoa. Ela pode ser traduzida como a busca de envolver o paciente nas decisões sobre seu próprio tratamento. Nos documentos analisados, a autonomia está subjacente a diferentes diretrizes, sejam referentes ao processo de esclarecimento sobre o grupo e obtenção de consentimento informado, no atendimento (AGPA, 1.1; ASGW, A.6, A.7; IAGP 2, 2.3) ou na pesquisa envolvendo grupos (IAGP, 5.2); sejam relativas à participação do membro no grupo (de assistência e/ou pesquisa) apenas enquanto apropriado a suas necessidades (AGPA 1.2; IAGP 2.2, 5.2, 5.3).

Já a beneficência impõe que sempre se faça o bem, oferecendo, profissionalmente, o melhor tratamento. Nos três documentos, essa possibilidade envolve a avaliação quanto à formação profissional adequada para realizar as atividades tanto sob a forma de autoavaliação permanente das condições de atuação do líder/terapeuta (AGPA, 3.1; ASGW, A.3, B.1, C.1, C.2; IAGP, 2.7, 6.11), quanto de avaliação e requerimento institucional para a formação (ASGW A.1, A.2, B2, B.3; IAGP, 6, 6.1 a 6.5) ou supervisão e formação continuada (AGPA

PP1, ASGW A.8, A.9, C.1; IAGP, 5, 7, 7.1). Ela também envolve uma análise da adequação do serviço às necessidades dos participantes, abrangendo, assim, uma avaliação das condições grupais e do plano de trabalho, e as necessidades dos participantes, desde suas especificidades pessoais até necessidades de encaminhamento ou coterapia (ASGW, B.3, B.4, B.7, B.8, B.9, C.1, C.3; IAGP, 2.5, 2.6, 2.8, 8.3, 8.12).

A não maleficência proíbe que se faça o mal. Nos documentos analisados, ela está presente em diretrizes que proíbem: a tortura e o atendimento em condições degradantes (IAGP, 1.2, 1.3), a realização de pesquisas com riscos de danos graves aos participantes (IAGP, 5.1) e a imposição de valores pessoais aos pacientes (IAGP 1.6). Ela também se traduz em diretrizes que problematizam relações múltiplas do líder/terapeuta com os membros de um grupo (IAGP, 4.3), seja sob a forma de proibição de relações sexuais (AGPA 3.3; IAGP, 4.1, 4.2, 6.8), negociações financeiras (AGPA, 3.2; IAGP, 4.5, 6.8), ou de obtenção de vantagens pessoais (AGPA 3.2, IAGP, 4). Na ASGW, pondera-se que as relações entre o líder e os membros podem variar conforme o tipo de grupo (ASGW, B.3).

A justiça está associada à distribuição igual de recursos, bem como o tratamento igual entre as pessoas. No que se refere ao primeiro entendimento de justiça, ela pode se referir a uma avaliação do contexto de realização dos grupos e das necessidades e recursos locais (ASGW A.3, A.4, A.5). Em relação ao segundo entendimento, ele se traduz, principalmente, na proibição de atitudes discriminatórias (AGPA, 1.3; IAGP, 1.6) e na promoção do respeito à diversidade na relação com os potenciais participantes do grupo (ASGW, B.8; IAGP 1.5).

O princípio da fidelidade está ligado à veracidade, à lealdade, ao cumprimento das obrigações e à manutenção das promessas. Ele se expressa, nos documentos analisados, em diretrizes e orientações relacionadas à manutenção da confidencialidade e seus limites, no trabalho em grupo (AGPA 2, 2.1 a 2.5; ASGW A.6, A.7; IAGP, 3, 3.1 a 3.9), na pesquisa em grupo (IAGP, 5.4, 5.5), ou na formação do líder/terapeuta (IAGP, 6.9).

Finalmente, o princípio da responsabilidade pública se refere à responsabilidade para com a

sociedade, sendo uma forma geral de beneficência. Ele pode ser encontrado na diretriz de contribuir com a comunidade em geral (IAGP, 9), bem como no cultivo da democracia e das liberdades sociais (IAGP, 1.1). De forma mais específica, ele se traduz na responsabilidade do coordenador de grupo com sua categoria profissional e campo de conhecimento por meio da participação no desenvolvimento do conhecimento sobre grupos (AGPA, PP.2; ASGW, C.3; IAGP, 5.6), da formação adequada de profissionais (IAGP, 6.7, 6.10), da relação zelosa entre líderes/terapeutas de grupo (IAGP, 8, 8.1 a 8.12) ou da colaboração com a organização a que está filiado ou com outras instituições (ASGW, C.4; IAGP, 8.8, 8.9, 8.10). Além disso, em uma perspectiva de controle, o princípio da responsabilidade pública sustenta a orientação de proteção do público de práticas incompetentes e informações errôneas (AGPA 3.2, 3.4; IAGP, 6.12, 8.1), e a necessidade de reportar as violações éticas cometidas por outrem (AGPA, 3.4, PP 3; IAGP, 8.5, 8.11) e de orientar o paciente/o público sobre como proceder com queixas éticas (IAGP, 8.6).

Como visto, em relação aos princípios, as diferenças existentes entre os três documentos se colocam de forma complementar, não havendo uma contradição clara entre eles. Além disso, podemos observar que os documentos sustentam ora uma ética obrigatória, ora uma ética de princípios (Pedersen, 1997), ou seja, há uma mistura de orientações que sugerem uma abordagem do controle e da prescrição, mesclada com outras orientações pautadas por uma abordagem positiva e inspiradora de padrões éticos. Trata-se, assim, de documentos formalmente híbridos que sustentam uma visão pragmática sobre a ética e a boa prática profissional.

Coerentemente com essa visão prática, considera-se que, apesar desses princípios poderem estar relacionados a diferentes sistemas éticos, sua presença, tal como sugerido anteriormente, dá-se a partir de uma influência da perspectiva principialista, muito comum no contexto contemporâneo na área de saúde (Pegoraro, 2008). Entende-se, assim, que os referidos documentos são marcados pela sua inserção sócio-histórica e sintonizados com outros documentos de diferentes categorias pro-



fissionais preocupadas com questões éticas e qualidade dos serviços oferecidos. Eles funcionam, assim, como uma forma de aproximar, ainda que de forma indireta e apenas no modelo administrativo, as associações grupais que os propõem às tradicionais instituições da área de saúde.

### **Sobre a especificidade da questão grupal: a visão de grupo e o papel do coordenador e participantes**

Apesar da semelhança nos princípios gerais que orientam os documentos analisados, no que se refere à especificidade da definição e ao cuidado ético na condução dos grupos, há uma grande diferença entre os documentos da AGPA e da IAGP em relação ao da ASGW. Essa diferença pode ser percebida na definição de grupo e no caráter das orientações éticas voltadas ao processo grupal.

No que se refere à visão de grupo, é curioso observar que nenhum dos documentos analisados define claramente o que é a prática grupal. Os documentos da IAGP e da AGPA se referem à psicoterapia de grupo sem caracterizá-la, e subentendendo-se, a maior parte do tempo, grupos de longo prazo ou de término indefinido. Diferentemente, no guia da ASGW, são apontados quatro tipos de prática/contexto grupal: psicoterapia, aconselhamento, trabalho e psicoeducação.

Em relação ao caráter das orientações éticas, nas recomendações da AGPA e da IAGP, poucas orientações são dirigidas e tentam responder às questões cotidianas referentes ao processo grupal propriamente dito, sendo a maior parte referente a posturas éticas a serem empregadas pelos profissionais coordenadores de grupo em diferentes contextos de sua atuação. A especificidade grupal aparece associada de forma mais clara à questão da confidencialidade e da privacidade, indicando a importância de se considerar que todos os participantes são responsáveis pela manutenção da confidencialidade e privacidade (AGPA, 2.1; IAGP, 3.1, 3.7, 3.8). Contudo, a própria definição da confidencialidade, apesar de importante em muitos contextos, especialmente clínicos, pode ter um caráter secundário a depender do tipo de grupo que se

desenvolva e os objetivos que se busque. O que se observa é que há nesses documentos o predomínio de uma visão tradicional de grupo, pautada por uma perspectiva clínica, de consultório, privada, centrada no profissional, fortemente marcada pelos mesmos orientadores da psicoterapia individual (Zimmerman & Osório, 1997).

No documento da ASGW, a consideração do grupo é mais abrangente, incorporando desde uma avaliação ecológica do grupo (ASGW, A3), relativa aos seus recursos e à inserção do grupo em determinado meio social, passando por orientações sobre o desenvolvimento do grupo (tipo, participação dos membros, estilo de liderança) (ASGW, A4) e adaptação do grupo (estágio do grupo/tipo de grupo) (ASGW, B3), até a colaboração entre os membros (ASGW, B6), pautada por uma sensibilidade cultural quanto à forma de interação dos participantes (ASGW, B8) e uma atenção à dinâmica dos membros (ASGW, C2). Há, assim, uma visão de grupo mais ampla, contextualizada, realizada em contextos variados, com diferentes objetivos, preocupada com o processo grupal, com a interação entre os membros e com uma sensibilidade cultural. Preocupações tradicionais com a necessidade de confidencialidade e a evitação de relações múltiplas entre coordenador de grupo e participante, apesar de presentes, são redimensionadas e não apenas exigidas ou proibidas. Trata-se de uma visão sobre a prática grupal, potencialmente, mais útil a uma maior variedade de profissionais que trabalham com grupos.

Essas diferenças entre os vários documentos podem ser entendidas no contexto das associações que os produziram. Temos associações voltadas, de um lado, predominantemente, à psicoterapia de grupo (AGPA e IAGP) e, de outro, ao trabalho em grupo (ASGW) de formas mais variadas. A heterogeneidade das práticas desse último convida a um maior detalhamento das considerações sobre o grupo, o coordenador e os participantes.

Apesar de não se definir o grupo, define-se quem é o profissional. Nos documentos da AGPA e na IAGP, o profissional que trabalha com grupo é sempre nomeado como psicoterapeuta ou terapeuta de grupo. Seu papel é descrito de forma a

apagar sua especificidade grupal e enfatizar sua semelhança com qualquer outro terapeuta. No documento da ASGW, o profissional é nomeado, predominantemente, como líder do grupo. Seu papel, como vimos, envolve diferentes ações referentes ao planejamento, desenvolvimento e processamento do grupo, mais próximas ao fazer grupal cotidiano. Apesar disso, há várias responsabilidades do líder do grupo comuns a outros profissionais da área de Psicologia.

Aos participantes, por sua vez, não é reservado um papel significativo no enfrentamento das questões éticas. Novamente, com exceção das orientações referentes à preservação da confidencialidade (prevista nos três documentos) e ao respeito aos membros do grupo como parceiros iguais (presente no guia de boas práticas), não é atribuída nenhuma outra responsabilidade aos participantes na construção e na manutenção das condições éticas no grupo. Assim, apesar de vários autores no campo do trabalho em grupos (Guanaes, 2006; Rogers, 2002) ressaltarem o papel de todos os envolvidos, terapeutas e participantes, no processo grupal, com responsabilidade nos cuidados uns com os outros, nos documentos analisados, essa ética é pouco explorada. A ética é reduzida ao papel profissional do líder terapeuta.

### **Sobre documentos de ética para a prática grupal: para além das regras**

A análise realizada permitiu identificarmos o contexto e a forma de diretrizes e guia de boas práticas dos documentos da AGPA, IAGP, e ASGW. Foi possível ainda reconhecer a predominância do caráter institucionalmente secundário dos documentos analisados; a hegemonia de uma ética principialista promotora da autonomia, beneficência, não maleficência, justiça, fidelidade e responsabilidade pública; um silenciamento sobre as definições de grupo e o papel do participante nas questões éticas; e a ênfase de diretrizes voltadas ao papel profissional do terapeuta, sendo pouco específicas do trabalho grupal, especialmente nos documentos da AGPA e IAGP.

Tais entendimentos apontam para uma descrição profissionalizante sobre a ética (Rasera & Carrijo, 2011) centrada no papel do coordenador do grupo, e relegando a segundo plano uma perspectiva ética processual e dialogicamente negociada, relativa ao desenvolvimento co-construído do grupo entre todos os envolvidos. Mais inquietante ainda é o foco das orientações ao líder/terapeuta em ações que não sejam específicas ao contexto grupal e que consistam em uma sobreposição e repetição de diretrizes já presentes nos códigos de ética dos profissionais da área de Psicologia. Essa descrição profissionalizante associada ao silenciamento sobre as questões grupais oferece poucas contribuições ao terapeuta em sua prática cotidiana. Assim, se se tomar as principais problemáticas éticas vividas pelos profissionais que trabalham com grupos, tal como apresentado na literatura, as diretrizes e orientações, apesar de estabelecerem parâmetros para uma prática ética, pouco facilitam seu enfrentamento.

Dessa forma, esses documentos, para além de descreverem os aspectos éticos do trabalho grupal, contribuem para a criação de um arcabouço administrativo, burocrático, quase jurídico para a sustentação do 'profissional' do trabalho grupal, especialmente da terapia de grupo, como se estivessem estabelecendo uma norma de uma especialidade profissional (Pryzwansky & Wendt, 1999). Eles pouco abordam a ética específica do grupo. Comparados com outros códigos da área de Psicologia, eles têm preocupações e orientações semelhantes referentes aos padrões éticos de comportamento profissional.

Essa aparente contradição pode ser explicada a partir da compreensão de que, da forma como se apresentam, tais documentos contribuem com a institucionalização da profissão, formalizam seus padrões e a valorizam frente à comunidade de profissionais e consumidores/usuários. Nesse sentido, Gilman (2005) aponta que um documento profissional de ética pode indicar tanto os comportamentos adequados e inadequados como a visão sobre o que é a profissão. Ele estabelece as transgressões, mas também os princípios que informam as ações. Ele define não apenas o modo de atuação profissional, mas como a profissão quer ser vista.

Esses documentos, portanto, dão o contexto no qual a profissão se desenvolve, e são fundamentais no processo de sua afirmação.

Ao mesmo tempo, entendidos dessa maneira, os documentos analisados podem ser uma forma de responder a uma pressão social por responsabilização pela prática profissional, representada, em um contexto internacional, pelas agências financiadoras dos serviços realizados por terapeutas e líderes de grupo. Essa tendência tem crescido nos últimos anos, levando a AGPA a criar um documento amplo de diretrizes gerais para a prática profissional em 2009 (AGPA, 2007). A produção desses documentos se insere, assim, no contexto da competição mercadológica (Pryzwansky & Wendt, 1999), contribuindo para uma visão positiva dos trabalhos de grupo, pautada pela imagem de instâncias organizadoras e reguladoras que promovem serviços com elevados padrões de qualidade.

Os documentos propostos pelas organizações lembram que os desafios éticos estão situados no contexto da responsabilidade profissional, contribuindo para uma visão institucional da ética. Se eles, por um lado, não permitem soluções práticas para o enfrentamento dos desafios cotidianos, por outro, chamam nossa atenção para o contexto social que produz, a partir do esforço em se definir como profissão, determinadas preocupações e, conseqüentemente, como resposta, orientações e diretrizes que contemplam certos aspectos da experiência grupal.

Acredita-se que, para além da afirmação de uma especialidade profissional, as normatizações éticas ofereçam um panorama moral para as decisões técnicas, as quais devem ser complementadas por um processo contínuo de formação e pelo desenvolvimento de modelos de decisão ética. Assim, a partir dessas orientações e habilidades, o líder terapeuta poderá, em conjunto com os participantes e de forma situada, melhor definir ações que promovam os princípios pretendidos em um processo de responsabilidade compartilhada (McNamee & Gergen, 1999).

A análise realizada não buscou, portanto, o código, diretriz ou guia perfeito. Ela permitiu iden-

tificar a visão de ética e de grupo e o papel do coordenador e dos participantes, possibilitando compreender o discurso ético proposto pelas organizações e reconhecer alguns sentidos disponíveis para aqueles que trabalham com grupos significarem sua prática e seus problemas.

## Referências

- American Group Psychotherapy Association. (2002). *Guidelines for ethics*. Retrieved December 1, 2011, from <http://www.groupsinc.org/group/ethicalguide.html>
- American Group Psychotherapy Association. (2007). *Practice guidelines for group psychotherapy*. Retrieved December 1, 2011, from <http://www.agpa.org/guidelines/index.html>
- Association for Specialists in Group Work Executive Board. (2008). Association for specialists in group work: Best practice guidelines revisions 2007. *Journal for Specialist in Group Work*, 33(2), 111-117.
- Brabender, V. (2007) The ethical group psychotherapist: A Coda. *International Journal of Group Psychotherapy*, 57(1), 41-47.
- Conselho Federal de Psicologia. (2005). *Código de Ética Profissional do Psicólogo*. Brasília: CFP.
- Conselho Regional de Psicologia de São Paulo. (2005). Novo código para novos tempos. *Jornal de Psicologia*, 145, 6-7.
- Debiak, D. (2007). Attending to diversity in group psychotherapy: An ethical imperative. *International Journal of Group Psychotherapy*, 57(1), 1-12.
- Figueiredo, L. C. M. (1995). *Revisitando as psicologias*. São Paulo: Vozes.
- Gilman, S. C. (2005). Ethics codes and codes of conduct as tools for promoting an ethical and professional public service: Comparative successes and lessons. Washington: World Bank. Retrieved September 11, 2011, from <http://www.oecd.org/dataoecd/17/33/35521418.pdf>
- Guanaes, C. (2006). *A construção da mudança em terapia de grupo*. São Paulo: Vetor.
- Hough, G. (1992). When confidentiality mandates a secret be kept: A case report. *International Journal of Group Psychotherapy*, 42(1), 105-115.
- International Association for Group Psychotherapy and Group Processes. (2009). *Ethical guidelines and professional standards for group psychotherapy*. Retrieved December 1, 2011, from <http://www.iagp.com/about/ethicalguidelines.htm>
- Knapp, S., & VandeCreek, L. D. (2006). *Practical ethics for psychologists: A positive approach*. Washington: American Psychological Association.

- Lanza, M. L., & Staz, H. (1995). Researcher and clinician: Role conflict and resolution. *Group, 19*(2), 120-126.
- Mackenzie, K. R. (1999). *Professional ethics and the group psychotherapist*. *Group Solution*. Retrieved August 12, 2009, from [http://www.groupsinc.org/pubs/GS\\_0499.html](http://www.groupsinc.org/pubs/GS_0499.html)
- Mangione, L., Forti, R., & Iacuzzi, C., M. (2007). Ethics and endings in group psychotherapy: Saying goodbye and saying it well. *International Journal of Group Psychotherapy, 57*(1), 25-40.
- McDivitt, K. L. (2001). Ethics in group work with children and adolescents. *Dissertation Abstracts International: A, The Humanities and Social Sciences, 61*(12A), 4673.
- McNamee, S., & Gergen, K. J. (1999). *Relational responsibility: Resources for sustainable dialogue*. Thousand Oaks: Sage.
- Merta, R. J., & Sisson, J. A. (1991). The experiential group: An ethical and professional dilemma. *Journal for Specialists in Group Work, 16*(4), 236-245.
- Motta, K. A. M. B., Nunes, F. C., Munari, D. B., & Me-deiros, M. (2007). O grupo como instrumento de construção do conhecimento: aspectos éticos. *Revista da SPAGESP, 8*(1), 4-13.
- Pedersen, P. (1997). The cultural context of the American counseling association code of ethics. *Journal of Counseling and Development, 76*(1), 23-28
- Pegoraro, O. (2002). *Ética e bioética: da subsistência à existência*. Petrópolis: Vozes.
- Pegoraro, O. (2008). *Ética dos maiores mestres através da história*. Rio de Janeiro: Vozes.
- Pepper, R. S. (2002). Emotional incest in group psychotherapy. *International Journal of Group Psychotherapy, 52*(2), 285-294.
- Pepper, R. S. (2004). Confidentiality and dual relationships in group psychotherapy. *International Journal of Group Psychotherapy, 54*(1), 103-114.
- Pryzwansky, W. B., & Wendt, R. N. (1999). *Professional and ethical issues in psychology*. New York: W. W. Norton.
- Rasera, E. F., & Carrijo, R. S. (2011). O que você faria numa situação dessa? Narrativas sobre ética e grupos. In E. F. Rasera, M. M. Castro, & C. J. Van Stralen (Org.), *Psicologia social: ética, participação política e inclusão social* (pp.155-174). Curitiba: CRV.
- Roback, H. B., Ochoa, E., Bloch, F., & Purdon, S. (1992). Guarding confidentiality in clinical groups: The therapist's dilemma. *International Journal of Group Psychotherapy, 42*(1), 81-103.
- Rogers, C. R. (2002). *Grupos de encontro*. São Paulo: Martins Fontes.
- Shapiro, E. L., & Ginzberg, R. (2006). Buried treasure: Money, ethics and countertransference in group therapy. *International Journal of Group Psychotherapy, 56*(4), 477-494.
- Zimmerman, D., & Osório, L. C. (1997). *Como trabalhamos com grupos*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Recebido em: 2/2/2012  
 Versão final em: 10/7/2012  
 Aprovado em: 2/8/2012

# Representação social da Psicologia e do psicólogo na sala de espera de uma clínica-escola

## *Social representation of Psychology and the psychologist in the waiting room of a teaching-clinic*

Mariane Iuva **AREND**<sup>1</sup>  
Roberta Fin **MOTTA**<sup>1</sup>

### Resumo

Este artigo aborda questões referentes à representação social da Psicologia e do psicólogo, especificamente, em relação aos usuários que se encontravam na sala de espera da clínica-escola do Centro Universitário Franciscano, Rio Grande do Sul, Brasil. Para a coleta de dados, foram utilizados como instrumento questionários que objetivam o conhecimento de opiniões, crenças, sentimentos, interesses e expectativas. Os questionários foram submetidos à análise de conteúdo. Os resultados apontam que há dificuldades em se estabelecerem diferenças entre a Psicologia e o psicólogo, descrevendo ambos como tendo uma função assistencialista, que ajuda e entende os problemas de ordem psicológica. Além disso, foi demonstrado o reconhecimento do trabalho realizado pelos estagiários de Psicologia, o que o evidencia como uma verdadeira prática de ensino-aprendizagem.

**Palavras-chave:** Psicologia; Psicólogos; Representação social.

### Abstract

*This article is a result of a qualitative study the approach of which deals with issues that refer to the social representation of Psychology and the psychologist, specifically related to the users who were encountered in the waiting room of the teaching-clinic of the Centro Universitário Franciscano, Rio Grande do Sul, Brazil. A questionnaire was used for data collection, with the aim of investigating the opinions, beliefs, feelings, interests, and expectations of these subjects. The responses were analyzed using content analysis as the framework. The results showed that there were difficulties in establishing differences between Psychology and the psychologist, as they are both described as having a care function to help and understand psychological issues. Furthermore, recognition of the work of Psychology trainees was highlighted, emphasizing this practice as a true teaching-learning practice.*

**Keywords:** Psychology; Psychologists; Social representation.

Este artigo aborda questões referentes à representação social da Psicologia e do psicólogo, especificamente, em relação aos usuários que se

encontravam na sala de espera da clínica-escola do Laboratório de Práticas Psicológicas do Centro Universitário Franciscano, Rio Grande do Sul, Brasil. Para



<sup>1</sup> Centro Universitário Franciscano, Área de Ciências Humanas, Curso de Psicologia. R. Silva Jardim, 1175, Conjunto III, Prédio 17, Centro, 97010-491, Santa Maria, RS, Brasil. Correspondência para/Correspondence to: R.F. MOTTA. E-mail: <roberta.fm@hotmail.com>.

que seja compreendida a representação social da Psicologia e do psicólogo, é importante que se conheça e se compreenda como se deu a constituição da Psicologia, em especial, a configuração das clínicas-escola, e, por fim, a representação social, base teórica que fundamenta o presente artigo.

A profissão de psicólogo foi regulamentada, no território brasileiro, em 27 de agosto de 1962, através da Lei Federal nº 4.119 (Brasil, 1962), que estabelece os critérios legais e civis para desempenhá-la e garantir seu exercício e delimita sua prática e competências a graduados em curso superior em Psicologia. A referida lei expõe que os cursos de Psicologia devem organizar serviços de atendimento para que os alunos, sob supervisão docente, pratiquem o que lhes foi passado nas disciplinas da graduação (Pfromm Netto, 2004). Esses serviços designados como clínicas-escola passaram, então, a constituir locais de prática de estágio onde os alunos devem exercer e aplicar o que aprenderam nas disciplinas, ao mesmo tempo em que a universidade disponibiliza para a comunidade a prestação de serviços de atendimento psicológico, gratuito ou semigratuito (Güntert, 2000).

Schmidt (1992) considera o espírito de investigação e o desejo de pesquisar como importante articulação entre o serviço prestado à clientela e a formação dos alunos. A clínica-escola, ao conhecer e escutar sua clientela, torna-se capaz de formular inquietações, as quais movem a pesquisa. Nos trabalhos universitários de atendimento à comunidade, nas clínicas-escola, desenvolvem-se os estágios em psicoterapia. Nesses serviços, são realizados, simultaneamente, o desenvolvimento profissional e a formação clínica do aluno (Romero & Capitão, 2003).

A clínica-escola permite que o aluno amplie seu olhar para que possa perceber melhor as pessoas que estão a sua volta e suas necessidades, conflitos e relações, oferecendo um contexto que possibilite o estudo de práticas renovadas quanto à profissão, “delineando ações mais produtivas para cada indivíduo, contribuindo assim para a sociedade

como um todo” (Löhr & Silveiras, 2006, p.17). Além disso, nos atendimentos psicoterápicos realizados nas clínicas-escola dos cursos de Psicologia, atende-se, geralmente, a população de baixa renda. Com isso, os alunos de Psicologia inserem-se num contexto sócio-histórico-político, o que determina uma postura ética com a sociedade (Merg, 2008). Campezzatto e Nunes (2007) atentam para que a execução da clínica-escola possa permitir o entendimento da intersecção entre prática, ensino e pesquisa, a fim de transformá-la em local de questionamentos e descobertas da Psicologia teórica e prática - e de que não perca seu significado social e seja devidamente aprimorada.

### Clínica-escola

A clínica-escola de Psicologia do Centro Universitário Franciscano caracteriza-se como espaço de integração entre teoria e prática na formação dos psicólogos. Ela tem como alguns de seus objetivos: constituir-se em um campo de estágio, integrar as atividades com outros cursos, constituir-se como um centro referencial de promoção de saúde mental na comunidade local e consolidar as linhas de pesquisa do curso de Psicologia. As atividades têm como principal foco o ensino, a pesquisa, a extensão e os estágios dos alunos do curso de Psicologia da instituição (Serviço de Psicologia, 2004).

Atualmente, as triagens são abertas duas vezes ao ano. Após uma ou mais entrevistas de avaliação, o usuário pode ser encaminhado a serviços específicos, direcionado a atendimento individual ou a atendimento em grupo. Além disso, existe a possibilidade de o paciente ter sanado a demanda já nas entrevistas de triagens e ser desligado do serviço de Psicologia. Os usuários da comunidade Santamariense e região que chegam para atendimento psicológico, além de ingressarem no serviço por meio do processo de triagem, podem vir encaminhados pela rede socioassistencial, por escolas ou por outros laboratórios do Centro Universitário Franciscano (inter-consulta): visa-se, assim, a um trabalho multidisciplinar<sup>2</sup>.

## Representação Social

No presente estudo, foi utilizada a base teórica da representação social, que pode contribuir para o entendimento do contexto no qual o profissional ou estagiário de Psicologia exerce seu trabalho, uma vez que o senso comum é continuamente criado e recriado em nossa sociedade, sendo ele não mais o ponto de partida, e sim o ponto de chegada (Moscovici, 2010). Por consequência, é desse senso comum que emergem as representações sociais, vistas, pelo autor citado anteriormente, como uma forma característica de conhecimento em nossa era. Elas servem para familiarizar o não familiar, por isso se torna indispensável o estudo da representação social da Psicologia e do psicólogo entre os usuários atendidos para conhecimento de como o trabalho está sendo interpretado por aqueles que dele fazem uso. Além disso, o estudo das representações sociais pode ser considerado um compromisso social, pois contribui para a compreensão do processo de construção social da comunidade que é assistida pela clínica-escola (Minayo, 2008).

Almeida, Santos e Trindade (2000) postulam que o termo representação social, proposto por Moscovici, surgiu para designar um conjunto de fenômenos e processos referentes ao conhecimento do senso comum, visto como ingênuo, mas também avaliado como forma de conhecimento deslocado, contrário ao conhecimento científico. Dessa forma, Lahm e Boeckel (2008) afirmam que o conceito de representação social indica um conhecimento específico do senso comum, relacionado a uma configuração de pensamento social, produzido e partilhado nas relações que as pessoas estabelecem entre si, o que constitui um *corpus* organizado de conhecimentos. Além disso, é uma das atividades que possibilita aos homens tornarem compreensíveis as suas realidades físicas e sociais.

Para Moscovici (2010), representação social é um conjunto de conceitos, afirmações e explicações gerados diariamente, ou seja, nas comunicações interindividuais, sendo a versão contemporânea do senso comum. Ao se estudarem as representações sociais, entende-se como o sujeito pensa e não como ele processa informação ou se com-

porta; mais precisamente, as representações sociais devem ser vistas como um modo específico de compreender e comunicar o que já é sabido (tanto a realidade como o senso comum) e têm como objetivo abstrair sentido do mundo e inserir nele ordem e percepções que reproduzem o mundo de forma significativa.

O estudo das representações sociais de um determinado grupo de pessoas é, metodologicamente, uma tentativa de entender o modo como o grupo pensa a si mesmo e como atua no plano social por meio dessas representações, que são compartilhadas, o que significa que os sujeitos formam ideias e saberes comuns sobre a realidade que representam. Mesmo criando a realidade, as representações são constantemente reformuladas, o que impõe a elas a característica de dinamicidade (Freitas, 2008).

Com o intuito de entender de que forma os sujeitos veem e pensam o psicólogo e a Psicologia, alguns estudos foram realizados, como, por exemplo, o de Leme, Bussab e Otta (1989), que realizaram pesquisa acerca das representações sociais do psicólogo com uma amostra composta por alunos ingressantes no curso de Psicologia e obtiveram resultados constituídos nas dimensões positivas e negativas. A representação negativa do psicólogo foi descrita como charlatão e profissional elitista, enquanto a representação positiva fez referência à imagem do psicólogo próximo dos guias espirituais e confidentes. Assim, a partir do reconhecimento da importância dos dados levantados e das discussões empreendidas nos trabalhos anteriores, delineou-se a presente pesquisa: exploratória, descritiva, estruturada a partir de uma abordagem qualitativa, com o objetivo de analisar o que os usuários que utilizam o serviço da clínica-escola do Centro Universitário Franciscano pensam sobre a Psicologia e o psicólogo.

## Método

### Participantes

A amostra da presente pesquisa foi composta por 11 usuários e/ou acompanhantes que se

encontravam na sala de espera para atendimento psicológico junto à clínica-escola do Centro Universitário Franciscano, no município de Santa Maira (RS), no período de 1 a 15 de setembro de 2011. A fim de manter o sigilo e a privacidade dos participantes, eles tiveram seus nomes resguardados, sendo identificados por suas iniciais e idades.

## Instrumentos

Foi utilizado como instrumento para coleta de dados um questionário, formulado pelos pesquisadores, com perguntas abertas e fechadas. O questionário constitui hoje uma das mais importantes técnicas disponíveis para obtenção de dados nas pesquisas sociais e é definido por Gil (2009) como uma técnica de investigação composta por questões apresentadas por escrito às pessoas, com objetivo de conhecer suas opiniões, crenças, sentimentos, interesses e expectativas.

No período de 1 a 15 de setembro de 2011, foram aplicados 11 questionários aos usuários e/ou acompanhantes que aguardavam na sala de espera da clínica-escola da referida instituição. Para a realização da pesquisa, primeiramente, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Franciscano (CEP nº 153.2011.3), e, após sua avaliação e aprovação, ele foi executado. Consideraram-se as diretrizes para pesquisa com seres humanos para proteção dos direitos dos envolvidos na pesquisa, conforme os aspectos éticos apontados pela Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (Brasil, 1996).

A abordagem dos participantes seguiu os critérios da amostra por conveniência e ocorreu a partir do contato direto realizado pela pesquisadora junto aos participantes, na sala de espera. A aplicação do instrumento foi realizada individualmente, em um único encontro, precedida de uma breve explicação do teor do instrumento. Posteriormente, realizou-se a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), com as informações sobre a pesquisa e os contatos das pesquisadoras e do CEP-Centro Universitário Franciscano.

Após a assinatura do TCLE em duas vias, foi entregue a cada participante um questionário com perguntas abertas e fechadas, cujo foco era as questões que permeiam a representação social da Psicologia e do psicólogo. A fim de se evitarem constrangimentos decorrentes de possíveis dificuldades de leitura por parte dos participantes, foi indagado sobre a vontade de cada sujeito em preencher o questionário sozinho ou com auxílio da pesquisadora. Ele continha as informações sobre a pesquisa e os contatos das pesquisadoras e do CEP-Centro Universitário Franciscano, e a duração de aplicação de cada instrumento foi de 10 a 15 minutos.

## Procedimentos

Os dados coletados através do questionário foram categorizados para, posteriormente, serem analisados. Os dados coletados foram submetidos à análise de conteúdo proposta por Bardin (2010), que afirma ser ela um conjunto de técnicas de análise das comunicações que visa a obter, através de procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores que permitam inferir conhecimentos relativos às condições de produção e de recepção dessas mensagens.

No que se refere à significação das unidades de análise dos questionários, foram criadas três categorias, que correspondem às principais questões compreendidas no instrumento de coleta de dados. A partir dessas categorias, formularam-se subcategorias de acordo com o conteúdo expresso. Os resultados na presente pesquisa são apresentados com fragmentos representativos, relacionando algumas respostas elucidativas dos participantes com a teoria.

As categorias que emergiram para análise foram: Psicologia *versus* psicólogo. Atendimento na clínica-escola (com a subcategoria de encaminhamentos e/ou indicações) e característica do psicólogo.

## Resultados e Discussões

A amostra foi constituída por 11 participantes: 8 (72,72%) acompanhantes, pais ou cuida-



dores de crianças atendidas, e 3 (27,27%) usuários que se encontravam na sala de espera para atendimento psicológico junto à clínica-escola do Centro Universitário Franciscano. Dos 11 participantes, 1 (9,09%) era do sexo masculino e 10 (90,91%), do sexo feminino, e todos residentes no município de Santa Maria (RS), na faixa etária entre 20 e 54 anos, e idade média de 39,4 anos (desvio-padrão = 2,4%).

No que tange à variável escolaridade, havia 1 participante (9,09%) com Ensino Fundamental Incompleto, 1 (9,09%) com Ensino Fundamental Completo, 1 (9,09%) com Ensino Médio Incompleto, 4 (36,36%) com Ensino Médio Completo, 1 (9,09%) com Ensino Superior Incompleto e 3 (27,27%) com Ensino Superior Completo.

Quanto à profissão, 3 (27,27%) relataram serem donas de casa, 1 (9,09) omitiu essa informação e os demais, ou seja, 7 (63,64%), referiram outras - professora, porteiro, educador físico, cabeleireira, funcionária pública, diarista e estudante.

Com relação ao número de vezes que haviam procurado um serviço de Psicologia, 2 (18,18%) disseram nunca o terem procurado anteriormente, enquanto 9 (81,82%) já haviam procurado atendimento.

### Psicologia versus psicólogo

Na categoria intitulada "Psicologia versus psicólogo", percebe-se que os entrevistados não diferenciavam a ciência Psicologia do fazer psicológico. Isso pode ser vislumbrado pelas seguintes frases, retiradas da questão referente ao entendimento dos participantes quanto à Psicologia: "*eu penso que é um meio do profissional ajudar as pessoas*" (S., 42 anos). "*É uma forma de ajudar as pessoas a se entender*" (T., 20 anos).

Percebe-se, a partir das falas dos entrevistados, a dificuldade de estabelecer a diferença entre a Psicologia e o psicólogo. Os resultados obtidos nesta pesquisa sugerem que o profissional de Psicologia é entendido por meio de definições, cuja representação seria a de um orientador ou conselheiro.

Os participantes mostraram-se pouco esclarecidos com relação ao profissional e ao objeto de

estudo da Psicologia. Sobre esse aspecto, pode-se pensar que, talvez, a própria categoria não esteja certa dessa diferenciação devido à complexidade do objeto de estudo, que é demasiadamente explorado por diversos autores.

Segundo Bock, Furtado e Teixeira (2009), o objeto de estudo da Psicologia é diversificado e de acordo com os enfoques teóricos escolhidos. Ao mesmo tempo, tem um ponto em comum, chamado de subjetividade, que pode ser descrito como a síntese individual constituída a partir do desenvolvimento e das vivências na vida social e cultural: é a maneira de pensar, sentir, sonhar, amar, fazer de cada um. Em similaridade, estão as respostas retiradas da questão referente à concepção dos participantes quanto ao psicólogo: "*orienta pessoas a conhecer e resolver seus conflitos*" (M., 34 anos). "*Entende a pessoa*" (C., 48 anos).

Sobre o fazer do psicólogo, os sujeitos relataram que ele ajuda e entende seus problemas de ordem psicológica. Para Bock et al. (2009), o aprendizado dos conhecimentos específicos ligados à Psicologia possibilita uma melhor compreensão para o psicólogo sobre o mundo que o cerca, significando, então, saber mais sobre a vida humana.

Já as respostas dos participantes sobre o que pensavam sobre a função da Psicologia encontram-se na mesma perspectiva da questão referente ao fazer do psicólogo, como exemplificado abaixo: "*para ajudar as pessoas a resolver problemas de ordem emocional*" (A., 40 anos). "*Deve ajudar a resolver problemas das pessoas*" (K., 43 anos).

A função assistencialista descrita nas falas dos entrevistados remete à inferência de pensar a Psicologia, assim como outras profissões, como parte do cuidado com o outro, a serviço de outra pessoa. Essa característica há muito tempo é relacionada à caridade, benemerência, assistencialismo. No entanto, o verdadeiro sentido da assistência é recuperar as condições de autonomia, e não instituir situação definitiva de dependência.

Ressalta-se a importância da consciência das intensas desigualdades sociais existentes no contexto brasileiro e a tendência de ver a saúde não como um direito da população, mas como uma

prática assistencialista reservada somente à população em vulnerabilidade social. A partir desse contexto de saúde, acredita-se que, cada vez mais, os psicólogos foram e são convocados a reinventar suas práticas ao longo dos anos. O aspecto assistencialista, descrito em falas apresentadas abaixo, também foi mencionado em outros estudos: “*o psicólogo ouve o paciente e tenta ajudar*” (S., 42 anos). “*Auxilia nas dificuldades*” (V., 54 anos).

Praça e Novaes (2004) e Lahm e Boeckel (2008), em seus estudos, revelaram a representação da Psicologia como aquela que pode dar ajuda incondicional ao outro. Essa visão remete ao que mostrou o estudo de Magalhães, Straliozzo, Keller e Gomes (2001), realizado sobre a escolha vocacional em Psicologia, na perspectiva do ingressante no curso de graduação em Psicologia: 75% das declarações expressaram o desejo de ajudar o outro nos assuntos psicológicos, implicando, assim, uma mudança de visão de mundo e melhoria das relações com os outros e com a sociedade em geral. Para Praça e Novaes (2004), esse desejo tem uma roupagem onipotente, estereotipando assim o psicólogo como o adivinhador do que os outros pensam.

### Atendimento na clínica-escola

Esta categoria concerne à forma como os participantes da pesquisa percebem o atendimento de Psicologia realizado na clínica-escola. Observaram-se duas temáticas mais expressivas: o trabalho lúdico e o reconhecimento do acadêmico.

Em relação ao trabalho de forma lúdica, é necessário destacar que a maioria - oito (72,72%) participantes da pesquisa -, era de pais e/ou cuidadores de crianças atendidas na clínica-escola. Provavelmente, por esse motivo, eles relataram atividades vinculadas ao *setting* psicoterapêutico infantil. Abaixo, a transcrição de algumas respostas referentes à categoria: “*eu acho que tem brincadeiras para ver qual a situação, eu acho que através disso jogos, brincadeiras*” (A., 37 anos). “*Com brinquedos, desenhos, perguntando coisas*” (C., 33 anos).

Winnicott (1982) descreve o *setting* infantil como um forte indício capaz de mobilizar a habi-

lidade do paciente em confiar na possibilidade de receber ajuda e confiar em quem a oferece. Assim, acredita em um *setting* no qual o paciente fique livre para explorar as oportunidades que a sessão proporciona. O mesmo autor ainda expõe que o desejo de comunicar-se através das brincadeiras é empregado em lugar da fala dos adultos, podendo as crianças controlar suas ideias ou impulsos que, se não forem dominados, conduzirão à angústia.

Outro aspecto observado nessa categoria diz respeito à perspectiva de uma psicologia clínica tradicional, individual e de caráter privado, que pode ser vista na fala de um dos participantes ao descrever o atendimento psicológico: “*de forma individual, personalizada*” (M., 34 anos). “*Através de conversas, questionamentos*” (T., 20 anos).

Tendo em vista a história da Psicologia no Brasil, desde sua constituição, foi uma ciência comprometida com os interesses das elites e teve suas práticas voltadas para o controle e a diferenciação das massas (Bock, 2009). No entanto, movimentos como a Reforma Psiquiátrica, a Reforma Sanitária e a inserção do psicólogo em outros serviços que não estavam atrelados à clínica tradicional, individual e privada geraram novos questionamentos e atribuições, tanto na atuação quanto na formação dos psicólogos, convocando-os a pensarem sobre a importância de se reinventarem suas práticas, construindo, assim, uma Psicologia mais próxima das necessidades brasileiras.

Sobre esse aspecto, é possível elencar as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) para os cursos de graduação em Psicologia, instituídas no ano de 2004, e que surgiram para nortear o trabalho do psicólogo, acrescentando-lhe novas atribuições, como visão interdisciplinar, formação generalista e olhar integral (Brasil, 2004).

Pode-se pensar também que a Clínica Social, proposta por Moreira, Romagnoli e Neves (2007), pode contribuir com as discussões sobre as práticas psicológicas, pois ela é uma prática envolvida com a construção de novas formas de atuação e, mesmo com a Psicologia se dedicando à subjetividade em suas mais variadas aparições, não se deve pensar somente no sujeito individual, pois ele é fruto de

um encontro social: é preciso acreditar na clínica como plano de produção do coletivo.

Outro dado que deve ser ressaltado nas respostas dentro dessa categoria é a importância dada aos acadêmicos que desenvolvem as atividades de estágio na clínica-escola. Os participantes mencionaram que reconhecem esse trabalho e que utilizam essa prática como um verdadeiro espaço de ensino-aprendizagem. Essas ideias são ilustradas nas descrições abaixo: *“os acadêmicos estão cientes do que estão fazendo, são responsáveis na parte clínica e na preparação dos alunos em si”* (N., 44 anos). *“É muito bom, com grande interesse dos (as) alunos (as)”* (V., 54 anos).

Para Perfeito e Melo (2004), é fundamental para a formação do psicólogo o contato direto com as pessoas na clínica-escola. Essa é a importância crucial do trabalho prático associado ao embasamento teórico, sendo a prática o lugar de resultado das transformações e onde se entra em contato com a teoria, pensando-se em resoluções para suas limitações, e se atualiza quanto às demandas contemporâneas. Nessa perspectiva, vislumbra-se a clínica-escola do Centro Universitário Franciscano, em um processo contínuo e permanente, uma vez que esse serviço já tem um processo diversificado de atendimentos psicológicos, como atendimentos em grupo, o que amplia, assim, cada vez mais, as ações em várias áreas e formas de se fazer Psicologia.

### Encaminhamentos e/ou indicações

Em relação à subcategoria intitulada encaminhamentos e/ou indicações, a maioria - cinco (45,45%) -, descreveu que o encaminhamento foi dado por algum profissional da saúde, entre eles, pediatra, neurologista, fisioterapeuta, dentista e demais serviços de saúde mental, no caso o Centro de Atenção Psicossocial (CAPS). As outras indicações foram feitas *“por amigos e pela escola”*.

Os profissionais de saúde parecem começar a adotar um olhar mais integral, sem fragmentações, entendendo o ser humano como um todo, no seu próprio contexto e nas relações dinâmicas do meio onde está inserido, unificando ações pre-

ventivas, curativas e de reabilitação, e atendendo às necessidades de saúde dos indivíduos. O cuidado integral é pleno, feito com base no ato acolhedor do profissional de saúde, no estabelecimento de vínculo e na responsabilização diante do seu problema.

Além disso, pode-se pensar que o trabalho em uma equipe multiprofissional seja uma modalidade de trabalho coletivo que se configura na relação recíproca entre os diferentes profissionais. O trabalho em equipe não pressupõe suprimir as especificidades de cada área, pois as diferenças técnicas propagam a possibilidade de contribuição para a melhoria dos serviços prestados aos usuários assistidos (Peduzzi, 2001).

### Características do psicólogo

Para melhor entendimento, as características atribuídas ao psicólogo foram divididas em três eixos principais: Capacitação/Qualificação; Modo de ser e Intervenção.

Dentro do eixo de “Capacitação/Qualificação”, foi vislumbrado que as características pessoais a ele atribuídas baseiam-se em *“dedicação, inteligência, interesse (de aprender com colegas, professores e pacientes) e gostar da profissão”*. De acordo com estudo de Traverso-Yépez e Moraes (2004), 11% dos entrevistados (estudantes de Psicologia), explicitaram a escolha do curso exatamente pela motivação sobre o fato de gostar de conhecer e aprender com as pessoas no trato diário com pacientes.

Na segunda categoria, denominada “Modo de ser”, foram reunidos os termos: *“atencioso, paciente, compreensivo, sério, simpático, calmo, tolerante e possuidor de cumplicidade”*, elementos predominantemente de características pessoais. Na pesquisa realizada por Praça e Novaes (2004), descobriu-se que, para estudantes universitários do penúltimo ano de graduação de diversos cursos de determinada universidade, as características mais explícitas do profissional da Psicologia são: observador, equilibrado e confiável, o que demonstra o quanto é imprescindível ater-se à representação so-

cial e fazer disso um instrumento para aperfeiçoamento e melhoria dos serviços de psicologia ofertados à comunidade.

No eixo “Intervenção”, por reunir atributos de atuação psicoterapêutica, destacaram-se as respostas referentes à “*atitude, boa comunicação, capacidade de argumentar e saber conversar, gostar de crianças, saber ouvir, ser objetivo, conseguir deixar a pessoa segura e possuir método de interação*”. More, Leiva e Tagliari (2001), em pesquisa sobre a representação social do psicólogo, entre técnicos, profissionais da saúde e comunidade usuária de uma instituição pública de saúde, obtiveram, em sua maioria de respostas, que o psicólogo é considerado profissional que ajuda e orienta.

## Considerações Finais

Por meio do presente estudo, percebe-se a fundamental importância da identificação das representações sociais dos usuários assistidos na clínica-escola, assim como nos diferentes contextos nos quais se dá a atividade do psicólogo, com a finalidade de subsidiar sua ação junto a diferentes segmentos. Em termos teóricos, ressalta-se que o grau das representações sociais constitui-se um elemento cultural indissociável do contexto social, sendo seu reconhecimento indispensável para um bom entendimento das ações desempenhadas pelos profissionais.

Na pesquisa, foram demonstradas as representações sociais de 11 usuários de uma clínica-escola a partir de seus conhecimentos e significados, que devem ser vistos como um saber diferente, nem melhor, nem pior que os dos profissionais, que expõe experiência única e singular. Essa ocasião contribuiu para uma solidificação da representação social da Psicologia e do psicólogo. A visão dos usuários esteve marcada unicamente pelo caráter terapêutico da Psicologia e do psicólogo. Tal fato não coopera para a construção de outras visões referentes ao exercício do profissional da Psicologia.

Foi visto que há dificuldades dos usuários em estabelecer diferenças entre a Psicologia e o

psicólogo: a ambos foi atribuída uma função assistencialista, de ajuda e de entendimento dos problemas de ordem psicológica. Além disso, foi demonstrado, por parte dos entrevistados, reconhecimento do trabalho realizado pelos estagiários de Psicologia. Isso evidencia, de modo geral, a utilização da prática, que deve ser contínua e permanente, como um verdadeiro espaço de ensino-aprendizagem.

Sendo assim, a partir dos dados levantados, ressalta-se a importância de pensar em outras formas de se fazer Psicologia, colocando-se em prática a concepção de ensino-pesquisa-extensão, além dos parâmetros preconizados pelas DCN e pelo Plano Pedagógico do Curso de Psicologia do Centro Universitário Franciscano, e ampliando-a para diversas outras atividades ao potencializar o saber-fazer psicológico.

Toda essa reflexão diz respeito a uma formação com uma perspectiva mais ampla, na qual o psicólogo faça parte de uma rede, e se comprometa com a sociedade ao trabalhar na promoção da saúde da comunidade, com a preparação para o trabalho multi e interdisciplinar com outros profissionais, enriquecendo, desse modo, a atuação da Psicologia, e fazendo com que o psicólogo seja representado como um profissional ligado à dimensão sócio-histórica da sociedade em que trabalha, não apenas como o profissional que ajuda e orienta os outros em uma prática assistencialista. Portanto, é necessária uma formação que estimule a pesquisa e a extensão, que ensine a perguntar, a estranhar o familiar e buscar diferentes respostas. O conhecimento deve estar em permanente movimento e permitir a entrada franca da realidade cotidiana.

## Referências

- Almeida, A. M. O., Santos, M. F. S., & Trindade, Z. A. (2000). Representações e práticas sociais: contribuições teóricas e dificuldades metodológicas. *Temas em Psicologia da SBP*, 8(3), 257-267.
- Bardin, L. (2010). *Análise de conteúdo* (4ª ed.). Lisboa: Edições 70.
- Bock, A. M. B. (2009). Psicologia e sua ideologia: 40 anos de compromisso com as elites. In: A. M. B. Bock (Org.), *Psicologia e o compromisso social* (2ª ed., pp.15-28). São Paulo: Cortez.

- Bock, A., Furtado, O., & Teixeira, M. L. T. (2009). *Psicologias: uma introdução ao estudo de psicologia* (14ª ed.). São Paulo: Saraiva.
- Brasil. Presidência da República. (1962). Lei nº 4.119, de 27 de agosto de 1962. *Dispõe sobre a formação em psicologia e regulamenta a profissão de psicólogo*. Recuperado em maio 12, 2011, de [http://www.pol.org.br/legislacao/pdf/lei\\_n\\_4.119.pdf](http://www.pol.org.br/legislacao/pdf/lei_n_4.119.pdf)
- Brasil. Conselho Nacional de Saúde. (1996). Resolução nº 196, de 10 de outubro de 1996. *Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos*. Recuperado em maio 12, 2011, de [http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso\\_96.htm](http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/reso_96.htm)
- Brasil. Conselho Nacional de Educação. (2004). Resolução CNE/CES nº 8, de 7 de maio de 2004. *Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do curso de graduação em psicologia*. Recuperado em maio 12, 2011, de [http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_download&gid=7690&Itemid=](http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=7690&Itemid=)
- Campezatto, P. V. M., & Nunes, M. L. T. (2007). Atendimento em clínicas-escola de psicologia da região metropolitana de Porto Alegre. *Estudos de Psicologia* (Campinas), 24(3), 363-374. doi: 10.1590/S0103-166X2007000300008
- Freitas, C. D. R. (2008). *"Ele dorme e se acorda comigo": representações sociais do programa bolsa família* (Dissertação de mestrado não-publicada). Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.
- Gil, A. C. (2009). *Métodos e técnicas de pesquisa social* (6ª ed.). São Paulo: Atlas.
- Güntert, A. E. V. A., Camargo, C., Fabriani, C. B., Silva, S. M., Conti, J., Dias, C. C., ... Silva, T. C. (2000). As variáveis determinantes na aderência à psicoterapia: uma investigação em clínica-escola. *Psico USF*, 5(2), 13-23.
- Lahm, C. R., & Boeckel, M. G. (2008). Representação social do psicólogo em uma clínica-escola do município de Taquara/RS. *Contextos Clínicos*, 1(2), 79-92.
- Leme, M. A. V. S., Bussab, V. S. R., & Otta, E. (1989). A representação social da psicologia e do psicólogo. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 9(1), 29-35.
- Löhr, S. S., & Silveiras, E. F. M. (2006). Clínica-escola: integração de formação acadêmica com as necessidades da comunidade. In: E. F. M. Silveiras. *Atendimento psicológico em clínicas-escola* (Vol. 1, pp.11-22). Campinas: Alínea.
- Magalhães, M., Straliootto, M., Keller, M., & Gomes, W. B. (2001). Eu quero ajudar as pessoas: a escolha vocacional da psicologia. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 21(2), 10-27.
- Merg, M. M. G. (2008). *Características da clientela infantil em clínicas-escola* (Dissertação de mestrado não-publicada). Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.
- Minayo, M. C. S. (2008). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. Petrópolis: Vozes.
- More, C. O. O., Leiva, A., & Tagliari, L. V. (2001). A representação social do psicólogo e de sua prática no espaço público-comunitário. *Paidéia*, 11(21), 85-98.
- Moreira, J. O., Romagnoli, R. C., & Neves, E. O. (2007). O surgimento da clínica psicológica: da prática curativa aos dispositivos de promoção da saúde clínica social. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 27(4), 608-621.
- Moscovici, S. (2010). Representações sociais: investigação em psicologia social. Petrópolis: Vozes.
- Pfromm Netto, S. (2004). Psicologia no Brasil. In M. A. K. Antunes (Org.), *História da psicologia no Brasil: primeiros ensaios* (pp.139-175). Rio de Janeiro: EDUERJ.
- Peduzzi, M. (2001) Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Revista de Saúde Pública*, 35(1), 103-109.
- Perfeito, H. C. S., & Melo, S. A. (2004). Evolução dos processos de triagem psicológica em uma clínica-escola. *Estudos de Psicologia* (Campinas), 21(1), 33-42. doi: 10.1590/S0103-166X2004000100003
- Praça, K. B. D., & Novaes, H. G. V. (2004). A representação social do trabalho do psicólogo. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 24(2), 32-47.
- 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.
- Schmidt, M. L. S. (1992). Clínica-escola, escola da clínica? *Boletim de Psicologia*, 42(96/97), 99-103.
- Serviço de Psicologia. (2004). Regimento interno. Santa Maria: Unifra.
- Traverso-Yépez, M., & Moraes, N. A. (2004). Idéias e concepções permeando a formação profissional entre estudantes das ciências da saúde da UFRN: um olhar da Psicologia Social. *Estudos de Psicologia*, 9(2), 325-333.
- Winnicott, D. W. (1982). *A criança e seu mundo* (6ª ed.). Rio de Janeiro: Editora LTC.

Recebido em: 3/5/2012  
 Versão final em: 18/7/2012  
 Aprovado em: 22/11/2012



# Feeding practices, healthcare and kinship during the first year of life

## *Alimentação, cuidado em saúde e parentesco durante o primeiro ano de vida*

Vania **BUSTAMANTE**<sup>1</sup>  
Cecilia **McCALLUM**<sup>2</sup>

### Abstract

This paper reports a study of how babies are fed during their first year of life as practiced by families living in a low-income neighborhood of *Salvador, Bahia*, Brazil and served by the state's Family Health Program. Two families were followed up over a year using the Bick method for the observation of mother-infant relationships. The results showed that although the families appreciated the recommendations of health professionals regarding the need to practice exclusive breastfeeding until the child reached six months, in practice during their first few weeks of life the babies were started on complementary food in addition to breast milk. The mothers made decisions regarding feeding the babies taking into consideration the following: The opinions of a selection of relatives; food availability; ideas about what is suitable for the developing baby; and finally, their observations of the child's responses. The results show that food is part of the mutually imbricated processes of the social construction of the person and the constitution of kinship ties. The conclusion reflects on the implications of these findings for health practices.

**Keywords:** Healthcare; Kinship structure; Mother child relations; Nutrition.

### Resumo

*Realizou-se um estudo sobre a alimentação durante o primeiro ano de vida em famílias que moram em um bairro de baixa renda em Salvador atendido pelo Programa de Saúde da Família. Participaram duas famílias que foram acompanhadas ao longo de um ano. Os dados foram coletados utilizando o método Bick de observação da relação mãe-bebê. A análise dos relatos das visitas teve como referência a técnica de análise de conteúdo. Os resultados evidenciam que, embora as famílias valorizem as prescrições de profissionais de saúde sobre a prática do aleitamento materno exclusivo até os seis meses, desde as primeiras semanas os bebês recebem alimentos em forma complementar ao leite materno. As decisões sobre a alimentação são tomadas pelas mães, considerando: opiniões de vários parentes, disponibilidade de alimentos, idéias sobre o que é adequado para o desenvolvimento do bebê, assim como a observação das respostas da criança. Mostra-se que a alimentação faz parte do processo de construção social da pessoa e dos laços de parentesco. Finalmente são tecidas reflexões sobre as implicações destes resultados para as práticas de saúde.*

**Palavras-chave:** Cuidados da saúde; Laços de parentesco; Relação mãe-criança; Nutrição.

▼ ▼ ▼ ▼ ▼

<sup>1</sup> Universidade Federal da Bahia, Instituto de Psicologia, Curso de Psicologia. *Campus* São Lazaro, R. Aristides Novis, 2, Estrada de São Lazaro, 40210-730, Salvador, BA, Brasil. *Correspondência para/Correspondence to:* V. BUSTAMANTE. E-mail: <vaniabus@yahoo.com>.

<sup>2</sup> Universidade Federal da Bahia, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Programa de Pós-Graduação em Antropologia. Salvador, BA, Brasil.

Article based on the post-doctoral project of V. BUSTAMANTE entitled "O cuidado de mulheres grávidas e bebês na relação entre profissionais do Programa de Saúde da Família e moradores de um bairro popular de Salvador: um estudo etnográfico". Universidade Federal da Bahia, 2011.

The present study discusses practices in low-income Brazil with respect to infant nutrition during the first year of life, focusing on three key aspects: The influence of the relationship between health service users and health professionals; family dynamics; and also the uniqueness of each baby.

The Brazilian Health Ministry sets out clear recommendations about infant feeding and the part to be played in this by health professionals (Brasil, 2005). These stipulate that the healthcare of pregnant women and babies is a priority when it comes to organizing primary care services, especially in the context of the *Programa de Saúde da Família* (PSF, Family Health Program). More specifically, breastfeeding encouragement is marked as a top priority for PSF care workers, who are given responsibility for stimulating the practice both of Exclusive Breastfeeding (EBF) until the child reaches six months and also of breastfeeding as a complementary nutritional activity thereafter, until it is two (Caldeira, Aguiar, Magalhães, & Fagundes, 2007).

The broad consensus about the benefits of breastfeeding is linked to numerous studies on the factors that favor or hinder the practice. By way of introduction to the discussion of findings about baby feeding practices in Brazil, the article begins with a brief exploration of the main issues tackled in this scientific literature on breastfeeding.

Caminha et al. (2010) point out that, despite wide recognition of the importance of breastfeeding and despite all the promotion, protection and support for the practice, there is still much ground to cover in order to achieve international goals and recommendations. Several studies identify the low prevalence of EBF in Brazil. In the data from study of a municipality fully covered by the PSF, Parada, Carvalhães, Winckler, Winckler, and Winckler (2005) note that for children under four years EBF stands at 25.4% while Predominant Maternal Breastfeeding (PMB) occurs at a rate of 44.4%. In another study, Carvalhães, Parada, and Costa (2007) show that 38.0% of the infants were exclusively breastfed and that the mothers justified the introduction of cow's milk (in the case of 33.4% of children surveyed) as related to the quantity and quality of breast milk

and to the child's need. The use of pacifiers and breastfeeding difficulties were associated with an absence of EBF. Parada, Carvalhães, and Jamas (2007), in a study of complementary feeding practices in the first year of life, identified the consumption of inadequately prepared and unsuitable foods: Thus, ordinary family foods are given to children aged between six and eight months (48.8%); and soups are offered to children older than eight months (71.6%).

Various qualitative and quantitative studies in this literature seek to understand the factors that favor and obstruct EBF in the first six months. Several focus on the breastfeeding mother's perspective or on the way in which the presence of relatives - especially grandparents - interferes with EBF continuity (Fujimori, Nakamura, Gomes, Jesus, & Rezende, 2010; Marques et al., 2010). Other studies identify maternal characteristics that influence the duration of breastfeeding. The mother's inclusion in the labor market is an important factor, as is the woman's determination, especially when it comes to those who continue breastfeeding for more than six months (Polido, Mello, Parada, Carvalhães, & Tonete, 2011). In one study maternal pleasure was identified as the mother's most cited reason to continue breastfeeding (Carrascoza, Costa-Júnior, & Moraes, 2005). Another study highlights that for the mothers who participated, the breastfeeding experience was not child-focused (Carrascoza, Possobon, Costa-Júnior, & Moraes, 2011). Conversely, a study of nursing mothers in a healthcare facility found that 71% felt that they produced quality milk and that from their perspectives their child was satisfied after feeding (Monteiro, Gomes, Stefanello, & Nakano, 2011). Thus, in this case, the child's level of satisfaction was used to evaluate the milk. Rocha, Garbin, Garbin, and Moimaz (2010) studied the knowledge and perceptions of a group of women in relation to breastfeeding, concluding that knowledge about the properties of milk does not guarantee the success of the practice of breastfeeding.

Some studies explore possible differences between social groups. Fujimori et al. (2010) did not identify an association between duration of



breastfeeding and the social groups studied. Conversely, Oliveira, Assis, Gomes, Prado, and Barreto (2005), in a study conducted in *Salvador* (BA), found that children from low-income families were 2.3 times more likely to be subject to precocious food consumption. In this study, early cessation of exclusive or predominant breastfeeding was associated with motherhood at an early age and with poor living conditions.

As far as health practices are concerned, several studies sought to evaluate healthcare during pregnancy and the *post partum* period with respect to breastfeeding. They relate care provided in areas such as access to consultations, quality of care, and the professional's level of knowledge of breastfeeding indicators. Thus, Pereira, Oliveira, Andrade, and Britto (2010) identified a positive association between EBF during the first six months and access to promotion, protection and support of breastfeeding in the primary care services. Frota, Mamede, Vieira, Albuquerque, and Martins (2009) aimed to identify cultural practices surrounding breastfeeding among families enrolled in a PSF clinic. They found that the mothers surveyed mentioned difficulties with breastfeeding, including biological, social and cultural problems, and also noted a lack of adequate support from the health service.

Other studies sought to understand the differences between mothers' and health professionals' views about breastfeeding. Marques et al. (2009) sought to identify the significance of breastfeeding for professionals who work in the PSF and to document convergent and divergent themes between their approaches to breastfeeding and those harbored by lactating mothers. Among the most relevant results were the following: Firstly, these health workers understood breastfeeding to be a woman's obligation and secondly, the study showed that there were clear shortcomings in the level of training in breastfeeding. This facilitates a continuing wide gap between what professionals know and the real demands of everyday healthcare practice.

This brief literature survey highlights an important lacuna in studies on infant feeding, namely, investigations concerning the way that

babies are fed by people embedded in dynamic relational fields marked by ever-negotiated asymmetries of power. In the studies cited above the relational context of feeding is barely mentioned, despite its central importance for understanding the *raison d'être* of many of the practices that run counter to the World Health Organization recommendations, such as the precocious consumption of foodstuffs. A study of how babies are fed during day-to-day family life should help us understand the way in which feeding practices are constituted and transformed on a daily basis and thus enable us to pinpoint the factors that influence them most directly.

The present study shows that people take the advice of the health professionals' into consideration in their day-to-day practices, yet are also influenced by other factors. Specifically, the study highlights the key role played by the agency of the baby itself and draws special attention to the fact that feeding is an essential dimension in the daily constitution of kinship ties. Thus, it illuminates aspects of infant feeding that are poorly addressed in the specialized literature, particularly those that focus on breastfeeding and weaning.

This study takes it as given that nutrition is a central dimension of care for the social construction of the person and that social feeding practices are constructed jointly with the other exchanges that are constitutive of kinship. Accordingly, the present study is part of a broader theoretical enterprise that seeks to understand various dimensions of childcare within the framework of the conceptual discussion of care itself. For this, it is necessary to outline the approach to care developed in previous studies (Bustamante, 2009).

Care is conceived here as the construction of projects, a view that both aligns itself with Ayres (2004) approach and distances itself from it in some respects. While Ayres focuses on care within a restricted sphere of inter-subjectivity, the argument that follows explores how care is culturally and socially constructed within structured relations of power. The socio-historical aspects of care, highlighted by authors working from a feminist perspective, such as Scavone (2005), are central to

the concept proposed here. Thus, the study argues that care can be thought of as the construction of the individual projects of the person that are expressed in daily practices, within a framework of power relations between agents who occupy different social positions.

Projects of the person are usually related to the multiple interests of caregivers who occupy different positions within a social field, an approach proposed by Bourdieu (1996). Following Rabelo's (1999) concept of project, this article argues that projects involve more than mental or discursive construction. Projects can be expressed through the body, without reference to a posited level of mental representations. Moreover, different projects may compete in the same situation. Leading on from Rabelo's contributions, then, and also from anthropological debates on the social construction of the person, it is a premise of this article that care, and with it the person, is constantly in the process of being constituted, and that this takes place in the form of projects which are not always spelled out discursively. Such a conceptualization of care requires a critique of the tendency to universalize the meaning of care and, at the same time, the proposal to extend this notion by showing that care is constructed every day, and is much more than a simple concern for the happiness or wellbeing of the person to whom the care is dispensed.

This interest in understanding how relational factors shape everyday feeding practices (Hernandez & Kohler, 2011) led to the present study's choice of a qualitative approach and, more specifically, to use of Bick method of observation

of mother-infant relations. In the following, the methodological choices shaping the investigation are made explicit.

## Methods

### Participants

This research was developed in Prainha<sup>3</sup>, a neighborhood where the author conducted fieldwork between 2003 and 2006, developing several studies on different dimensions of childcare. This is a neighborhood located in the *Suburbio Ferroviário* region of *Salvador* (BA), which, like other low-income areas, suffers from inadequate services and poor urban infrastructure. It has some unpaved streets, a lack of both green spaces and recreational facilities, and many homes are permanently under construction. Reports of violent episodes, including domestic violence, fights between neighbors and police violence are frequent. The educational level of residents is low. However, there is a growing presence of state institutions - a Family Health Center, schools, daycare centers, a police station and also social programs.

This paper focuses on data concerning two families who allowed us to observe their babies throughout the first year of life. The main participants in the observation process are listed below in Table 1. The fictitious names used to designate them begin with the letter "I" in the case of Ivana and her relatives and "F" in the case of Fábio and his family members.

**Table 1**  
Participants

Baby's name	Family nucleus	Closest relatives
Ivana	Isaura (M), Isaac (F), Igor (MB)	Maternal grandmother, maternal uncles and cousins
Fábio	Fátima (M), Fred (F), Fernanda e Fabíola (MZ)	Maternal aunt, maternal grandmother, paternal grandmother

Note: M: Mother; F: Father; MB: Maternal Brother; MZ: Maternal Aunts.

▼ ▼ ▼ ▼ ▼  
<sup>3</sup> For ethical reasons all names used here are fictional.

## Instruments and Procedures

This study used the Bick method for observation of mother-infant relations. This is a device created by psychoanalyst Esther Bick and originally used for the training of psychotherapists. It involves conducting weekly visits (one hour long) during the babies' first year of life. The visits should take place on the same day and time, with the duration of one hour. The observer assumes a silent, attentive and respectful posture towards the baby and family. After the visit, the observer should produce a detailed report, related in weekly supervisory meetings (Oliveira-Menegotto, Menezes, Caron, & Lopes, 2006).

The observations were made between 2010 and 2011 by Adriana Correia and Marta Campos. Both were Psychology students and served as research assistants conducting home visits. Each family was visited by only one observer. As suggested by the Bick method, they wrote reports after each visit and held weekly meetings with the research head, who also acted as supervisor. The observation ceased when the infant reached one year of age.

## Data analysis

To achieve the aims of the present study, analysts read the observation reports in order to identify passages that made reference to feeding. The information was organized by month, so it was possible to construct a sequential account of the feeding practices, from the early days of the baby's life up to its first birthday.

For the purposes of analysis the study used elements from different methodologies, as is clear from what follows. Based on content analysis, word repetition was identified, taking this as an indication that something may be significant. As in discourse analysis, attention was not only given to words but also to their relational contexts - and the power struggles in which the latter were constituted. Moreover, there are important points in common with the tenets of hermeneutic-dialectical analysis (Minayo, 2007). According to Minayo, this

emphasizes the importance of historicity for understanding human interactions and recognizes the impossibility of truly impartial observation.

The results presented below are organized under three topics: 1) the babies and their families; 2) the first four months; and 3) feeding from the fifth month.

The research project that gave rise to this article was approved by the Research Ethics Committee of the Institute of Collective Health of the *Universidade Federal da Bahia* (n° 028-09).

## Results

Babies Ivana and Fábio lived with their biological parents and maternal siblings. Their mothers, Isaura and Fatima, respectively, owned their own residences and, in both cases, their husbands moved in with them. However, each family had specific features and distinct dynamics. In the case of Isaura's family, the relatives were always present in the everyday life, while in Fatima's they were less so and there were often conflicts. As Sarti (2003) notes, the presence of relatives does not guarantee that kinship ties are constantly renewed or that there are exchanges that constitute sources of support.

Regarding the babies' parents, it was observed that Fábio's father, Fred was more present in day-to-day life than Isaac, Ivana's father. As discussed by Bustamante and Trad (2007) considering the relationship between paternal involvement in childcare and types of relationship with other relatives, this may have been associated with the greater involvement of maternal relatives in the care of the latter. One aspect common to the two families was the presence of conflicts linked to the interaction between the baby's father and maternal brothers. These uncles were very participative in caring for the babies.

There were economic differences between the families: Ivana's could rely on more stable sources of income than Fábio's. These differences may be associated with a greater supply of food in

Ivana's case, while in Fábio's the quantity of food consumed daily was smaller and less varied for the whole family.

Both babies were well received in the family despite differences in the way in which the pregnancy came about. Ivana was the result of planned parenthood, however, Fábio was not.

The mothers received prenatal care in a Family Health Center in the neighborhood in which they resided. Isaura also had some check-ups in a suburban hospital (these being health services that promote exclusive breastfeeding during the first six months). This behavior is considered a good sign of maternal involvement, as well as caring for the baby (Bustamante & McCallum, 2010).

During the first year of life, the babies went from an almost exclusive relationship with their mothers (and the mother's breast) to a relationship with a network of relatives. Ivana and Fábio were breastfed by their mothers, who considered this fact important for their proper development. However, right from the start, there were questions about whether it would be appropriate to give them other foods. As shown below, this did not mean diminishing the importance of breastfeeding, but rather expressed the opinion that the baby needed these other foods as well. Mothers make decisions regarding the foods that are offered, influenced by suggestions from healthcare professionals, as well as the opinions of the grandparents and other relatives.

Both mothers considered giving herbal tea to their babies upon arrival home from the maternity hospital. When Fábio was 14 days old Fatima commented that she wanted to give him some fennel tea, but was not sure if she ought to, because though her sister had said yes, the doctor said no. At this point, Fred, the baby's father, stated that it was better to follow the doctor's recommendations. Fatima accepted her husband's opinion. In contrast, in the other family, Isaura, the mother, gave baby Ivana fennel tea as soon as she returned from the hospital, reasoning that she was suffering from bad digestion. According to Isaura, the tea made it possible for Ivana to sleep better. She said she knew that "doctors recommend not giving anything at

*this stage", however, she felt that it would do her child good. And what do you know, it worked!"* (Ivana, 3 days old, Field notes).

Other foods were offered very early in the baby's life. Thus Fábio was started on cow's milk at one month and 12 days according to our field notes. However, the baby was not weaned as a result. For both families, the breast is a way to calm the baby, including making it sleep. Therefore, at times, other family members (father, aunt, grandmother, brothers), asked the mothers to "give the breast" and thus stop the child crying. On one hand, the mother has the power to calm the child with her breast. On the other hand, it is the baby who owns its mother's breast: "Want to eat? Grab the nipple, Fabinho! Looks like he wants the nipple" - Fred laughs, imagining the scene of his son looking for the breast (Fábio, a month old, Field notes). Relating to the breast as a possession of the baby is more marked in Fábio's family; thus it was noted that there were more comments encouraging the baby to suck his mother's breast in this family context, often as part of a conversation in which it was said that Fábio had many girlfriends, just like his father, and even that Adriana was his girlfriend.

Opinions differed on the inclusion of *mingau de Farinha láctea* (porridge: powdered milk enriched with corn flour and other ingredients) in baby Fábio's diet at four months. The recommendations of health professionals were at odds with those of his paternal grandmother:

*Fatima said that on Saturday she was at her mother-in-law's house and that she gave porridge to Fábio. Fatima warned that the doctor had said not to, but her mother-in-law argued that she always did it with her own children and that they were all well, saying that: The doctor gives life and also death too. Fatima thinks Fábio liked it and noticed that her son put on some weight afterwards and that his feces were pasty and not as dry as they were before. Fatima decided to buy the ingredients that her mother-in-law used and to keep on feeding it to him, using the bottle that her mother-in-law borrowed from a neighbor to give this thickened milk to Fábio (3 months and 16 days, Field notes).*

This description is convergent with the findings of other studies that note the importance of grandparents (mothers, mothers in law) on the length of EBF (Fujimori et al., 2010; Marques et al., 2010).

Mothers sometimes give advice to other mothers by citing the same health professionals whose counsel they ignore at other moments. One day Isaura criticized a neighbor who was already giving cow's milk to her baby. She referred to knowledge acquired in contact with health services to present herself as superior to her neighbor:

*Isaura said to me then that the girl is already feeding artificial milk to the baby. I do not understand why. If she were thickening the milk, alright! But only milk? It is the same as breast milk. When the boy pees it all comes out. I've talked to her, but she thinks she is complementing his diet. At this stage, the baby really does suckle all the time. The pediatrician herself told me that if the baby is gaining weight, there is no need to give it anything more.*

On the same day that Isaura made this comment, she reported that she had already introduced juice in Ivana's diet and that the baby imbibed everything. She also said that she was very keen to start giving fruits and vegetables to her (Ivana was 3 months and 10 days old at the time). Our researcher registered a report about the introduction of these foods during the visit when Ivana had reached four months and seven days: "So, I started to give her some vegetables. I gave her mashed potatoes and pumpkin. She liked it. Ate it all up. And I also gave her Danoninho" [a brand of strawberry yoghurt for children]. On the same day, Isaura reported that her daughter was capricious because sometimes she accepted foods and sometimes not. She also "knows what she likes" (the phrase used was something like "now she is into this"). This could be seen because she had preferences as to the way in which she was fed. She did not like baby bottles, accepted porridge and Danoninho by spoon only, but water and other liquids she preferred in a little glass. Thus, the baby's

will plays a crucial part in introducing new foods. The baby shows its willingness not only to accept or reject the food offered, but also to demand a specific modality of presentation. This may be related to stimulating the autonomy of the baby, a practice that is made explicit in statements about the baby showing its own will, right from the time when it is in the womb (Bustamante, 2009).

This study's findings therefore contain some differences from those of other studies that suggest that the reasons for the continuation of breastfeeding or early weaning are related to the woman's pleasure (Carrascoza et al., 2005), maternal determination (Polido et al., 2011), the mother's return to the labor market, as well as due to a "lack of milk" or that the "milk dried up" (Rocha et al., 2010). Unlike these studies, in this study the justifications for feeding practices focused on offering foods considered best for the baby's health, which could respond to the child's preferences and also stimulate its autonomy. As shown below, another key reason was to stimulate the baby to participate actively as one more member of the family group.

When Ivana reached 4 months and 28 days, Isaura reported that during contacts with healthcare professionals she encountered a difference between their perspectives and made it clear that she chose not to openly contradict their recommendations:

*The doctor even asked if I was giving her another kind of food. I told her I was not, that she just nursed. I... to be listening to her talk about how the baby is only to be breastfed until six months! I tried other things and she liked them. I gave her Danoninho, which she ate. If I had not given anything to her, I just wonder what she might have been like at six months... she would only want to breastfeed, not having known anything else. At least she is getting used to other kinds of food, you know? Pretty soon I'm going to buy milk for her to start feeding her with porridge. I'll start her on porridge.*

Isaura showed that she knew the recommendations proffered by healthcare professionals and that, in her actual practice she sought to identify what the baby enjoyed. At the same time, Isaura was concerned about introducing her daughter to other foods before six months of age, at which time the baby needs to eat other things. This could be a way of gradually providing autonomy from dependency on breastfeeding.

Fatima and Isaura took initiatives on food that did not coincide with the recommendations of health professionals. At the same time, for them, continued contact with the services was important as a way of monitoring the healthy physical development. In this sense, Fatima referred to the "right weight" for Fábio, citing the nurse's evaluation and agreeing with it. Then she stated that the child was not accepting fruits and vegetables, but that she was following the nurse's recommendation and would persist until Fábio accepted and got used to this kind of food: *"He eats everything that we eat: From the fifth month"*.

From the age of five months, Fábio and Ivana began to show more interest in objects and their interest in the breast diminished. Other objects could satisfy hunger and curiosity or be calming. Several people - father, grandparents, siblings, uncles, cousins, friends -, could have these objects. This is related to the consumption of other foods. Relatives give opinions about feeding babies, buy and offer food, help to prepare it and to spoon it into the babies mouths, and stimulate the baby to try out new foods. This process was more intense in Ivana's family.

At five months and eighteen days, on seeing her brother Igor eating a cookie, Ivana seemed to ask him for some to eat too. Their mother authorized this and he tried to give it to Ivana, but with no success. During the same visit, the research assistant drank some water, and the baby made the same movement as if to ask for some too. The mother said she is thirsty and brought her plastic glass. Ivana drank, but after a while moved in such a way as to allow the water to spill. Isaura says that when she does this it is because she no longer wants to drink - and explains that she often repeats this gesture.

At six months and twenty-six days Isaura told us that the baby already had five teeth and was eating everything that was offered to her, including bread and meat, and that she only refused porridge. Isaura reported that her daughter was still breastfeeding a lot and that now *"she does not want to breastfeed lying down, she only wants to nurse sitting up"*.

Continued demand for the breast coexists with growing interest in other foods. Thus, in the same visit in which Ivana cried because she wanted to nurse (7 months and 7 days), our fieldworker reported that, one of her aunts dropped by and put a piece of chocolate into Ivana's hand, explaining to her how to eat it. Then she put it in her mouth. She smeared it over herself and Isaura commented that she thinks it is absurd that mothers should refrain from giving candy, lollipops and chocolates to their children just because they couldn't be bothered to clean up the mess children make as they attempt to eat.

At eight months and twenty-one days, while Ivana was sticky from a lollipop she was eating, Isaura answered a question about breastfeeding from the research assistant by saying, *"does she want to stop?"* in order to stress that she continued to breastfeed her daughter. She then added that the baby already ate everything that everyone else in the house ate:

*She eats everything! Lollipops, popcorn, pepperoni, beef, chicken, beans! She eats everything we eat at home. Now, she does not stop to eat at lunch. She is eating little by little throughout the day. She will accept some spoonfuls at lunch, at dinner, at breakfast. And she will be breastfeeding too. See, she is able to go for more than three hours without breastfeeding. All she does is snack all day long.*

In this excerpt we can identify the depiction of a gradual process through which Ivana acquired a status of similarity - that is, she became an active member of the family - through sharing the same food as that eaten by her relatives.

The introduction of various foods whilst continuing with breastfeeding is also a striking

finding in the observations of Fabio and his family. For example, on the day he was 10 months and 15 days old, Fábio was fed with rice and mashed vegetables:

*Fábio cried and then Fatima said that he was hungry. She picked up the plate of food - rice, mashed potatoes and pumpkin. Fábio grimaced when he ate. He only ate three spoonfuls and then wanted no more. Fatima said he was full, while she put him on her lap and gave him her breast. He sucked with ease. I do not understand. If he was full then why give him milk and let him breastfeed with such an appetite? With his mouth dirty with food and oil - the food was dripping with oil (Research assistant's field notes).*

As is well known, each child goes through a unique process of development that would not be possible to describe here. With regard to our two subjects, it is worth noting that while Fábio was quick in his motor development - he walked at eight months -, Ivana developed more slowly. However, she had better communicative capacity than Fábio - perhaps through interacting on a daily basis with a greater number of relatives - and she developed verbal skills at a younger age than Fábio. During the first year of life he was always judged to have attained the "right weight", but Ivana had trouble gaining weight. This led to more frequent contact between Isaura's family and the health centre, who recommended Ivana to be breast fed in quieter places where she might not be distracted by so many people moving around. Given her persistent low weight, the health professional prescribed a medication, the use of which led to an increase in Ivana's weight.

Despite the differences between the two infants, in both cases continued interest in breastfeeding coexisted with the consumption of various foods. Thus, at 11 months of age, both babies were still breastfed various times a day: "Isaura says that the baby does not let her sleep at night because she wants to keep on suckling all the time". During a visit by the research assistant: Fábio approached Fatima and, without even looking at him, she gave him her breast. He nursed sitting

on his mother's lap and never stopped, wriggling, threatening to slip down whilst holding the nipple in his mouth. While breastfeeding he squeezed the breast as if it were play dough.

## Discussion

In these two cases we did not observe weaning, but rather a coexistence of breastfeeding with the early and increasing introduction of other foods. Our study partly conflicts with the findings of Sampaio et al., (2010) in their study of the psychodynamics involved in early and late weaning. In their research, early weaning seemed to be associated with a difficulty in bonding and the construction of motherhood. In the present study, the interruption of EBF was not an expression of difficulties in creating the mother-infant bond, but rather part of a process of building kinship ties.

Researchers have observed that from the beginning of a baby's life, adults make reference to the set of desires that are particular to an individual infant - as in the above-referred phrase "now she is into this"; in other words, they allude to the child's autonomous status as a separate, desiring and independently determined subject. For them, the child's own taste and desire is an important criterion in the choice of foods. Babies are treated as individuals from the start, and are stimulated both to be autonomous and also to act as active members of the family group. When encouraged to consume a variety of foods offered by relatives, babies are being disciplined and also kinship relationships are being created.

The families independently decided how to feed their babies while also seeking health services when necessary. In this, the present study leads us to a conclusion distinct from that of Boehs, Ribeiro, Grisotti, Saccol, and Rumor (2011) who find that when primary care is available to the population on a large scale, it tends to make mothers more dependent on the health services and to medicalize childcare to a greater extent. The present study identified a complex relationship with health professionals and their discourse. As seen in Bustamante and McCallum (2010), women and their families value the advice of health professionals

and consider what they say when making decisions. However, decisions are also influenced by other relatives, especially grandparents and fathers, with the babies reactions also taken into account. Thus, rather than dependence, it is more appropriate to highlight the dialogue and the independence of health center users.

This article concerns a study of the everyday construction of the feeding practices during the first year of life. After discussing the main themes in the literature on breastfeeding, the approach taken here was put into the context of a set of studies on childcare and on the social construction of the person. Based on analysis of data from two case studies of babies and their families, it described distinct phases in feeding and sought to reflect on different factors influencing the practices involved.

This is the first study of its type and certainly does not offer results that can be generalized because it was based on the observation of only two babies and their day-to-day lives. Another limitation is that the observations were not carried out with a focus on feeding practices. Unlike other works, which focus on the mother's perspective through interviews, by using infant observation it was possible to detail how the practices unfold, even when people were not thinking about their actions. Thus, it became possible to pinpoint the importance of the baby's responses to the subject concerned in justifying certain feeding practices.

This study detected aspects of child feeding practices that can be investigated more deeply in future studies and also provides elements for contemplating health practices directed at infants and their families. By seeking to understand the different dimensions of feeding practices, it was possible to reflect on the development and health of babies and their families, in a sense that goes beyond the duration of EBF or the correct introduction of the sequence of foods.

## Referências

Ayres, J. R. C. M. (2004). Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, 8(14), 73-92.

Boehs, A. E., Ribeiro, E. M., Grisotti, M., Saccol, A. P., & Rumor, P. C. F. (2011). A percepção dos profissionais de saúde sobre os cuidados das mães de crianças entre 0 a 6 anos usuárias da estratégia de saúde da família, *Physis*, 21(3), 1005-1022.

Bourdieu, P. (1996). *Razões práticas: sobre a teoria da ação*. Campinas: Papyrus.

Bustamante, V. (2009). *Cuidado infantil e construção social da pessoa: etnografia em um bairro de baixa renda de Salvador* (Tese de doutorado não-publicada). Universidade Federal da Bahia, Salvador.

Bustamante, V., & McCallum, C. A. (2010). O cuidado de grávidas e bebês no contexto do programa de saúde da família: um estudo etnográfico. *Interface: Comunicação, Saúde, Educação*, 14(34), 243-254.

Bustamante, V., & Trad, L. A. B. (2007). Cuidando da saúde de crianças pequenas no contexto familiar: um estudo etnográfico com famílias de camadas populares. *Ciência e Saúde Coletiva*, 12(5), 1175-1184.

Caldeira, A. P., Aguiar, G. N., Magalhães, W. A. C., & Fagundes, G. C. (2007). Conhecimentos e práticas de promoção do aleitamento materno em equipes de saúde da família em Montes Claros, Minas Gerais, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(8), 1965-1970.

Caminha, M. F. C., Batista Filho, M., Serva, V. B., Arruda, I. K. G., Figueroa, J. N., & Lira, P. I. C. (2010). Tendências temporais e fatores associados à duração do aleitamento materno em Pernambuco. *Revista de Saúde Pública*, 44(2), 240-248.

Carrascoza, K. C., Costa-Júnior, A. L., & Moraes, A. B. A. (2005). Fatores que influenciam o desmame precoce e a extensão do aleitamento materno. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 22(4), 433-440.

Carrascoza, K. C., Possobon, R. F., Costa-Júnior, A. L., & Moraes, A. B. A. (2011). Aleitamento materno em crianças até os seis meses de vida: percepção das mães. *Physis*, 21(3), 1045-1060.

Carvalhoes, M. A. B. L., Parada, C. M. G. L., & Costa, M. P. (2007). Factors associated with exclusive breastfeeding in children under four months old in Botucatu-SP, Brazil. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 15(1), 62-69.

Frota, M. A., Mamede, A. L. S., Vieira, L. J. E. S., Albuquerque, C. M., & Martins, M. C. (2009). Práticas culturais sobre aleitamento materno entre famílias cadastradas em um programa de saúde da família. *Revista da Escola de Enfermagem USP*, 43(4), 895-901.

Fujimori, E., Nakamura, E., Gomes, M. M., Jesus, L. A., & Rezende, M. A. (2010). Duração do aleitamento materno em menores de dois anos de idade em Itupeva, São Paulo, Brasil: há diferenças entre os grupos sociais? *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 10(1), 39-49.

Hernandez, A. R., & Kohler, C. V. F. (2011). Determinantes sociais do desmame: contribuições das diferentes abordagens metodológicas. *Physis*, 21(3), 937-954.



- Marques, E. S., Cotta, R. M. M., Magalhes, K. A., Sant'Ana, L. F. R., Gomes, A.P., & Siqueira-Batista, R. (2010). A influência da rede social da nutriz no aleitamento materno: o papel estratégico dos familiares e dos profissionais de saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, 15(Supl.1), 1391-1400.
- Marques, E. S., Cotta, R. M. M., Francescini, S. C. C., Botelho, M. I. V., Araújo, R. M. A., & Junqueira, T. S. (2009). Práticas e percepções acerca do aleitamento materno: consensos e dissensos no cotidiano de cuidado numa unidade de saúde da família. *Physis*, 19(2), 439-455.
- Minayo, M. C. S. (2007) *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde* (10ª ed.). São Paulo: Hucitec.
- Ministério da Saúde. (2005). *Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada: manual técnico*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Monteiro, J. C. S., Gomes, F. A., Stefanello, J., & Nakano, A. M. S. (2011). Leite produzido e saciedade da criança na percepção da nutriz durante o aleitamento materno exclusivo. *Texto Contexto Enfermagem*, 20(2), 359-367.
- Oliveira, L. P. M., Assis, A. M., Gomes, G. S.S., Prado, M. S., & Barreto, M. L., (2005). Duração do aleitamento materno, regime alimentar e fatores associados segundo condições de vida em Salvador, Bahia, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 21(5), 1519-1530.
- Oliveira-Menogotto, L. M., Menezes, C. C., Caron, N. A., & Lopes, R. C. (2006). O método Bick de observação de bebês como método de pesquisa. *Psicologia Clínica*, 18(2), 77-96.
- Parada, C. M. G. L., Carvalhaes, M. A. B. L., & Jamas, M. T. (2007). Complementary feeding practices to children during their first year of life. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 15(2), 282-289.
- Parada, C. M. G. L., Carvalhães, M. A. B. L., Winckler, C. C., Winckler, L. A., & Winckler, V. C. (2005). Situação do aleitamento materno em população assistida pelo Programa de Saúde da Família - PSF. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 13(3), 407-414.
- Pereira, R. S. V., Oliveira, M. I. C., Andrade, C. L. T., & Brito, A. S. (2010) Factors associated with exclusive breastfeeding: The role of primary health care. *Cadernos de Saúde Pública*, 26(12), 2343-2354.
- Polido, C. G., Mello, D. F., Parada, C. M. G. L., Carvalhaes, M. A. B. L., & Tonete, V. L. P. (2011). Vivências maternas associadas ao aleitamento materno exclusivo mais duradouro: um estudo etnográfico. *Acta Paulista de Enfermagem*, 24(5), 624-630.
- Rabelo, M. C. (1999). A experiência de indivíduos com problema mental: entendendo projetos e sua realização. In M. C. Rabelo, P. C. Alves, & I. Souza (Orgs.), *Experiência de doença e narrativa* (pp.205-227). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Rocha, N. B., Garbin, A. J. I., Garbin, C. A. S. & Moimaz, S. A. S. (2010). O ato de amamentar: um estudo qualitativo. *Physis*, 20(4), 1293-1305.
- Sampaio, M. A., Falbo, A. R., Camarotti, M. C., Vasconcellos, M. G. L., Echeverria, A., Lima, G., ... Prado, J. V. Z. (2010). Psicodinâmica interativa mãe-criança e desmame. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 26(4), 613-621.
- Sarti, C. A. (2003). *A família como espelho: um estudo sobre a moral dos pobres* (2ª ed.). São Paulo: Cortez.
- Scavone, L. (2005). O trabalho das mulheres pela saúde: cuidar, curar, agir. In W. Villela, & S. Monteiro (Orgs.), *Gênero e saúde: programa saúde da família em questão* (pp.99-110). Rio de Janeiro: Abrasco.

Received on: 11/7/2012  
 Final version on: 6/3/2013  
 Approved on: 9/12/2013



# Death over time: Brief notes about death and dying in the West

## *A morte inscrita no tempo: breves apontamentos sobre a morte e o morrer no Ocidente*

Rosangela **WERLANG**<sup>1</sup>  
Jussara Maria Rosa **MENDES**<sup>1</sup>

### Abstract

This literature review deals with death and the changes in its concept and meanings over time, aiming to relate this to the different social organizations and issues that involve individuality and human finitude. It intends to arouse the reflection about this theme respected by all of us, and related to our own contingency. In this sense, the article provides several perspectives through different authors' voices, seeking to understand how we arrived at this contemporary stage where death must be forgotten at any cost. It is a forbidden subject even inevitably being part of our daily lives, and its guardians must increasingly insure the non-participation and non-involvement of the people. Therefore, understanding the past stages of death, from its proximity to its banishment from the social life, is a necessary condition to analyzing our own end, and the end of our own individuality.

**Keywords:** Death; Finitude; History of death.

### Resumo

*Esta revisão de literatura trata da morte e das transformações em seu conteúdo e significado ao longo dos tempos, e tem como objetivo relacioná-la às diferentes organizações sociais e às questões que envolvem a individualidade e a finitude humanas. Incita à reflexão acerca de um tema tão caro a todos nós, qual seja, a nossa própria contingência. Nesse sentido, traz perspectivas na voz de diferentes autores, buscando compreender como chegamos à condição contemporânea em que a morte deve ser olvidada a qualquer preço. É assunto interdito, mesmo que inevitavelmente presente na vida cotidiana, cuja blindagem deve assegurar, cada vez mais, a não participação dos indivíduos, o não envolvimento. Destarte, compreender os caminhos percorridos pela morte, da proximidade ao seu banimento da vida social, é condição necessária à análise de nosso próprio fim, de nossa própria individualidade.*

**Palavras-chave:** Morte; Finitude; História da morte.

One of, if not the greatest human concern, is related to death. As presented by Matta (1997),

to know if death can be overcome, to know its meaning, and to suffer with the paradoxical fact

▼ ▼ ▼ ▼ ▼

<sup>1</sup> Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Instituto de Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional. R. Ramiro Barcelos, 2600, 3º andar, 90035-003, Porto Alegre, RS, Brasil. *Correspondência para/Correspondence to:* J.M.R. MENDES. E-mail: <jussara.mendes@ufrgs.br>.

that this is the only social experience that cannot be transmitted, are contemporary issues and are strongly related to individualism, ethics and to our social institutions. The concern about death is not modern, however, it currently has a different meaning, as there is a type of awareness related to human individuality, which solidified in this period. To a certain extent, modernity is confused with the image of the individual, a new human image, unrelated to a lot of ties that used to bind them to traditional society (Roman, 1996). However, the contemporary meaning of death can only be understood if the different attitudes towards this constant presence are reviewed. The awareness of one's own death is a constitutive achievement of the human which, in turn, is determined by an objective consciousness of one's mortality and also by a subjectivity that pursues immortality at all times (Kovács, 1992). Therefore, the aim of this study was to investigate the different representations of death in different social organizations, in order to understand the relationship between them and the constitution of individuality and human finitude.

Ariés (1989), on the analysis he makes regarding death in Western societies, highlighted some aspects related to human attitudes towards death. For this author, there are three important death dimensions: The tamed death; the death of the self; and the death of the other. These three dimensions are also historical dimensions, which have gone through time based on types of human relationship with death and the undeniable fact of finitude. In relation to the tamed death, the idea of advice, a warning, was a basic characteristic, which means that people "did not die without having had time to realize that they were about to die" (Ariés, 1989, p.18).

In this sense, there was the possibility of prevention and advice could be given through natural signs, or even an inner conviction of those whose lives were threatened. When a dying person realized they would not live much longer, they took the necessary precautions, with complaints regarding the decadence of life and the likely forgetfulness of the world. Death was expected on the deathbed, in silence and without complaint. As

a part of this ritual, there was a public ceremony organized by the dying person, who presided and coordinated the protocol to be followed. Children and relatives gathered for the last recommendations, the last good-byes and, after that, the soul was commended. The familiar simplicity was, therefore, one of the remarkable characteristics of the tamed death.

Concurrently, another feature was its counterpoint and its contradiction: How public it was. People knew the individual would die. There was a warning and everybody, even people who were not known by the family, could enter the dying person's house and bedroom. This was the concept of the tamed death: The familiar death, resigned, patient, organized. The person died in the deathbed and the pain was felt by all those present, although silently, without the marked dramatic character. This was not the same as keeping or repressing unbearable and intolerable pain: The pain was there, however, not in an unbearable and intolerable way. Everyone helped the dying person in the death ritual and, from a young age, children could help the parents in this process, staying silent and keeping doors and windows open, to make the entrance of death easier (Rodrigues, 2006).

The truth about death was necessary, and an unprepared death was unfortunate. This was the origin of the fear of death, however, it was not connected to all kinds of death, but to: The treacherous, wily, unexpected and, for this reason, dreadful death. This configuration prevented the farewell, the organization, and the preparation ritual. This attitude was specific for a certain, very well defined, historical period: It appeared clearly in the fifth century A.D. and disappeared without a trace by the end of the eighteenth century. The genesis of this familiar attitude and the fact that life and death were getting closer was connected to the penetration of cemeteries into cities or villages and its end was set when this promiscuity became intolerable. Rather than close coexistence with the dead, during Antiquity cemeteries were "always out of town, along the roads, as in *Via Appia*, in Rome" (Rodrigues, 2006, p.107). Graves were far from the cities and the diversity of pagan

funerary inscriptions shows a society poor in common opinions related to death and eternity.

The grave or tomb was a private and privileged place and the dead person was, in a certain way, compelled to explain the meaning of his death, highlighting it in the inscriptions on the tomb. The tombs and mausoleums were used to make public the announcements of the dead and, in this sense, would transform the everyday landscape, with the desires and impressions of those who had passed away. Later, with the rise of Christianity, the church was placed among the people, the family and the city, becoming a unique institution that would work on the preservation of the memories of the dead. These individuals were, up to then, alone. From this moment, a new perspective of death was created: the rituals, which until this point were performed in cemeteries, became insufficient. The dead would start being remembered in ceremonies and in several religious-Christian performances. The Church would, then, replace the city in the celebration and worship of the dead.

In Antiquity, eternity and even immortality of the soul seemed to be missing as a concern. The widespread opinion was that death was nothingness, an eternal slumber and the disseminated idea was that an aimless life in the shadows was no more than a tale. There was some speculation regarding the survival of the soul, however, this was restricted to small sects. Besides the body, the corpse, nothing else existed.

Nevertheless, the funeral rituals and art displayed in the tombs indicate the existence of some anxiety that needed to, somehow, be appeased. "The moribund did not fear the mythological punishments in the imagined hells that nobody ever believed in; they feared the Gods though" (Rodrigues, 2006, p.212), authoritarian and vindictive, without necessarily having ever asked themselves how they would really act. Elias (2001) argues, to some extent, the position held by Ariés (1989) that death was a pacific event in the past. He believes in the idea that, in the civilizing process, the attitudes regarding death and the way people die, changed. However, the situation is more related

to medieval society, when life was shorter, dangers less expected, death more painful, and punishment after death the official doctrine. However, there was no sense of proximity in this perspective. Death was certainly more public, as people lived closer and their houses provided fewer choices for events related to births or involving deaths.

Conversely, the cover-up and repression of death, even being always present, changed in a specific way as time passed. In this manner, the fear of transitoriness was lightened by the shared fantasy of a life in another place (Ariés, 1989). The authors both highlight the rise in the degree of individualization that surrounded the death and dying process. The death ritual is, thereby, primarily related to the place where people created a specific world dedicated to this event: The cemeteries. These were "at the time of Merovingians always placed far from cities and inhabited places" (Rouche, 1989, p.486). This relationship can also be noticed among the Romans, specialists in lining the roads with tombs.

In contrast, the Germans developed rural cemeteries. All these practices would eventually lead to the establishment of a separate world for the dead. There was a gap that could be understood as a fear of contact, taking into consideration that many groups even incinerated the corpses, fearing their return, or planted thorny species of vegetation around the tombs, trying to avoid the return of a nostalgic soul. Many times the corpse was buried along with the person's belongings or objects that could, possibly, be used in another life. The body was placed on a kind of a stretcher and taken from the village to the cemetery in a procession (Rouche, 1989). Sometimes, banquets were held in the cemeteries, among the tombs. These events were designed to appease the dead and strengthen the family ties, and it was not uncommon for people to dance and sing to conjure up the dead.

It is possible to say death is and was, without a doubt, a social phenomenon and the knowledge of this fact is one of the characteristics of humanity. In this scenario, graves fall into a setting where man leaves his mark as he can be recognized over time because of it (Rodrigues, 2006). Through

the rituals elaborated by man along with his humanization process”, it is possible to notice an attempt to try to disassociate the dead from one place in order to establish them in another place later. The burial, the procession, the tombs and the funeral practices are the material and non-material expressions of a society that aimed to ensure its members that the dead were going to a specific place in a controlled and organized way. The people maintained the certainty that the ones who passed away left us safely; a necessary feeling to be reproduced by their own group.

It can be said that the rites and rituals related to death had (and still have) this function, that is, to make possible the entrance of the dead into their new destination. Tombs would be a type of passport of humanity at the border of no-man’s-land (Morin, 1988) and would effect the transition from the so called “nature state” to the “man state”.

Since prehistory, concerns regarding immortality may be found in this border. These concerns started with a pile of stones over the corpse, with the aim of ensuring its integrity and, slowly, expanded to include the dead person’s belongings in the same funerary space. For this reason, weapons, bones and food were left with the dead person as useful instruments for the next dimension of life (Morin, 1988), also the conservation of the body was important, as it implied the possibility of the extension of life. Furthermore, it is possible to say that death implicitly carried the expectation of life being extended into another dimension. Caring for the dead, in this sense, made people think about guaranteeing the success of this action.

Little remains of the graves of the Middle Ages. The passing of time brought important changes and innovations related to the dying process. The dead, in the Middle Ages, started to coexist with the living. What can be understood from this new stage is that there was a new attitude regarding the dead and this attitude had at its core the confidence in the resurrection of the body and the devotion of the Saints or religious martyrs. In fact, some graves that were far from the villages or cities were moved closer to the saint’s or martyr’s

tombs, and “...the basilica became the center of a new cemetery *ad sanctos*...” (Ariés, 2000).

The dead no longer seemed strange to the people and there was quite a scene related to the opening of the tomb and the removal of the corpses. The increasingly unbearable smells revealed a situation in which it was possible to notice a very close relationship between the living and the dead (Ariés, 1989). In this scenario, exposed bones could be seen emerging from the soil. This did not cause any surprise or discomfort and was not seen with repugnance. The coexistence became so natural that, at a certain point, there was no difference between the outskirts, where the dead were always buried, and the city. This fact shows the abandonment of any aversion to death, in exchange for a kind of intimacy. This transformation can be analyzed through the “*Book of Life*” in which some deep associations between individual life and death can be seen. It would be the moment of settlement of accounts for everybody, the “settlement of accounts to show at the heaven’s door” (Ariés, 1989, p.32) that would, from then on, make people responsible for their attitudes on earth.

These attitudes represented their passport for a new life and determined the place where each one would be sent, and the destiny they would have. This is the second dimension analyzed by Ariés (1989), the acknowledgment of the death of the self. The death scene also changed: The dying person’s bedroom, a place used for public and family gathering, suddenly became full of supernatural presences gathered on the bed of the dying person, expressed by the *artes moriendi* present from the fifteenth to the sixteenth century (Ariés, 1989).

These works also show the speculation regarding the battle between good and evil for the dying person’s body and soul, which means that there was no longer a guarantee of a good life in the next dimension. Slowly a narrow relationship between death and the biography of each of us started to be established: The things that had been done in life would represent a license for the new life after death. In addition, we can say that it is in art where the representation of a corpse can be noticed, for the first time. This would usually be

represented in decomposition, embodying human misery, degeneration and the ruin of life.

The repugnance toward decomposition has at its core the concept of contamination by death, which, in turn, leads to the idea of the decline of individuality. The macabre theme started to emerge at this time, in art as well as in literature. The *transi*, as the corpse was also called, initially shown in decomposition started to be shown as a skeleton or even as bones. This last proposal represents the dry death.

Physical death, presented in a decomposed way, can be considered an expression of finitude and shows that immortality was being questioned. It may be said that there was an awareness about death, that "death became the place where men started getting to know more about themselves" (Ariés, 2000, p.47), it is the pain caused by death that grows, directly related to the dead person's uniqueness, as does being loved and respected. Morin (1988) named this horror of death, with its close link to individuality, the death trauma. In this sense, for the author, individuality's affirmation rules the death awareness, the death trauma and, even, the belief in immortality. It means that when there is a human awareness about his individuality, an increasing worry about death complementarily emerges. Thus, perhaps the greatest human concern, death, is not only with the death *per se*, but also related to the affirmation of human individuality and certainty about death.

Gradually, a close link between the death of each person and the awareness of individuality becomes clearer. From resignation to death, there comes a stage where death has a continuously more individual aspect, the death of the self, the links of which articulate with the attitudes in life. At this time, four important parts composed the funerals, these being: The expression of pain; the forgiveness of the dying person by the priest; the funeral procession; and the burial.

The expression of pain took on a dramatic form, announcing the loss of a loved one, different to the resignation scene, a trace of which was left from the tamed death. This does not mean that death was not intensely felt, but that it was

accepted, somehow, as the destiny. The forgiveness, in Western terms, provided the religious connection that exists at the center of the dying process. The priest would forgive the dying person's sins and, subsequently, the funeral procession would take charge of the transportation of his corpse, taking him to the burial place. The procession and the burial were still performed by laypeople, as the priests did not participate in these two steps. They were carried out by the closest friends and relatives and the priest's contribution would be concluded with the forgiveness given prior to the procession. Finally, the burial was quick and without solemnity.

At this time, in addition to the understanding that the process of dying was increasingly connected to the process of living, the correlation with the idea of last judgment can be noticed, with the image of hell and its torments reflected in representative death scenes. The notion of the last judgment is conceived through the image of a court where "Christ surrounded by angels carrying pennons, sits on the throne of the judge; the oval aureole that isolated Him has disappeared. His group surrounds him: Rarely were the twelve apostles represented exactly by His side..." (Morin, 1988, p.124). Each person, at the end of the trial, would be sent to heaven or hell. An important presence in this picture is Saint Michael, whose scales indicate the division between the chosen and the convicted that would, once again, be separated by the sword of the archangel Gabriel, the distinction being doubled. The "*Book of Life*" or "*Liber Vitae*", as previously mentioned, would show ostentatious images regarding death at this time. In it, it would be possible to see the human concerns of individuality and the life history of each person. It would be organized into columns, where the individual actions taken during life were transcribed and identified. It was "a kind of a passport, a criminal record that was necessary to show at heaven's door" (Morin, 2000, p.128).

As mentioned by Ariés (2000), the book is written over the entire life in order to be used only once: at the moment when the account is settled, where the active and the passive are compared, where the review leads to an end. From a time

characterized by the near absence of a private biography that would disappear in the community, the life judgment is presented here in its most unique form. The certainty about the continuity of life in another dimension, previously almost considered indubitable, was shaken. The extension of life after death would only be ensured after the last judgment: The weighing of the soul. This is the idea of good and evil battling for the human soul, a pendulum like spectacle without choice.

As previously stated, the concepts related to death and immortality started to be based on the presence of an awareness of the self. Feuerbach (1993), conducting some studies, distinguished three elementary stages that define the doctrine or the concepts regarding mortality/immortality in Western society. These are as follows: The Greco-Roman time, the Catholic Christian time during the Middle Ages, and the Modern time (Feuerbach, 1993). For the author, the Greeks and Romans neither believed in nor were aware of any kind of immortality in the way that it is seen in modern times. The Romans, according to Feuerbach, used to live only in Rome, and for this reason they had limited space and a limited view: They did not know any life different from the life in Rome. Because of this, the pursuit of Roman glory and the expansion of their domain relied on the ambitions of each person in a particular way.

For this reason, the person was a part of their community, being neither out of nor above the real and concrete life. "The Roman was the soul, the 'I' of the Roman; he was something and was aware that he was something, not on his own, but only in union with his people, only in and through them" (Feuerbach, 1993, p.59). This implies that that the Romans did not see a division between reality and its possibility. Also, they did not know about their survival or immortality. The same was the case for the Greeks that, even considering life in another dimension, would see themselves as a group, never as individuals. Because of this, the belief in immortality with an individual character started to be imagined from the Middle Ages, in a relationship with faith and dogma.

During the Catholic Christian time, the belief in immortality was related to faith in the existence

of God, a divine grace directed toward the content of the Christian religion. In the beginning, the individual human had not yet attained the desolate and empty consciousness of his individuality, of his isolated autonomy, he had not yet abandoned himself to himself and taken his stand on himself (Feuerbach, 1993). This means that the spirit of community still existed, however, it was a spirit of a specific community: Those who believed and had faith in the existence of life after death, with divine characteristics; life in a sacred community.

The church represented this possibility and immortality itself would be related to a decision that had not yet been taken. It did not depend on individual effort, but on a divine decision. Little by little, as mentioned previously, life and individual attitudes started delineating death and the way people would die. Consequently, an image arose of heaven and hell as places where the person would be able to spend, along with other people, everlasting life. Evil follows evil and good follows good, therefore, life would not cease with death, because death could lead to eternal salvation and happiness or to endless misery. This misery is masterfully described in Alighieri's work (Alighieri, 2007).

Hell, comprised of nine circles arranged in a conical shape in the direction of the center of the earth, is the original place of Lucifer's fall, the rebellious angel who lives in the darkness. The first circle is the selection place: Here people wait for the *verdict* of *Minus*, the judge. He decides which of the subsequent circles will be the final place. The second circle is for the lustful, the third for the gluttonous, the fourth for the hoarders and spendthrifts, the fifth and the sixth for the envious and heretics. The seventh circle is for the ones who are violent against God, nature and the self. The eighth is for the panderers and flatterers. And, finally, the ninth is where Lucifer is. This last circle is dense and deep, and this is the final dimension. It is set in a huge ice block where the inhabitants, in addition to Lucifer, are all traitors. "That soul up there which has the greatest pain / the Master said, is Judas Iscariot/he inclines his head to the devouring



mouth" (Alighieri, 2007, p.185). In fact, it is Lucifer who chews the head with one of his three mouths: The other two are for Cassius and Brutus, Roman Emperor traitors. All the circles are divided into smaller parts, where there is enough space for all the human sins.

To this extend, in the Middle Ages, the increasingly strong presence of the Christian idea of resurrection is noticeable, that is, the capability of returning from the world of death. This fact demonstrates the concept of an immortal individual, and the resurrection, in this case, is the symbol of the eternity created in this period. Subsequently, the third stage analyzed by Feuerbach is related to the modern times, essential for the individual's settlement. "The characteristic of the modern times is that now man is seen as a man, the person is seen as a person, and with this, the human himself is recognized by himself in his individuality as divine and endless" (Feuerbach, 1993, p.65).

In this sense, the church, as a unit, was replaced by principles and foundations of faith that play an essential role. In this context, Protestantism can be considered as one of the strong expressions of the human individuality, as Christ was considered a God-man. Complementarily, a study made by Weber (2000) can be mentioned, which discussed the possible links between religion and economical rationality, i.e., the combination of the economic and social dimensions with religious convictions or principles. Weber introduced the idea of a connection between specific orientations, in terms of religious attitude, in this case, Protestantism, with the development of a typical rational attitude in the economical level of the human life, typical of Capitalism.

Man, in the Calvinist view, would be individually saved or condemned by God. Conversely, the earthly obligation of everyone would be to work toward His glory. The anxiety generated by the uncertainty of salvation would be the final motivation for this work. Accordingly, personal behavior became a route to eternal grace and the resignation of human things, the flesh and the sin, alone would not be enough to guide people to salvation. Resignation would still be necessary.

However, it would be strongly related to work, and this work would generate wealth that should never be wasted or used in an irresponsible way. Wealth was the measure of the recognition achieved, the final benediction. This complex intertwining generated a lifestyle, an *ethos*, which, in turn, would influence and propitiate capitalist development. This characteristic spirit or

...the peculiarity of this philosophy of avarice appears to be the ideal of the honest man of recognized credit, and above all the idea of duty of the individual toward the increase of his capital, which is assumed as an end itself. Truly, what is here preached is not simply a technique to make one's way in the world, but a peculiar ethic. The infraction of its rules is treated not as foolishness but as forgetfulness of duty. That is the essence of the matter. It is not mere business astuteness, that sort of thing is common enough, it is an *ethos* (Weber, 2000, p.31).

Then, for the work to become the goal of God's glory, profit should be made from the work, as an investment. Thus, from Weber's perspective, capital accumulation became encouraged. In this context, Protestantism would have been one of the causes of capitalist expansion in the West. In fact, it can be said that this contributed to the beginning of a specific type of modern rationality that organized individual behavior and, as a consequence, behavior in the economical dimension (Aron, 1999). Considering what has been previously mentioned, there is one element that causes curiosity: The will. It is the material expression of the concerns pertaining to the salvation of the soul, raising the idea of an agreement that allows the person to save his soul without, necessarily, giving up his goods, the accumulation of wealth that would stay in the earthly dimension.

The will is, initially, a contract established between a man and the church, the representative of God on earth (Silva, 2000). This was the religious way to link wealth to the personal path to salvation (Ariés, 1988), demonstrating the contradictory idea of an attachment to earthly and non-earthly things to those of the sacred and the profane. A great

part of the dead person's estate would be given to the church, to ensure the salvation of the soul. Another part, a greatly small proportion, would be given to the inheritors and sometimes the dying person would distribute a part of his property to the poor, who, along with the priests from the churches, would turn the funeral procession into a grand event: instead of a family event, it would become an event where the reverence for the dead and the grandiosity would show the greatness of the compensation.

The relationship between death and individuality was denominated by Becker (2007) as the individuality within finitude, an existential paradox of the human condition, therefore, the knowledge of and about death would be reflexive and conceptual. Man would be aware of his temporary situation, while, at the same time, standing out in nature due to his abilities and competencies, it is in and by nature that he will come to an end. The animal, because of this, would be spared as they "live and disappear with the same lack of reflection: A few minutes of fear, a few seconds of anxiety, and everything is gone" (Becker, 2007, p.50).

However, things happen differently with man. Man starts dying on the same day he is born and the dying process continues day after day, minute after minute, time being one of the measures of this conclusion. Awareness about his individuality is one of the remarkable characteristics that emerged in modernity and "this is the context of individualism as a basic principle of the social life that made death look like a problem" (Matta, 1997, p.135). That will be discussed next.

### **Modernity and the secularization process of death**

Since the start of Modernity death has been dramatized, impressive and overbearing. The death of the other increasingly becomes the center of attention; this means that the other should mourn, cry and suffer because of it. Death started to be considered a transgression, a break that takes man

from his normal life, from the everyday dimension of being and living. Death gradually started to include emotion and mourning and the expression of pain by those who remained in this world became extreme. The intolerance to separation was an important piece in this new scenario that was being constructed. "Until the eighteenth century death was a concern only of the one who was threatened by it, nobody else" (Ariés, 1989, p.46) now this had changed.

The worship of the dead was a necessary activity and death itself became shameful and interdiction attempts were made, as a way to spare the person, hiding his real situation. From then on, it became necessary to avoid, as much as possible, the discomfort of the pain and loss from society as well as the family.

The twentieth century introduced hidden death, as well as shameful death, as happened with sex in the Victorian Era. Death did not belong to the people anymore: the responsibility was taken away from them and, later, the same happened to the awareness about this issue (Kovács, 1992). This was the genesis of the process of avoiding death, when, among the characteristics, it is possible to notice a change in the place where people die. They did not die at home anymore, together with their close ones, but at the hospital: One era ended and a new one, impressively rich in the development of science and technology, started. This was the time of Bacon (2000) and Descartes (Scruton, 1995), the time of doubt and, paradoxically, certainty, of the belief in scientific possibilities and the progress and development provided by science. It is the domination of scientific knowledge over the others. This was the time of the separation between knowledge and ways of knowing. In this context, boundaries were set between the natural world and the human world and, as stated by Capra (2003), the holistic view of man and nature moved to an essentially mechanical view, in which nature would be used and exploited. This was when the modern state was constructed and death started to become perverse. This is the death of Ivan Ilyich Golovin, described by Tolstoy (2007): With pain, sorrow, anguish and loneliness. The unbearable pain is

mixed with the feeling of emptiness, and this emptiness is caused by a whole life in conflict between the meaning of existence and the questions raised by the advance of science.

The doctor went into the drawing room and told Praskóvia Fiódorovna that the case was very serious and that the only resource left was opium to allay her husband's suffering, which must be terrible. It was true as the doctor said that Ivan Ilyich's physical sufferings were terrible, but worse than the physical sufferings were his mental sufferings which were his chief torture. His mental sufferings were due to the fact that that night, as he looked at Guerassim's sleepy, good-natured face with its prominent cheekbones, the question suddenly occurred to him: What if my whole life, my conscious life, has been wrong? (Tolstoy, 2007, p.76).

Ivan Ilyich's death is an example. He died alone and with an overwhelming sense of relief. Everything was gone. Slowly, death progressively became dirty: Ivan Ilyich's illness was long and the smells and the nature of the care he needed made death inconvenient. Asepsis, hygiene and cleaning were necessary as was dealing with the body fluids and avoiding dirtiness. In conclusion, it was necessary to overcome the repugnancy caused by the closeness of death at any cost. Consequently, a process of expurgating started to hide the ugliness brought by death in its different expressions. It is in this context that the dying person has a specific place to be sheltered, hidden, interdicted: the hospital. This became the characteristic place for sick people and illness, which left the house and the world of the family to move to this orderly and sanitized place.

This setting, filled with medical techniques and people that, little by little, became specialized in taking care of others, was almost secret, when compared to the dying person's bedroom. The bedroom used to be crowded by relatives and people from the community that lived nearby. In the hospital, there was only the patient and one or two family members, if allowed. There were rules, discipline (Foucault, 1979) and the patient was

barely seen at their death: He was protected from extreme publicity. In this place, the idea of immortality gained new energy with the knowledge provided by the scientific community: The dying person would be preserved until the end.

Serum bags, antibiotics, and oxygen, among other interventions, would provide the necessary chance: Life would be maintained with difficulty and death would be postponed for as long as possible. However, it was necessary to change the order of things, extending life and, in this sense, a scientist ideology and a biological philosophy would ensure a system that moved towards a specific immortality: Amortality (Morin, 1988). This was also when big death ceremonies were organized, which usually guaranteed the order and the social hierarchy. (Vovelle, 1996). The crisis of the feudal society ultimately, determined a general instability where the representation of death was only one of the expressions of the social, political and economical change that was adopted.

It was time of changes, when the modern State was a State that must serve capitalism "as a model of economical and social development in which the capital is the main instrument for the material production" (Wolkmer, 2001, p.29). It also had to serve the interests of the new social groups, represented by the bourgeoisie that were, side by side with the working class, the protagonists of the new order. The capitalist model that emerged was characterized by the concentration of the means of production and, from the beginning, this characteristic caused many people to be excluded, who had nothing more than the possibility of selling their labor. In this sense, the contradictions experienced because of this new model were the source of several battles and revolutions by the lower classes, notably the working class, who at this time suffered significantly due to "groups of people who got richer because of trade and commercial practices" (Wolkmer, 2002, p.37). In this context of transformation death and the view of the dead changed.

... the person ceases to exist after death: at this point, the legal status of man ends, in which he was the subject of legal relations,

that is, owner of rights and recipient of duties. At this moment, his legal capacity to act, to have and use his goods, as well as his legal relations as a person, finishes. The legal personality finishes. What remains from the person... is a thing: The body. And besides, only the remembrance among the ones who lived with him will remain (Oexle, 1996, p.29).

Consequently, only the body would be subject to juridical rules, as it could cause health problems for the population and, also, needed to be protected against desecration. In earlier times, it could be said that the condition of the dead or dying person was not subject to the choice of those who were alive and that the remembrance of the dead meant something more: His presence among the living as a memory. If the worship of death throughout antiquity and a great part of the Middle Ages allowed creativity, during modernity this practice at least became polemic. Such proximity became rare and, as part of a death spectacle in this period some interdictions were made: No more burials were allowed within the city limits. The relics of saints and martyrs started to be moved from nearby churches and cemeteries to more distant places. This fact designed, in a long and slow process, the structure of the cities. The plague epidemics and the high number of deaths that they caused had an influence on the way of thinking and accepting the idea of death in the West, mainly in the establishment of the modern times.

Funeral vigil, funeral mass and burial - all this ended completely or partially, and something different and new took their place. Instead of relatives and friends, the servants of the plague (*becchini*, *beccamorti*) would take the corpse to the grave. Also, the dead that were part of the upper class of the city would be placed in the first grave that was free. People from the middle and lower class would take the corpses out of their houses and would leave them on the streets. Nobody would follow the corpse with tears and candles (Oexle, 1996, p. 57).

The death of the other gradually started to be feared. Whereas before the dead were confined to the Church and the grave site did not matter, mainly from the seventeenth century on, there was an excessive concern with their setting. The site became important and there was an interrelationship between the site and social class of the dead. This causes us to check the current divisions: Public and private cemeteries, burial places at different prices according to the view. In this atmosphere of fear the gasses and smell that came from the graves raised questions about hygiene and health, which would be discussed in analogy with the decomposition of bodies, epidemics and diseases of all kinds.

At this point, it can be said that the circle of dissociation of the dead from a person to a corpse was almost complete. The presence of the corpse had to be avoided. Its place had to be far enough away to avoid any kind of contact and contagion. This was how the body became inconvenient, dangerous, and had to be kept at a distance. No food, drinks or parties were made for and with the dead. From then on, the cemeteries became places to praise the memory of the dead, not allowing this kind of contact.

People who lived close to cemeteries, in their complaints, use to say they could conserve neither food nor beverages. Even the metals would change... it becomes confusing, then, under the same epithet, the odors of the plague and of the death: The odors were then called pestilential (Ariés, 1989, p.129).

As a result, public health was threatened. An important example can be elucidated by what happened at the Cemetery of the Innocents, in Paris. Large quantities of soil considered contaminated were removed from this place. Also, the remains and parts of corpses were taken out of this place and about forty or fifty common graves were opened and more than twenty thousand corpses were exhumed. These were transferred to the catacombs of Paris, after being transported in more than a thousand wagons filled with bones (Ariés, 1989). There were corpses of about eight or nine

centuries being removed from the graves, in a project that seemed endless. This task was done and redone, as, due to the urbanization process, the cemetery, which had been previously placed far from the city, ended up in the middle of human settlements again. This slow process continued and man, who was the owner of his death and coordinator of the dying process, no longer had this task. This chore was shared by the doctors, new agents, whose work would be to give the final advice, earlier delegated to the dying person, the divine, the priests and the clergymen. The priest was always ready, because it was necessary to follow some rituals that included, among others, the dying person's confession and forgiveness. When he entered the room, it was a visible sign of the end. Death was pushed to the clandestine abyss and people avoided talking about it. Death became hidden and a specific process began: The process of medicalization (Roudinesco, 2000).

The big event will not be the replacement of the family by the doctor, the power superiority of the doctor, it did not matter what kind of doctor it was... the former family doctor was, along with the family's priest, the assistant of the dying person. His follower, the general practitioner, was distant from death. Except in the case of an accident, he does not know it; it is not inside the sick person's room where the practitioner is not called in to, but in the hospital, where everyone with a serious illness and risk of death will be sent. And in the hospital the doctor is, at the same time, a man of science and a man of power, a power he will put into practice by himself (Ariés, 1989, p.130).

Transposition to the hospital opens a new period regarding the death and dying process that was accepted by the dying person and the family, that the advance of the medical techniques and the care would provide healing and isolation. Death needed to be overcome and it would also not be as public, as it gradually became something inconvenient. *Pari passu* the mourning, a unique element that expressed the pain felt by the family, became a ritual in which the trend, with the advance

of modernity, was to disappear. This was replaced by desperation, big gestures to reveal the pain, with several kinds of manifestations.

The family was banned from the funeral processions, becoming increasingly reclusive and feeling the pain in solitude, without the, often inconvenient, inference from other people. This also served the purpose of preventing them from forgetting the dead quickly and indulging themselves in the worldly pleasures of the flesh and sin. In this way, the family stayed distant, apart from the society, particularly with regard to women, whose participation in this process was limited. At first they were limited due to the reclusion at home and later due to the black clothing that represents mourning and the characteristic feelings of pain. Slowly, women started participating in burials and the mourning of their whole lives would be expressed for forty days, later considered almost an interdiction. It would not be good anymore to express pain or sorrow: This should be lived and felt, but as an individual experience that needs introspection. Just as people no longer talked about death, it would no longer be standardized.

This mask became more and more intense, to the point that Ariés (2000) described a curious scene where two women arrive home to prepare the dead person. However, the corpse was not there anymore. They ask: Where is the dead man? He must be cleaned, made ready and looking healthy. It is necessary to take care of the dead man's beauty the same, or better than he did while he was alive, preferably, without any sign of pain or sadness. After they finished, they called the family to admire the work that was done and said: The patient looks lovely now. He is not a dead man anymore, not even ill. He was an almost-alive man that was esthetically sculptured to preserve the body, the familiar features, dressed in new good quality clothes, with the purest angelical expression that must remain for eternity.

Paradoxically, at the same time, death comes closer and closer to people. The media introduces scenes of death, violence, accidents, and illnesses into people's lives on a daily basis. However, this is without any possibility of elaboration, because of

the speed with which it takes place (Kovács, 2005). Therefore, even if death is prevented, it becomes more and more present in people's lives, highlighting the discussion about our end, our individuality and the possibilities for our immortality.

## Conclusion

The expulsion of death from the world of the living resulted in the suppression and, at the same time, the adhesion to a set of ritual aspects, among them, one that states that the dying person should not be told he is about to die, and that this secret can only be told to one two family members. Death would not be in the home anymore, but in a special temple, and the mourning would gradually become invisible, shielded. The pain would individual and must be felt with less intensity. There was a kind of a shade, an interdiction, denominated by Morin as the death crisis.

This crisis includes the corrosion of death's own concept: Emptiness. It is the impotence of reasoning about death that undermines its concept and it is the crisis of individuality towards death that, in turn, is linked to the general crisis of the contemporary world. The social, economical and political crisis in which modern society was shaped, involving wars and poverty, loss of structure and new structuring of the capitalist economic model, which shocked the human individuality, while this was requested in its essence. The favorite child of a liberal period, individuality is increasingly demanded, brutalized, unbalanced and unhappy. There is a kind of non-participation of the individual, which contemplates the death that happened to him as the death he causes. Because of this, death in contemporary society becomes repulsive and, consequently, it is necessary to deny it. The role of the funeral procession tends to be reduced and the organization of the funeral and the procession itself, when done, is increasingly performed by outsourced services, by companies created specifically for this purpose.

The idea of incineration or cremation started gaining more space, as it became necessary to get rid of the corpse, with the fastest the procedure

being the best. The quick elimination of the corpse also eliminates, with it, any fears with or without a real basis. Other stages come from the tamed, familiar death: The death of the self and, after this, the death of the other. Currently, there is an interdicted death: A death that is not talked about and where it is necessary to get rid of its presence quickly, without a trace. At the same time that death is driven away from the daily lives, its presence becomes strong and mean, making it present everywhere, being seen and talked about in streets, homes, and work, overtaking life in all its dimensions. There is a progressive degradation in the relationship of death with people and with social entities, where death enters the medical-hospital context, coming from a holy place to the scientific and technical world. Finally, death becomes complex as the pursuit for immortality breaks the established limits between death and dying. There are no more rituals: People die aseptically and without the presence of others.

## References

- Alighieri, D. (2007). *A divina comédia*. São Paulo: Martin Claret.
- Ariés, P. (1988). *O homem perante a morte* (Vol.2). Lisboa: Publicações Europa-América.
- Ariés, P. (1989). *Sobre a história da morte no ocidente* (2ª ed.). Lisboa: Teorema.
- Ariés, P. (2000). *O homem perante a morte* (Vol.1). Lisboa: Publicações Europa-América.
- Aron, R. (1999). *As etapas do pensamento sociológico*. São Paulo: Martins Fontes.
- Bacon, F. (2000). *The new organon*. New York: Cambridge University Press.
- Becker, E. (2007). *A negação da morte: uma abordagem psicológica sobre a finitude humana*. Rio de Janeiro: Record.
- Capra, F. (2003). *O ponto de mutação: a ciência, a sociedade e a cultura emergente*. São Paulo: Cultrix.
- Chassot, A. (1994). *A ciência através dos tempos*. São Paulo: Moderna.
- Elias, N. (2001). *A solidão dos moribundos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Feuerbach, L. (1993). *Pensamientos sobre muerte e inmortalidad*. Madrid: Alianza Editorial.
- Foucault, M. (1979). *Microfísica do poder* (18ª ed.). Rio de Janeiro: Graal.

- Kovács, M. J. (1992). Atitudes diante da morte: visão histórica, social e cultural. In M. J. Kovács (Org.), *Morte e desenvolvimento humano* (pp.29-48). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Kovács, M. J. (2005). Educação para a morte. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 25(3), 484-496. Recuperado em abril 16, 2012, de [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-98932005000300012&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932005000300012&lng=pt&nrm=iso)
- Matta, R. (1997). *A casa e a rua: espaço, cidadania, mulher e morte no Brasil* (5ª ed.). Rio de Janeiro: Rocco.
- Morin, E. (1988). *O homem e a morte* (2ª ed.). Lisboa: Publicações Europa-América.
- Oexle, O. G. (1996). A presença dos mortos. In H. Braet, & W. Verbeke. *A morte na Idade Média* (pp.27-78). São Paulo: Edusp.
- Rodrigues, J. C. (2006). *Tabu da morte* (2ª ed.). Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Roman, J. (1996). Autonomia e vulnerabilidade do indivíduo moderno. In E. Morin, & I. Prigogine (Orgs.), *A sociedade em busca de valores: para fugir à alternativa entre o cepticismo e o dogmatismo* (pp.39-49). Lisboa: Instituto Piaget.
- Rouche, M. (1989). Alta Idade média ocidental. In P. Veyne (Org.), *História da vida privada: do Império Romano ao ano mil* (Vol.1, pp.399-530). São Paulo: Companhia das Letras.
- Roudinesco, E. (2000). *Por que a psicanálise?* Rio de Janeiro: Zahar.
- Scruton, R. (1995). *A short history of modern philosophy: From Descartes to Wittgenstein* (2ª ed.). London: Routledge.
- Silva, J. A. F. (2000). *Tratado de direito funerário* (Vol.1). São Paulo: Método.
- Tolstoy, L. (2007). *A morte de Ivan Ilitch*. São Paulo: Martin Claret.
- Vovelle, M. (1996). A história dos homens no espelho da morte. In H. Braet, & W. Verbeke. *A morte na Idade Média* (pp.11-26). São Paulo: Edusp.
- Weber, M. (2000). *A ética protestante e o espírito do capitalismo* (15ª ed.). São Paulo: Pioneira.
- Wolkmer, A. C. (2001). *Pluralismo jurídico: fundamentos de uma nova cultura no direito* (3ª ed.). São Paulo: Alfa-Ômega.
- Wolkmer, A. C. (2002). *História do direito no Brasil* (3ª ed.). Rio de Janeiro: Forense.

Received on: 2/2/2012

Final version on: 4/24/2012

Approved on: 5/14/2012





# 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, Psycodoc, Doaj, Latindex, Clase, Index Psi Periódicos.

## 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

García 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>

### 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:

- Participei da concepção do trabalho e torno pública minha responsabilidade pelo seu conteúdo;

- Não omiti quaisquer ligações ou acordos de financiamento entre os autores e companhias que possam ter interesse na publicação deste artigo;

- Trata-se de artigo original e o trabalho, em parte ou na íntegra, ou qualquer outro trabalho com conteúdo substancialmente similar, de minha autoria, não foi enviado para outra revista, e não o será enquanto sua publicação estiver sendo considerada pela revista *Estudos de Psicologia*, quer seja no formato impresso ou no eletrônico.

Assinatura do(s) autores(s)      Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## 2. Transferência de Direitos Autorais

- Título do manuscrito:

- Nome por extenso dos autores (na mesma ordem em que aparecem no manuscrito):

- Autor responsável pelas negociações:

Declaro que, em caso de aceitação do artigo, a revista *Estudos de Psicologia* passa a ter os direitos autorais a ele referentes, que se tornarão propriedade exclusiva da revista, sendo vedada qualquer reprodução, total ou parcial, em qualquer outra parte ou meio de divulgação, impressa ou eletrônica, sem que a prévia e necessária autorização seja solicitada e, se obtida, farei constar o competente agradecimento à Revista.

Assinatura do(s) autores(s)      Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**Toda correspondência deve ser enviada à revista de *Estudos de Psicologia* no endereço:**

Núcleo de Editoração SBI - *Campus II*

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

Fone/Fax: +55-19-3343-6875

E-mail: [sbi.estudosdepsicologiapuc@puc-campinas.edu.br](mailto: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, Psycodoc, Doaj, Latindex, Clase, Index Psi Periódicos.

## I - TYPES OF PAPERS ACCEPTED BY THE JOURNAL PSYCHOLOGICAL STUDIES

*Psychological Studies* stimulates the contributions of national and international scientific community, and it's distributed in Brazil and in several other countries. All articles must be submitted online through the home page: <<http://www.scielo.br/estpsi>>.

The journal accepts original research in any area of Psychology, aiming to promote, and disseminate scientific knowledge as well as to discuss the significance of practices in the professional and research fields in Psychology. Before submitting the manuscript for evaluation to the *ad hoc* consultants it is submitted for pre-analysis by the academic editorial board. The following research categories are accepted for publications:

- **Empirical Studies:** Original papers articles based on empirical data. The articles must present the following sections: introduction, method, results e discussion.

- **Theoretical Articles:** Critical review of the literature on topics relevant to Psychology, questioning current concepts and developing hypotheses for future research.

- **Literature Reviews:** Synthesis of quantitative or qualitative studies answering a specific and relevant question in the psychology field. Description of the process for searching the original studies, the criteria used to select those that were included in the review as well as the procedure to synthesize the obtained results.

- **Case Studies:** Reports of studies with individuals, groups or organizations, indicating a problem and a way to resolve it based on literature.

- **Book Reviews:** Presentation and critical analysis of a book related to psychology area, one year ago, at the most.

All articles must present a maximum of 25 pages including charts, images and references. The counting will start by the cover page, it must be numbered page one. The manuscript that meets the above categories will be submitted for pre-analysis to the Editorial Board.

## II - REPORT OF THE ETHICS COMMITTEE OPINION

Results of the studies with human beings must be accompanied by a copy of the Research Ethics Committee's approval. In addition, it should be stated in the last paragraph of the method section the protocol number and the approval date from Ethics Committee.

## III - CONSIDERATION BY THE EDITORIAL BOARD

Original manuscripts will be accepted for evaluation if they have not been previously published. They should be submitted together with a covering letter which should be signed by the authors, requesting publication in the Journal.

The editorial process will only begin if the submitted manuscript follows the Journal requirements. Otherwise, it will be returned for adjustment to the Journal standards, or to include a letter or other documents, even before being submitted to the pre-analysis of the Editorial Committee Board and for the later merit evaluation by *ad hoc* reviewers.

After the pre-analysis stage, the following may occur:

(1) The manuscript will be forward to the *ad hoc* consultants.

(2) The manuscript may be returned to the authors, requesting modifications.

(3) The manuscript may be rejected due to: (i) contents, considering the Journal main themes; (ii) originality, relevancy to the theme and quality of the scientific method used.

(4) The manuscript will be send for peer reviewed by *ad hoc* if the manuscript meets the above criteria.

### 1) Evaluation of manuscripts

The peer review process used is the blind review, where the identity of the authors and the reviewers is not mutually known. With this in mind, the authors should not identify themselves in the manuscript. The original manuscripts, without author's identification, will be sent to at least two *ad hoc* reviewers. Two favorable reports are needed for final acceptance for publication. If there is any disagreement, the original will be sent to a third reviewer for analysis. If the reviewers identify any interest conflict, the Editorial Board will send the manuscript to another *ad hoc* reviewer.

The evaluation of the manuscripts will be kept in strict confidence. The authors will be informed if the manuscript has been accepted or rejected. Papers that have received suggestions for changes will be returned to authors for corrections with the reports and manuscript must be returned within thirty days. The evaluation process of the manuscripts will be completed after submission of the second and last version.

The reviewers' reports admit four possibilities: (a) approval; (b) recommendation for new analysis after a small redraft version; (c) recommendation for new analysis, after a complete redraft version. (d) Rejection. In any of these cases, the author(s) will be informed. On the last number of each Journal volume, it will be published the names of the *ad hoc* consultants who collaborated on the manuscripts evaluation in the current year.

The final process of the manuscript evaluation ends in the second version. The final decision regarding publication or not of the manuscript will be always made by the Editors. Minor changes in the manuscript may be made by the Editorial Board of the Journal, according to internal review criteria and standards. The reviewed manuscript must be returned within the stipulated deadline.

## 2) Proofs

Will be sent typesetting to the authors for correction of printing errors. The proofs must be returned to the Editing Office on the stipulated date. Any other changes to the original manuscript will not be accepted at this stage. The author(s) of the paper will receive two copies of the issue in which their study was published.

## IV - PRESENTATION OF THE ORIGINAL MANUSCRIPTS

The *Psychological Studies journal* uses the publication norms of the American Psychological Association (APA) (6th Edition, 2010). The original manuscripts must be written in Portuguese, English, French, or Spanish. All manuscripts must have a title and an English abstract.

To be considered for review by the Editorial Board of *Studies in Psychology*, the manuscripts should be submitted online home page: <<http://www.scielo.br/estpsi>>. Manuscripts that are forwarded by post mail, fax, e-mail or any other form other than online submissions will not be considered by the Editors.

The manuscripts must be double-spaced, Arial size 12 and 15 to 25 pages. The file should be saved in a text editor similar to Word version 97-2003 for Windows. The manuscript must be typed on A4-size paper, leaving margins on the top and bottom (minimum 2.5cm) and on the left and right (minimum of 3cm).

**Important:** The manuscript is blind reviewed in relation to the authors' identification. Therefore, authors are responsible for checking if there are no indications in the text that might identify them. There will be no acceptance of attachments, appendices or foot notes on the manuscript. The Journal is not responsible for the authors who do not abide by this norm.

**Publication in English:** Articles approved may be indicated by the Editorial Board will be published in English. In order to have the manuscript published, authors are responsible to finance the complete English translation version of their work. To assure the quality and uniformity of translated English manuscripts, the work should be done by a English translator expert on scientific publications, nominated by the Journal.

## Revised version

The revised version must be sent via online (<<http://www.scielo.br/estpsi>>). The author(s) must only send the last version of the article. The alterations must be highlighted in blue followed by a letter to the editor reaffirming the interest in publishing in this Journal and informing which alterations were introduced in the manuscript. If there is any disagreement concerning the reviewers recommendations, the author(s) must present the arguments that justify their position. If the authors do not forward the revised manuscript and reply-letter within the stipulated deadline, the editorial process will be terminated at any stage of submission.

The manuscripts must have the following items in the order suggested:

### 1) Title page with author(s) identification containing the following information:

- Full title in Portuguese: Must be concise and avoid unnecessary and/or redundant words such as "assessment of...", "considerations about...", "an exploratory study on..."
- Suggestion of abbreviated title, not exceeding five words.
- Full title in English, compatible with the title in Portuguese.
- Name of each author(s), followed by affiliated institution. Do not abbreviate middle names.
- All data of titles and affiliation must be written without abbreviations or acronym.
- Full addresses of all the universities to which the authors are affiliated.
- Corresponding author(s) address, telephone and fax numbers, and email address.
- Include a footnote indicating financial support, acknowledgments to colleagues and technicians in one paragraph not exceeding three lines. This paragraph should also provide information about the source for the study and other information that is deemed relevant.
- If there are figures or tables published elsewhere, permission for their use should be attached to the manuscript.

### 2) Separate cover page

Separate title page only with the manuscript name and its English translation, without authors' identification.

### 3) Abstract in Portuguese on a separate page

The abstract must have a minimum of 100 and maximum of 150 words. No quotes or acronyms are allowed. It must have three to five key words at the end that precisely describe the content of the study. The abstract should include a brief reference to the problem investigated, sample characteristics, method used to collect data, results, and conclusions. Only the Book Review does not require an abstract. The Portuguese abstract should be numbered as page 3, following the page without identification.



#### 4) Abstract in English on a separate page

It must be compatible with the Portuguese abstract. It must follow the norms and have keywords. This is page number 4.

#### 5) Manuscript organization

The text of the manuscript submitted for publication should be clearly organized with headings and subheadings to facilitate reading. For research reports, the manuscript must have an introduction; method section containing consistent information about the participants, instruments, and the procedures used; a result section that must state the most important aspects related to the research objectives; and the discussion that should adequately and objectively address the results discussed making reference to studies in the literature. The final considerations must present the relevant conclusions, considering the objectives of the study and indicate further possible studies. Studies limitations as well as suggestions for future research should be indicated.

#### 6) Illustrations

Tables, charts and figures must be limited to a maximum of five consecutively and independently numbered in Arabic numerals according to the sequence of appearance of the data/ in the text. They must each be on an individual and separated sheet, indicating their locations in the text. A short title must be given must be given to each of them.

The author(s) is responsible for the quality of the figures (drawings, illustrations, and graphs), which must allow reduction without loss of definition to the size of one or two columns (7 and 15cm, respectively); landscape format is not allowed. Digitalized figures must be supplied in jpeg or tiff with a minimum resolution of 500 Dpi. The words Figure, Table, Appendix that appear in the text should be written with the first letter capitalized and followed by the number (Figures, Tables and Appendices) to which they refer. The suggested location for inserting the figures and tables should be indicated in the text. The titles must be concise. No colored images are accepted.

#### 7) Citations

Secondary references will not be accepted or citing a citation of the original author.

Citations of articles with more than one author:

- Articles with two authors: list the two authors whenever referring to the article.

- Articles with three to five authors: list all the authors when first referring to the article; after second reference to the article, list the surname of the first author followed by et al. and the date.

- Articles with six or more authors: list the surname of the first author followed by et al. and the date at first reference to the article in the text.

In the case of a literal citation with up to 40 words, the citation in the text should appear with quotation marks, followed by the surname of the author, date, and page.

A new paragraph must be used for citations with more than 40 words, single-spacing, font size 11, and indented 4cm from the left margin.

#### Citation of re-edited or old publications

In case of old citations with new editions of the work, the citation should include the two dates, the date of the first publication and the edition read by the author. For example: Freud (1912/1969, p.154). If there are other citations or references to other texts of the same publication, differentiate using lowercase letters. For example, Freud (1939/1969a) and so forth.

#### 8) References

Studies by a single author should precede the work of multiple authors when the surname is the same. In case of studies in which the first author is the same, but the co-authors are different, the criterion of alphabetical order of last names of the co-authors should be used. Studies by the same author should be ordered by date, the oldest work being mentioned first. Studies by the same author and same date must be differentiated using "a" and "b". Journal Article in press should be avoided.

The formatting of references should facilitate the task of reviewing and editing, for such, use line spacing of 1.5 and font size 12. References to other articles published in the Journal are recommended as a way to increase the impact factor

Exactness and adequateness of references to studies which have been consulted and mentioned in the text of the manuscript and the content of the study are the author's responsibility. All the authors whose studies were cited in the text must be followed by the date of publication and listed in the Reference section. References and citations must be made according to the norms of the APA.

#### Examples of most common references used

##### Article in scientific journal

Garcia del Castillo, J. A., Dias, P. C., & Castelar-Perim, P. (2012). Autor-regulação e consumo de substâncias na adolescência. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 25(2), 238-247.

##### Books

Fernandes, J.M.G.A., & Gutierrez Filho, P.J.B. (2012). *Psicomotricidade: abordagens emergentes*. Barueri: Manole.

##### Book Chapters

Böhm, G., & Tanner, C. (2012). Environmental risk perception. In L. Steg, A. E. van den Berg & J. I. M. Groot (Eds.), *Environmental psychology: An introduction* (pp.16-25). Oxford: BPS Blackwell.

##### Re-edition of century-old publications

Sartre, J-P. (2012). *The imagination*. New York: Routledge. (Original work published 1936).

## Doctoral Dissertations and Master's Thesis

### For an unpublished doctoral dissertations

Wilfley, D. E. (1989). *Interpersonal analyses of bulimia: Normal weight and obese* (Unpublished doctoral dissertation). University of Missouri, Columbia.

### Corporate authorship

World Health Organization. (2012). *Safe abortion: Technical and policy guidance for health systems evidence summaries and grade tables*. Washington, DC: Author.

### Meetings and Symposia

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 discontinuities. *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](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.

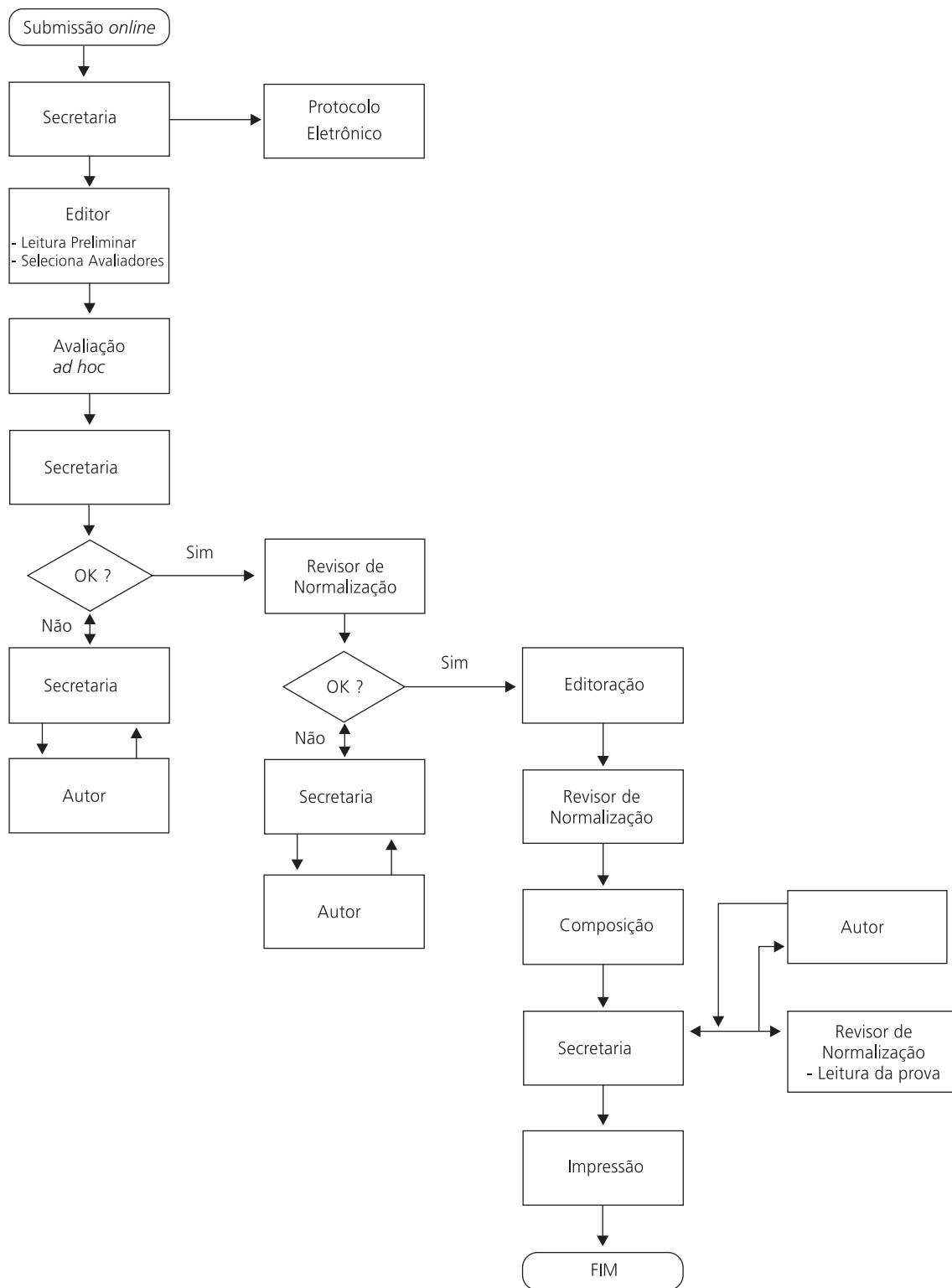
Signature of author(s),                      Date \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**All correspondence must be sent to the *Psychological Studies* journal to the following address**

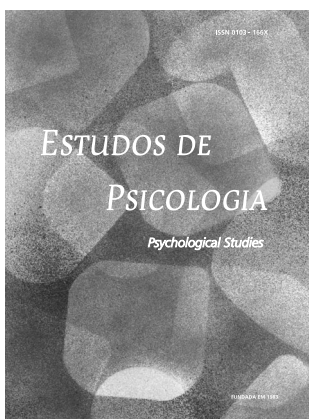
Núcleo de Editoração SBI - *Campus II*  
Av. John Boyd Dunlop, s/n. - Prédio de Odontologia - Jd. Ipaussurama - 13060-904 - Campinas, SP, Brazil  
Fone/Fax: +55-19-3343-6875  
*E-mail*: [sbi.estudosdepsicologiapuc@puc-campinas.edu.br](mailto:sbi.estudosdepsicologiapuc@puc-campinas.edu.br)  
URL: <http://www.scielo.br/estpsi>



# 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, Doaj, Latindex, Lilacs e Index Psi Periódicos.

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)	⇒	<b>Pessoas Físicas</b>	R\$ 40,00 <input type="checkbox"/>	⇒	<b>Institucional</b> R\$ 50,00 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Volume 23 (2006)	⇒	<b>Pessoas Físicas</b>	R\$ 40,00 <input type="checkbox"/>	⇒	<b>Institucional</b> R\$ 50,00 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Volume 24 (2007)	⇒	<b>Pessoas Físicas</b>	R\$ 40,00 <input type="checkbox"/>	⇒	<b>Institucional</b> R\$ 80,00 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Volume 25 (2008)	⇒	<b>Pessoas Físicas</b>	R\$ 70,00 <input type="checkbox"/>	⇒	<b>Institucional</b> R\$ 120,00 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Volume 26 (2009)	⇒	<b>Pessoas Físicas</b>	R\$ 80,00 <input type="checkbox"/>	⇒	<b>Institucional</b> R\$ 130,00 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Volume 27 (2010)	⇒	<b>Pessoas Físicas</b>	R\$ 90,00 <input type="checkbox"/>	⇒	<b>Institucional</b> R\$ 200,00 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Volume 28 (2011)	⇒	<b>Pessoas Físicas</b>	R\$ 90,00 <input type="checkbox"/>	⇒	<b>Institucional</b> R\$ 250,00 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Volume 29 (2012)	⇒	<b>Pessoas Físicas</b>	R\$ 90,00 <input type="checkbox"/>	⇒	<b>Institucional</b> R\$ 300,00 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Volume 30 (2013)	⇒	<b>Pessoas Físicas</b>	R\$ 90,00 <input type="checkbox"/>	⇒	<b>Institucional</b> R\$ 300,00 <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Volume 31 (2014)	⇒	<b>Pessoas Físicas</b>	R\$ 90,00 <input type="checkbox"/>	⇒	<b>Institucional</b> 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](mailto: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](mailto:sbi.assinaturane@puc-campinas.edu.br) - Home Page: [www.scielo.br/estpsi](http://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:** Daniela Aparecida S. Ferreira, Elizabeth da Silva Lima, Maria Fernanda de Medeiros

**Bibliotecárias de normalização / Librarians:** Andressa Mello Davanso, 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/m<sup>2</sup> e miolo no papel pólen soft 90g/m<sup>2</sup>

#### **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

### **Evidências de validade da Escala de Avaliação do Relacionamento**

*Validity evidences the Relationship Assessment Scale*

| José Augusto Evangelho Hernandez

### **Rorschach e sofrimento psíquico grave: funcionamento psíquico nas primeiras crises psicóticas**

*Rorschach and severe psychic suffering: Psychic functioning in first psychotic crisis*

| Hayanna Carvalho Santos Ribeiro Silva | Ileno Izídio da Costa

### **Personalidade: estudo comparativo entre dois instrumentos de avaliação**

*Personality: Comparative study between two assessment instruments*

| Tatiana de Cássia Nakano

### **The hollow-face illusion monocularly observed in a box**

*A ilusão da máscara côncava observada monocularmente em uma caixa*

| Maria Amélia Cesari Quaglia | Lúvia da Silva Bachetti | Arthur Alves

## **PSICOLOGIA DO ENSINO E APRENDIZAGEM PSYCHOLOGY OF TEACHING AND LEARNING**

### **Relação entre *bullying* e sintomas depressivos em estudantes do ensino fundamental**

*Associations between bullying and depressive symptoms in elementary students*

| Bruna Garcia Forlim | Ana Carina Stelko-Pereira | Lúcia Cavalcanti de Albuquerque Williams

### **Desempenho operatório de crianças com queixas de desatenção e hiperatividade em jogos eletrônicos baseados em provas Piagetianas**

*Operating performance of children with symptoms of inattention and hyperactivity in electronic games based on Piagetian tasks*

| Claudia Broetto Rossetti | Maria Thereza Costa Coelho de Souza | Fabíola Röhrig | Queila Cássia Corrêa Guimarães | Simone Chabudee Pylro | Taisa Rodrigues Smarssaro Bahiense

## **PSICOLOGIA DA SAÚDE HEALTH PSYCHOLOGY**

### **O sentido da maternidade e da infertilidade: um discurso singular**

*The meaning of maternity and infertility: A singular speech*

| Patrícia Gomes Accioly Lins | Elci Antonia de Macedo Ribeiro Patti | Antonio César Peron | Valéria Barbieri

### **Aconselhamento em saúde: fatores terapêuticos em grupo de apoio psicológico para transtornos alimentares**

*Counseling in health: Therapeutic factors in a psychological support group for eating disorders*

| Manoel Antônio dos Santos | Fabio Scorsolini-Comin | Elaine Cristina da Silva Gazignato

### **A prática grupal e o discurso sobre a ética em documentos oficiais**

*Group work and the discourse of ethics in official documents*

| Emerson Fernando Rasera | Flavia Miranda Oliveira | Mario José Bertini Silva de Jesus

### **Representação social da Psicologia e do psicólogo na sala de espera de uma clínica-escola**

*Social representation of Psychology and the psychologist in the waiting room of a teaching-clinic*

| Mariane Iuva Arend | Roberta Fin Motta

### **Feeding practices, healthcare and kinship during the first year of life**

*Alimentação, cuidado em saúde e parentesco durante o primeiro ano de vida*

| Vania Bustamante | Cecilia McCallum

## **PSICOLOGIA SOCIAL SOCIAL PSYCHOLOGY**

**Death over time: Brief notes about death and dying in the West**