ALETHEIA
Revista de Psicologia
Nº 42 - Set./Dez. 2013
ISSN: 1981-1330

COMUNIDADE EVANGÉLICA LUTERANA "SÃO PAULO"
Presidente
Adilson Ratund

Vice-Presidente
Jair de Souza Junior

ULBRA UNIVERSIDADE LUTERANA DO BRASIL

Reitor
Marcos Fernando Ziemer

Pró-Reitor de Planejamento e Administração
Romeu Forneck
Pró-Reitor Acadêmico
Ricardo Willy Rieth
Pró-Reitor Adjunto de Ensino Presencial
Pedro Antonio González Hernández
Pró-Reitor Adjunto de Ensino a Distância
Pedro Luiz Pinto da Cunha
Pró-Reitor Adjunto de Pós-Graduação, Pesquisa e Inovação
Erwin Francisco Tochtrop Júnior
Pró-Reitor Adjunto de Extensão e Assuntos Comunitários
Valter Kuchenbecker

Capelão
Pastor Lucas André Albrechtt

ALETHEIA
Revista de Psicologia da ULBRA

Disponível on-line pelo portal PePSIC:
http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php

Indexadores: Index-Psi Periódicos (CFP); LILACS (BIREME); IBSS; PsycINFO (APA); PePSIC; Latindex; CLASE; Redalyc

PePSIC Periódicos Eletrônicos em Psicologia

Editora
Profª. Ms. Fernanda Pasquoto de Souza

Editora Associada
Profª Drª Aline Groff Vivian

Conselho editorial
Profª Drª Ligia Braun Schermann
Profª Drª Silvana Soriano Frassetto

Conselho Científico
Dr. Adolfo Pizzinato (PUCRS, Porto Alegre/RS)
Dra. Ana Maria Jacó-Vilela (UERJ, Rio de Janeiro/BR)
Dra. Cristina Maria Leite Queirós (Universidade do Porto/PO)
Dra. Dóris Vasconcelos Salençon (Sorbonne, Paris/FR)
Dr. Eduardo A. Remor (UAM, Madrid/ES)
Dr. Fábio de Oliveira (USP, São Paulo/SP)
Dr. Francisco Martins (UnB, Brasília/BR)
Dr. Hugo Alberto Lupiañez (UDA - Mendoza/AR)
Dra. Isabel Arend (UG, Bangor/UK)
Dr. João Carlos Alchieri (UFRN, Natal/BR)
Dr. Jorge Béria (ULBRA, Canoas/BR)
Dr. José Carlos Zanelli (UFSC - Florianópolis/SC)
Dra. Liliana Andolpho Magalhães Guimarães (USP, São Paulo
Dr. Marcus Vinicius de Oliveira Silva (UFBA - Salvador/BA)
Dra. Maria Lúcia Tiellet Nunes (PUCRS, Porto Alegre/RS)
Dra. Maria Inês Gasparetto Higuchi (CEULM, Manaus, AM)
Dra. Marília Veríssimo Veronese (UNISINOS, São Leopoldo/RS)
Dr. Mário Cesar Ferreira (UnB, Brasília/BR)
Dr. Makilim Nunes Baptista (USF-Itatiba,SP)
Dr. Pedro Gil-Monte (UV-Valência/ES)
Dr. Ramón Arce (USC, Santiago de Compostela/ES)
Dr. Ricardo Gorayeb (FMRP-USP, Ribeirão Preto/BR)
Dra. Rita de Cássia Petrarca Teixeira (ULBRA – Gravataí/BR)
Dra. Suzana Alves (Edinburgh College of Art – UK)

Assistente editoriai
Claudia Corrêa da Rocha

EDITORA DA ULBRA
Diretor: Astomiro Romais
Coordenador de periódicos: Roger Kessler Gomes
Capa: Everaldo Manica Ficanha
Editoração: Roseli Menzen

PORTAL DE PERIÓDICOS DA ULBRA
Gerência: Agostinho Iaqchan Ryokiti Homa

Solicita-se permuta.
We request exchange.
On demande l'échange.
Wir erbitten Austausch.

Endereço para permuta/exchange
Universidade Luterana do Brasil - ULBRA
Biblioteca Martinho Lutero - Setor de Aquisição
Av. Farroupilha, 8001 - Prédio 5
CEP: 92425-900 - Canoas/RS - Brasil
Fone: (51) 3477.9276 - E-mail: bibpermuta@ulbra.br

Matérias assinadas são de responsabilidade dos autores. Direitos autorais reservados.
Citação parcial permitida, com referência à fonte.

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação – CIP

A372 Aletheia / Universidade Luterana do Brasil. – N. 1 (jan./jun. 1995)- . – Canoas : Ed. ULBRA, 1995- . v. ; 27 cm.

Semestral, jan./jun. 1995-jul./dez. 2009; quadrimestral, jan./abr. 2010 - ISSN 1413-0394

1. Psicologia – periódicos. I. Universidade Luterana do Brasil.

CDU 159.9(05)

Setor de Processamento Técnico da Biblioteca Martinho Lutero – ULBRA/Canoas

Aletheia
REVISTA DE PSICOLOGIA DA ULBRA

Consultores 2013

Adriana Fleck
Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)
Adriana Serafini Jung
Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA)
Alessandra Turini Bolsoni Silva
Universidade Estadual Paulista (UNESP)
Amadeo Weinmann
Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)
Ana Merces Bahia Bock
Pontifícia Universidade Católica de São Paulo
Ana Paula Correa Freitas
Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)
Andrea Gabriela Ferrari
Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)
Ângela Helena Marin
Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS)
Caroline Rubin Rossato Pereira
Universidade Federal de Santa Maria (UFSM)
Clarissa De Antoni
Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA)
Celso Gutfreind
Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS)
Cenita Pereira Borges
Universidade do Extremo Sul Catarinense (UNESC)
Débora Silva de Oliveira
Complexo de Ensino Superior de Cachoeirinha (CESUCA)
Denise Aerts
Universidade Luterana do Brasil (ULBRA)
Denise Morsch
Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUCRJ)
Denise Steibel
Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)
Evanisa de Maio Brum
Complexo de Ensino Superior de Cachoeirinha (CESUCA)
Fernanda Pasquotto de Souza (ULBRA)
Universidade Luterana do Brasil (ULBRA)
Francielle Molon da Silva
Universidade Federal de Pelotas (UFPEL)
Gláucia Grohs
Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)
Isabela Machado da Silva
Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC)
Juliane Calegaro Borsa
Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUCRJ)
Leda Rubia Corbulim Maurina
Universidade Luterana do Brasil (ULBRA)
Leopoldo Fulgêncio
Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUCSP)
Lia Mara Netto Dornelles
Universidade de Caxias do Sul (UCS)
Lilian Palazzo
Universidade Luterana do Brasil (ULBRA)
Lucia Marques Stenzel (UFCSPA)
Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA)
Maria Consuêlo Passos
Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUCSP)
Marisa Campio Müller
Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS)
Marúcia Bardagi
Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC)
Mary Sandra Carlotto
Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS)
Paula Von Mengden Campezatto
Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS)
Raquel de Melo Boff
Unidade Integrada Vale do Taquari de Ensino Superior (UNIVATES)
Silvana Soriano Frassetto
Universidade Luterana do Brasil (ULBRA)

Silvia Abu-Jamra Zornig
Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUCRJ)
Simone Bicca Charczuk
Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS)
Sonia Liane Reichert Rovinski
Faculdades Riograndenses (FARGS)
Tagma Marina Schneider Donelli
Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS)
Tânia Rudnicki
Instituto de Educação e Pesquisa - Associação Hospitalar Moinhos de Vento (HMV)
Vicente Cassepp-Borges
Universidade Federal Fluminense (UFF)
Viviane Rodrigues
Unidade Integrada Vale do Taquari de Ensino Superior (UNIVATES)

Aletheia*, revista quadrimestral editada pelo curso de Psicologia da Universidade Luterana do Brasil, publica artigos originais, relacionados à Psicologia, pertencentes às seguintes categorias: artigos de pesquisa, artigos de atualização, resenhas e comunicações. Os artigos são de responsabilidade exclusiva dos autores, e as opiniões e julgamentos neles contidos não expressam necessariamente o pensamento dos Editores ou do Conselho Editorial.*

Sumário

7 **Editorial**

Artigo internacional

9 Intervenções educacionais e psicológicas para psoríase: uma revisão sistemática
Educational and psychological interventions on psoriasis:a systematic review
Leonardo Machado da Silva; André Vicente Esteves de Carvalho; Gabriel José Chittó Gauer

Artigos empíricos

23 Percepções de psicólogos sobre os familiares durante o tratamento de dependentes químicos
Psychologist's perceptions of family during chemical dependent's treatment
Alexandre Herzog; Maria Isabel Wendling

39 Crenças, expectativas e padrão de consumo do álcool por mulheres
Beliefs and expectations standard of consumption of alcohol by women
Andressa Celente de Ávila; Dhiordan Cardoso da Silva; Margareth da Silva Oliveira

51 A percepção de idosas acerca das crenças de autoeficácia e envelhecimento saudável
The perception of elderly women about the beliefs of self-efficacy and healthy aging
Luciane Patrícia Boratti Karlinski; Silvana Soriano Frassetto

62 Análise da personalidade de profissionais da área da saúde: um estudo pelo teste Palográfico
Analysis of personality of health professionals: a study testing Palográfico
Débora Alves Senden; Regina Maria Fernandes Lopes; Roberta Fernandes Lopes do Nascimento; Lauren Bulcão Terroso; Irani I. de Lima Argimon

71 Avaliação de sintomas depressivos e de fobia social em estudantes de graduação
Evaluation of depressive and social phobia symptoms in undergraduate students
William Weber Cecconello; Francieli Batistella; Suzi Darli Zanchett Wahl; Marcia Fortes Wagner

82 Intervenção psicossocial em grupo de mulheres gestantes do Centro de Saúde da Mulher de Cacoal-RO
Psychosocial intervention group of women's pregnancy Center for Women's Health of Cacoal-RO
Cleber Lizardo de Assis; Bruna Angélica Borges; Luana Sampaio Souza; Tatiane dos Santos P. Mendes

92 Estudo correlacional sobre diferentes perfis de estratégias de coping de acordo com os traços de personalidade
Correlational study of different profile of coping strategies according to personality traits
Tuani Bertamoni; Guilherme Ebert; Vinícius Guimarães Dornelles

106 Mapeamento de competências administrativas e de gestão em uma fábrica de softwares no Distrito Federal
Competence administrative and management mapping in a software factory situated in Distrito Federal
Gabrielle Cobucci; Francisco Antonio Coelho Junior; Cristiane Faiad

122 A não maternidade na contemporaneidade: um estudo com mulheres sem filhos acima dos 45 anos
The childlessness in contemporary times: A study with non-child women above 45 years old
Daiana Quadros Fidelis; Clarisse Pereira Mosmann

136 Serviço-escola de psicologia: caracterização da clientela infanto juvenil atendida de 2008 a 2012, em uma Universidade privada do RS
Service school of psychology: characteristics of children's and teens answered 2008 to 2012 in a private university of RS
Aline Groff Vivian; Janine Santos Timm; Fernanda Pasquoto de Souza

Artigos teóricos

153 A identificação como efeito do processo tradutivo da sedução originária
The identification that effect of the translation process of original seduction
Marina Pinto de Paula; Gustavo Adolfo Ramos Mello Neto

164 Fatores protetivos e de risco para o uso de crack e danos decorrentes de sua utilização: revisão de literatura
Protective and risk factors for the use of crack and damages from itsuse: review of literature
Cristina Beatriz Sayago; Paola Lucena-Santos; Fernanda Ribeiro; Marina Balem Yates; Margareth da Silva Oliveira

Relato de experiência

175 Importância da psicoeducação em grupos de dependentes químicos: relato de experiência
Importance of psychoeducation in addiction groups
Marianne Farina; Lauren Bulcão Terroso; Regina Maria Fernandes Lopes; Irani I. de Lima Argimon

Resenha

186 Qualidade de vida no trabalho: uma abordagem centrada no olhar dos trabalhadores
Romildo Garcia Brusiquese

189 Instruções aos autores

195 Instructions to authors

201 Instrucciones a los autores

Editorial

Prezado leitor, temos o prazer de publicar mais um número do nosso periódico. Este será um número simples para concluirmos o ano de 2013. Agradecemos a colaboração dos membros do Conselho Editorial, professores, comunidade científica e, principalmente, dos autores que escrevem em nossa revista. Gostaríamos de convidá-los para continuarem submetendo artigos ao nosso periódico e avisar que estamos recebendo estudos para as próximas edições. Seguindo a linha editorial consolidada pela *Aletheia*, neste número contamos com um artigo internacional, além de artigos de pesquisa, estudos de atualização, um relato de experiência e uma resenha.

O estudo internacional de Leonardo Silva, André Vicente de Carvalho e Gabriel José Gauer trata de uma revisão sistemática sobre intervenções educacionais e psicológicas para psoríase. Entre os estudos de pesquisas nacionais, contamos com o artigo de Alexandre Herzog e Maria Isabel Wendling, que traz a percepção dos psicólogos sobre os familiares de dependentes químicos. Também abordando a questão da dependência de álcool, contamos com o artigo de Andressa de Ávila, Dhiordan da Silva e Margareth Oliveira, sobre as crenças, expectativas e padrão de consumo do álcool por mulheres. Ainda fazendo referência às crenças, apresentamos o estudo de Luciane Patrícia Karlinski e Silvana Frassetto sobre a percepção de idosas acerca das crenças de autoeficácia e envelhecimento saudável. As autoras Débora Senden, Regina Maria Lopes, Roberta Lopes do Nascimento, Lauren Terroso e Irani Argimon realizaram um levantamento do perfil de personalidade de profissionais de atendimento na área da saúde utilizando o teste palográfico. Também fazendo uso de instrumentos psicológicos, apresentamos o estudo de William Cecconello, Francieli Batistella, Suzi Wahl e Marcia Wagner, avaliando os sintomas depressivos e de fobia social em estudantes de graduação. Os pesquisadores Cleber de Assis, Bruna Angélica Borges, Luana Souza e Tatiane Mendes apresentam os resultados de uma intervenção psicossocial de curta duração junto a um grupo de mulheres gestantes usuárias do sistema público de saúde, na cidade de Cacoal-RO. Contamos também com o estudo correlacional sobre diferentes perfis de estratégias de coping de acordo com os traços de personalidade dos autores Tuani Bertamoni, Guilherme Ebert e Vinícius Guimarães Dornelles. Os autores Gabrielle Cobucci, Francisco Antonio Junior e Cristiane Faiad trazem um estudo empírico com o objetivo de identificar, por meio da percepção de gestores de áreas-meio, competências de natureza administrativa e de gestão que são necessárias ao desempenho das atribuições de determinado cargo. Finalizando os estudos empíricos, temos o estudo das autoras Daiana Fidelis e Clarisse Mosmann, abordando a questão da não maternidade na contemporaneidade. Por fim, as pesquisadoras Aline Groff Vivian, Janine Santos Timm e Fernanda Pasquoto de Souza apresentam artigo que trata sobre o serviço-escola de psicologia: caracterização da clientela infantojuvenil atendida de 2008 a 2012, em uma Universidade privada do RS.

Quanto aos artigos de atualização, contamos com o estudo de Marina de Paula e Gustavo Adolfo Mello Neto, trazendo o conceito de identificação através da teoria da sedução generalizada (TSG), de Jean Laplanche, e o artigo dos autores Cristina Beatriz Sayago, Paola Lucena-Santos, Fernanda Ribeiro, Marina Yates e Margareth Oliveira,

abordando os fatores protetivos e de risco para o uso de crack e danos decorrentes de sua utilização.

O relato de experiência das autoras Marianne Farina, Lauren Terroso, Regina Maria Lopes e Irani Argimon fala sobre a importância da psicoeducação em grupos de dependentes químicos.

Encerrando esse número, publicamos a resenha do pesquisador Romildo Brusiquese sobre o livro Qualidade de vida no trabalho: uma abordagem centrada no olhar dos trabalhadores.

Profa. Ms. Fernanda Pasquoto de Souza
Editora

Profa. Dra. Aline Groff Vivian
Editora Associada

Intervenções educacionais e psicológicas para psoríase: uma revisão sistemática

Leonardo Machado da Silva
André Vicente Esteves de Carvalho
Gabriel José Chittó Gauer

Resumo: *Introdução:* Psoríase em placas é uma dermatose crônica que tem um impacto importante nas dimensões social e psicológica nos pacientes. Estudos anteriores sugeriram que intervenções educacionais e psicológicas podem ser efetivas no gerenciamento da psoríase. *Objetivos:* Examinar as intervenções educativas e psicológicas para psoríase em período de 20 anos (1992 a 2012). *Método:* revisão sistemática de literatura nas bases de dados: PubMed/Medline, PsycInfo (APA), ProQuest e Pepsic. *Resultados:* 1359 artigos foram primeiramente selecionados por busca computadorizada, dos quais 36 foram analisados por dois revisores. Sete (n=7) estudos foram posteriormente selecionados para análise detalhada, sendo um artigo (n=1) de intervenção educativa individual, dois (n=2) envolvendo intervenções psicológicas e quatro (n=4) programas de gerenciamento de sintomas. *Conclusão:* Embora a literatura aponte para um crescente número de estudos de intervenção para psoríase e variáveis psicológicas, são necessários estudos de maior rigor para ajudar os pacientes a lidar com a doença.
Palavras-chave: psoríase, estresse, intervenções.

Educational and psychological interventions on psoriasis: a systematic review

Abstract: *Background:* Plaque psoriasis is a chronic skin disorder that has a major impact on patient´s social and psychological abilities. Preliminary studies have suggested that educative and psychological interventions may be effective in the management of psoriasis. *Objectives:* To examine the educative and psychological interventions for psoriasis in the last 20 years (1992-2012). *Methods:* A systematic review of literature was conducted in medical and psychological databases: PubMed / Medline, PsycInfo (APA), ProQuest and Pepsic. *Results:* 1359 articles were first selected by computerized search, from which 36 were examined by two revisers. Seven studies (n=7) were selected to a more in depth analysis, one (n=1) was a single educative intervention, two (n=2) involved psychological interventions and four (n=4) were symptom management programmes. *Conclusion:* Although the recent literature shows an increase number of interventions targeting psoriasis and psychosocial variables, stronger studies are necessary to help patients deal with the disease.
Keywords: psoriasis, stress, interventions.

Introduction

The skin is the organ that serves as a boundary between the person and the environment. By having the same embryonic origin of the central nervous system (ectoderm), it represents an important role in emotions, since its innervations are linked to several body systems and reacts even to the smallest physical and emotional stimulations. It is no wonder that chronic dermatosis demonstrates a significant impact

on patients' quality of life (QoL), as their diseases are internal and public at the same time. Among the chronic dermatosis, psoriasis is one of the most representatives, whether for its western incidence (around 2%) or because of the psychosocial impact caused by the symptoms.

Among the various forms of the disease, psoriasis vulgaris – or plaque-like psoriasis – is the most representative and can cover approximately 90% of diagnoses (Griffiths & Baker, 2007). The plaque psoriasis is an inflammatory disease, with immunological and genetic mediation, chronic course and possible periods of remission and relapse (Pereira, Brito & Smith, 2012). It is clinically characterized by well-delineated erythematous plaque with a silvery-white scale, which may have different sizes and thicknesses (Griffiths & Baker, 2007). In more severe cases, the lesions tend to be uncomfortable, disfiguring and itchy, with frequent reports of bleeding and a burning sensation. Although there is no precise physiopathological definition of psoriasis, it is believed that there is an inflammatory disorder of T lymphocytes, involving cellular differentiation flaws of the keratinocytes and epidermal hyperproliferation (Griffiths & Baker, 2007; Buske-Kirschebaum, Kern, Ebrecht & Hellhammer, 2006).

Although psoriasis is a dermatological disease, the growing body of evidence presented by the scientific community in recent years points to the multifactorial impact of the disease, making it the focus of psychodermatology and psychosomatic studies. Among the most common comorbidities are: obesity/metabolic syndrome (Noori, Trash & Menter, 2010) cardiovascular diseases (Schmitt & Ford, 2009; Christophers, 2007) autoimmune diseases (Christophers, 2007), such as Crohn's disease, cancer and lymphomas, alcohol intake (Schmitt & Ford, 2009; Kirby *et al.*, 2007; McAleer et al., 2011) and psychiatric disorders (Schmidt & Ford, 2009; Biljan, Laufer, Filakovic, Situm & Brataljenovic, 2009; Russo, Ilchef & Cooper, 2004) such as Major Depression, Obsessive Compulsive Disorder and Post Traumatic Stress. Reports of conditions that affect the day-to-day lives of patients are also common, such as sexual dysfunction (Gupta & Gupta, 1997; Sapogna, Gisondi, Tabolli & Abeni, 2007), suicidal ideation (Gupta & Gupta, 1998; Kurd, Troxel, Crits-Christiph & Gelfand, 2010), poor conjugal/family relationships (Pereira *et al.*, 2012; Campolmi *et al.*, 2012) and low perceived social support (Picardi, Gaetano, Baliva & Biondi, 2005). Other studies involving several psychiatric comorbidities of psoriasis are discussed by the authors of a recent systematic review (Rieder & Tausk, 2012). The results point to a significant overall decrease of stress, and that there is need for further studies so that they can improve existing treatments.

Psychosomatic factors, Psychoneuroimmunology, stress and psoriasis

The latest studies on psychosomatics try to rely increasingly on a recent interdisciplinary area of research: Psychoneuroimmunology (PNI). An example of this is the research on the role of negative emotions in the various body systems. It is known that the individual that experiences negative emotions in the face of stressors, over a long period, tends to have his nervous system affected, causing the breakdown of the body's harmony (homeostasis) to result in agitation and inhibition in the search for resolution of the stressor (allostasis), which consequently changes the balance of neurotransmitters and hormones.

Throughout the literature, there having been reported conflicting results concerning the relation between stress and psoriasis. Reports noted by these authors in clinical practice corroborate with some studies (Fortune, Richards, Main & Griffiths, 1998; Zachariae *et al*., 2004), where patients with psoriasis reported that the exacerbation of their symptoms was linked to the occurrence of stressful events. Comparing the stressful events of psoriasis patients with other dermatosis, other researches reports (Mahlotra & Mehta, 2008; Verhoeven *et al*., 2009) pointed to a number of everyday situations significantly higher for the former. The extent of the injuries measured through clinical PASI (Psoriasis Area and Severity Index) was positively correlated to the level of perceived stress in another study (Kotrulja, Tradinac, Jokic-Begic & Gregurek, 2010), which also showed positive correlations between depression, anxiety state and trait anxiety. The reported history of traumatic events in childhood, such as emotional abuse, alcohol / drugs and family secrets, was also brought in a greater number of patients with psoriasis compared with other dermatosis (Simonic *et al.*, 2010), although the presence of these events did not foretell the severity of the injuries.

Under the interdisciplinary perspective of PNI, the interaction between the various body systems related stress and psoriasis deserves to be elucidated. The stress response activates the hypothalamic-pituitary-adrenal axis (HPA) and the autonomic nervous system, which interact with the immune system, allowing it to exacerbate inflammatory responses, such as those occurring in psoriasis (Evers et al, 2010). The activation of the HPA axis has as a result of the glucocorticoid cortisol which, besides collaborating with the circulatory and muscular reaction in response to the acute stress, also promotes the proliferation of mast cells and proinflammatory cytokines, which could promote the reaction of inflammatory diseases, such as psoriasis. This mechanism may explain the relative worsening of the lesions in stressful events, formerly referred, although we have the influence of individual variables mediating this process.

The pathogenesis linked to psoriasis is also implicated in the reaction to stress (Gulliver, 2008). T-cell activation in the skin promotes an increase in of the traffic of pro-inflammatory cytokines, such as the tumor necrosis factor (TNF-α), interleukin 2 (IL2) and interferon-γ, which promote other pro-inflammatory secretions. At the end of the cascade, there is a migration of inflammatory cells towards the skin, possibly resulting in a hyperproliferation of keratinocytes, contributing to the psoriasis' phenotype. The inflammatory processes linked to the pathogenesis of psoriasis are also common to a number of symptoms of the previously commented comorbidities, such as obesity, metabolic syndrome, cardiovascular disease and depression (Schmitt & Ford, 2009; Schmidt-Ott, Jacobs & Jaeger, 1998). A detailed explanation of the connection between the neuroendocrine-immune circuits and the skin is brought by Ralf Paus and colleagues in an important literature review (Paus, Theoharis & Arc, 2006).

Concerning the professionals: how much do healthcare professionals know about the psychosocial implications of psoriasis

There is sufficient evidence for psoriasis to be faced as a serious disease, one that affects a wide variety of aspects in the life of individuals, regardless of age, and that has links with serious comorbidities. Given the possible involvement of psychosomatic

factors in the etiology as well as in the progression of the disease, there is a growing need to embrace the psychosocial variables in current treatments and also develop strategies that involve other health professionals in an interdisciplinary manner, such as psychologists and psychiatrists. Currently, the main recommendations for the treatment of the disease and management of its symptoms have taken into account broader aspects of the subject's life, focusing on how to face this disease.

It appears, however, that most of the literature reviews involving pathogenic and clinical aspects of the disease (Griffiths & Barker, 2007; Noori *et al*., 2010; Gottlieb & Dann, 2009) rarely mention the need for referral to professionals from the "psy" field, except in cases of severe depression and suicidal ideation (Russo *et al*., 2004). The overspecialization (focus on symptoms, rather than the person) can hypothetically be one of the major reasons for this neglect with the emotional aspects, since frequently professionals – especially dermatologists – who accept the patient at first, are not qualified enough to cope with such demands (Picardi *et al*., 2004; Richards, Fortune, Weidmann, Sweeney & Griffiths, 2004). Patients with psoriasis, acne and eczema were interviewed qualitatively to access their relationship with their dermatologists. The results indicate that the doctors were considered insensitive, had poor comprehension of the implications of the disease and tended to trivialize the patient's disease (Magin, Adams, Heading & Pond, 2009). In another study involving questionnaires sent by post to dermatologists from a U.S. state dermatology association (Jafferany, Stoep, Dumitrescu & Hurnung, 2010), of the 102 who responded to the survey, only 18% expressed clear understanding about psychodermatology and 42% of them felt comfortable treating psychodermatosis. However, perhaps the most surprising data is the fact that only 32% of doctors had received some sort of training to deal with psychodermatosis.

While the need for more training and improvement in the formation of some professionals is questioned, some health professionals, usually psychiatrists, psychologists and nurses, indicate interdisciplinary referrals and treatments. In a recent guide for diagnosis and clinical management of psoriasis (Cohenm Baron & Archer, 2012), sponsored by the British Association of Dermatologists, the authors recommend a comprehensive assessment of psychosocial factors of patients accessing the impairment of QoL. For the treatment, the first step would be to educate the patient about the disease, emphasizing the management of symptoms – and not the cure – , clarifying doubts and possible myths about the disease and teaching the subjects how to apply the medication. Furthermore, it is suggested to the clinician to verify the social impact of the disease, whether the patient has social support to aid in the treatment, verifying the best treatment for each case. However, the guide recommends treatment / psychological assistance only when it is decisive to the exacerbation of psoriasis symptoms.

In addition to conventional medical therapies for symptom management, which involve pharmacological treatments (topical, systemic, biological) and phototherapy, the concern in the literature generally focuses on secondary aspects of psoriasis and its associated comorbidities. Although psoriasis is considered a psychodermatosis with relevant morbidity and their physiopathological mechanisms are increasingly involved in multi factorial processes (for example, inflammatory mechanisms and

their connection to stress), one realizes that the recommendations for treatment are reduced to the forms described above. Accordingly, the aim of this work is to verify the psychological and educational interventions performed in the treatment of psoriasis, whether used as the sole treatment or as an adjunct to other therapies. As far as we are concerned, no other study attempted to systematically search this kind of intervention involving psoriatic patients.

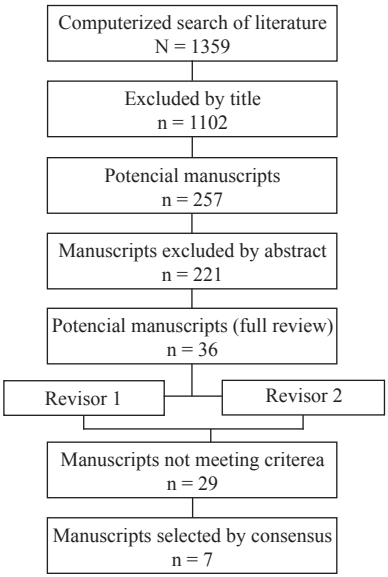
Method

A systematic review in English and Spanish including the last 20 years (1992 through June 30, 2012) was performed in the databases of PubMed / Medline, PsycInfo (APA), and ProQuest Pepsic (Psychology Journals) including the term *psoriasis* combined with *psychological intervention, educative intervention, psychotherapy* and *psychotherapy protocol*. The searches were performed by a research assistant under de supervivion of a library technician from PUCRS University, who was specialized in database search. Interventions designed for psoriasis and other chronic dermatosis were included, provided that psoriasis was also included in the study. The exclusion criteria were: language other than the chosen, exclusively pharmacological interventions or phototherapy, literature review articles, case studies and cross-sectional studies evaluating psychosocial variables without psychological or educational intervention. It is considered *psychological intervention* treatments involving some techniques or approaches of cognitive/emotional/psychological change, such as stress management and guided imagery; the *educational interventions* did not involve changes on cognitive variables, only informational or behavioral variables.

Results

Initially, the computerized search indicated a total of 257 items, which were subsequently selected to have their abstracts read. Exclusion criteria at this stage involved correlational and review studies. Among these, 36 manuscripts were selected to be fully read by two assessors, all written in English language; after being completely read, 29 articles were excluded (22 were medical/physiological interventions and seven were not empirical psychological interventions) only seven studies were subsequently selected for the final analysis. Figure 1 shows the flow diagram of selected studies). The full review of potentially eligible articles were examined independently by two authors who were not blinded for the study´s criteria. Disagreements were resolved by consensus.

Figure 1. Flow diagram illustrating published literature on educative and psychological intervention in psoriasis.



A brief appreciative review on the seven studies is presented as follows.

Individual cognitive-behavioral intervention – Zachariae et al, 1996

In this Danish study patients with psoriasis were randomly assigned to two groups: experimental and control. Experimental group consisted of 25 patients and underwent seven sessions of cognitive-behavioral intervention involving stress management, relaxation techniques and symptom control imagery training. The patients underwent a washout period of 14 days before the start of the study and were monitored at baseline and at the weeks four, eight and 12. The experimental group of 23 patients who completed the intervention showed a reduction of lesions compared to the control group by PASI ($p = 0.06$), the difference being that the percentage reduction in the PASI group was significant ($p < .05$). The results showed a satisfactory effect of psychological intervention, since there was no significant difference in the measurements obtained in the control group. Overall, 74% of patients in the experimental group improved symptoms, whereas the improvement was 43% for the controls.

A pilot hypnosis intervention – Tausk & Whitmore, 1999

This is a pilot study involving 11 patients with stable plaque psoriasis in the 12 months prior to the start of the study, without medication, divided into two groups. In the experimental group ($n = 5$) patients received suggestions for improvement of symptoms of psoriasis during hypnosis sessions. The control group ($n = 6$) received neutral hypnosis interventions, consisting only of suggestions aimed at relaxation. In the group that received

the suggestions of symptom improvement, three subjects showed lesion improvement through PASI, decreased 81, 43 and 8%, respectively, all of which were among those who achieved the highest scores in the Stanford Scale of Hypnotizability. Of the six patients in the control group, the two persons who had the greatest reduction in lesions (31 and 18%, respectively) also had a higher score on the degree of hypnotizability, while moderately hypnotizable worsened 36 and 18%, respectively. Despite the modest sample presented, the study indicates that people with higher levels of suggestibility by hypnosis tend to get greater benefits in the clinical symptoms of psoriasis.

Study with the aid of audio tapes adjunct to phototherapy (UVB) and photochemotherapy (PUVA) – Kabat-Zinn et al., 1998

Patients with moderate and severe psoriasis (n = 37) were divided by medical indication into two groups, one receiving the phototherapy intervention only and another group with the use of psoralen added to phototherapy. The subjects were notified that the research was testing whether the experience of listening to relaxing music during the sessions of phototherapy would be nicer. The intervention for the experimental group included mindfulness meditation instruction, involving breathing, awareness of sensations, sounds, lights and air streams. At the end of the tape, they were also instructed to imagine that UV rays would be decreasing the growth and division of the skin. Four indicators for monitoring the reduction of lesions were created: first response point (first perceived change in lesions), turning point (plate begins to decrease area), halfway point (halfway through the initial injury) and clearing point (less than 5% of the initial lesions). The results point to differences between the groups with and without the use of relaxation tapes, the first 3.8 x more likely to reach the half point ($p = 0.013$) and point of whitening ($p = 0.033$). Furthermore, individuals in the tape group showed higher scores of positivity towards the sessions, a greater degree of relaxation and greater optimism towards treatment.

Symptom-management program – Fortune et al, 2002

This manuscript refers to the adaptation of the symptom management program offered by the NHS (*National Health System*) in the UK, previously structured for chronic pain, now adapted for psoriasis (PSMP – *Psoriasis Symptom Management Programme*). Amongst the psoriasis patients who were offered the program, 93 subjects were randomized into two groups by preference, one with conventional medical treatment (control) and the other with a multidisciplinary program. The intervention consisted of six cognitive-behavioral sessions, with 2.5h each, performed by doctors, nurses and psychologists. Measures taken at baseline, six weeks and six months were the following: extent of lesions (PASI), anxiety and depression (HADS – *Hospital Anxiety and Depression Scale*), stress (PLSI – *Psoriasis Life Stress Inventory*) and degree of disability (PDI – *Psoriasis Disability Index*). Of the 93 people who agreed to participate in the study, 40 participated in the PSMP and 53 were part of the control group. The results showed that the PASI significantly reduced at six weeks and six months ($p < 0.001$), as well as the levels of anxiety ($p < 0.001$) and depression ($p < 0.001$) and disability ($p = 0.04$). Another finding reveals that, from the patients who participated in the program, 64% obtained clearance (> 75%), compared with only 23% of the control group.

Multidisciplinary educational program for chronic dermatosis – Lambert et al., 2011

This article was referring to a pilot study of the department of dermatology at the Hospital Ghent, Belgium, to test a multidisciplinary program aimed at improving the quality of life of patients with chronic dermatosis. The program lasted 12 weeks (2 meetings / week), and the psychological and educational activities were included in the following topics: skin care, Stress Reduction techniques, life style factors and psychodermatology information. A multidisciplinary team was composed of physical educator, dermatologist, nurse, teacher of yoga and mindfulness meditation, psychiatrist, psychologist and philosopher. Patients with psoriasis (n = 17) showed significant improvement in measures of quality of life after the intervention of the DLQI ($p = 0.015$), Skindex-29 ($p = 0.020$) and decreased their disability index with the PDI ($p = 0.019$).

Single Educative Intervention – Lora, Gisondi, Calza, Zanoni & Girolomoni, 2009

This manuscript portrays an educational intervention designed by a team of dermatology of Verona, Italy. Participants (n = 123) were randomized by computer to receive educational intervention of two hours by a dermatologist (educational group) or the psychoeducational group, where a psychologist accompanied the same 2h of intervention. The part that was up to the doctor was to explore the various information about psoriasis with the patient, such as the mechanisms of the disease, precipitating factors, course of disease, preventive measures and daily skin care. The group that had the presence of psychologists during the intervention received the same information, however, the end of the consultation was reserved so that they could be worked on possible negative emotions and coping strategies. Measures of quality of life (Skindex-29) and severity of pruritus were taken before and after the intervention, in addition to a six-month follow-up, where a telephone interview sought to verify that the information had been retained. The results showed an improvement in items that measured knowledge about the disease after six months ($p <0.001$) and a significant increase in the perception that professionals have enough to treat the disease ($p <0.001$). The items that measured how the person felt comfortable with psoriasis or to deal with the symptoms revealed no significant differences in both groups and in all outlets. The average PASI of the educational groups and psychoeducational groups were 9.8 and 10.8, respectively.

Randomized controlled trial using a multidisciplinary program – Bostoen, Bracke, Keuser & Lambert, 2012

The Ghent Program intervention, previously mentioned, was again applied in patients with psoriasis and atopic dermatitis. This study involved 29 patients with psoriasis, previously randomized by computer, and divided into control and experimental group. The former continued to receive conventional medical treatment alone, while the second received the multidisciplinary approach of the program. The measures of extent and severity (PASI), quality of life (Skindex-29), level of disability (PDI) and depression (BDI – Beck Depression Inventory) were assessed at baseline and three,

six and nine months later. The results of PASI indicated a significant reduction of lesions in the experimental group compared to controls at three months (P = 0.036) and six months post-intervention (p = 0.017), although the reduction has not been maintained at nine months (p = 0.116). Psoriasis disability index showed a reduction at all times, three months (p = 0.015) and six months (p = 0.020) and nine months (p = 0.021), whereas the average overall rates of depression decreased significantly after nine months (p = 0.029).

Discussion

We performed a systematic review of the past 20 years about the psychological and educational interventions presented for the treatment of psoriasis. Although we have a consolidated scientific literature in the fields of psychosomatic and psychodermatology pointing to the importance of including psychological therapies and educational interventions for psoriasis, there is a noteworthy low number of articles found. Of the seven articles analyzed, five of them were created especially for the treatment of psoriasis, while two of them were aimed at the chronic dermatosis most commonly linked to psychosomatic aspects. Overall, we observed a reduced number of subjects who participated in the studies, which, on one hand, may indicate the difficulties of conducting interventional research, such as the high dropout rates. On the other hand, these data can hypothetically show poor adherence of patients for this type of intervention, since traditional treatments are offered on a larger scale and are part of the current medical standard. Only one study had a randomized clinical trial, which reflects the need to conduct further research with more rigorous methodologies. Due to the nature of the intervention, double-blind studies were not found, but only four of the seven manuscripts reported that either the professionals that performed medical tests or some of the patients' choices were blind.

In all selected studies the results were satisfactory in almost unanimity of the psychological variables. Clinical examination in one study (Zachariae *et al*., 1996) showed no significant improvement of the lesions in the control group, although this has shown close to significant levels. More recent studies have accessed instruments to evaluate health-related variables, such as quality of life and degree of disability of the disease, which shows a recent trend in studies with psoriasis. The variables depression and anxiety, that have long been associated with psoriasis, were measured in only two studies (Fortune *et al.*, 2002; Bostoen *et al*., 2012), which may reflect a recent trend of researchers seeking broader tools that allow accessing psychosocial variables. In this sense, we can see as well the specialization of scales used in more recent studies, which showed instruments specifically designed for use in psoriatic patients, such as the DLQI, PDI and PLSI. The degree of specialization of instrumentation used and the small number of studies involving psychological and educational interventions may reflect the emphasis in studies that focus on cross-cutting research designs.

The individual interventions have proved to be the majority and the modality of choice in four of the seven studies. Techniques were used in these various

interventions, such as psychotherapy, hypnosis, guided imagery and psychoeducation, but all these were not accompanied by further studies that could confirm the results with a larger sample and in other populations. It is clear, also, a tendency of recent literature on the use of the group modality and the use of multidisciplinary interventions involving the management of symptoms. In the United Kingdom, as seen in Fortune and colleagues (Fortune *et al.*, 2002), management programs for chronic symptoms have long been developed, as this program has been adapted for pain. Another European program with twice the time of intervention, developed by the Ghent Hospital from Belgium (Lambert *et al.*, 2011; Bostoen *et al*., 2012), is another example of the tendency of interventions having a multidisciplinary and educational nature. The three manuscripts have applied these two programs used at least four different health professionals, reflecting the interdisciplinary nature of these approaches. It can be hypothesized that the low investment of recent research on individual interventions is due to satisfactory results and to government support for the development of such programs, which would be contemplating the results brought by multidimensional literature.

Although most studies use clinical and psychological variables to measure aspects of psoriasis in the evaluation of interventions, none of the studies used biological variables. The markers used in biological studies involving psoriasis are often related to stress effects, such as: serum cortisol (Evers *et al.*, 2010), salivary cortisol (Remrod *et al.*, 2007), interleukin1β (Mastrolonardo, Alicino, Zefferino, Pasquini & Picardi, 2007) and NK cells (Schmidt-Ott *et al*., 2009). It is believed that this discrepancy in relation to intervention studies may be related to the fact that PNI is a relatively new area of research, and the education of health professionals are not yet contemplating interdisciplinary aspects, focusing only on their specialty. Perhaps this explains both the difficulty of conducting interdisciplinary intervention studies as well as the professional lack of preparation (Picardi *et al*., 2004; Richards *et al*., 2004; Jefferany *et al.*, 2010) and disappointment by some patients in an outpatient level (Magin *et al.*, 2009), since psoriasis is a chronic disease that affects individuals in their multiple dimensions. Likewise, none of the analyzed studies took into account important individual variables such as gender, age of onset of psoriasis and coping strategies.

Conclusion

This was the first review article that, among its range of 20 years, intended to analyze the psychological and educational interventions available for psoriasis, including interventions for chronic dermatosis where there were patients with psoriasis. However, several limitations of this manuscript could be pointed. Exclusion criteria may have left some manuscript not contemplated for analysis in this review, as well as the limitation of these authors in understanding other languages. The limited data and the reduced number of articles prevented a quantitative analysis of the results, which affected the quality of the systematic review. Brief comments were made on each study due to the limited information available and little methodological strictness, which makes this analysis somewhat limited.

Prospective studies could benefit from the use of biological variables, contributing to the etiopathogenic understanding of psoriasis as to the validation of different intervention techniques. There is a clear need for investment in interdisciplinary interventions for psoriasis, given the degree of commitment of the individuals affected by the disease and the amount of data that point to different psychosocial variables as important matters both in genesis, exacerbation and injury. Other studies could bring the importance of the inflammatory nature of diseases as psoriasis and may be involved in a chain of inflammatory illnesses in the long term, as Christophers (2007) brings. Accordingly, psoriasis would have an even greater importance, not only for its damage itself, but by the inherent risk of developing more severe inflammatory diseases, subject to early intervention.

References

Biljan D., Laufer D., Filakovic, P., Situm, M., Brataljenovic, T. (2009). Psoriasis, mental disorders and stress. *Collegium Antropologicum*, *3*(2), 889-892.

Bostoen, J., Bracke, S., de Keuser, S., Lambert, J. (2012). An educational programme for psoriasis and atopic dermatitis. *British Journal of Dermatology*. Sep. [captured 2012 Sep 12]; [20 screens] Available: http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2133.2012.11113.x/full

Buske-Kirschebaum, A., Kern, S., Ebrecht, M. & Hellhammer, D. H. (2006). Endocrine Stress Responses in Th1-mediated Chronic Inflammatory Skin Disease (psoriasis vulgaris) – Do They Parallel Stress-induced Changes in Th2-mediated Inflammatory dermatosis (atopic dermatitis)? *Psychoneuroendocrinilogy*, *31*(4), 439-446.

Campolmi, E., Zanieri, F., Santosuosso, U., Déreme, A. M., Betti, S., Lotti, T. & Cossidente, A. (2012). The importance of stressful family events in psoriatic patients: a retrospective study. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology,* 26(10), 1236-1239.

Christophers E. (2007). Comorbidities in psoriasis. *Clinics in Dermatology, 25*(1), 529-34.

Cohen, S. N., Baron, S. E. & Archer, C. B. (2012). Guidance on the diagnosis and clinical management of psoriasis. *Clinical and Experimental Dermatology, 37*(1), 13-18.

Evers, A. W. N., Verhoeven, E. W. M., Kraaimat, F. W., de Jong, E. M. G. J., de Brower, S. J. M., Schalkwijk, J., Sweep, F. C. G. J. & van der Kerkhof, P. C. M. (2010). How stress gets under the skin: cortisol and stress reactivity in psoriasis. *British Journal of Dermatology*, *163*(6), 986-91.

Fortune, D. G., Richards, H. L., Main, C. J. & Griffiths, C. E. (1998). What patients with psoriasis believe about their condition. *Journal of American Academy of Dermatology*, *39*(2), 196-201.

Griffiths, C. E. M. & Barker, J. N. W. N. (2007). Pathogenesis and clinical features os psoriasis. *The Lancet, 370*(4), 263-271.

Gulliver, W. (2008). Long-term prognosis in patients with psoriasis. *British Journal of Dermatology*, *159*(2), 2-9.

Gupta, M. A. & Gupta, A. K. (1997). Psoriasis and sex: a study with moderately to severely affected patients. *International Journal of Dermatology, 36*(2), 259-62.

Gupta, M. A. & Gupta, A. K. (1998). Depression and suicidal ideation in dermatology patients with acne, alopecia areata, atopic dermatitis and psoriasis. *British Journal of Dermatology*, *139*(8), 846-50.

Gottlieb, A. B. & Dann, F. (2009). Comorbidities in patients with psoriasis. *The American Journal of Medicine, 122*(1150), 1-9.

Jafferany, M., Stoep, A. V., Dumitrescu, A. & Hurnung, R. L. (2010). The knowledge, awareness, and practice patterns of dermatologists toward psychocutaneous disorders: results of a survey study. *International Journal of Dermatology*, *49*(2), 784-789.

Kabat-Zinn, J., Wheeler, E., Light, T., Skillings, A., Scharf, M. J., Cropley, T. G., Hosmer, D. & Bernhard, J. D. (1998). Influence of a mindfulness meditation-based stress reduction intervention on rates of skin clearing in patients with moderate to severe psoriasis undergoing phototherapy (UVB) and photochemotherapy (PUVA). *Psychosomatic Medicine*, *60*(1), 625-32.

Kotrulja, L., Tadinac, M., Jokic-Begic, N. & Gregurek, R. (2010). A multivariate analysis of clinical severity, psychological distress and psychological traits in psoriatic patients. *Acta Dermato-Venereologica, 90*(4), 251-256.

Kirby, B., Richards, H. L., Mason, D. L., Fortune, D. G., Main, C. J. & Griffiths, C. E. M. (2007). Alcohol consumption and psychological distress in patients with psoriasis. *British Journal of Dermatology, 158*(1), 138-140.

Kurd, S. K., Troxel, A. B., Crits-Christoph, P., Gelfand, J. M. (2010). The risk of depression, anxiety and suicidality in patients with psoriasis: a population-based study. *Achives of Dermatology*, *146*(8), 891-5.

Lambert, J., Bostoen, J., Geusens, B., Bourgois, J., Boone, J., De Smedt, D. & Annemans, L. (2011), A novel multidisciplinary educational programme for patients with chronic skin diseases: Ghent pilot project and first results. *Archives of Dermatological Research, 303*(2), 57-63.

Lora, V., Gisondi, P., Calza, A., Zanoni, M. & Girolomoni, G. (2009). Efficacy of a single educative intervention in patients with chronic plaque psoriasis. *Dermatology, 219*(2), 316-21.

Magin, P. J., Adams, J., Heading, G. S. & Pond, C. D. (2009). Patients with skin disease and their relationships with their doctors: a qualitative study of patients with acne, psoriasis and eczema. *The Medical Journal of Australia*, *190*(2), 62-64.

Malhotra, S. & Mehta, V. (2008). Role os stressful life events in induction or exacerbation of psoriasis and chronic urticaria. *Indian Journal of Dermatology*, *74*(6), 594-8.

Mastrolonardo, M., Alicino, D., Zefferino, R., Pasquini, P. & Picardi, A. (2007). Effect of Psychological stress on salivary interleukin-1β in psoriasis. *Archives of Medical Research*, *38*(1), 206-11.

McAleer, M. A., Mason, D. L., Cunningham, S., O´Shea, S. J., McCormick, P. A., Stone, C., Collins, P., Rogers, S. & Kirby, B. (2011). Alcohol misuse in patients with psoriasis: identification and relationship to disease severity and psychological distress. *British Journal of Dermatology*, *164*(4), 1256-61.

Noori, K. B. S., Thrash, B. & Menter, A. (2010). Comorbidities in psoriasis. *Seminars in Cutaneous Medicine and Surgery*, *26*(1), 10-15.

Paus, R., Theoharis, T. C. & Arc, P. C. (2006). Neuroimmunoendocrine circuintry of the brain-skin connection. *Trends in Immunology*, *27*(1), 32-39.

Pereira, M. G., Brito, L. & Smith, T. (2012). Dyadic adjustment, family coping, body image, quality of life and psychological morbidity in patients with psoriasis and their partners. *International Journal of Behavioral Medicine, 19*(3), 260-269.

Picardi, A., Amerio, P., Baliva, G., Barbieri, C., Teofoli, P., Bolli, S., Salvatori, V., Mazzotti, E., Pasquini, P. & Abeni, D. (2004). Recognition of depressive an anxiety disorders in dermatological outpatiens. *Acta Dermato-venereologica, 84*(1), 213-17.

Picardi, A., Gaetano, P., Baliva, G. & Biondi, M. (2005). Stress, social support, emotional regulation and exacerbation of diffuse plaque psoriasis. *Psychosomatics, 46*(1), 556-64.

Richards, H. L., Fortune, D. G., Weidmann, A., Sweeney, S. K. & Griffiths, C. E. (2004). Detection of psychological distress in patients with psoriasis: low consensus between dermatologist and patient. *British Journal of Dermatology, 151*(1), 1227-33.

Rieder, E. & Tausk, F. (2012). Psoriasis, a model of dermatologic psychosomatic disease: psychiatric implications and treatments. *International Journal of Dermatology, 51*(4), 12-26.

Russo, P. A. J., Ilchef, R. & Cooper, A. J. (2004). Psychiatric morbidity in psoriasis: a review. *Australian Journal of Dermatology*, *45*(7), 155-161.

Sapogna, F., Gisondi, P., Tabolli, S. & Abeni, D. (2007). Impairment of sexual life in patients with psoriasis. *Dermatology*, *214*(4), 144-50.

Schmidt-Ott, G., Jacobs, R. & Jaeger, B. (1998). Stress-induced Endocrine and Immunological Changes in Psoriasis Patientes and Healthy Controls. *Psychotherapy and Psychosomatics*, *67*(2), 37-42.

Schmid-Ott, G., Jaeger, B., Boehm, T., Langer, K., Stephan, M., Raap, U. & Werfel, T. (2009). Immunological effects of stress in psoriasis. *British Journal of Dermatology*, *160*(2), 782-85

Schmitt, J. & Ford, D. E. (2009). Psoriasis is independently associated with psychiatric morbidity and adverse cardiovascular risk factors, but not with cardiovascular events in a population-based sample. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, *24*(1), 885-92.

Simonic, E., Kastelan, M., Peternel, S., Pernar, M., Brajac, I. & Kardum I. (2010). Childhood and adulthood traumatic experiences in patients with psoriasis. *Journal of Dermatology*, *37*(4), 793-800.

Tausk, F. & Whitmore, E. S. (1999). A pilot study of hypnosis in the treatment of patients with psoriasis. *Psychotherapy and Psychosomatics, 68*(1), 221-25.

Verhoeven, E. W. M., Kraaimaat, F. W., de Jong, E. M. G. J., Schalkwijk, J., van de Kerkhof, P. C. M. & Evers, A. W. M. (2009). Individual differences in the effect of daily stressors on psoriasis: a prospective study. *British Journal of Dermatology,*161(8), 295-99.

Zachariae, R., Oster, H., Bjerring, P. & Kragballe, K. (1996). Effects of psychologic intervention on psoriasis: a preliminary report. *Journal of The American Academy of Dermatology*, *34*(1), 1008-15.

Zachariae, R., Zachariae, H., Blomqvist, K., Davidsson, S., Molin, S., Mork, C. & Sigurgeirsson, B. (2004). Self-reported stress reactivity and psoriasis-related stress of Nordic psoriasis sufferers. *Journal of the European Academy of Dermatology and Venereology*, *18*(3), 27-36.

Recebido em fevereiro de 2014 **Aceito em abril de 2014**

Leonardo Machado da Silva: psicólogo, mestre em Psicologia da Saúde (Bath University/UK), doutor em Psicologia Clínica (PUCRS). Professor Adjunto da Faculdade de Psicologia da PUCRS e sócio do Instituto Brasileiro de Psicologia da Saúde (IBPS).
André Vicente Esteves de Carvalho: médico dermatologista, mestre em Patologia pela UFCSPA e doutorando em Patologia pela UFCSPA. Médico do Complexo Hospitalar Santa Casa, onde é chefe do ambulatório de psoríase e orientador de residência médica.
Gabriel José Chittó Gauer: médico psiquiatra, Doutor em Medicina e Ciências da Saúde (PUCRS) e pós-doutor em Medicina (Maryland, USA). Professor titular e pesquisador da Faculdade de Direito da PUCRS (nível 1D).

Endereço para contato: leonardo.silva@pucrs.br

Percepções de psicólogos sobre os familiares durante o tratamento de dependentes químicos

Alexandre Herzog
Maria Isabel Wendling

Resumo: As relações familiares têm uma grande influência na dependência química. Por isso, visando compreender como esse fenômeno afeta o contexto do tratamento da dependência química na região do Vale do Paranhana, realizaram-se entrevistas semiestruturadas com psicólogos de um hospital geral e de três comunidades terapêuticas. Esse procedimento foi gravado, transcrito e analisado segundo o método de análise de conteúdo de Bardin (2011). Os resultados evidenciaram que para os psicólogos entrevistados a participação dos familiares é indispensável à recuperação dos dependentes químicos. No entanto, eles percebem a família como enferma, apresentando dificuldades de adesão ao tratamento, não conseguindo sustentar regras e combinações. Apesar disso, na visão deles, quando bem orientados os familiares conseguem restabelecer o vínculo com o dependente e colaborar mais efetivamente com o tratamento. Assim, deve-se focar mais a família, para que esta se aproprie do tema e que possa buscar ajuda, tornando o tratamento mais eficaz.
Palavras-chave: Relações Familiares; Dependência Química; Tratamento.

Psychologist's perceptions of family during chemical dependent's treatment

Abstract: Family relationships have a major influence on addiction. Therefore, to understand how this phenomenon affects the context of drug treatment in the Valley of Paranhana, semi structured interviews were conducted with psychologists in a general hospital and three therapeutic communities. This procedure was recorded, transcribed and analyzed using the method of content analysis of Bardin (2011). The results showed that to the psychologists interviewed the participation of family members is essential to the recovering of addicts. However, they perceive the family become sick as well, presenting difficulties in adherence to treatment, failing to uphold rules and combinations. Notwithstanding, in their view, when well oriented the family can reestablish the familiar tie with the dependent and collaborate more effectively with treatment. Thus, one should focus more on the family in order that they learn about this issue and they get help, turning the treatment more effective.
Keywords: Family Relationships, Chemical Dependency, Treatment

Introdução

A dependência química é uma preocupação na sociedade brasileira e também no mundo, pois o acesso ao álcool e outras drogas tem se tornado cada vez mais fácil. Historicamente, de acordo com Rapport (1998) o consumo de drogas era associado a rituais religiosos, mas ao longo do tempo foi passando a assumir outra função dentro da sociedade moderna. As drogas podem estar se tornando uma alternativa para as adversidades da vida, pois segundo Mangueira (2005), elas propiciam um prazer de fácil aceitação capaz de suprir as carências afetivas do sujeito.

Nesse sentido, a mídia desempenha um papel importante na propagação desse fenômeno. Zago (2011) aponta que ela estimula a sociedade ao consumismo, inclusive de álcool e outras substâncias, fazendo com que as pessoas se sintam incluídas socialmente ao cumprir com essa expectativa. Dessa maneira, o uso de drogas lícitas como o álcool, por exemplo, torna-se um meio de inclusão social, sendo valorizado e estimulado dentro das famílias como forma de confraternizar e comemorar eventos, assim como nos círculos de amizade em geral.

Isso é o que Stanton e Todd (1990) consideram como primeira etapa do uso de drogas em se tratando de adolescentes. Geralmente eles têm as primeiras experiências com drogas lícitas no âmbito familiar e partem para drogas ilícitas nos grupos de pertença com uso eventual, gerando conflitos familiares conforme vão aumentando o nível de consumo. Conforme Moraes (2008), isso mostra que as consequências individuais e sociais do consumo de drogas fazem parte do nosso cotidiano.

Contudo, o consumo desenfreado dessas substâncias ajuda no desenvolvimento da dependência química devido ao fato de elas levarem o cérebro a uma adaptação neuroquímica conhecida como tolerância (Stahl, 2010). Essa situação implica a necessidade de cada vez mais, aumentar as dosagens para conseguir o mesmo efeito obtido de início. Isso demonstra, segundo Marlatt (1999), o caráter progressivo da doença, que culmina também em variações e perturbações de comportamento em função do uso abusivo de substâncias.

Assim, para enfrentar esse problema vem sendo desenvolvidas e implantadas nos últimos anos diversas medidas políticas. Essas iniciativas públicas se baseiam em três estratégias para lidar com essa situação: a redução de oferta, a redução da demanda e a redução de danos. Essas ações visam acabar com o tráfico e produção de substâncias ilícitas, reduzir a procura pela droga e também reduzir os comportamentos de risco associados à dependência química (Marlatt, 1999).

Entretanto, na questão do tratamento, centros especializados de atendimento como hospitais gerais e comunidades terapêuticas são opções relativamente recentes, uma vez que se estabeleceram a partir da lei 10.216 (2001). Desde então, vem surgindo alternativas de serviços especializados que têm ajudado a humanizar o cuidado com o dependente químico, que anteriormente, não contava com essa atenção das políticas públicas.

Nos hospitais, é disponibilizada uma estrutura para um período de internação que varia de quatro a quinze dias, cujo objetivo é a desintoxicação. Trata-se de uma internação breve, que possibilita o início do tratamento e deve oferecer, de acordo com Araújo, Oliveira, Piccolotto e Szupszyinski (2004), uma espécie de espaço onde se possa conter o desejo de consumir drogas, o qual não se consegue conter no ambiente ambulatorial.

Já as comunidades terapêuticas, intervêm num sentido de evitar a recaída e promover a volta da pessoa ao convívio social com um novo estilo de vida (Zampieri, 2004). Segundo Sabino e Cazenave (2005), elas são opções populares e acessíveis de tratamento, buscando adaptar-se a diversos níveis culturais e sociais e em geral, atuam de três maneiras: uma linha espiritual, uma linha científica ou uma linha mista.

A atuação das comunidades terapêuticas visa a proporcionar ao paciente a possibilidade de aprender novas formas de se relacionar e novos meios para lidar com as suas dificuldades de maneira mais madura e adequada. Apesar disso, ao retornar à

sociedade alguns ainda acabam se expondo novamente aos mesmos riscos e recaindo, suscitando questionar a fragilidade do tratamento (Zampieri, 2004).

Nesses espaços, a lei 10216 (2001) prevê a presença de equipes multidisciplinares contando com profissionais como psicólogos, médicos e assistentes sociais, dentre outros, o que possibilita um olhar mais abrangente e uma melhor atenção ao indivíduo. Contudo, nesta pesquisa focou-se nos psicólogos, os quais, segundo Díaz Heredia e Marziale (2010), encarregam-se de uma escuta e um acompanhamento mais frequente com os pacientes e os familiares nesses ambientes, orientando-os e desenvolvendo estratégias de tratamento.

Conforme Shenker e Minayo (2004), a família é o principal grupo de relações do ser humano e segundo Ozório (2011) é por meio dela que ele se relaciona com os seus semelhantes, o ambiente e a sociedade. Para Caldeira (1999), é no âmbito da família que se criam e se estruturam relações importantes de afeto, segurança e autoconfiança nas pessoas, pois se começa a estabelecer o limite entre o "eu" e o "não eu", essencial ao ser humano.

Contudo, essas relações são tão marcantes que podem gerar conflitos que façam que um dos membros da família se torne dependente químico (Shenker e Minayo, 2004). Isso faz com que ele busque um refúgio na droga, visando estabelecer uma fronteira aparentemente mais segura (Guimarães, Costa, Pessina & Sudbrack, 2009), o que na verdade não passa de uma falsa sensação de independência.

As mudanças advindas dessa tentativa do indivíduo se diferenciar dos demais (Bowen, 1991) leva a família a uma readaptação em torno do dependente (Do Carmo, 2003; Guimarães *et al*, 2009; Orth, 2005) que se equilibra e se mantém a partir da dependência química desse sujeito. Isso leva os familiares a acumular funções no cuidado do dependente e os mantém constantemente tensos e preocupados gerando um quadro de estresse conhecido como codependência (Zampieri, 2004), o qual evidencia que a família também adoece.

Todavia, a família também pode representar uma força de apoio, capaz de retomar vínculos importantes para o tratamento do dependente químico e para a sua recuperação (Shenker e Minayo, 2004). Para Seadi e Oliveira (2009), quando ela consegue reaver-se dos sentimentos de dor e fracasso, associados à internação, e dar-se conta de que o tratamento não se restringe somente ao período em que o paciente está recluso em um hospital ou em uma comunidade terapêutica é que se consegue avançar em direção à recuperação do dependente. Assim, para as autoras, quanto mais membros da família participarem no tratamento, mais pessoas estarão sendo informadas a respeito de seus papéis e de como podem ajudar em cada etapa, sendo que a sua colaboração repercute na reestruturação das relações familiares, de forma a livrar-se das drogas.

O presente estudo, portanto, buscou compreender a participação dos familiares no tratamento a partir da percepção dos psicólogos, aproveitando-se da proximidade de contato que eles têm com as famílias. O objetivo foi investigar, na visão desses profissionais, como os familiares auxiliam no tratamento ou o prejudicam; identificar os conflitos que permeiam as relações familiares durante o tratamento e como eles observam as mudanças que ocorrem nesse contexto.

Método

Foram entrevistados quatro psicólogos. Um oriundo da equipe de saúde mental de um hospital geral e os outros três, oriundos de comunidades terapêuticas, sendo todos esses serviços localizados no Vale do Paranhana. Esses profissionais foram indicados pela própria equipe de cada serviço.

Os instrumentos utilizados para coleta de dados foram uma entrevista semiestruturada embasada na revisão de literatura sobre o assunto e um breve questionário para identificação do perfil dos profissionais entrevistados, ambos elaborados pelo autor desse estudo com o auxílio da professora orientadora acadêmica. As questões que nortearam a formação da entrevista semiestruturada foram as seguintes: de que maneira a família pode influenciar auxiliando no tratamento da dependência química? De que maneira a família pode influenciar prejudicando o tratamento da dependência química? Quais são os principais conflitos que se observa nas relações familiares durante o tratamento? Ocorrem mudanças nesses padrões conflitivos durante o tratamento? Quais?

As questões que formaram o questionário do perfil dos profissionais foram as seguintes: Qual foi a sua formação? Há quanto tempo atua como psicólogo? Busca manter-se atualizado? Você trabalha também em outros serviços de atendimento à dependência química na região? Há quanto tempo trabalha com a demanda da dependência química?

Primeiramente, o projeto deste estudo passou por uma banca de qualificação e pela avaliação do comitê de ética e pesquisa das Faculdades Integradas de Taquara, que o liberou para aplicação. Em seguida, procedeu-se às outras etapas da pesquisa, quando foram feitos os contatos com o hospital e com as comunidades terapêuticas para agendar as entrevistas.

No caso do hospital, encaminhou-se um ofício à presidência da instituição, junto com uma cópia do projeto de pesquisa, explicitando as características e objetivos deste estudo. Já no caso das comunidades terapêuticas, foram agendados encontros com seus representantes nos quais o projeto foi apresentado.

Todas as instituições receberam um termo de concordância, que caracteriza a pesquisa e apresenta os seus objetivos solicitando a autorização para a sua realização, e também os entrevistados receberam o termo de consentimento livre e esclarecido. Foi realizado um único encontro para entrevista com cada profissional no seu próprio local de trabalho e esse procedimento teve a duração média de 25 minutos.

Realizaram-se as entrevistas e como complemento, foi aplicado o questionário para identificação do perfil dos profissionais, visando melhor compreensão a respeito do contexto dos sujeitos entrevistados. Essas duas etapas foram gravadas e transcritas, sendo que posteriormente foram analisadas de acordo com o método de análise de conteúdo de Bardin (2011).

Resultados

A análise das entrevistas permitiu conhecer os psicólogos entrevistados e o que eles percebem acerca da participação dos familiares no tratamento da dependência química,

bem como identificar em que serviços trabalham e como se prepararam para atuar nessa área. A tabela 1 evidencia que um deles já trabalhava como voluntário em uma comunidade terapêutica antes da graduação e que todos atuam na área da dependência química ao menos há dois anos.

Tabela 1 – Perfil dos Psicólogos entrevistados

	Formação profissional	*Tempo de atuação*	*Atuação na área da dependência química*
Psicólogo 1	Graduação em psicologia, residência em saúde mental coletiva	11 anos	Há 3 anos em programa de desintoxicação em hospital geral, experiência prévia na formação
Psicólogo 2	Graduação em psicologia	10 anos	Há 6 anos em programa de recuperação de dependentes químicos em comunidade terapêutica
Psicólogo 3	Graduação em psicologia	2 anos	Há 12 anos como voluntário e 2 anos como psicólogo/a em programa de recuperação de dependentes químicos em comunidade terapêutica
Psicólogo 4	Graduação em psicologia	3 anos	Há dois anos em CAPS1 e em programa de recuperação de dependentes químicos em comunidade terapêutica

Fonte: Dados da pesquisa

Outra característica importante é que, com exceção do psicólogo 4, todos trabalham em apenas um local de atendimento à dependência química da rede disponível no Vale do Paranhana. Perguntando ao profissional sobre uma possível diferença de participação dos familiares entre os seus dois locais de trabalho ele respondeu que percebe maior aderência na comunidade terapêutica, em função do tempo que os pacientes ficam em atendimento, que é maior do que em um hospital ou em um CAPS 1.

Já com relação à participação dos familiares no tratamento, os profissionais entrevistados creem que essa é fundamental. Tanto que o psicólogo 4 afirma: "a questão, assim, de eles começarem a entender a própria dependência química, né, entender os motivos que levam o familiar a usar drogas, né, pra depois eles conseguirem ser o suporte desse familiar pra evitar a recaída, né..."

Então, a partir disso, eles apontam momentos em que os familiares participam e influenciam nesse processo. Conforme a tabela 2, as principais influências positivas dizem respeito à firmação de uma parceria entre os familiares e o programa de recuperação e também a questão do esclarecimento e da busca de informações a respeito da dependência química por parte dos familiares.

Tabela 2 – Influências positivas

Categoria	*Subcategoria*	*Unidade de sentido*
Parceria no tratamento e apoio	**Escuta**	"Quando ela consegue ouvir esses profissionais que estão trabalhando com esse dependente e com essa família." (psicólogo 3)
	Disponibilidade	"A família pode auxiliar positivamente, é... sendo parceira do programa de tratamento pelo qual o dependente ta engajado". (psicólogo 3)
	Não boicote	"Quando a família não boicota o tratamento ela acaba agindo positivamente então, né, na recuperação do seu familiar". (psicólogo 3)
	Motivando o paciente	"Eu acho que é fundamental a participação, né, do familiar. Eles podem influenciar positivamente motivando pro tratamento, entendendo que é um processo de recuperação, né." (psicólogo 1)
Esclarecimento e informações sobre a dependência química	**Percepção da dificuldade, busca por tratamento**	"Ela pode influenciar positivamente quando essa família ta percebendo as suas dificuldades, quando a família decide buscar também um tratamento." (psicólogo 3)
	Compreensão sobre a doença	"Então. Pelo tempo maior assim, né, que... se caracteriza uma internação, a questão de eles começarem a entender a própria dependência química, né, entender assim, os motivos que levam o familiar a usar droga, né. (psicólogo 4)

Fonte: Dados da pesquisa

É consenso entre os psicólogos entrevistados que o esclarecimento permite a apropriação do tratamento por parte dos familiares, o que, segundo o psicólogo 3, pode levá-los a também buscar ajuda terapêutica. Isso também revela que, em geral, os profissionais entrevistados percebem que a família do dependente químico chega doente e desajustada ao tratamento.

Já a tabela 3, aponta as influências negativas que a família exerce sobre o indivíduo em tratamento. Dentre elas, os profissionais apontaram o boicote ao tratamento, o desconhecimento e a superproteção. Considerando que os vínculos do dependente químico em tratamento e sua família estão fragilizados, é possível relacionar o desconhecimento acerca da dependência química e o comportamento de superproteção à doença familiar e à maneira como a família enxerga a situação.

Tabela 3 – influências negativas

Categoria	*Subcategoria*	*Unidade de sentido*
Boicote	**Maus exemplos**	"Quando a comunidade terapêutica ou o, o, local que está ajudando a pessoa determina algumas regras e essa família quebra as regras, ela envia mensagens pro dependente de que ele também pode quebrar regras dentro do programa." (psicólogo 3)
	Não engajamento	"Quando a família não está engajada no tratamento, quando é pra participar de grupos de apoio e ela sempre tem alguma justificativa para não participar." (psicólogo 3)
	Chamar de volta o dependente antes do prazo	"Eles vêm aqui, às vezes, dar notícias. Fulano, teu irmão ta precisando muito de ti, se tu não sair daqui teu irmão vai morrer, porque ele ta..." (psicólogo 2)
	Distorção: dependência química como falta de amor	"Elas que queriam que internasse, por que tem muito isso, de as esposas às vezes assim: Ah, mas se ele gostasse mesmo de mim ele mudava por mim." (psicólogo 2)
	Visualizar o dependente como o único problema	"É o que acontece quando eles internam aqui, geralmente o dependente químico vira o bode expiatório da família ali, né, onde ele é que tem problema, então vamos tratar, vamos resolver." (psicólogo 2)
Desconhecimento	**Falta de informação**	"Eu percebo muito, é que às vezes a família não tem conhecimento." (psicólogo 2)
Superproteção	**Infantilizar**	"Impedindo que o paciente se responsabilize pelos seus atos, não arcar com as consequências, tirar a responsabilidade, que não deixa de ser assim um infantilizar, né, e isso com o objetivo, né, na tentativa de ajudar, de cuidar, as pessoas acabam misturando, fazendo uma superproteção, né." (psicólogo 1)

Fonte: Dados da pesquisa

Conforme os profissionais entrevistados, os familiares veem o dependente químico como o único problema da família e o ambiente familiar é repleto de conflitos. Por isso, a tabela 4 aponta a falta de credibilidade no paciente e no tratamento e também a disfuncionalidade nas relações familiares:

Tabela 4 – Conflitos observados

Categoria	*Subcategoria*	*Unidade de sentido*
Relacionamento familiar	**Fragilidade nas relações**	"Pra internar, pra tratar, é porque a pessoa realmente ta precisando de ajuda e já a situação em casa na família ou com a esposa já ta bem fragilizada assim." (psicólogo 2)
	Familiares também com dependência química	"Muitas dificuldades no relacionamento familiar, né, muitas comorbidades também, dependência química nos outros familiares, codependência por parte de pais e companheiros, né, ou companheiras, então os conflitos dentro dessa família geralmente são muito grandes." (psicólogo 3)
	Desorganização familiar	"Às vezes entre os próprios familiares. Um quer agir dum jeito, o outro quer agir de outro". (psicólogo 1)
		"É, a família acaba gerando um problema, né, por diversos aspectos sistêmicos. Ela gera um problema, que depois ela não consegue dar conta de suportar esse problema, toda vez que se tenta resolver, né, sem sucesso, a família se decepciona, vamos dizer assim, com aquela pessoa e continua sempre gerando, esse ciclo aí, de tentar, tentativas frustradas, e mais uma vez a pessoa se torna culpada e, e isso vai distanciando muito." (psicólogo 3)

Fonte: Dados da pesquisa

Nesse contexto, o psicólogo 2 menciona a questão dos vínculos fragilizados, o psicólogo 3 menciona a presença de comorbidades nos demais membros da família e a presença de codependência entre eles. Todos esses exemplos revelam um nível de tensão dentro do sistema familiar que advém da crise e de como a família está lidando com ela.

Entretanto, observa-se que talvez a dificuldade principal das famílias atendidas pelos psicólogos dessa pesquisa resida em responsabilizar o dependente químico pelo sucesso ou fracasso ao final do tratamento e em visualizar o tratamento como uma solução perfeita e praticamente instantânea para essa demanda, conforme pode ser visto na tabela 5:

Tabela 5 – Barreiras à mudança

Categoria	*Subcategoria*	*Unidade de sentido*
Percepções	**Sobre o tratamento/ recuperação**	"A família está desacreditada, né, já tentaram várias vezes". (Psicólogo 4)
		"Não é uma coisa fácil a família entender essa doença, né, porque eles pensam assim: porque já fez tratamento, já ficou seis meses lá dentro, quê que quer mais? Tem que sair bem". (psicólogo 2)
		"Tem essa visão cada vez perfeita que ele sai daqui, tudo ocorre bem e nunca recai". (psicólogo2)
		"Eu falo pra eles quando eles saem: quê que vocês vão fazer se vocês recair, quê que se faz? E com a família na maioria das vezes eles não tão a fim de ouvir isso no final do tratamento, né. Ninguém quer ouvir isso". (psicólogo 2)
		"Quando acontece algo de fato, na prática, às vezes elas não conseguem, aí a família liga pra cá: Ai, isso é vagabundo mesmo". (psicólogo 2)
	Paciente responsável por tudo	"E, né, em dois anos bem, eles compraram carro, fizeram uma casa, formaram uma família, aí têm uma recaída no processo aí a família vem: Eu disse! Sabia que não ia dar certo! Tudo fica desvalorizado, toda conquista daqueles dois anos, né, então é difícil..." (psicólogo 2)
		"Porque tão ali, mas tão com muita raiva, né, porque acham que é semvergonhice." (psicólogo 1)

Fonte: Dados da pesquisa

Mesmo assim, mantendo o empenho e buscando orientar corretamente os familiares é possível conseguir bons resultados e com a cooperação da família as intervenções podem alcançar efeitos altamente positivos. Ilustrando isso, a tabela 6 demonstra mudanças que ocorrem no tratamento oferecido pelos psicólogos entrevistados:

Tabela 6 – Mudanças observadas

Categoria	*Subcategoria*	*Unidade de Sentido*
Mudam para melhor	**Reaproximação**	"Há, a reaproximação, assim, em relação de restabelecimento ou melhora, assim, do vínculo" (psicólogo 4)
		"Tem mudanças que a gente nota na hora de, de conseguir impor mais limites, de conseguir, né, não cair na manipulação, às vezes até de demonstrar afeto." (psicólogo 1)
		"Quando compreendem que ele tem uma outra doença junto, que não é só a dependência química ou que talvez até a dependência química vem muito em função dessa doença, acho que melhora assim, acho que muda o comportamento dessa família." (psicólogo 1)
	Orientação/conhecimento	"Na maioria das famílias a gente consegue observar mudança pra melhor, né, elas ficam com mais conhecimento da doença, sabem mais como podem ajudar." (psicólogo 2)
	Engajamento	"Principalmente naquelas famílias comprometidas, assim, que se mantém depois daqui nos grupos, conseguindo ajudar." (psicólogo 2)

Fonte: Dados da pesquisa

Conforme a tabela, e como apresentado anteriormente, aparece novamente a questão da orientação dos familiares. Evidencia-se, a partir disso, que as informações sobre a dependência química e o seu tratamento representam uma variável importante no processo de recuperação do dependente químico. Paradoxalmente, ela atua fazendo com que a família boicote o tratamento, muitas vezes até, com desejo de ajudar; ou fazendo com que os familiares possam se tornar parceiros do programa de tratamento, complementando as ações da equipe de atendimento.

Dessa forma evidencia-se a influência da família nos conflitos que envolvem a dependência química, contribuindo tanto para gerar ou agravar o problema como para resolvê-lo. Por isso, estando os familiares engajados no tratamento, aprendendo sobre como agir com o dependente e contribuindo para que esse possa cumprir com as regras exigidas pelo programa, representam importantes parceiros para o processo de recuperação.

Discussão

Em seus depoimentos os psicólogos entrevistados descrevem que a família que chega para o atendimento está doente e com vínculos fragilizados. Essa condição pode ser fruto de aspectos importantes que acompanham a vida familiar, como as estratégias padrão de resolução de problemas (Guimarães *et al.,* 2009), que geram constantes tentativas de adaptação que elegem o dependente químico como o problema central da família e produzem angústias que o motivam à busca de um espaço pessoal alternativo através da droga.

Sendo assim, as propostas de ação que envolvem a psicoeducação dos familiares contribuem para que eles possam compreender e desenvolver o interesse pelo tratamento, motivando o dependente químico em sua recuperação, conforme afirma o psicólogo 1 (tabela 2). Da mesma forma, o esclarecimento quanto às particularidades do tratamento está relacionado às influencias negativas, tanto que os psicólogos entrevistados afirmam que o desconhecimento desses detalhes seja talvez o principal complicador do tratamento.

Desse modo, muitas vezes, pensando em ajudar, os familiares acabam atrapalhando o tratamento. Justamente por não saberem ou não entenderem o efeito que determinadas ações que eles praticam têm sobre o dependente químico. Isso é aplicável também à questão de superproteção, apontada na tabela 3. Pois, de certa forma, a família impede que o dependente químico aproprie-se da realidade do tratamento que impõe regras e limites organizadores essenciais à sua recuperação, uma vez que ela assume a responsabilidade que deveria ser dele.

O resultado disso é uma infantilização, que isola o dependente dentro do sistema familiar e faz com que os demais membros tomem decisões por ele, desautorizando-o e gerando uma crença de que ele não é capaz de crescer e se cuidar, estando, portanto, dependente também dos familiares.

Segundo Hermeto, Sampaio e Carneiro (2010), o ambiente familiar oportuniza grande aprendizagem com relação a sentimentos, à autonomia e à compreensão de limites, à vivência da liberdade e da responsabilidade, que podem se tornar fatores de proteção quanto às ofertas químicas de prazer, liberdade e autossatisfação. Contudo,

experiências como a superproteção e a infantilização, agem no sentido oposto a essas ideias e acabam se tornando fatores de risco à mudança prejudicando a continuidade e a eficácia do tratamento.

De acordo com os psicólogos entrevistados, os familiares veem o dependente químico como o único problema da família. Assim, é possível relacionar o desconhecimento acerca da dependência química e o comportamento de superproteção à doença familiar e à maneira como a família enxerga a situação.

Desse modo, esse conjunto de variáveis constitui um esquema de retroalimentação, que faz com que a família tente manter o dependente químico como o único problema. Advém daí as dificuldades apontadas como boicote na tabela 2, pois as internações terapêuticas visam promover mudanças nesse funcionamento doentio do sistema familiar e as atitudes tomadas pelos familiares visam manter o equilíbrio atual.

Chamar de volta antes do prazo, chantagear e quebrar regras são exemplos claros de condutas adotadas por essa pessoas e evidenciam dois pontos: um; que a família não está pronta para se adequar e participar do tratamento, pois encontra-se tão doente quanto o próprio dependente químico, e dois; que essas atitudes são uma espécie de resistência à mudança que é proposta pelo tratamento e que ela merece uma grande atenção por conta disso, para que se possa ajudá-la a vencer essas dificuldades.

Pode-se pensar nesse momento da família com membros dependentes químicos como um momento de crise no sistema familiar. Erikson (2011) vê a crise como um conflito que o ser humano vive ao longo da vida e que deve resolvê-lo de forma positiva ou negativa. Segundo o autor, as resoluções positivas resultam em equilíbrio mental, em desenvolvimento de virtudes e incrementam as habilidades de relacionamento social, enquanto que as resoluções negativas levam à sensação de estar socialmente desajustado e ao desenvolvimento de ansiedade e percepções de fracasso.

Em se tratando dessas famílias, a crise refere-se a um processo no qual a família se desorganiza com relação às tarefas do desenvolvimento familiar (Carter & Mcgoldrick, 2001) especialmente na adolescência, quando os filhos devem começar a adquirir autonomia e estão vivenciando a construção da diferenciação do *self* (Bowen, 1991).

Para Bowen, a diferenciação do *self* é um importante momento na construção da identidade pessoal. Segundo o autor, uma pessoa diferenciada é capaz de controlar seus impulsos perante a ansiedade e agir de maneira reflexiva, enquanto que as pessoas indiferenciadas frequentemente se perdem diante dos impulsos e emoções, apresentando dificuldade em manter autonomia frente a questões que despertem a ansiedade.

Assim, essa configuração familiar emaranhada exige uma mudança que diverge do repertório comportamental original (Pittman, 1995), ou seja, desautoriza as estratégias de resolução de problemas preexistentes, nas quais a família acredita (Guimarães *et al.*, 2009). Dessa forma, num contexto de recuperação isso pode ser visto como perigo e motivar reações como o boicote ao tratamento, ou pode ser visto como uma oportunidade de rever conceitos, reaproximar-se e retomar vínculos. Todavia, a segunda opção é menos frequente, visto que requer habilidade de elaboração por parte dos familiares.

Sobremaneira, com o passar do tempo parece inevitável uma postura desamparada e de desmotivação por parte dos familiares como descrita na tabela 4, aprendida diante da dificuldade que a família encontra para se reorganizar perante a crise, pois se acumulam

esforços e se obtêm poucos resultados (Seligman, 2005). Desse modo, o conhecimento acerca do tratamento e da dependência química torna-se uma importante ferramenta para o sucesso na recuperação do dependente químico, uma vez que permite o dar-se conta de que a internação não é um período mágico que devolverá, por si só, o dependente "limpo" e capaz de conviver novamente em sociedade.

Segundo Nichols e Schwartz (2007), quando existem papéis inflexíveis e estruturas invariantes dentro de um sistema familiar, este perde a eficácia para o enfrentamento de circunstâncias novas. Dessa maneira, os familiares podem isolar o dependente químico das suas relações como forma de se proteger "daquilo que se apresenta como diferente e prejudicial" e conservar entre si as relações disfuncionais que auxiliaram no aparecimento dessa dependência química. Isso revela o caráter cuidadoso que deve ter a intervenção com a família, pois tais reações podem ser consideradas prejudiciais ao tratamento.

Muitas vezes também, de acordo com Do Carmo (2003), o sistema familiar "acolhe" o sintoma, adaptando-se a ele e minimizando as perturbações advindas dos seus efeitos. Isso permite que o sintoma seja "aparentemente" reconhecido como normal, afetando a motivação para a mudança e fazendo com que ele se agrave através do aparecimento de novos sintomas, cada vez mais graves.

Assim, segundo a autora, pode haver uma família em que o pai é menos funcional que a mãe em função do alcoolismo e quando essa família se deparar com o surgimento do abuso de drogas por parte do filho, pode não conseguir dar conta desse sintoma. É comum que outros membros da família acabem por assumir o papel de pai, mantendo esse em seu alcoolismo e caracterizando a adaptação da família ao sintoma. Esse arranjo de família dificulta a percepção da gravidade da situação, fazendo com que ela reconheça que precisa e procure ajuda somente em momentos de crise extrema.

Isso aponta necessidade de perseverança por parte do terapeuta em cumprir o seu papel e necessidade de habilidade para lidar com a frustração, pois esse é um dos momentos mais difíceis do tratamento. Cabe se ressaltar aqui também, as dificuldades implícitas associadas ao tratamento da dependência química, como a questão de recaída descrita na tabela 5, que na visão dos familiares, invalida todo o esforço feito até então e que demanda grande tolerância por parte do psicólogo, pois esse é cobrado pela falta de resultados.

A recaída é talvez um dos temas principais no tratamento da dependência química. Visto que a recuperação se trata de um processo, é normal e cientificamente provado que ocorram "deslizes" ao longo desse percurso, tanto que o DSM-IV TR (American Psychiatric Association, 2002) considera os primeiros 12 meses de abstinência como um período de alto risco para a reincidência no uso de substâncias.

Em pesquisa de Rigotto e Gomes (2002), ela se mostrou associada a situações de falta de apoio familiar, falta de acompanhamento apropriado, uso de bebidas alcoólicas, envolvimento com antigos amigos dependentes, frustração diante de circunstâncias adversas e necessidade de aprovação social.

Isso evidencia outro ponto que exige perseverança e tolerância do psicólogo, pois muitas vezes o tempo necessário para que a família se aproprie da necessidade de reformular as suas relações em prol da reabilitação e reinserção do dependente químico dentro do sistema familiar e da sociedade é maior do que o tempo que a instituição pelo

qual ele trabalha dispõe para tratamento, muitas vezes ocorrendo de uma mesma família voltar várias vezes para ser atendida, em função de recaídas que ocorreram em função de que elas ainda não conseguem fornecer a ajuda necessária para o dependente conter os seus impulsos e aprender a lidar com a abstinência.

Pensando nisso, se observou algumas limitações nesse estudo, pois o tempo que o dependente químico fica em tratamento nas instituições é curto. Poderiam ser feitos estudos longitudinais acompanhando o processo de reabilitação do dependente químico e sua família após a sua saída para averiguar como ficou esse processo em termos de recaída.

O fato de esses profissionais ficarem pouco tempo com os pacientes em centros de saúde e não terem depois um acompanhamento mais próximo com o dependente químico pode gerar uma sensação de trabalho sem resultado positivo pelas dificuldades de manter o paciente abstinente. Nesse ponto poderiam ser entrevistados também outros profissionais de saúde que trabalham com a dependência química nesses ambientes.

Isso permitiria averiguar as percepções de profissionais de outras áreas a respeito da participação da família no tratamento, pois hoje em dia as equipes de atendimentos são multidisciplinares e atendem com uma visão psicossocial o sujeito. Seria importante confrontar essas outras percepções para obter dados mais completos a respeito desse fenômeno.

Considerações finais

A partir dessa pesquisa foi possível conhecer um pouco sobre os psicólogos que atendem a demanda da dependência química na região do Vale do Paranhana e quais são as suas percepções acerca da família de dependentes químicos e de sua participação no tratamento.

Em geral, eles percebem as famílias como doentes e com fragilidades em suas relações, fazendo com que atrapalhem o processo de recuperação do dependente químico em várias ocasiões. Porém, viu-se também que os psicólogos entrevistados percebem que há momentos em que a família consegue ajudar e, tanto em uma situação quanto em outra, atravessa-se a questão do conhecimento acerca da dependência química e do tratamento, bem como a participação e o engajamento nesse. Isso é tão importante, segundo essas percepções, que faz com que se consigam mudanças positivas para os conflitos familiares no tratamento, ampliando as possibilidades de recuperação do dependente.

Mas ao mesmo tempo, evidencia-se a necessidade de a família, de alguma forma, também buscar ajuda, seja de orientação a respeito da dependência química ou de um espaço terapêutico para escuta e tratamento dos demais familiares. Assim, atuando nessas duas frentes, assistindo o dependente químico e os familiares, os resultados desse processo podem ser mais consistentes e habilitar a família a lidar com as frustrações e as dificuldades que envolvem a manutenção da abstinência, para as quais normalmente não está preparada.

No entanto, a pesquisa permitiu também observar que caminho que esses profissionais trilharam até chegar a esse ponto, pois as percepções que eles têm hoje acerca desse tema advêm prioritariamente da prática no atendimento diário à dependência

química. Sendo essa uma demanda tão presente na nossa sociedade, é cabível pensar em um novo planejamento para as grades curriculares das graduações em psicologia de nosso país. Mesmo que grande parte dos psicólogos recém-graduados opte por outros caminhos, aqueles que se deparam com essa demanda dificilmente tiveram acesso a alguma informação sobre dependência química na época da graduação, ou seja, acabam tendo que buscar em formações complementares aquilo que já poderia ser um conhecimento cristalizado.

Dessa forma, essa pesquisa permitiu também refletir sobre o perfil e tipo de atendimento realizado pelos psicólogos da região do Vale do Paranhana no que diz respeito ao atendimento à dependência química. Os psicólogos entrevistados estão bem assessorados quanto à bagagem prática e teórica, mas e aqueles que estão em graduação? Que experiências vêm tendo nessa área? Elas estão relacionadas apenas aos estágios curriculares e extracurriculares ou também a disciplinas específicas e cursos de extensão?

Estes são questionamentos pertinentes de se pensar, a fim de direcionar os cursos de psicologia da região à reflexão sobre o quanto estão preparando ou não os futuros psicólogos apenas para o mercado ou se há em seus currículos um espaço para demandas como a da dependência química, tão em evidência em nossa sociedade.

Referências

American psychiatric association, (2002). DSM IV-TR: *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 4.ed. Porto Alegre: Artmed.

Araújo, R. B; Oliveira, M; Piccolotto, L. B. & Szupszynski, K.P.D.R. (2004). Sonhos e craving em alcoolistas na fase de desintoxicação. *Psiquiatria Clínica,* 31(2), 63-69.

Bardin, Laurence. (2011). *Análise de conteúdo*. Brasil: Edições 70.

Bowen, M. (1991). *De La família al individuo: La diferenciación del sí mismo in el sistema familiar.* Buenos Aires: Paidós.

Caldeira, Z. F. (1999) *Drogas indivíduo e família: um estudo de relações singulares*. Dissertação de mestrado, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro- RJ, Brasil.

Carter, B. & McGoldrick, M. (2001) As mudanças no Ciclo de Vida Familiar – Uma Estrutura para a Terapia Familiar. In: CARTER, B; & McGOLDRICK, M. & cols. (Orgs.) *As mudanças do ciclo de vida familiar: uma estrutura para a terapia familiar.* (pp.7-29). Porto Alegre: Artmed.

Díaz Heredia, L. P. & Marziale, M. H. P. (2010). El papel de los profesionales em centros de atención em drogas em ambulatorios de la ciudad de Bogotá, Colombia. *Revista Latino-Americana de enfermagem,18*(2), 573-581.

Do carmo, G. A. A. (2003). *Dependência Química e Relações Familiares: a importância da família no tratamento da drogadicção*. Dissertação de mestrado, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro- RJ, Brasil.

Erikson, E. (2011) *Adolescência e formação de identidade em Erik Erikson*. Acessado em: <31 de outubro de 2011>. Disponível em: <http://artigos.psicologado.com/psicologia-geral/desenvolvimento-humano/adolescencia-e-formacao-da-identidade-em-erik-erikson>.

Guimarães, F. L; Costa, L. F; Pessina, L. M. & Sudbrack, M. F. O. (2009). Famílias, adolescência e drogadição. In: Ozório, L. C. & Do Valle, M. E. P. (Orgs.). *Manual de terapia familiar.* v. 1 (pp.350-365) Porto Alegre: Artmed.

Hermeto, E. M. C; Sampaio, J. J. C. & Carneiro, C. (2010). Abandono do uso de drogas ilícitas por adolescente: importância do suporte familiar. *Revista Baiana de Saúde Pública*, *34*(3), 639-652.

Lei nº 10.216, de 06 de abril de 2001 (2001). Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental. Brasília. 2001. Acessado em: < 10 de setembro de 2011>. Disponível em: < http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/LEIS_2001/L10216.htm>.

Mangueira, R. T. C. (2005). *O uso de cannabis sativa (maconha) pelo filho e suas repercussões nas relações familiares*. Dissertação de mestrado, Universidade Católica de Pernambuco, Recife- PE, Brasil.

Marlatt, G. A. (1999) *Redução de Danos – Estratégias práticas para lidar com comportamentos de alto risco*. Porto Alegre: Artmed.

Moraes, L. M. P. (2008). *Atenção de enfermagem ao familiar do dependente químico: grupo como estratégia do cuidar*. Tese de doutorado, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza- CE, Brasil.

Nichols; M. P. & Schwartz, R. C. (2007). *Terapia Familiar – conceitos e métodos*. 7ed. Porto Alegre: Artmed.

Orth, A. P. S. (2005). *A dependência química e o funcionamento familiar à luz do pensamento sistêmico*. Dissertação de mestrado, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis-SC, Brasil.

Ozório, L. C. (2011). Novos rumos da família na contemporaneidade. In: Ozório, L. C.; & Do Valle, M. E. P. *Manual de terapia familiar.* v. 2 (pp.350-365) Porto Alegre: Artmed.

Pittman, F. S. (1995). *Momentos Decisivos: tratamiento de famílias em situaciones de crisis*. Buenos Aires: Paidós.

Rapport, C. (1998) *Encarando a adolescência*. São Paulo: Ática.

Rigotto, S. D. & Gomes, W. B. (2002) Contextos de abstinência e recaída na recuperação da dependência química. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, *18*(1), 95-106.

Sabino, N. D. M. & Cazenave, S. O. S. (2005). Comunidades terapêuticas como forma de tratamento para a dependência de substâncias psicoativas. *Estudos de Psicologia*, *22*(2), 167-174.

Seadi, S. M. S. & Oliveira, M. S. (2009). A terapia multifamiliar no tratamento da dependência química: um estudo retrospectivo de seis anos. *Psicologia Clínica*, *21*(2), 363-378.

Seligman, M. E. P. (2005). *Aprenda ser otimista.* Rio de Janeiro: Nova Era.

Shenker, M. & Minayo, M. C. S. (2004). A importância da família no uso abusivo de drogas: uma revisão de literatura. *Cadernos de Saúde Pública, 20*(3), 649–659.

Stanton, M. D. Todd, T. C. (1990). *Terapia familiar del abuso y adiccion a las drogas.* Barcelona: Gedisa.

Stahl, S. M. (2010). *Psicofarmacologia: base neurocientífica e aplicações práticas*. 3.ed. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan.

Zago, J. A. (2011) *Álcool na adolescência*. Acessado em: < 10 de setembro de 2011> Disponível em: <http://www.psicologia.org.br/internacional/pscl33.htm>.
Zampieri, M. A. J. (2004). *Codependência: o transtorno e a intervenção em rede*. São Paulo: Ágora.

Recebido em maio de 2013 **Aceito em abril de 2014**

Alexandre Herzog: Graduado em Psicologia pelas Faculdades Integradas de Taquara (FACCAT). Psicólogo no CRAS – Centro de Referência em Assistência Social de Rolante.
Maria Isabel Wendling: Psicóloga, Mestre em Psicologia Clínica pela Pontifícia Universidade Católica (PUCRS), Docente do Curso de Psicologia das Faculdades Integradas de Taquara (FACCAT) e da Faculdade de Psicologia da PUCRS.

Endereço para contato: alexandre.herzog@hotmail.com

Crenças, expectativas e padrão de consumo do álcool por mulheres

Andressa Celente de Ávila
Dhiordan Cardoso da Silva
Margareth da Silva Oliveira

Resumo: O consumo de álcool entre as mulheres vem aumentando de maneira acelerada e agravante. Compreender as expectativas e crenças que eliciam esse consumo torna-se de extrema relevância. Este estudo teve por objetivo comparar diferenças e semelhanças nas crenças e expectativas do uso de álcool em mulheres com padrão de consumo de risco (MCR) e mulheres sem risco (MSR). É um estudo transversal, de associação de variáveis em que foram avaliadas 88 mulheres, através dos instrumentos IECPA, AUDIT e MEEM. Os resultados evidenciaram que o grupo MCR possui mais crenças positivas sobre o consumo do álcool do que o grupo MSR analisando o escore total do IECPA e comparando as suas médias. O grupo MCR obteve um escore acima do ponto de corte do instrumento (121,82) caracterizando vulnerabilidade para dependência de álcool. Os achados desse estudo vão ao encontro da literatura e indicam a necessidade de programas preventivos para essa população.
Palavras-chave: alcoolismo; saúde da mulher; prevenção primária.

Beliefs and expectations standard of consumption of alcohol by women

Abstract: Alcohol consumption among women is increasing at an accelerated and rate aggravating. Understanding the expectations and beliefs that elicit this consumption becomes extremely relevant. This study aimes to compare differences and similarities in beliefs and expectations of alcohol use in women with patterns of consumption risk (MCR) and women without risk (MSR). It is a cross-sectional study, the association of variables in which 88 women were evaluated, using the instruments IECPA, AUDIT and MMSE. The results showed that the MCR group has more positive beliefs about alcohol consumption than the MSR group analyzing the total score of IECPA and comparing their averages. The MCR Group achieved a score above the cutoff of the instrument (121.82) featuring vulnerability to alcohol dependence. The findings of this study corroborate the literature and indicate the need for prevention programs for this population.
Keywords: alcoholism; women's health; primary prevention.

Introdução

O álcool é o depressor cerebral mais usado em muitas culturas e seu uso indevido tem sido responsável mundialmente por 3,2% de todas as mortes e por 4% de todos os anos de vida úteis perdidos (American Psychiatric Association, 2002; Andrade & Silveira, 2009). Dados preliminares do II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas – LENAD 2012 (2014), houve aumento na proporção de mulheres que consomem bebidas alcóolicas pelo menos uma vez por semana, bem na proporção de mulheres que experimentaram bebidas alcóolicas com menos de 15 anos. Sintomas de abstinência e tolerância indicam a Dependência do Álcool, já o Abuso de Álcool se caracteriza por menos sintomas e por ser menos grave que a dependência (American Psychiatric Association, 2002). O abuso

de substâncias psicoativas pelas mulheres tem aumentado no mundo ocidental, e entre as brasileiras. Esse consumo pode ocasionar muitas consequências para a mulher como na gestação causando risco grave à saúde materna e fetal (Gilda, Tamires, Marlene & Raquel, 2011).

Mulheres tendem a beber menos que os homens e a ingerir menores quantidades de bebida a cada vez (Edwards, Marshall & Cook, 2005), porém as consequências do abuso e/ou dependência costumam ser mais negativas nas mulheres do que em homens, trazendo muito mais prejuízos físicos e psíquicos (Grinfeld, 2009; Mendes, Cunha & Nogueira, 2011). Foi realizado um estudo sobre o perfil de uso de álcool e tabaco, com 221 universitários de uma cidade brasileira, utilizando o *Alcohol, Smoking and Substance Involving Screening Test* (ASSIST). Evidenciou-se que dos 36 (16,3%) estudantes que apresentaram uso de risco com relação ao álcool, 35 (19,5%) se encontravam na faixa etária de 18 a 24 anos de idade e 29 (16,2%) eram do sexo feminino (Marcos, Denis & Marluce, 2013).

Diante da crescente equiparação do consumo de substâncias entre mulheres e homens, é possível estimar que nas próximas décadas haja um aumento de transtornos decorrentes do uso de substâncias entre mulheres idosas (Wolle & Ziberman, 2011). Outro estudo teve como objetivo verificar a prevalência de tabagismo, consumo de álcool e fatores associados a esses comportamentos, em uma amostra de 485 estudantes de uma universidade do Rio Grande do Sul. Dos sujeitos entrevistados, 53,9% eram do sexo feminino e 42,3% tinham menos de 20 anos. Da amostra total, 75% relatou consumir álcool pelo menos uma vez ao mês, não mostrando diferença segundo o sexo, e a grande maioria (92,7%) relatou ter este hábito antecedendo o ingresso na universidade, que também não mostrou diferença importante segundo o sexo (Ramis *et al*., 2012).

As expectativas em relação aos efeitos e consequências do consumo de álcool influenciam na decisão de beber, no início e na manutenção do uso de álcool e nos comportamentos relacionados a este. Antes que o indivíduo tenha consumido alguma bebida alcoólica em sua vida, as crenças e expectativas com relação aos efeitos do álcool já vão se formando, pois desenvolvem-se através de modelos parentais, experiências diretas e indiretas com bebidas alcoólicas, e exposição à propaganda, dentre outras formas (Peuker, Roberta, Silvia & Lisiane, 2010). As expectativas do indivíduo quanto aos efeitos do álcool são mais determinantes para o uso que as ações fisiológicas da droga. Uma vez que as crenças e expectativas adquiridas se tornam estabelecidas e por estarem armazenadas na memória, guiam o comportamento quando expostas ao álcool e à decisão de beber (Alexandra & Ana, 2009). Os efeitos do consumo de drogas podem não corresponder aos efeitos esperados, mesmo assim as expectativas do uso potencializam o processo de recaída (Marlatt, 1993).

De acordo com Bandura (1977), há dois tipos de expectativas associadas ao comportamento de beber, as expectativas de eficácia (envolvendo a própria capacidade para executar um comportamento) e as expectativas de resultado (que envolvem o que acontecerá como um resultado do engajamento no comportamento). Marlatt (1993) acredita que essas expectativas de resultados positivos tornam-se uma força motivadora e desencadeante para retornar ao uso do álcool. O regresso ao estilo de comportamento

(voltar a beber) se complica em maior escala quando o indivíduo precisa enfrentar uma situação de risco ou está reagindo a um estilo e vida desequilibrado.

A partir disso, o sujeito é induzido a beber por seu histórico de situações positivas associadas à ingestão do álcool, por uma dependência física e também por fatores ambientais, que incluem situações do contexto onde está incluído. Estamos frequentemente expostos a inúmeras publicidades em jornais, revistas, televisão, redes sociais, entre outros, que influenciam o consumo do álcool. Tais situações podem interferir diretamente no comportamento do sujeito. Mas "é extremamente importante lembrar que os efeitos reais do consumo da droga podem não corresponder aos efeitos esperados" (Marlatt, 1993, p.123), podendo gerar consequências negativas em termos de saúde, estado social e de autoestima. No campo científico tem-se ressaltado a importância da avaliação das expectativas pessoais sobre os efeitos do álcool, não só para a compreensão do consumo de álcool e a dependência dessa substância, como também para consubstanciar as estratégias de intervenção terapêutica e prevenção de recaídas (Marlatt, 1993).

O estudo das diferenças de expectativas do uso de álcool entre homens e mulheres é importante para intervenções preventivas com o objetivo de modificação de crenças sobre a droga, o que têm mostrado resultados satisfatórios em jovens usuários da droga (Fachini & Furtado, 2013). Ao estudar as crenças que motivam mulheres ao consumo de álcool, é possível que se estabeleça estratégias de prevenção especificamente para a população feminina que por encontra-se ou não em risco de desenvolver dependência do álcool. O presente estudo tem por objetivo comparar as crenças e expectativas a respeito do uso do álcool em mulheres com padrão de consumo do álcool de risco e sem risco.

Método

A amostra foi constituída de 88 participantes do sexo feminino, sendo que 43 participantes deste estudo eram pacientes de clínicas de internação para dependência química ou usuárias de ambulatórios também especializados na área, sendo recrutadas por método de conveniência. As outras 45 participantes recrutadas não estavam internadas em clínicas, nem eram usuárias de ambulatórios por consumo de drogas foram avaliadas, indicaram novas participantes para o estudo e assim sucessivamente, através do método de bola de neve.

Os critérios de inclusão das amostras são de escolaridade mínima de 5ª série e idade de 18 a 59 anos. Apenas na amostra clínica, que estavam em tratamento, foi aplicado o instrumento MEEM (*Miniexame do Estado Mental)* para avaliar a cognição dos participantes, tendo como objetivo a exclusão dos que obtiveram escore menor que 23 pontos. Obedecendo ao critério de aplicação do AUDIT (*The Alcohol Use Disorders Identification Test),* o não uso de álcool no último ano foi considerado outro critério de exclusão do estudo.

Os grupos são identificados como MSR (Mulheres Sem Risco) e MCR (Mulheres Com Risco). A média de idade da amostra total foi 28 (DP=8,24). Os grupos foram homogêneos quanto à idade (p=0,281), a escolaridade (p=0,116) e estado civil (p=0,574) segundo o *Test T de Student* (p>0,05) onde não houve diferenças significativas entre os grupos, podendo ser comparados.

Com relação à amostra total, os resultados indicam que 71,6% possuem Ensino Superior Incompleto, 75% eram solteiros e 52,3% dos participantes se encontram na classe B. Abaixo a Tabela 1 ilustra os dados sociodemográficos de cada grupo.

Tabela 1- Dados sociodemográficos dos grupos MSR e MCR.

	MSR (n=45)		MCR (n=43)	
ESCOLARIDADE	**N**	**%**	**N**	**%**
Fundamental	0	0	2	4,6
Médio Completo	0	0	2	4,7
Superior	45	100	39	90,7
ESTADO CIVIL	**N**	**%**	**N**	**%**
Solteiro	32	71,1	34	79,1
Casado	9	20	4	9,3
Divorciado	0	0	2	4,7
Outro	1	2,2	0	0
CLASSIFICAÇÃO ECONÔMICA	**N**	**%**	**N**	**%**
Classe A	14	31,1	15	34,9
Classe B	27	62,2	18	41,8
Classe C	2	4,4	8	18,7
Classe D	0	0	1	2,3

Ficha de dados sociodemográficos: para a obtenção de informações sobre os voluntários da pesquisa, além dos Critérios Brasil de Classificação Econômica, realizado pela Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP, 2010) que classifica em classe A, B, C, D e E.

O Inventário de Expectativas e Crenças Pessoais acerca do Álcool (IECPA) (Pinto-Gouveia, Ramalheira, Robalo, Borges & Rocha-Almeida, 1996) é um instrumento que se destina a avaliar expectativas pessoais acerca dos efeitos positivos do consumo moderado de bebidas alcoólicas, trata-se de um questionário de autorrelato, de fácil aplicação, que pode ser utilizado com finalidades c1ínico-assistenciais e na área de pesquisa.

É uma medida escalar, do tipo Likert, com 61 itens. Cada item consiste numa afirmação, que envolve expectativas e crenças a respeito dos efeitos do álcool em 5 Fatores: Fator 1 (efeitos globais positivos e facilitadores de interações sociais) Ex: *"O álcool me tira as inibições"*; Fator 2 (diminuição e/ou fuga de emoções ou cognições negativas) Ex: "*O álcool me faz esquecer os problemas da vida";* Fator 3 (ativação e prazer sexual) Ex: "*Tenho mais prazer sexual depois de ter bebido"*; Fator

4 (efeitos positivos na atividade e no humor) Ex: *"Quando bebo fico mais atento"*; e Fator 5 (efeitos positivos na avaliação de si mesmo) Ex: "*Quando bebo fico menos nervoso"*.

Para cada item são apresentadas cinco alternativas de resposta possível, Não concordo, Concordo pouco, Concordo moderadamente, Concordo muito e Concordo muitíssimo, que recebem escore de 1 a5 respectivamente. O escore total é o resultado da soma dos escores dos itens individuais. É aplicável a adolescentes e adultos.

The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) (Babor, Higgins-Biddle, Saunders & Monteiro, 2001) para rastreamento de problemas com álcool validado para o contexto brasileiro (Mendez, 1999). Trata-se de teste de autopreenchimento, contendo 10 perguntas que avaliam o padrão de consumo do álcool, os sinais e sintomas da dependência e os problemas decorrentes do uso do álcool. Para a apuração dos dados, soma-se a pontuação obtida nas respostas que varia de zero a 40 pontos e classifica em duas categorias: sujeitos com pontuação de 0 a 7 (AUDIT $\leq$8), que correspondem aos abstinentes ou bebedores, dentro dos limites recomendados pela Organização Mundial de Saúde, e, acima de 8 pontos (AUDIT $\geq$8), caracteriza as pessoas que consomem bebidas alcoólicas em níveis problemáticos (Pilon, 2011).

*Miniexame do Estado Mental (MEEM) (*Folstein, Folstein & McHugh, 1975) que permite a avaliação da função cognitiva e rastreamento de quadros demenciais, validado para o contexto brasileiro (Bertolucci, Mathias & Brucki, 1994). O MEEM é composto por questões agrupadas em sete categorias, onde cada tem o objetivo de avaliar "funções" cognitivas específicas tais como: *orientação para tempo* (5 pontos), *orientação para local* (5 pontos), *registro de 3 palavras* (3 pontos), *atenção e cálculo* (5 pontos), *lembrança das 3 palavras* (3 pontos), *linguagem* (8 pontos), e *capacidade construtiva visual (1 ponto).* O escore do *MEEM* pode variar de um mínimo de 0 até um total máximo de 30 pontos, com ponto de corte de 23 pontos.

O projeto foi aprovado no Comitê de Ética da PUCRS (CAAE: 09893712.1.0000.5336). A coleta de dados ocorreu no período de 2012 e 2013, por psicólogos e estudantes de psicologia devidamente treinados para aplicação dos instrumentos em um único encontro. A amostra com padrão de risco para o uso do álcool se deu em locais específicos para tratamento da dependência química: Casa da Graça – Canoas – RS; CAPSad Vila Nova – Porto Alegre – RS; Casa de Recuperação Marta e Maria – Porto Alegre – RS. A população sem risco foi recrutada em Universidades, grupos familiares e de amigos e em centros profissionalizantes. Antes da coleta de dados, cada participante recebeu esclarecimentos quanto aos objetivos do estudo através da leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) posteriormente assinado pelos voluntários.

As informações coletadas foram compiladas e processadas no programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 17.0. Durante o processo de análise dos dados, foi utilizada estatística descritiva (médias, desvio-padrão, porcentagens e frequências), para caracterização amostral e estatística inferencial para estudo das variáveis.

Resultados

A amostra de 88 mulheres foi classificada em dois grupos utilizando-se o AUDIT: o grupo de mulheres com consumo sem risco (N=45) foi identificado através de uma pontuação de 0-7 pontos no instrumento; já o grupo de mulheres com risco (N=43) foram classificadas assim por apresentar escore acima de 8 pontos. É importante apontar que foram encontradas mulheres classificadas, segundo o AUDIT, como padrão de consumo de risco tanto em participantes internadas em clínicas ou usuárias de ambulatório, como nas que não eram usuárias de nenhum destes serviços.

A média obtida no AUDIT na amostra total foi de 8,35 pontos com no mínimo 0 e máximo 28 (DP=6,40). Em relação ao grupo MSR a média foi de 3,80 (DP=1,99) com mínimo 0 e máximo 7. No grupo de MCR a média foi de 13,12 (DP= 5,94), mínimo 8 e máximo 28. No IECPA, a média do total de pontos ficou de 123,78 (DP=44,61) com mínimo de 59 e máximo de 253. Abaixo a Tabela 2 ilustra os resultados do IECPA em cada grupo.

Tabela 2- Médias, mínimo, máximo e desvios padrão do escore total do IECPA nos grupos.

PONTUAÇÃO NO IECPA	MSR (n=45)	MCR (n=43)
Média	106,51	141,86
Mínimo	59	68
Máximo	222	253
DP	39,47	42,86

Foi realizada uma correlação entre as variáveis com o teste de Correlação de Pearson e obteve-se que a pontuação total no IECPA e no AUDIT foi positiva moderada (r=0,56), ou seja, quanto mais alto o valor no AUDIT, mais alto é o valor no IECPA. Quanto aos fatores utilizados pela amostra total, os dados indicam que o fator do IECPA que foi mais pontuado foi o fator 1 (efeitos globais e facilitadores das interações sociais) obtendo média de 80,18 (DP=30,53). O fator menos pontuado foi o fator 4 (efeitos positivos na atividade e no humor) com média de 12,46 (DP=4,99). A Tabela 3 apresenta os dados nos cinco fatores para a amostra total.

Tabela 3- Mínimo, máximo, Média e desvios padrão nos fatores do IECPA na amostra total.

FATORES IECPA (n=88)	Mínimo	Máximo	Média	DP
Fator 1	35,00	155,00	80,18	0,73
Fator 2	20,00	83,00	37,61	0,48
Fator 3	12,00	46,00	21,77	0,63
Fator 4	8,00	33,00	12,46	0,42
Fator 5	7,00	32,00	14,98	1,15

Para comparar e avaliar a normalidade entre os grupos foi realizado o teste Kolmogorov-Smirnov, que apontaram distribuição normal ($p<0,05$) em todos os fatores. Foram comparados os grupos usando o teste t de Student e mostraram significância estatística ($p<0,001$). Em relação aos fatores do IECPA percebe-se que o grupo MSR ficou com médias menores em todos os fatores em comparação com o grupo MCR. No grupo MSR o fator que teve maior média foi o fator 1 e o de menor média foi o fator 4. Já no grupo MCR o fator 1 também foi o de maior média e o de menor também foi o fator 4. A Tabela 4 apresenta os resultados de cada grupo com relação aos fatores. Os resultados mostram que as mulheres do grupo MCR apresentaram médias maiores que o grupo MSR, mesmo que a maior e menor média estejam nos mesmos fatores em ambos os grupos.

Tabela 4- Médias, desvio padrão nos fatores do IECPA nos grupos e o teste t de Student.

	MSR (n=45)		MCR (n=43)		
FATORES DO IECPA	**Média**	**DP**	**Média**	**DP**	***P***
Fator 1	68,8	28,2	92,0	28,5	0,00
Fator 2	31,1	11,3	44,3	14,6	0,001
Fator 3	19,5	7,9	24,1	9,9	0,018
Fator 4	10,5	2,8	14,4	5,8	0,000
Fator 5	13,1	85,8	16,9	6,0	0,004

Discussão

O objetivo deste estudo era comparar dois grupos (MSR e MCR) quanto suas crenças e expectativas relacionadas ao consumo do álcool. Pesquisas revelam que o consumo de drogas ilícitas e lícitas no Brasil entre os jovens têm alta prevalência principalmente em universitários (Peuker, Fogaça & Bizzarro, 2006). Nesse estudo, obtivemos como resultados da análise sociodemográfica que a amostra é predominante de adultas e universitárias (71,6%) corroborando com a literatura.

A partir do resultado das médias de cada grupo no IECPA, pôde-se identificar que o grupo MCR ficou com média 141,86 que é maior que o ponto de corte do instrumento (121,82), constituindo um grupo com maior probabilidade de tornar-se dependente do álcool. Sob esse resultado, é possível destacar a influência das expectativas de resultado acerca do comportamento de beber (Marlatt, 1993). O dado complementa o que diz a literatura sobre indivíduos com expectativas elevadas em relação aos efeitos do uso de álcool ter maior probabilidade de tornarem-se dependentes da substância (Pinto-Gouveia *et al*., 1996).

Em relação às médias nos fatores do IECPA o grupo MCR ficou com escores maiores em relação ao grupo MSR. O resultado pode ser associado ao um estudo que comparou não bebedores com bebedores de risco, e que confirma que as expectativas positivas e crenças distorcidas quanto ao uso de álcool se relacionam com padrão

de risco de desenvolver dependência (Peuker, 2006). É interessante que se aponte o estudo de Fachini e Furtado (2012) que tinha como objetivo analisar diferenças de gênero sobre expectativas relacionadas ao uso de álcool em artigos da literatura indexada, no qual os autores relatam que diferenças entre homens e mulheres sobre estas expectativas só foram verificadas quando era comparado o padrão de consumo (frequência e quantidade). Os achados apontam que efeitos esperados sobre o uso de álcool, em homens e mulheres apresentariam diferenças em indivíduos que fazem um consumo mais intenso ou frequente de álcool, entendendo-se a importância que o padrão de consumo de álcool tem no estudo das expectativas e crenças sobre o álcool.

Nesse estudo, os dois grupos obtiveram maior média no Fator 1 (efeitos globais positivos e facilitadores de interações sociais). Os dados se assemelham a um estudo com o IECPA que chegou aos resultados de que um beber sem problemas associados, se relaciona com expectativas frente ao álcool de facilitador do comportamento social (Pinto-Gouveia *et al.,* 1996). Entretanto, tomando as médias obtidas, o grupo MCR foi quem mais endossou as expectativas relacionadas ao fator referido, sendo um indicador social de vulnerabilidade à dependência. Na aplicação do IECPA em uma amostra de homens e mulheres foi encontrado que a amostra associava o consumo de álcool à um facilitador de interações sociais, pois lhes deixariam mais confiantes, desinibidos, melhorando suas relações (Cunha, Carvalho, Kolling, Silva & Kristensen, 2007).

Nos dois grupos a segunda maior média se concentrou no Fator 2 (diminuição e/ou fuga de emoções ou cognições negativas). Em um estudo com mulheres de um local de tratamento para alcoolismo no México, as mulheres relataram que o álcool lhes dava a oportunidade de escapar de seus problemas, fugindo da tristeza e de tudo (Ramírez & Luís, 2008). Apesar de ser alto nos dois grupos, o Fator 2 que lembra os relatos destas mulheres, apareceu com média maior no grupo MCR o que novamente vem a confirmar as expectativas positivas do uso de álcool maior neste grupo, e mais prevalentes em mulheres alcoolistas, até mesmo porque este grupo apresentou uma probabilidade de ser ou de se tornar dependente. Em um estudo com sujeitos com diversos comportamentos problemáticos inclusive com álcool, foram identificadas situações de alto risco para recaídas e entre elas estão os Estados Emocionais Negativos, ou seja, sentimentos negativos, tais como frustração, raiva, ansiedade, depressão, entre outros (Marlatt, 1993).

O álcool é uma droga depressora do sistema nervoso central e frequentemente é associada à desinibição e à crença de que seu uso aumentaria o prazer sexual fazendo com que seja consumido usualmente antes ou durante os atos sexuais. Essa associação se torna fator de risco para infecção com DSTs, pela tendência ao não uso de preservativos sob efeito de bebidas alcoólicas, a troca de parceiros mais comumente, a prática de sexo em grupo, entre outros comportamentos de risco (Cardoso, Malbergier & Figueiredo, 2008). Os resultados obtidos com a amostra de mulheres deste estudo quanto ao Fator 3 (ativação e prazer sexual), mostraram que o grupo MCR apresentou mais crenças e expectativas relacionadas ao consumo de álcool e à ativação e prazer sexual, demonstrando são um grupo de risco como indica a literatura. Em outro estudo com o questionário GENACIS, em uma amostra de 876

pessoas que tinham ingerido álcool no último ano, foram feitas perguntas para avaliar as expectativas quanto ao consumo de álcool, sendo três delas quanto às expectativas na atividade sexual (Cavariani, Oliveira, Kerr-Corrêa & Lima, 2012). Os resultados apontaram que para as mulheres as expectativas de sentir-se menos inibido(a) em relação ao sexo, achar a atividade sexual mais prazerosa e sentir-se sexualmente mais atraente mantiveram-se associadas a maior risco de beber com embriaguez, ou seja verifica-se novamente um consumo de risco do álcool associado às expectativas quanto à atividade sexual.

Os resultados de médias mais altas no grupo MCR no Fator 4 (efeitos positivos na atividade e no humor) também podem ser comparados uma pesquisa com mulheres mexicanas, em que mostram nos resultados uma sensação de felicidade completa, sem medo de nada (Ramírez & Luís, 2008). Por fim, ainda observando os resultados nos Fatores do IECPA, identificou-se que nos dois grupos o Fator 5 (efeitos positivos na avaliação de si mesmo) obteve a segunda menor média, mas no grupo MCR a média se encontra mais alta em comparação com o grupo MSR. No mesmo estudo, foi encontrado que essas mulheres se sentiam mais valentes, seguras, bonitas e atraentes para os homens ao consumir álcool (Ramírez & Luís, 2008). Os relatos destacados se associam aos aspectos relacionados às expectativas do Fator 5 de avaliação positiva de si mesmo, que de 43 mulheres (MCR) não obteve escore expressivo.

Conclusão

Este estudo tinha como objetivo comparar as crenças e expectativas de mulheres com padrão de consumo do álcool de risco e sem risco utilizando como principais instrumentos os questionários AUDIT e IECPA. Os achados vão ao encontro aos achados científicos em que as crenças e expectativas do consumo da bebida, motivada pelos resultados positivos da droga, são maiores em mulheres com uso de risco. Os principais resultados demonstraram que o grupo MCR apresentou mais crenças positivas em relação ao grupo MSR analisando o total do IECPA e comparando as médias dos dois grupos. O grupo MCR obteve um escore acima do ponto de corte do instrumento caracterizando vulnerabilidade para dependência de álcool por apresentarem consumo de risco.

Mesmo que tenham surgido estas diferenças citadas, foi comum entre os grupos a ordem de classificação dos fatores desde a maior média à menor. O Fator 1, por exemplo, foi em ambos os grupos o mais expressivo, ou seja, na maioria da amostra, tanto de um grupo como do outro, a expectativa principal para o uso do álcool foi a facilitação das relações interpessoais, indicando uma crença importante a ser trabalhada na prevenção e tratamento com relação ao uso de álcool para a população feminina. O pequeno tamanho amostral e a amostra de conveniência são limitações deste estudo, portanto são necessários novos estudos com avaliação de amostras maiores.

O estudo aponta que, mesmo as mulheres que não estavam em tratamento para o uso de álcool manifestaram um comportamento de risco (resultados do AUDIT) em relação ao uso de álcool. Os dados são relevantes e apontam para uma necessidade de

atenção para este comportamento feminino. Buscar compreender melhor as populações de risco na dependência química pode auxiliar ainda mais na elaboração de estratégias preventivas do consumo e dependência do álcool.

Referências

ABEP. Critério de Classificação Econômica Brasil (2010). *ABEP Associação brasileira de empresas de pesquisa.* Acessado em: < 7 de junho de 2012> Disponível em: < http://www.abep.org/new/criterioBrasil.aspx>.

Alexandra, C. G. A. & Ana, A. W. S. (2009). Parâmetros psicométricos do Inventário de Expectativas e Crenças Pessoais acerca do Álcool para adolescentes. *Psico-USF*, *14*(2), 35-48.

American Psychiatric Association. (2002). *DSM-IV-TR – Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. (4. ed.). Porto Alegre: Artmed.

Andrade, L. H. S. G. & Silveira, C. M. (2009). Padrões de consumo do álcool e problemas decorrentes do beber pesado episódico no Brasil. In: Andrade, A. G., Anthony, J. C., & Silveira, C. M. (Eds.). (2009). *Álcool e suas consequências: uma abordagem multiconceitual*. São Paulo: Minha Editora.

Babor, T. F., Higgins-Biddle, J. C., Saunders, J. B. & Monteiro, M. G. (2001). *The Alcohol Use Disorders Identification Test*. Guidelines for use in primary health care. Geneva, Switzerland: World Health Organization.

Bandura, A. (1977). Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, *84*(1), 191-215.

Bertolucci, P. H. F., Mathias, S. C. & Brucki, S. M. D. (1994). Proposta de padronização do Mini Exame do Estado Mental (MEM): estudo piloto cooperativo (FMUSP/ EPM).

Cardoso, L. R. D., Malbergier, A. & Figueiredo, T. F. B. (2008). O consumo de álcool como fator de risco para a transmissão das DSTs/HIV/Aids. *Revista de Psiquiatria Clínica*, (35 Supl 1), 70-75.

Cavariani, M. B., Oliveira, J. B., Kerr-Corrêa, F. & Lima, M. C. P. (2012). Expectativas positivas com o uso de álcool e o beber se embriagando: diferenças de gênero em estudo do Projeto GENACIS. *Cadernos de Saúde Pública*, *28*(7), 1394-1404.

Cunha, S. M., Carvalho, J. C. N., Kolling, N. M., Silva, C. R. & Kristensen, C. H. (2007). Habilidades sociais em alcoolistas: um estudo exploratório. Revista Brasileira de Terapias Cognitivas, *3*(1), 212-241.

Edwards, G., Marshall, E. J. & Cook, C. H. (2005). *O tratamento do alcoolismo: um guia para profissionais da saúde.* (4ª Ed). Porto Alegre: Artmed.

Fachini, A. & Furtado, E. F. (2012). Diferenças de gênero sobre expectativas do uso de álcool. *Revista de Psicologia Clínica*, *39*(2), 89-104.

Fachini, A., & Furtado, E. F. (2013). Uso de álcool e expectativas do beber entre universitários: uma análise das diferenças entre os sexos. *Psicologia: Teoria e Pesquisa, 29*(4), 196-223.

Folstein, M. F., Folstein, S. E. & McHugh, P. R. (1975) Mini-mental state: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, *3*(12), 189-98.

Gilda, P., Tamires, B., Marlene, S. & Raquel, B. (2011). Consumo de álcool entre adolescentes do sexo feminino. *Revista de Psiquiatria Clínica, 38*(5), 209-210.

Grinfeld, H. (2009). Consumo nocivo de álcool durante a gravidez. In: Andrade, A. G., Anthony, J. C., Silveira, C. M. (Eds.). *Álcool e suas consequências: uma abordagem multiconceitual*. São Paulo: Minha Editora.

Instituto Nacional de Ciência e Tecnologia para Políticas Públicas do Álcool e Outras Drogas (INPAD). (2012). *II Levantamento Nacional de Álcool e Drogas*. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP).

Marcos, V. F. S., Denis, S. P. & Marluce, M. S. (2013). Uso de álcool e tabaco entre estudantes de Psicologia da Universidade Federal do Espírito Santo. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, *62*(1), 22-30.

Marlatt, G. A. (1993). Fatores Cognitivos no processo de recaída. In: Marlatt, G. A., & Gordon, J. R. (1993). *Prevenção de recaída: estratégias de manutenção no tratamento de comportamentos adictivos.* Porto Alegre: Artmed.

Mendez, E. B. (1999). *Uma Versão Brasileira do AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test).* Universidade Federal de Pelotas [dissertação]. Pelotas: Faculdade de Medicina.

Mendes, M. C., Cunha, J. R. F. & Nogueira, A. A. (2011). A mulher e o uso de álcool. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, 33*(11), 323-7.

Peuker, A. C. W. B. (2006). *Viés atencional e expectativas associadas ao consume alcoólico de risco em universitários.* Dissertação de Mestrado em Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

Peuker, A. C., Fogaça, J. & Bizzarro, L. (2006). Expectativas e Beber Problemático entre Universitários. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, *22*(2), 193-200.

Peuker, A. C., Roberta, R., Silvia, M. C. & Lisiane, B. A. (2010). Fatores associados ao abuso de drogas em uma população clínica. *Paidéia*, *20*(46), 165-173.

Pillon, S. C., Santos, M. A., Gonçalves, A. M. S. & Araújo, K. M. (2011). Uso de álcool e espiritualidade entre estudantes de enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, *45*(1), 100-107.

Pinto-Gouveia J. (1996). Importância das Expectativas Acerca dos Efeitos do Álcool nos Modelos de Tratamento e Prevenção da Recaída no Alcoolismo. *Interacções, 4*(1), 7-24.

Pinto-Gouveia, J., Ramalheira, C., Robalo, M. T., Borges, J. C. & Rocha-Almeida, J. (1996). *Inventário de Expectativas e Crenças Pessoais acerca do Álcool (IECPA)* (Versão Brasileira). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Ramírez, L. C. & Luís, M. A. V. (2008). Significados del consumo de alcohol en mujeres mexicanas. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem, 12*(4), 693-98.

Ramis, T R., Mielke, G. I., Habeyche, E. C., Oliz, M. M., Azevedo, M. R. & Hallal, P. C. (2012). Tabagismo e consumo de álcool em estudantes universitários: prevalência e fatores associados*. Revista Brasileira de Epidemiologia*, *15*(2), 376-85.

Wolle, C. C. & Ziberman, M. (2011). Mulheres. ln: Diehl, A., Cordeiro, D. C., & Laranjeira, R. (Cols.). (2011). *Dependência química: prevenção, tratamento e políticas públicas.* Porto Alegre: Artmed.

Recebido em junho de 2014 **Aceito em agosto de 2014**

Andressa Celente de Ávila: Mestranda em Psicologia Clínica (PUCRS – Bolsa CAPES), Graduação em Psicologia (PUCRS).
Dhiordan Cardoso da Silva – Acadêmico em Psicologia (PUCRS), Bolsista de Iniciação Científica (BPA/PUCRS).
Margareth da Silva Oliveira – Possui Pós-Doutorado na University of Maryland Baltimore County (2008), Doutora em Psiquiatria e Psicologia Médica pela Universidade Federal de São Paulo (2001), Graduação em Psicologia (PUCRS), Docente do Programa de Graduação e Pós-Graduação (PUCRS), Pesquisadora Produtividade CNPq.

Endereço para contato: marga@pucrs.br

A percepção de idosas acerca das crenças de autoeficácia e envelhecimento saudável

Luciane Patrícia Boratti Karlinski
Silvana Soriano Frassetto

Resumo: A presente pesquisa aborda o tema autoeficácia em idosas e o envelhecimento saudável. O objetivo foi verificar qual a percepção de idosas acerca das crenças de autoeficácia e envelhecimento saudável. O método de pesquisa utilizado foi o qualitativo, onde foram entrevistadas 6 idosas, entre 70 a 80 anos, as quais responderam uma ficha com dados de identificação, dez questões de uma entrevista semiestruturada e também uma Escala de Autoeficácia Geral Percebida (EAEGP). A base teórica que embasou a pesquisa foi a Social Cognitiva de Albert Bandura. Os dados foram explorados através da Análise de Conteúdo de Bardin, sendo as falas agregadas em unidades de sentido e categorizadas, valendo-se da interpretação e inferência. Os resultados apontaram que idosas com uma autoeficácia adequada possuem uma visão positiva do envelhecimento: não percebem limitações, são otimistas, resilientes e utilizam o enfrentamento através da religiosidade/espiritualidade, neste momento e ao longo do ciclo de suas vidas.
Palavras-chave: Idosas; Autoeficácia; Envelhecimento Saudável.

The perception of elderly women about the beliefs of self-efficacy and healthy aging

Abstract: This research addresses the theme self-efficacy in older and healthy aging. The objective was to verify the perception of old beliefs about the self-efficacy and healthy aging. The research method used was qualitative, where there were interviewed 6 older women, 70 to 80 years, which responded with a statement identifying data, ten issues of a semi-structured interview and also a range of General Perceived Self-Efficacy (EAEGP). The theory behind the research was to Albert Bandura's Social Cognitive. The data were explored through content analysis of Bardin, the lines being aggregated into units of meaning and categorized, using interpretation and inference. The results showed that elderly women with an adequate self-efficacy have a positive view of aging: do not realize limitations, are optimistic, resilient and coping through use of religiosity/spirituality, both now and over the course of their lives.
Keywords: Older Women; Self-Efficacy; Healthy Aging.

Introdução

A divulgação preliminar dos resultados do último censo realizado pelo IBGE (2010) apontou para o aumento de idosos e a diminuição da proporção de jovens no país. Houve um alargamento no topo da pirâmide etária, onde se observa que a participação relativa da população com mais de 65 anos, que em 1991 era de 4,8%, passou para 5,9% em 2000 e em 2010 chegou a 7,5%, demonstrando um aumento crescente.

É importante considerar que são diretrizes preconizadas para a atenção à saúde do idoso, segundo o Ministério da Saúde (2011), a promoção do envelhecimento saudável e ativo, a reabilitação e manutenção da capacidade funcional e o apoio ao desenvolvimento de cuidados informais. Sendo que, para uma vida saudável, o idoso deve ter autonomia

preservada tanto física como psiquicamente. Um envelhecimento ativo e saudável envolve qualidade de vida, com uma alimentação adequada, prática de atividades físicas, estimulação da convivência social e da diminuição do estresse com práticas prazerosas, evitando-se o cigarro, o álcool e a automedicação.

Este trabalho, que aborda o tema autoeficácia e envelhecimento saudável em idosas, utilizou o método qualitativo de pesquisa mediante a realização de uma entrevista semiestruturada, do preenchimento de um questionário de identificação e da Escala de Autoeficácia Geral Percebida (EAEGP). O objetivo principal foi verificar qual a percepção de idosas acerca das crenças de autoeficácia e do envelhecimento saudável, e como escopo teórico embasou-se na Teoria Social Cognitiva de Albert Bandura (Bandura, 1990).

A teoria social cognitiva proposta por Bandura (2008) discute a capacidade humana para se adaptar às mudanças, e de como as pessoas influenciam seu funcionamento e as situações de vida de modo ativo e intencional, baseadas na auto-organização, autorregulação e proatividade. As crenças pessoais afetam as escolhas das pessoas, influenciando em como organizam e encaminham os acontecimentos da vida.

A autoeficácia é a crença do indivíduo em sua capacidade para mobilizar suas habilidades, facilidades cognitivas, emocionais e comportamentais na execução de uma atividade ou tarefa num dado momento e contexto, sendo que poderá passar por alterações em função da dinâmica de interações do indivíduo com o ambiente (Azzi & Polidoro, 2006). Para Bandura (1990), dentre os mecanismos de agência, um dos mais centrais são as crenças dos indivíduos sobre as capacidades de exercerem controle sobre situações que ocorrem e afetam suas vidas. As crenças de autoeficácia possuem um papel importante na autorregulação da motivação e resultam de um processo complexo de autopersuasão.

De acordo com Schultz e Schultz (2008), apresentando o conceito de autoeficácia de Bandura, as pessoas com baixa autoeficácia, quando encontram um obstáculo, desistem de modo rápido se a primeira tentativa de solução não surtir efeito. A baixa autoeficácia pode interferir na motivação, nas aspirações, na capacidade cognitiva e afetar a saúde física. Já as pessoas com elevada autoeficácia acreditam que conseguem lidar com as situações de modo satisfatório, apresentam maior confiança em sua capacidade encarando as adversidades como desafios e não como ameaças, fazendo com que haja uma redução do medo de fracasso e maior aperfeiçoamento para a resolução de problemas.

Bandura (1999) enfatiza que, se os indivíduos acreditam que podem manejar com efetividade os possíveis estressores ambientais, não são perturbados por eles; mas do contrário, se pensam que não podem controlá-los, isto vem causar angústia e incapacidade em termos de funcionamento. Silva e Lautert (2010), em investigação qualitativa para compreender como o senso de autoeficácia tem influência na manutenção dos comportamentos promotores de saúde em pessoas idosas participantes de um centro de lazer, constataram que o senso positivo de autoeficácia dos depoentes atinge diversas áreas; os mesmos acreditam em sua capacidade pessoal para garantir a manutenção dos comportamentos promotores de saúde e melhor adesão às atividades.

Fortes-Burgos, Neri e Cupertino (2008) em pesquisa para analisar a relação entre eventos estressantes, estratégias de enfrentamento, autoeficácia e sintomas depressivos em idosos, observaram que o maior risco de depressão foi relacionado ao uso de estratégias de enfrentamento focadas nas emoções negativas, em excessos de comportamento e

comportamentos de risco, experiência de situações que afetam a descendência, estar entre os 60 e 69 anos e avaliar a autoeficácia para enfrentar as situações como inadequada. Aqueles idosos que avaliaram a autoeficácia ao enfrentamento como inadequada, mostraram-se insatisfeitos com o próprio desempenho no evento estressante enfrentado. Além disso, tem sido descrito que o aumento da sintomatologia depressiva está relacionado a uma qualidade de vida prejudicada em idosos, principalmente nos aspectos emocionais, físicos e na saúde mental (Neves, Laham, Aranha, Santiago, Ferrari & Lucia, 2013).

Cardoso e Rabelo (2007), em revisão acerca da autoeficácia, doenças crônicas e incapacidade funcional na velhice, identificaram que quanto maiores as crenças de autoeficácia, existe menor incapacidade, menos sintomas depressivos e menor declínio em atividades cotidianas, sendo que a percepção de saúde, a adequação à dor, o ajustamento social e a capacidade de se mobilizar para enfrentar situações que dependam de esforço são maiores.

Uma velhice bem-sucedida ligasse a uma junção de três categorias: a primeira é uma baixa probabilidade de doenças, principalmente das que comprometem a autonomia. A segunda diz da manutenção de um alto nível de funcionamento cognitivo e físico, o que pode ser denominada de uma velhice otimizada, e a terceira é a conservação de um compromisso social e de um adequado bem-estar subjetivo. Estas três condições estão reunidas de modo variado de acordo com cada indivíduo e também considerando as influências desenvolvimentais diversas ocorridas ao longo da vida (Fontaine, 2007).

Deponti e Acosta (2010), em estudo realizado com 30 idosos participantes de um grupo de atividade física, onde foram utilizadas 2 questões abertas e 21 fechadas, perceberam nos idosos uma combinação de múltiplos fatores influenciando os mesmos, como os biológicos, psicológicos ou sociais. A satisfação acerca de sua saúde foi grande; apesar de algumas limitações, eles conseguem, em sua maioria, levar uma vida ativa e com convívio social.

O envelhecimento é um processo natural, e os indicadores apontam para um considerável aumento na população de faixas etárias mais avançadas. Verificar o que idosas percebem sobre o envelhecimento e a sua autoeficácia perante este processo, são pontos que justificam e norteiam esta pesquisa. O objetivo principal foi verificar qual a percepção de idosas acerca de suas crenças de uma autoeficácia adequada e do seu envelhecimento saudável. A partir do momento em que se conhece a realidade vivida pelos idosos e suas crenças relacionadas ao envelhecer, podem ser pensadas ações por parte dos profissionais da saúde auxiliando e contribuindo para que o envelhecimento seja vivenciado com qualidade de vida, de forma saudável e positiva.

Método

Participaram do presente estudo idosas entre 70 à 79 anos, não institucionalizadas e não acometidas de doenças que inviabilizassem a compreensão das questões, não apresentando quadro de comprometimento psíquico ou neurológico. As idosas participaram, mediante contato prévio com Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado e disponibilidade das mesmas. As participantes, em número de 6, foram selecionadas por conveniência.

Os instrumentos utilizados na pesquisa foram uma ficha com dados de identificação, um roteiro com 10 questões para a entrevista semiestruturada e também uma Escala de Autoeficácia Geral Percebida (EAEGP) validada no Brasil por Teixeira e Dias, no ano de 2005, conforme Benites (2006). Foram aplicados no mês de outubro de 2011.

A ficha com os dados de identificação foi preenchida pelas próprias idosas ou pela pesquisadora, composta por questionamentos como nome, sexo, idade, escolaridade, ocupação, número de filhos, profissão, ocupação atual, estado de saúde, medicações e se passou por alguma doença neurológica ou psiquiátrica. A mesma foi entregue primeiramente, em seguida repassou-se a escala e para finalizar foram respondidas as questões da entrevista.

As questões da ficha de identificação das participantes foram elaboradas tendo como base o questionário de dados sociodemográficos elaborado por Benites (2006) em sua tese de Mestrado e também por outras questões de interesse da pesquisa. As perguntas para a entrevista semiestruturada originaram-se a partir do levantamento bibliográfico e da teoria acerca das dimensões autoeficácia, envelhecimento e envelhecimento saudável, bem como questões sobre o que os idosos pensam e inferem do processo de envelhecimento, suas capacidades e potencialidades e a visão percebida sobre o envelhecimento saudável.

As questões foram as seguintes: 1- De que forma percebe o envelhecimento nesta fase de sua vida?; 2- O que é envelhecer de modo saudável para a Senhora?; 3- O que pensa sobre o seu futuro?; 4-Como se sente perante as dificuldades que enfrenta ou venha enfrentar neste momento de vida?; 5- De que forma percebe sua capacidade para atingir metas?; 6- Como se sente ao participar de atividades de integração com outras pessoas?; 7- O quanto de zero a dez considera-se capaz para enfrentar as situações imprevistas?; 8- Sente algum tipo de limitação em sua rotina em função da idade?; e 9- Quais atividades lhe dão prazer ou satisfação?. A questão número 10 (O que leva a senhora a ser assim, disposta, ativa e autoeficaz?) foi questionada tendo como base a avaliação das verbalizações ao longo da entrevista e a boa pontuação na EAEGP.

Conforme Gil (2002), a entrevista permite uma maior flexibilidade dentre as técnicas de interrogação, sendo que duas etapas devem ser seguidas, a especificação dos dados que se quer obter e a escolha e formulação das questões. A Escala de Autoeficácia Geral Percebida (EAEGP) (Tabela 1), utilizada na pesquisa para identificar a autoeficácia das idosas participantes, foi utilizada por Benites (2006) em sua tese de Mestrado. Conforme Benites (2006), a EAEGP foi desenvolvida e viabilizada por pesquisas de Mathias Jerusalem e Ralf Schwarzer em 1979, passando por adaptações para 28 idiomas, sendo que no Brasil a escala foi traduzida e validada por Teixeira e Dias, no ano de 2005.

A Escala de Autoeficácia Geral Percebida (EAEGP) (Tabela 1) possui 10 itens. Cada frase pode ser avaliada pelo sujeito como 1, para nada verdadeiro, até 4, para totalmente verdadeiro. No máximo são somados 40 pontos o que indica máxima autoeficácia.

Tabela 1 – Escala de Autoeficácia Geral Percebida (EAEGP)

Responda os itens abaixo assinalando o número que melhor representa a sua opinião, de acordo com a chave de respostas apresentada.

1	2	3	4
Não é verdade a meu respeito	É dificilmente verdade a meu respeito	É moderadamente verdade a meu respeito	É totalmente verdade a meu respeito.

1.Se estou com problemas, geralmente encontro uma saída.	1	2	3	4
2. Mesmo que alguém se oponha eu encontro maneiras e formas de alcançar o que quero.	1	2	3	4
3. Tenho confiança para me sair bem em situações inesperadas.	1	2	3	4
4. Eu posso resolver a maioria dos problemas, se fizer o esforço necessário.	1	2	3	4
5. Quando eu enfrento um problema, geralmente consigo encontrar diversas soluções.	1	2	3	4
6. Consigo sempre resolver os problemas difíceis quando me esforço bastante.	1	2	3	4
7. Tenho facilidade para persistir em minhas intenções e alcançar meus objetivos.	1	2	3	4
8. Devido às minhas capacidades, sei como lidar com situações imprevistas.	1	2	3	4
9. Eu me mantenho calmo mesmo enfrentando dificuldades porque confio na minha capacidade de resolver problemas.	1	2	3	4
10. Eu geralmente consigo enfrentar qualquer adversidade.	1	2	3	4

Inicialmente foram explicados os objetivos da pesquisa às idosas participantes, questionando-se a sua vontade de participação. Foi marcado o melhor dia e horário para as entrevistas, sendo que foram iniciadas após a avaliação e aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Luterana do Brasil – ULBRA, sob o número de Protocolo 2011 – 348H.

As entrevistas foram gravadas com o consentimento das participantes e, posteriormente, transcritas para se proceder o levantamento dos resultados da pesquisa, seguindo o método de Análise de Conteúdo de Bardin (1977). As participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo as mesmas esclarecidas do sigilo e confidencialidade quanto a preservação de seus nomes, antes da aplicação dos questionários e das respostas às questões, sanando-se qualquer dúvida. As idosas foram identificadas na pesquisa com a denominação de P1 à P6, sendo o P correspondente à participante e o número uma forma de organização quanto a ordem das entrevistas.

Resultados

Com a finalidade de conhecer as participantes, foram realizadas questões acerca da idade, estado civil, número de filhos, escolaridade, saúde, ocupação, cujos resultados observam-se na Tabela 2.

Tabela 2: Dados das Participantes

	Participantes					
Dados	**P 1**	**P 2**	**P 3**	**P4**	**P5**	**P6**
Idade	76	78	79	70	72	70
Estado Civil	Casada	Divorciada	Viúva	Divorciada	Solteira	Viúva
Nº Filhos	3	3	0	2	0	4
Escolaridade	Superior Incompleto	Ginásio	Formada em História e Geografia	Técnico em Enfermagem	Fundamental Incompleto	Ensino Médio
Ocupação	Voluntariado	Aposentada	Aposentada	Aposentada	Aposentada	Aposentada
Saúde	Boa	Boa	Boa	Boa	Boa	Boa
Pontuação EAEGP	32	39	40	37	37	39

Os resultados demonstram uma pontuação alta nas respostas à EAEGP [média=37,3 ± 2,9 (DP)], sendo que a escala possui como maior pontuação 40 pontos (quando há autoeficácia máxima), o que demonstra uma autoeficácia adequada das idosas entrevistadas. Quanto às idades das participantes [média= 74,2 ± 4,0 anos (DP)], observa-se que há homogeneidade quanto ao grupo pesquisado.

Após a transcrição e leitura das entrevistas, iniciou-se o processo de agregação em unidades de sentido, procurando-se através de uma leitura atenta e cuidadosa organizar o material levantado de modo que as verbalizações pudessem ser reunidas conforme os propósitos da pesquisa, sendo assim que se originaram as categorias. Na análise das entrevistas foram encontradas sete categorias que correlacionou-se com a percepção das idosas acerca das crenças de uma autoeficácia adequada e envelhecimento saudável. Destacaram-se as seguintes categorias: Características de Temperamento; Religiosidade/ Espiritualidade; Visão do Envelhecimento (Subcategorias: Aceitação do Envelhecimento e Ausência de Limitações); Visão do Futuro; Características do Pensamento; Resiliência; e Integração Social (Subcategorias: Voluntariado e Internet/Redes Sociais), conforme apresentadas na Tabela 3 a seguir.

Bassit e Witter (2010) enfatizam sobre a necessidade de pesquisas referentes ao envelhecimento, reforçando que a psicologia tem papel importante nesta construção no momento em que desenvolve estudos a partir da perspectiva do sujeito do processo, o que permite uma visão mais ampla e não somente relacionada aos limites do corpo físico dos sujeitos que envelhecem. Apontam ainda para a responsabilidade da psicologia em promover estudos que rompam com a lógica da associação direta entre doença e velhice. Esta visão destes autores está relacionada às categorias demonstradas neste trabalho, algo que vai além do envelhecimento como processo limitante e de causa e efeito, e na forma como as idosas vivenciam, compreendem e percebem esse processo e momento de suas vidas.

Tabela 3 – Categorias identificadas através da análise das entrevistas.

Categorias	Verbalizações das entrevistadas
- Características de Temperamento	"Sou assim, sempre fui desse jeito, é da natureza da gente" – P5; "...Já quando criança eu tinha essa alegria" – P3; "O que sempre me levou... o meu jeito de ser..." – P1.
- Religiosidade / Espiritualidade	"Eu sou espírita, mas a minha filosofia verdadeira, a minha essência é esotérica. Nada é totalmente bom ou totalmente ruim, tudo vem pro bem maior, e também tenho o lado espiritual, não somos pura matéria, estamos aqui para crescer" – P2; "Acontece que sou muito espiritualista, de manhã a primeira coisa que faço é dar bom dia pra Deus, em silêncio" – P1; "Eu amo a Deus sobre todas as coisas" – P3.
- Visão do Envelhecimento	"O envelhecimento não me assusta, é uma coisa da vida, todo mundo vai passar" – P5;
Subcategoria: Aceitação	"A gente nasce, cresce, envelhece e morre, envelhecer é natural, não é algo negativo, essa é a vida que Deus nos deu" – P6; "Mais a parte física, orgânica, mas não na minha cabeça" (sic). – P2.
Subcategoria: Ausência de Limitações	"Eu não posso dizer que tenho alguma, me cuido, eu subo escada" – P2; "Não, eu não sinto. Não gosto de estar vestida que nem velha, eu nunca enxergo a velhice, eu nunca me acho velha" – P6; "Não, não eu não sinto. A única coisa que vejo como limitação é subir num ônibus um pouco mais alto, por causa das pernas né, essas coisas assim. Mas, no mais eu não tenho limitação" – P1.
- Visão do Futuro	"Otimismo absoluto" – P2; "O futuro não me angustia, pois é nascer, viver e morrer, essa é a lei da vida, é o natural" – P6; "Estou aprendendo a viver o dia de hoje, que eu acho muito importante. Eu vivo o hoje, com toda plenitude, com as coisas boas e ruins" – P1.
- Características do Pensamento	"A gente tem que se manter no bom pensamento, aceitando as coisas como elas são e não como a gente gostaria que fosse...Dentro do pior momento algo de bom vai nos acontecer, tudo depende do ângulo, tudo está na nossa mente, temos de saber fazer do limão uma limonada, para poder enfrentar" – P2; "Procuro elevar meu pensamento, eu não faço da vida um suplício, já passei muitos dissabores, mas nem por isso me entreguei" – P3; "Se vejo que na direita não dá, vou pela esquerda. Acredito que tudo vai passar, e se vem algo de mal eu pulo fora" – P6.
- Resiliência	"Todos os imprevistos que tive tentei solucionar sozinha, pelas coisas que eu já passei na vida e já sai ilesa de tudo, eu acho que sou uma vitoriosa, na idade em que estou" – P3; "O que é pra mim é meu e vamos ver" – P2; "...já sai de muitas dificuldades. Eu sei sair destas situações difíceis" – P6.
- Integração Social	"Eu faço voluntariado há vinte anos, e foi por escolha minha, numa época em eu comecei a parar com meu trabalho, quando eu me autoaposentei" – P2;
Subcategoria: Voluntariado	"Participo das voluntárias de São Sebastião, que frequento há uns dez anos" – P3; "O meu contato com o voluntariado também é muito importante, onde estou a mais de quinze anos, o que eu não largo de jeito nenhum – P4;
Subcategoria: Internet/Redes Sociais	"Sou de uma confraria do Facebook, que é um grupo de pessoas especiais e que se encontra e se reúne também" – P4; Faço três horas no computador e relaxo tanto que eu começo a cochilar, é a minha terapia, é o meu programão" – P2; "eu gosto do computador, passo e-mail, recebo e-mail" – P3.

Discussão

No presente grupo de idosas evidenciou-se que o envelhecimento é visto como um processo natural e que faz parte do curso de vida. Neste sentido, Fontaine (2007) enfatiza que o envelhecimento não é um estado; porém, um processo de degradação que é gradativo e diferente para cada indivíduo, e que diz respeito a todos os seres vivos. O termo natural é a morte do organismo. Aponta ainda que pontuar seu começo é impossível, pois segundo o nível em que cada um situa-se, se biológico, psicológico ou sociológico, a velocidade e rigor irão variar consideravelmente de uma pessoa a outra.

As participantes também sinalizaram na categoria Visão do Envelhecimento que não percebem limitações, e que o envelhecer de modo saudável é poder fazer as atividades da rotina, aceitar a vida como ela é, ter bons pensamentos, acreditar em Deus e ter saúde, sendo que todas avaliaram-se como tendo uma boa saúde. Neste sentido, Cupertino, Moreira e Ribeiro (2007) também demonstraram, através de suas pesquisas com idosos, que estes não visualizam o envelhecimento como patológico, e apontam ainda que o envelhecimento é visto como algo heterogêneo e multidimensional.

Quanto à visão de futuro, as idosas em sua maior parte enfatizaram que focam no aqui-agora, no viver e aproveitar o dia de hoje, sem preocupações com o que virá. Evidencia-se uma atitude que decorre do amadurecimento e das experiências de vida, e, conforme Neri (2001), as mulheres idosas possuem um envelhecimento diferenciado em relação aos homens idosos; pertencer ao gênero feminino determina papéis que conectam as mulheres ao mundo dos relacionamentos e à interdependência. A maior interação reflete em satisfação e acesso a recursos sociais e interpessoais, que funcionam como proteção, especialmente para as idosas.

A maioria das participantes faz parte de atividades de integração com outras pessoas, como atividades voluntárias, sendo uma rotina para quatro das seis participantes. Uma delas também pratica atividade esportiva em grupo, e outra retomou os estudos e tem contato com pessoas que como ela voltaram aos bancos escolares. Algo que sinaliza para uma nova dinâmica é o acesso às redes sociais como oportunidade de interação e contato social. Quatro das seis idosas utilizam com habitualidade a troca de e-mails, as pesquisas em sites, e duas interagem através do Facebook, o que é avaliado por elas como positivo. Neste sentindo, Jardim e Medeiros (2006), em estudo qualitativo com dez idosos para conhecer o que percebiam sobre o envelhecimento, demonstraram que os idosos não apresentavam uma visão negativa e homogênea da velhice, e sim com diversas vivências sobre esse momento, visto como uma fase prazerosa. Assim, a velhice associada à perda, doença ou incapacidade ficava mais na visão dos outros do que na visão de si dos idosos. Ressalta-se que as idosas apontaram para o fato de já possuírem essa característica de temperamento, esse jeito de ser autoeficaz, como algo que as acompanha ao longo do ciclo vital.

Por outro lado, Silva, Smith-Menezes, Tribess, Rómo-Perez e Júnior (2012) descrevem que a presença de limitações na realização das atividades instrumentais da vida diária do idoso está associada à percepção negativa do estado de saúde, sendo que o elemento essencial mediador da autoavaliação pessimista da saúde pode ser a própria

dependência. Assim, os autores sugerem que o declínio na capacidade funcional do idoso pode ser o maior indicador para o próprio indivíduo de sua condição na velhice.

Schultz e Schultz (2008), quando mencionam os estágios de desenvolvimento e a relação com a autoeficácia, apresentando a teoria de Bandura, enfatizam que para o autor, ser autoeficaz é um fator decisivo na determinação de sucesso ou fracasso ao longo de toda a vida. Assim, as pessoas que ao longo de seu desenvolvimento tem a autoeficácia como uma característica, sentem-se mais confiantes nos momentos que exigem adaptação e enfrentamento de situações novas, como na aposentadoria, em uma doença, ou nas perdas que ocorrem ao longo do ciclo vital.

Outra categoria identificada foi a da religiosidade/espiritualidade, onde todas as participantes referiram a importância do apoio espiritual. Conforme Socci (2010), escrever sobre religiosidade/espiritualidade ainda representa um desafio à Psicologia científica, mas a atual tendência da psicogerontologia é considerar este enfoque como variável de mediação entre eventos estressantes e as respostas às situações negativas na velhice ou também como recurso para o enfrentamento nas perdas, dificuldades ou adversidades.

Resiliência e características de pensamento com ênfase no positivo são questões percebidas nas falas das participantes. Considerando o que aponta Noronha, Cardoso, Moraes e Centa (2009), a resiliência é a capacidade do ser humano de enfrentar as dificuldades do dia a dia e de responder a elas de modo positivo, apesar das adversidades, e que se origina de uma combinação entre atributos individuais e das interações entre o ambiente familiar, social e cultural. Segundo Couto (2010), a vulnerabilidade biológica e a incapacidade funcional em idosos podem gerar baixa resiliência física, que está intimamente ligada aos aspectos psicológicos e à subjetividade dos recursos internos. A autoavaliação das capacidades funcionais e das dificuldades em manter ou aceitar os recursos reabilitatórios depende de critérios como autoestima e autoeficácia.

Neri (2007) aponta que se os idosos adaptam as crenças de autoeficácia às novas condições desencadeadas pelo envelhecimento, criam-se outras crenças sobre os próprios recursos e capacidades. A autoeficácia e a rede de relações podem contribuir para a adesão a tratamentos de saúde, a investimentos no bem-estar pessoal e ao envolvimento no exercício de controle pessoal. Sendo assim, o incentivo ao desenvolvimento de crenças de autoeficácia exerce um papel relevante no bem-estar dos idosos.

Conhecer como as idosas vivenciam e percebem o envelhecimento e as crenças de autoeficácia relacionadas a este processo, constituiu-se foco desta pesquisa que apontou como resultados o fato das participantes possuírem uma visão de vida que coaduna com ações e pensamentos relacionados a uma autoeficácia adequada.

As participantes julgam-se capazes de enfrentar as adversidades, aceitam o envelhecimento de modo geral como algo natural e integrante do ciclo vital, e denotam a importância de pensamentos que apontem no sentido de uma perspectiva positiva e resiliente perante a vida, nas situações difíceis e no enfrentamento do dia a dia. Há uma aceitação do envelhecimento e disposição para levar uma vida com vitalidade, naturalidade e bom humor. Bandura (1999) reforça que a autoeficácia percebida é vista como um importante determinante de uma conduta que favorece a saúde, capacitando as pessoas a exercer certo controle de ação sobre sua vitalidade e qualidade de vida.

Neste sentido, sugere-se que mais pesquisas possam ser realizadas no intuito de conhecer melhor a realidade vivida pelos idosos em nosso contexto, pois, a partir do momento em que isso é conhecido, podem ser pensadas, planejadas e implementadas ações por parte dos profissionais da saúde, com o foco em melhor atender e intervir no fomento da qualidade de vida, saúde, incentivo à interação social e um novo enfoque para com os idosos, suas necessidades e possibilidades. A Psicologia tem papel importante neste processo, e deve voltar-se para as pesquisas e estudos no que concerne aos idosos e ao envelhecimento, uma faixa etária merecedora de atenção, e onde devem ser implementadas intervenções no intuito de auxiliar na promoção de qualidade de vida e bem-estar.

Referências

Azzi, R. G. & Polydoro, S. (2006). Autoeficácia proposta por Albert Bandura. Em R. G. Azzi & S. A. J. Polydoro (Orgs.). *Autoeficácia em diferentes contextos* (pp. 09-23). Campinas: Editora Alínea.

Bandura, A. (1990). Perceived Self-Efficacy in the exercise of personal agency. *Revista Española de Pedagogia*, *48*(187), 397-427.

Bandura, A. (1999). Ejercicio de la eficacia personal y colectiva em sociedades cambiantes. Em: A. Bandura (Ed.), *Autoeficacia: cómo afrontamos los câmbios de la Sociedad actual* (pp. 19-54). Editorial Desclée de Brouwer.

Bandura, A. (2008). A evolução da teoria social cognitiva. Em: A. Bandura, R. G. Azzi & S. Polydoro. *Teoria Social Cognitiva Conceitos Básicos* (pp. 15-41). Porto Alegre: Artmed.

Bardin, L. (1977). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.

Bassit, A. Z. & Witter, C. (2010). Envelhecimento: objeto de estudo e campo de intervenção. Em: G. P. Witter (Org.), *Envelhecimento – referenciais teóricos e pesquisas* (pp. 15-31). Campinas, SP: Editora Alínea.

Benites, D. (2006). *Autoeficácia Geral e Autorrelato de Falhas de Memória Prospectiva e Retrospectiva em Adultos e Idosos.* Dissertação (Mestrado em Psicologia), Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. (p. 89). Porto Alegre.

Cardoso, C. M. & Rabelo, D. F. (2007). Autoeficácia, doenças crônicas e incapacidade funcional na velhice. *PsicoUSF, 12*(1), 75-81.

Couto, F. B. D. (2010). Resiliência e capacidade funcional em idosos. *Revista Kairós*, *7,* (1)51-62.

Cupertino, A. P. F. B., Moreira, F. H. & Ribeiro, P. C. C. (2007). Definição de envelhecimento saudável na perspectiva de indivíduos idosos. *Psicologia: Reflexão e Crítica***,** *20*(1), 81-86.

Deponti, R. N. & Acosta, M. A. F. (2010). Compreensão dos idosos sobre fatores que influenciam no envelhecimento saudável. *Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento*, *15*(1), 33-55.

Fontaine, R. (2007). *Psicologia do Envelhecimento*. São Paulo: Edições Loyola.

Fortes-Burgos, A. C. G., Neri, A. L. & Cupertino, A. P. F. B. (2008). Eventos estressantes, estratégias de enfrentamento, autoeficácia e sintomas depressivos entre idosos residentes na comunidade. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, *21*(1), 72-82.

Gil, A. C. (2002). *Como elaborar projetos de pesquisa*. 4.ed. São Paulo: Atlas.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. (2010). *Primeiros resultados definitivos do Censo 2010***.** Acessado em: <10 maio de 2011> Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_vizualiza.php?id_noticia=1>.

Jardim, V. C. F. S. & Medeiros, B. F. (2006). Um olhar sobre o processo de envelhecimento: a percepção de idosos sobre a velhice. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia, 9*(2), 25-34.

Ministério da Saúde. (2011). *Informações sobre Saúde do Idoso*. Disponível em: Acessado em 12 de abril de 2011> Disponível em: < http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=26466>.

Neri, A. L. (2001). Velhice e qualidade de vida na mulher. Em: A. L. Neri (Org), *Desenvolvimento e envelhecimento – perspectivas biológicas, psicológicas e sociológicas* (pp. 161-200). 4.ed. Campinas, SP: Papirus.

Neri, A. L. (2007). Qualidade de vida na velhice e subjetividade. Em: A. L. Neri (Org.), *Qualidade de vida na velhice: enfoque multidisciplinar* (pp. 13-59). Campinas, São Paulo: Editora Alínea.

Neves, R. F., Laham, C. F., Aranha, V. C., Santiago, A., Ferrari, S. & Lucia, M. C. S. (2013). Envelhecimento e doenças cardiovasculares: depressão e qualidade de vida em idosos atendidos em domicílio. *Psicologia Hospitalar, 11*(2), 72-98.

Noronha, M. G. R. C. S., Cardoso, P. S., Moraes, T. N. P. & Centa, M. L. (2009). Resiliência: nova perspectiva na promoção da saúde da família. *Ciência & Saúde Coletiva*, *14*(2), 497-506.

Schultz, D. P. & Schultz, S. E. (2008). *Teorias da Personalidade*. São Paulo: Cengage Learning.

Silva, M. C. S. & Lautert, L. (2010). O senso de autoeficácia na manutenção de comportamentos promotores de saúde de idosos. *Revista da Escola de Enfermagem – USP***,** *44*(1), 61-67.

Silva, R. J. S., Smith-Menezes, A., Tribess, S., Rómo-Perez, V. & Júnior, J. S. V. (2012). Prevalência e fatores associados à percepção negativa da saúde em pessoas idosas no Brasil. *Revista Brasileira de Epidemiologia, 15*(1), 49-62.

Socci, V. (2010). Religiosidade e o adulto idoso. Em: G. P. Witter (Org.), *Envelhecimento – referenciais teóricos e pesquisas* (pp. 87-101)**.** 2.ed. Campinas, SP: Editora Alínea.

Recebido em março de 2014 **Aceito em abril de 2014**

Luciane Patrícia Boratti Karlinski: Psicóloga pela Universidade Luterana do Brasil (ULBRA).
Silvana Soriano Frassetto: Psicóloga e Bióloga. Especialista em Terapia Cognitivo-Comportamental (WP – Centro de Psicoterapia Cognitivo-Comportamental). Doutora em Bioquímica (Ênfase em Neurociência – UFRGS). Professora da Universidade Luterana do Brasil (ULBRA).

Endereço para contato: silvanafrassetto@terra.com.br

Análise da personalidade de profissionais da área da saúde: um estudo pelo teste Palográfico

Débora Alves Senden
Regina Maria Fernandes Lopes
Roberta Fernandes Lopes do Nascimento
Lauren Bulcão Terroso
Irani I. de Lima Argimon

Resumo: Este estudo teve como objetivo realizar um levantamento do perfil de personalidade de profissionais de atendimento na área da saúde. A amostra foi composta por 83 profissionais de atendimento de uma prestadora de serviços médicos. O instrumento utilizado foi o Teste Palográfico. As características avaliadas foram: Autoestima, relacionamento interpessoal, produtividade, ritmo de trabalho, impulsividade e organização. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa e os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os resultados apontam que estes profissionais expressam autoestima e relacionamento interpessoal normal, boa adaptação ao meio, respeito aos limites no convívio com os outros, rendimento de trabalho na média, adaptação adequada às tarefas que envolvem rotinas e organização regular. Os achados contribuem para a compreensão de aspectos da personalidade de profissionais de atendimento na área da saúde.
Palavras-chave: avaliação psicológica, seleção, personalidade, Palográfico.

Analysis of personality of health professionals: a study testing Palográfico

Abstract: The aim of this study is to present the personality profile of professionals in health care. The sample was composed of 83 professionals of medical services. The instrument used was the Palographic test. The characteristics evaluated were: Self esteem, interpersonal relationships, productivity, impulsivity and organization. The study was approved by the ethics committee and the participants signed an informed consent term. The results indicate that these professionals express normal self-esteem and interpersonal relations as well as good adaptation to the environment, respect for the limits in dealing with others. The productivity in work were on average and the sample also presented adequate adaptation to tasks involving routines and regular organization. These results contribute to the understanding of the aspects of the personality of professionals in health care.
Keywords: psychological assessment, selection, personality. Palographic

Introdução

Os profissionais de atendimento na área da saúde são os responsáveis pela recepção de clientes, encaminhamentos para as especialidades médicas, autorizações de procedimentos, atendimento ao telefone e agendamento de consultas. São pessoas que, no seu cotidiano, encontram-se compelidos a conviver com angústias e obstáculos diante de cada ato e de cada pessoa com quem se defrontam na prática profissional. Assim, lidar com sofrimento implica, muitas vezes, reviver lembranças pessoais ruins, ativando sentimentos negativos. O fato de trabalharem com pessoas doentes não anulam

pontos fracos e fortes de sua personalidade. Não é incomum que os profissionais da saúde também carreguem traumas de infância, muitas vezes convivem no seu âmbito familiar com dificuldades de ordem afetiva ou material (Rauch, Eftekhari & Ruzek, 2012). O que diferencia os profissionais da saúde dos demais profissionais é a natureza de seu trabalho e o fato de trabalharem com pessoas doentes, que buscam a solução de suas dores da melhor forma possível (Soares, Souza, Castro & Alves, 2011). O cliente doente carrega um conjunto de significados adquiridos, desde as primeiras experiências infantis, passando pelas normas, valores introjetados e crenças, que fazem a pessoa reagir de modo absolutamente pessoal à doença. O profissional de atendimento, por seu turno, carrega o mesmo conjunto de "impressões" que são suas, e que, muitas vezes, contrastam com as do cliente (Campos, 2007).

Contudo, ao realizar o contrato de um indivíduo para que este trabalhe na área da saúde, torna-se necessário avaliar a aptidão deste para este tipo de trabalho, já que, ao mesmo tempo em que as pessoas buscam trabalhar nas organizações, as empresas buscam funcionários adequados para os cargos existentes. Assim torna-se fundamental a realização de um processo seletivo, com técnicas adequadas à demanda da empresa (França, 2007; Santos & Colussi, 2013). Segundo Cardoso (2009) a avaliação psicológica no contexto organizacional é considerada como um recurso que auxilia na tomada de decisão, especialmente no momento da escolha de um profissional para determinado cargo. Neste sentido, Bitencourt (2010), ressalta a importância da avaliação psicológica da personalidade no processo seletivo. Para a autora, um erro comum nos processos seletivos é escolher alguém com experiências e conhecimentos que preencham os requisitos do cargo, porém com atitudes e crenças contrárias a cultura da empresa. O psicólogo ao optar por se dedicar aos estudos sobre a avaliação da personalidade enfrenta uma das áreas mais complexas da psicologia. A personalidade é entendida como um padrão relativamente constante de um indivíduo sentir, pensar e se comportar (Vaz & Veit, 2002).

Torna-se importante ressaltar alguns aspectos gerais a respeito da avaliação psicológica no contexto da psicologia organizacional, focando-se no processo de avaliação da personalidade. Neste estudo, utilizamos a concepção de personalidade proposta por Schultz e Schultz (2008), que define a personalidade como os aspectos internos e externos peculiares permanentes do caráter de um sujeito que influenciam o comportamento em situações diferentes. Pereira e Bandeira (2009) reforçam que a personalidade pode impactar no desempenho do indivíduo e nos resultados obtidos dentro da organização. Segundo as autoras, para escolher a pessoa mais adequada para um cargo específico é preciso um aumento do uso de técnicas de avaliação psicológica com a consequente redução do caráter subjetivo nos processos seletivos. Os testes psicológicos, juntamente com dinâmicas de grupo e entrevistas, são instrumentos importantes para a avaliação destas características específicas.

Conforme a lei 4.119 de 1962, a avaliação psicológica é uma função privativa do psicólogo. Refere-se à obtenção, análise e interpretação de informações psicológicas, resultantes de um conjunto de procedimentos confiáveis que permitem avaliar um comportamento. Aplicando-se ao estudo de casos individuais ou de grupos, a fim de atingir os objetivos definidos e auxiliar no processo de tomada de decisão (Alchieri, Cruz & Sardá, 2002). Para França (2007), os testes psicológicos são instrumentos padronizados

que servem como estímulo para um comportamento, visando predizer o comportamento humano, baseado na situação do teste. Já os testes de personalidade identificam traços de personalidade, interesses e aspectos motivacionais. Em relação à avaliação psicológica, cabe ressaltar que se trata de um processo técnico-científico de coleta de dados, estudos e interpretação de informações a respeito dos fenômenos psicológicos, resultantes do contato do indivíduo com a sociedade, utilizando estratégias psicológicas, técnicas e instrumentos adequados (Turner & Houle, 2013).

Os autores Pereira e Bandeira (2009) enfatizam que cada tipo de organização necessita de pessoas com perfis específicos, cada cargo exige características próprias e deve ser ocupado por profissionais que apresentem um determinado perfil de competências. De acordo com suas pesquisas, Daólio (2004) afirma que as atitudes e posturas, ou seja, as características pessoais, são mais significativas e de maior teor preditivo para o sucesso profissional futuro do que uma vasta caminhada acadêmica e níveis altos de inteligência. De acordo com Levenfus (2009) atualmente temos uma inversão nos critérios exigidos em cada cargo. Anteriormente era priorizado o conhecimento técnico avançado e específico, hoje a busca é, principalmente, por pessoas equilibradas emocionalmente e com habilidades no gerenciamento de crises. Para Baumgartl e Primi (2005) uma questão muito discutida pelos psicólogos que trabalham com seleção de pessoas é quais características os candidatos devem possuir para serem bons funcionários. Por meio de estudos, estes autores observaram que, no Brasil, os processos de seleção que utilizam testes psicológicos são baseados principalmente em testes de personalidade, no qual visam selecionar candidatos com personalidade mais adequada para assumir os cargos. Tal achado vem ao encontro dos resultados dos estudos de Padilha, Noronha e Fagan (2007), no qual sua amostra revelou que a maior parte dos profissionais respondentes não utilizava instrumento de avaliação psicológica em sua prática profissional e, dentre os que faziam uso, constatou que os testes mais utilizados eram os de avaliação da personalidade.

A motivação para o presente estudo, portanto, se insere dentro deste contexto do atendimento na área da saúde. Neste sentido, a pesquisa se relaciona diretamente à necessidade da utilização adequada de recursos técnicos de avaliação psicológica, para fornecer subsídios ao psicólogo que trabalha com seleção de pessoal para a área da saúde. Considerando a importância da avaliação psicológica no contexto das organizações e a necessidade de desenvolver estudos relativos ao uso de instrumentos de avaliação psicológica na seleção de pessoal, este estudo teve como objetivo realizar um levantamento do perfil de profissionais de atendimento na área da saúde pela avaliação das seguintes características de personalidade: relacionamento interpessoal, produtividade, ritmo de produção, organização, autoestima e impulsividade. Almeja-se também fornecer subsídios aos psicólogos, que trabalham com seleção de pessoal e que visam responder questões do mundo do trabalho, e de como o comportamento pode influenciar o desempenho dos funcionários e os resultados dentro da organização.

Método

Trata-se de uma pesquisa quantitativa com delineamento transversal. A amostra foi composta por 83 profissionais de atendimento de uma prestadora de serviços médicos, ou

seja, recepcionistas, técnicos de enfermagem e pessoal de apoio. O critério de inclusão dos participantes foi à disponibilidade de cada um para a realização do teste. O total de colaboradores da área de atendimento desta organização é 127, assim estão representados nessa amostra mais de 65,3% dos colaboradores participando da pesquisa.

Os resultados das características sociodemográficas dos 83 participantes mostraram que, 97,6% (n = 81) eram do sexo feminino; as idades variaram entre 18 e 51 anos, com uma média de 29,6 e desvio padrão de 7,8; a escolaridade de 63,9% (n = 53) dos participantes corresponde ao Ensino Médio completo e 34,9% (n = 29) variam entre Ensino Superior incompleto e completo; o tempo médio de empresa é de 3,21 anos.

De acordo com os objetivos da pesquisa optou-se pela utilização do Teste Palográfico na avaliação de personalidade (Alves & Esteves, 2004), que foi idealizado e elaborado pelo Prof. Salvador Escala Milá, do Instituto Psicotécnico de Barcelona, na Espanha. No Brasil, os estudos a respeito da divulgação desta técnica foram realizados pelo Prof. Agostinho Minicucci. É considerado um teste expressivo de personalidade. Conforme os mesmos autores, "o comportamento expressivo consiste no estilo de resposta, ou seja, diante de uma mesma tarefa cada pessoa analisa a situação de maneira característica e individual", "a análise da expressão preocupa-se com a forma do comportamento" para "chegar às motivações básicas, ou seja, às características da personalidade" (Alves e Esteves, 2004, p.23).

O teste consiste na realização de traços verticais de 7mm de altura, com espaço de 2,5mm entre eles. O tempo de aplicação é de 7min 30s divididos em 2m e 30s de treino e 5 minutos de aplicação. A folha de papel representa o mundo no qual o indivíduo se coloca afetivamente e a maneira pela qual ele se relaciona com o meio externo, através dos traçados. Ao escrever, projetamos sobre o papel formas simbólicas, que expressam nossa vida interior, ou seja, modificamos as formas tradicionais ou caligráficas, de acordo com as ideias conscientes e as imagens inconscientes que determinam a nossa personalidade (Alves & Esteves, 2004). Assim, por meio deste instrumento foram avaliadas as variáveis relacionamento interpessoal, produtividade, ritmo de produção, organização, autoestima e impulsividade, que são algumas características avaliadas pelo Teste Palográfico.

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Santa Cruz do Sul (CEP 07/03817). Inicialmente foram contatados os gestores das áreas de Gestão de Pessoas e Atendimento da empresa e ambos demonstraram interesse nos resultados da pesquisa. Em seguida, foi realizada uma reunião com a gerência administrativa para esclarecer e apresentar a operacionalização da coleta de dados, os objetivos da pesquisa e estabelecer o compromisso profissional ético.

Após aceitar participar da pesquisa, cada participante recebeu o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias de igual teor, onde uma ficou com o participante e a outra com a pesquisadora. Pelo TCLE, é assegurado ao participante o anonimato e a confidencialidade. Foi entregue a folha de aplicação do teste Palográfico juntamente com um lápis. Após o consentimento, teve inicio a coleta de dados em quatro reuniões setoriais realizadas em auditórios de cada unidade da empresa. O instrumento utilizado foi aplicado coletivamente nos participantes ao longo do ano de 2012, por equipe composta por duas psicólogas.

Resultados

A análise dos dados teve como base o manual do Teste Palográfico (Alves e Esteves, 2004). Os dados foram analisados estatisticamente, pelo teste não-paramétrico de Kruskal-Wallis. Foram analisadas também, as frequências de respostas da amostra total para cada aspecto avaliado, ou seja, relacionamento interpessoal, produtividade, ritmo de produção, organização, autoestima e impulsividade.

O teste de comparação entre as características de produtividade e tempo de empresa (p = 0,60), escolaridade e autoestima (p = 0,51), idade e produtividade (p = 0,53) e relacionamento interpessoal e idade (p = 0,46) não demonstraram diferença estatisticamente significante. De acordo com o objetivo principal do trabalho, procurou-se o levantamento do perfil de personalidade de profissionais de atendimento na área da saúde. As maiores frequências em cada categoria analisada foram agrupadas na Tabela 1.

Tabela 1 – Resultados das maiores frequências de acordo com a característica

Categorias e maiores frequências	n	Classificação	%
Autoestima	76	Médio	91,6
Relacionamento Interpessoal	73	Médio	88,0
Produtividade	44	Médio	53,0
Ritmo De Trabalho	45	Médio	54,2
Impulsividade	67	Médio	80,7
Organização	39	Regular	47,0

No Teste Palográfico (Alves e Esteves, 2004), a autoestima refere-se ao grau de valorização e confiança em si. Observou-se que 91% (n = 76) apresentam autoestima normal, o que indica domínio da conduta, boa adaptação ao meio, ponderação e afetividade estável. Na variável relacionamento interpessoal é avaliado o respeito aos limites no convívio com os outros, formalidade e a maior ou menor distância que o sujeito mantém em seus relacionamentos interpessoais. Os resultados indicam que 88% da amostra expressa relacionamento interpessoal normal, ou seja, demonstra respeito aos limites no convívio com os outros e equilíbrio nas relações. De acordo com as características que o Palográfico avalia.

Para avaliar a produtividade considera-se a quantidade de trabalho que o sujeito realizou. A tabela é classificada conforme a escolaridade. Os achados mostraram que 84% (n = 69) da amostra indicam rendimento de trabalho na média ou superior a ela.

Referente ao ritmo de trabalho é avaliado através do Nível de Oscilação Rítmica (NOR), no qual reproduz as flutuações de produtividade no desenvolvimento das tarefas. Um valor de NOR alto significa maior irregularidade no ritmo de trabalho. A maioria dos participantes teve classificação Média (54,2%; n = 45), que corresponde a sujeitos que apresentam instabilidade no ritmo de trabalho, porém apresentam adaptação adequada as tarefas que envolvem rotinas.

A impulsividade média, obtida por 80,7% (n = 67) dos participantes, indica estabilidade nas ações e conduta flexível. Já a impulsividade diminuída, que 16,9% (n = 14) dos sujeitos obtiveram refere-se às pessoas com tendência ao perfeccionismo, metódicas e com conduta sistemática.

A variável organização corresponde à estrutura geral da personalidade, capacidade de organização e método no trabalho e maturidade psicológica. A classificação Regular foi pontuada por 47% (n = 39) da amostra, expressa uma atividade uma atividade realizada sem preocupação com ordem e a qualidade é regular. No entanto, de acordo com os resultados obtidos 39,8% (n = 33) da amostra apresentou classificação Boa, o que indica esmero e cuidado na realização da atividade e evidencia boa qualidade da mesma.

Discussão

Os objetivos da pesquisa foram obter um perfil de personalidade de profissionais de atendimento na área da saúde, pelos aspectos avaliados no Teste Palográfico (Alves e Esteves, 2004). Embora os resultados desta pesquisa não possam ser generalizados, permitem uma reflexão a respeito do relacionamento interpessoal, produtividade, ritmo de trabalho, organização, autoestima e a impulsividade destes profissionais.

Com relação ao relacionamento interpessoal, de acordo com os resultados obtidos, observou-se que os participantes da pesquisa apresentam relacionamento interpessoal normal, ou seja, demonstram respeito aos limites no convívio com os outros e equilíbrio nas relações. Conforme Pinho e Santos (2007), as relações interpessoais são instrumentos do cuidado em saúde e devem ser baseado na prestação de um atendimento humanizado, com dedicação, respeito e enfocando a atenção nas necessidades do outro através de relações solidárias. Atualmente, percebe-se um retorno à importância da dimensão humana e a preocupação com os aspectos relacionais de um colaborador. As organizações buscam independentemente do cargo, pessoas com capacidade de trabalhar em equipe, relacionar-se bem, resistir ao estresse e tomar decisões (Chiuzi, Siqueira & Martins, 2012). O teste de comparação entre relacionamento interpessoal e idade demonstrou que não há diferença significativa entre as categorias.

A produtividade revelou rendimento de trabalho na média ou superior a ela. Em comparação com idade e tempo de empresa esta categoria não apontou diferença significativa. Observou-se, no entanto, que as pessoas que apresentaram produtividade superior à média tinham em torno de três anos de tempo de empresa. Cabe ressaltar que 45,8% da amostra têm menos de dois anos de tempo de empresa, o que nos faz refletir a cerca da importância de estratégias de retenção destes colaboradores para uma melhor produtividade de trabalho.

Referente ao ritmo de produção, os resultados apontam pessoas que apresentam instabilidade no ritmo de trabalho e flutuações de produtividade no desempenho das atividades, porém apresentam adaptação adequada as tarefas que envolvem rotinas. Em geral, há poucos estudos que empregam o Teste Palográgico para avaliação de alguns aspectos da personalidade, dentre os quais a investigação de Esteves, Franzim Neto e Fonseca (2011) que buscou investigar a produtividade e ritmo de trabalho de pessoas com deficiência física em comparação a pessoas sem deficiência física. A amostra desta

pesquisa foi composta por 50 pessoas com deficiência física no grupo experimental e 405 pessoas sem deficiência física no grupo controle. A partir da análise das médias de produtividade e ritmo de trabalho não foi encontrada diferença estatisticamente significativa na amostra total e Ensino Médio. No entanto, este estudo aborda grupos distintos dos profissionais de atendimento na área da saúde, dificultando comparações. Contudo, é importante ressaltar que as médias encontradas por Esteves *et al*., (2011), são semelhantes às da amostra desta pesquisa.

Com relação à organização foi classificada como Regular, ou seja, estas pessoas expressam uma atividade realizada sem preocupação com ordem e a qualidade é regular. Nesta categoria seria esperado uma classificação melhor, tendo em vista às responsabilidades e o nível de exigências do perfil do cargo. Neste sentido, o resultado encontrado pode ser explicado, talvez, por alguma característica especial da amostra, como o pouco tempo de empresa dos participantes ou a grande demanda de trabalho que impossibilita a realização das tarefas com boa qualidade.

Já a impulsividade indica estabilidade nas ações e conduta flexível. Este resultado vem ao encontro do relacionamento interpessoal normal, o qual se refere a pessoas com moderação e ponderação nos relacionamentos. É importante ressaltar que estes profissionais são obrigados a conviver com emoções, sentimentos e conflitos intensos presentes em clientes, familiares e nos próprios colegas de trabalho (Campos, 2007). Mesmo frente a este contexto conseguem manter uma conduta adequada e sem descontrole das tensões em seus relacionamentos interpessoais.

Na característica autoestima estes profissionais mostraram equilíbrio e ponderação, domínio da conduta, boa adaptação ao meio e valorização e confiança em si, ou seja, apresentam autoestima normal. Para Yoo & Lee (2013), a autoestima é uma avaliação que o individuo faz em relação a si mesmo, gerando uma atitude de aprovação ou desaprovação, ou seja, representa a soma de juízos de valor que o indivíduo faz acerca de si mesmo, considerando aspectos relevantes de seu modo particular de agir. Cabe ressaltar a importância de avaliar a autoestima em processos de seleção de pessoal para cargos de profissionais de atendimento em saúde. São pessoas que têm como clientes pessoas doentes, vulneráveis, sensíveis e fragilizados, que exigem uma postura equilibrada e uma afetividade estável para o bom desempenho de suas atividades.

Conclusões

O grande desafio de psicólogos que trabalham com seleção de pessoas é provar, de maneira científica, que um candidato é aprovado ou reprovado porque aquela nota discrimina uma característica de uma pessoa que desempenhará de forma produtiva e segura ou não, suas atribuições no ambiente de trabalho (Baumgartl & Primi, 2005). De acordo com Levenfus (2009) os testes psicológicos, quando utilizados de forma incorreta podem transformar-se em instrumentos de discriminação e injustiças com o candidato. Cabe ao psicólogo utilizar recursos coerentes para a obtenção de resultados mais adequados possíveis. Neste sentido, enfatiza-se a qualificação dos profissionais que atuam na seleção de pessoal, a fim de possibilitar uma melhor compreensão do processo avaliativo e dos instrumentos utilizados.

Os resultados deste estudo apontam que a maioria dos profissionais de atendimento da área da saúde expressa autoestima e relacionamento interpessoal normal, boa adaptação ao meio, respeito aos limites no convívio com os outros, rendimento de trabalho médio, adaptação adequada às tarefas que envolvem rotinas e organização regular. Não foi encontrada diferença estatisticamente significativa entre as categorias.

Conclui-se que os resultados obtidos contribuem para a compreensão de aspectos da personalidade de profissionais de atendimento na área da saúde. No entanto, sugerem-se novos estudos investigando este tema devido ao reduzido número de pesquisas nacionais publicadas sobre o assunto da avaliação psicológica nas organizações. Outro ponto que deve ser enfatizado é referente à generalização dos resultados, que foram coletados apenas em uma prestadora de serviços médicos e, portanto, podem estar relacionados ao contexto específico desta organização. Sendo assim, são necessárias novas pesquisas em diferentes organizações de saúde para que os resultados possam ser generalizados.

Referências

Alchieri, C. J., Cruz, M. R. & Sardá, J. J. (2002). *Avaliação e medidas psicológicas:* produção do conhecimento e da intervenção profissional. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Alves, I. C. B. & Esteves, C. (2004). *O Teste Palográfico na avaliação da personalidade*. São Paulo: Vetor.

Baumgartl, V. O. & Primi, R. (2005). *Contribuições da avaliação psicológica no contexto organizacional: um estudo com BPR-5, BFM-1 e o PMK*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Bitencourt, C. (2010). *Gestão contemporânea de pessoas: novas práticas, conceitos tradicionais*. 2.ed. Porto Alegre: Bookman.

Campos, E. P. (2007). *Quem cuida do cuidador:* uma proposta para os profissionais da saúde. Rio de Janeiro: Petrópolis.

Cardoso, L. M. (2009). *Aspectos práticos da avaliação psicológica nas organizações. Psico-Usf, 14*(3), 389-390.

Chiuzi, R. M., Siqueira, M. M. & Martins, M. C. (2012). As dimensões da organização positiva e seus impactos sobre o bem-estar dos trabalhadores. *Advances in Health Psychology, 20*(2), 31-40.

Daólio, L. C. (2004). *Perfis & Competências: Retrato dos Executivos, Gerentes e Técnicos*. São Paulo: Érica.

Esteves, C., Franzim Neto, L. & Fonseca, R. S. (2011). *Análise da produtividade e nível de oscilação rítmica (NOR) em uma amostra de portadores de deficientes físicos: um estudo a partir do teste palográfico.* Trabalho apresentado na 7ª edição do Congresso Norte-Nordeste de Psicologia (CONPSI). Acessado em: < 11 de setembro de 2011> Disponível em: < http://www.conpsi7.ufba.br/>.

França, A. C. L. (2007). *Práticas de Recursos Humanos:* conceitos, ferramentas e procedimentos. São Paulo: Atlas.

Levenfus, R. S. (2009). O teste de personalidade palográfico nas organizações. In: Pereira, D. F; Bandeira, D. R. *Aspectos práticos da avaliação psicológica nas organizações*. São Paulo: Vetor (p. 99-109).

Padilha, S., Noronha, A. P. P. & Fagan, C. Z. (2007). *Instrumentos de avaliação psicológica: uso e parecer de psicólogos. Avaliação Psicológica, 6*(1), 69-76.
Pereira, D. F. & Bandeira, D. R. (2009). *Aspectos práticos da avaliação psicológica nas organizações.* São Paulo: Vetor.
Pinho, L. B. & Santos, S. M. A. (2007). O relacionamento interpessoal como instrumento de cuidado no hospital geral. *Cogitare Enfermagem, 12*(3), 377-385.
Rauch, S. A., Eftekhari, A. & Ruzek, J. I. (2012). Review of exposure therapy: a gold standard for PTSD treatment. *Journal of Rehabilitation Research and Development, 49*(5), 679-687.
Santos, D. C. D. & Colussi, C. B. (2013). Avaliação psicológica no processo seletivo. Anais do Seminário de Produção Acadêmica da Anhanguera, nº3.
Schultz, D. P & Schultz, S. E. (2008). *Teorias da personalidade*. São Paulo: Cengage Learning.
Soares, I. N., Souza, L. C., Castro, A. F. & Alves, C. F. (2011). Análise do estresse ocupacional e da síndrome de Burnout em profissionais da estratégia saúde da família no município de Maceió/AL. *Revista Semente, 6*(6), 84-98.
Turner, D. P. & Houle, T. T. (2013). Psychological evaluation of a primary headache patient. *Pain Management, 3*(1), 19-25.
Vaz, C. E. & Veit, C. A. (2002). *Personalidade, cultura e técnicas projetivas: psicologia da personalidade.* Porto Alegre: EDIPUCRS.
Yoo, Y. G. & Lee, I. S. (2013). The Effects of School-Based Maum Meditation Program on the Self-Esteem and School Adjustment in Primary School Students *Global Journal of Health Science, 5*(4), 14-27.

Recebido em julho de 2013 **Aceito em maio de 2014**

Débora Alves Senden: Psicóloga (ULBRA), Especialista em Avaliação Psicológica (UNISC).
Regina Maria Fernandes Lopes: Psicóloga (PUCRS), Mestre em Psicologia Clínica e Doutoranda em Psicologia (PUCRS), Especialista em Avaliação Psicológica (UFRGS), Brasil. Atua como Psicóloga no Núcleo Médico Psicológico e é Doutoranda do Pós-Graduação da Faculdade de Psicologia da PUCRS.
Roberta Fernandes Lopes do Nascimento: Psicóloga (PUCRS), Mestre em Psicologia (PUCRS), Consultora Organizacional e de Carreira. Diretora do Núcleo Médico Psicológico.
Lauren Bulcão Terroso: Psicóloga (UCPel), Mestranda em Psicologia Clínica (PUCRS). Especialização Psicoterapia Cognitivo- Comportamental (Wainer e Piccoloto).
Irani I.de Lima Argimon: Drª em Psicologia (PUCRS), Graduada em Psicologia (PUCRS), Docente do Programa de Graduação e Pós-Graduação da Faculdade de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), Brasil. Pesquisadora Produtividade CNPq.

Endereço para contato: debora.senden@gmail.com

Avaliação de sintomas depressivos e de fobia social em estudantes de graduação

William Weber Cecconello
Francieli Batistella
Suzi Darli Zanchett Wahl
Marcia Fortes Wagner

Resumo: A presença de transtornos mentais traz inúmeros prejuízos aos indivíduos. Dentre essas perturbações, destacam-se a Depressão e a Fobia Social (FS). Ambos interferem diretamente na vida social do ser humano e, considerando a constante necessidade de interagir com outras pessoas, torna-se relevante investigar a comorbidades das sintomatologias dos transtornos. Este é um estudo quantitativo, observacional. A amostra constituiu-se de 40 estudantes de ensino superior. Os instrumentos utilizados foram Questionário de Ansiedade Social para adultos (CASO A-30) e Inventário de Depressão de Beck – BDI. Da amostra total, 67,5% (n=27) eram do sexo feminino e 32,5% (n=13) masculino, com média de idade de 25,9 anos (DP= 9,34). Os resultados evidenciaram que 62% (n=25) apresentaram sintomas de FS. Destes, 28% (n=7) apresentaram intensidade leve de sintomas depressivos e 20% (n=5) apresentaram intensidade moderada. Os dados obtidos sugerem que indivíduos com sintomas de FS apresentam comorbidade com sintomas depressivos.
Palavras-chave: Sintomas depressivos; Avaliação Psicológica; Fobia Social.

Evaluation of depressive and social phobia symptoms in undergraduate students

Abstract: Symptoms of mental disorders bring numerous prejudice to individuals. Among these disturbances, Depression Disorder and Social Phobia (FS) are highlighted. Both directly affect the social life of human beings and, considering the constant need to interact with others, it becomes important to investigate the symptomatology of comorbid disorders. The present study is configured as quantitative, observational. The sample consisted of 40 subjects, undergraduate students of an institution of higher education in the Rio Grande do Sul. The instruments used were Social Anxiety Questionnaire for Adults (SAQ-30) and Beck Depression Inventory (BDI). Of the total sample, 67.5% (n = 27) were female and 32.5% (n = 13) male, with a mean age of 25.9 years (SD = 9,34). The results indicated that 62% (n=25) showed Social Phobia symptoms. From this amount 28% (n=7) had mild depression symptoms and 20% (n=5) showed moderate intensity depression symptoms scores. The data suggest that individuals with symptoms of Social Phobia have comorbid depressive symptoms.
Keywords: Depressive symptoms, Psychological Assessment, Social Phobia.

Introdução

A presença de um transtorno mental na vida de um indivíduo traz inúmeros prejuízos e há um agravamento quando interfere nos relacionamentos interpessoais. É comum constatar que os transtornos mentais possuem comorbidades, implicando em maiores dificuldades na vida do sujeito. Dentre essas perturbações, destacam-se o Transtorno Depressivo e a Fobia Social (Ingram, Ramel, Chavira & Scher, 2005).

De acordo com o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais, DSM-IV-TR (American Psychological Association, APA, 2002), os principais sintomas depressivos caracterizam-se por humor deprimido na maior parte do dia, diminuição do interesse ou prazer em todas ou quase todas as atividades, perda ou ganho significativo de peso sem estar em dieta, insônia ou hipersonia, agitação ou retardo psicomotor, fadiga ou perda de energia, sentimento de inutilidade ou culpa excessiva ou inadequada, capacidade diminuída de pensar ou concentrar-se, pensamentos de morte, ideação e tentativa de suicídio.

Segundo Ferreira (2011), os sintomas depressivos têm um forte impacto sobre a saúde. Estima-se que o transtorno depressivo seja a principal perturbação mental, em quarto lugar no ranking das doenças. No Brasil, aproximadamente 10 milhões de pessoas apresentam este quadro psicopatológico, chegando a custar mais de 43 bilhões de dólares anuais em tratamentos e perda de produtividade. Fleck, Berlim, Lafer, Sougey, Del Porto, Brasil, Juruena, e Hetem, (2009) apontam que prevalência de depressão é mais significativa na população feminina, sendo de duas a três vezes mais frequente do que em homens.

Conforme o DSM-IV-TR (APA, 2002), a Fobia Social (FS), também pode ser denominada Transtorno de Ansiedade Social e se caracteriza principalmente por um medo persistente, considerado pela própria pessoa como excessivo, em uma ou mais situações de interação social, nas quais apresenta hipersensibilidade à crítica ou à avaliação negativa por parte dos demais. O diagnóstico é feito clinicamente e difere da timidez pela gravidade, persistência, prejuízo e sofrimento resultantes dos sintomas ansiosos. Sua cronicidade contribui para acentuar o prejuízo funcional e ocupacional do paciente. (Mululo, Menezes, Fontelle & Versiani, 2008).

Torna-se relevante identificar a presença de sintomas comórbidos, visto que a presença de dois ou mais transtornos psiquiátricos é mais comum do que apenas um transtorno, associados a um maior prejuízo na qualidade de vida do sujeito (Lacerda, Quarantini, Miranda-Scippa & Del Porto, 2009). A comorbidade entre depressão e a presença de sintomas de ansiedade vai de 33% a 51% em jovens adultos (Quevedo & Silva, 2013) e não raramente, indivíduos que preenchem critérios diagnósticos apenas para depressão, apresentam sintomas de ansiedade (Roberts & Kadashan, 2011).

A depressão tem como um de seus sintomas o isolamento social (Buarque, Santos & Silva, 2012) e as habilidades sociais necessárias para um relacionamento social satisfatório são desenvolvidas de acordo com nossas interações sociais (Pajares & Olaz, 2008; Olaz, 2009). É possível encontrar na literatura semelhanças entre os sintomas depressivos e de ansiedade social, sendo característico de pessoas com sintomas depressivos o isolamento social. Da mesma forma, indivíduos com FS procuram se esquivar de situações que exijam a socialização para evitar sentirem-se ansiosos (Ingram *et al*., 2005).

Barlow e Durand (2008) sugerem que 70 a 80% de indivíduos com FS satisfazem os critérios para outros transtornos e, na maioria dos casos, este transtorno de ansiedade é precedente ao início do problema comórbido. Quevedo e Silva (2013) fazem referência ao fato de que a FS pode preceder um episódio de depressão maior em até 90% dos casos, o que pode sugerir que pode ser um fator de predisposição para um

futuro episódio depressivo. O DSM-IV-TR (APA, 2002) reforça que a FS pode estar associada a transtornos do humor e outros transtornos, geralmente precedendo os outros quadros clínicos.

Uma das características do indivíduo com FS é perceber a situação social como perigosa (Barlow & Durand, 2008) e esta questão pode ser agravada pelo fato de indivíduos com sintomas depressivos terem maior facilidade na evocação de memórias com conteúdos negativos (Blanco, Matute & Vadillo, 2012). Esta afirmação é corroborada nos estudos de Moser, Huppert, Foa e Simons (2012), que sugerem que frente a uma exposição de cenários neutros, existe uma semelhança entre FS e Transtorno Depressivo na falta de interpretações positivas e na redução da atenção voltada à tarefa. Morgan (2010) evidencia que indivíduos com alto grau de ansiedade social, ao focar em memórias de uma interação social com resultado desagradável, experienciam maior frequência de aumento no autorrelato de timidez do que quando instruídos para suprimir esta memória, um padrão que não se mantém em indivíduos com baixa ansiedade social.

Sintomas relacionados à exposição social estão presentes em ambas as patologias, sendo que pessoas com FS demonstram maior propensão a sentirem-se envergonhadas em público (Hedman, Strom, Stunkel & Mörtberg, 2013). Por outro lado, evidencia-se de forma empírica que eventos da vida, sobretudo negativos, podem desencadear o transtorno depressivo (Lima, Knapp, Blaya, Quarantini, Oliveira & Lima, 2008). Assim, indivíduos com sintomas depressivos demonstram maior sentimento de culpa em relação a situações nas quais se sentem envergonhadas, principalmente quando expostas a situações de contato social (Kim, Thibodeau & Jorgensen, 2011), bem como dificuldades de se expor a desconhecidos e controlar a agressividade diante de frustrações interpessoais (Fernandes, Falcone & Sardinha, 2012).

É da natureza humana viver em grupo e, enquanto ter amigos é considerado um aspecto normal e desejável, o isolamento social é compreendido como um dos sintomas que caracteriza a depressão. O isolamento social é uma experiência desagradável e as pessoas solitárias normalmente se descrevem como ansiosas, tensas, inquietas e entediadas, podendo vir a manifestar um comportamento hostil para com os demais. Jovens solitários relatam ter uma sociabilidade inibida, isto é, problemas relacionados às habilidades sociais (Caballo & Irurtia, 2008).

Diversas investigações têm destacado a presença de sintomas que caracterizam a FS em estudantes de ensino superior. Os achados dos estudos de Iancu, Sarel, Avital, Abdo, Joubran e Ram, (2011) na aplicação da Escala de Ansiedade Social de Liebowitz, (LSAS) em uma amostra de 300 estudantes israelenses, relacionam uma incidência de TAS de 12,3%, enquanto Tillfors e Furmark (2007), ao investigarem 753 estudantes universitários suecos através do instrumento denominado *The Social Phobia Screening Questionnaire* (SPSQ), encontraram uma prevalência de fobia social em 16,1 % da amostra, comparável com 15,6% relatado para a população em geral. Embora a maioria dos casos diz respeito a uma forma leve da doença, os autores destacam que comprova uma alta taxa de prevalência de fobia social em universitários e isso merece muita atenção por parte dos profissionais da saúde (Tillfors & Furmark, 2007).

Já nas pesquisas de Bella e Omigbodun (2009) com 413 estudantes universitários nigerianos, foi aplicado o instrumento *The World Mental Health*, versão inicial de uma entrevista de diagnóstico internacional (WMH-CIDI) e foi constatada a presença de sintomas de TAS em 19,8% da amostra. Destes sujeitos, 9,4% (n=39) preencheram critérios de TAS para a vida e 8,5% (n=35) a partir dos últimos 12 meses, indicando a relevância do ensino superior como fator ansiogênico. A prevalência de fobia social entre estudantes universitários nigerianos foi semelhante ao que foi encontrado entre os jovens em outras partes do mundo, mas são muito mais elevadas do que as taxas encontradas na população nigeriana em geral e foi relatada uma alta taxa de comorbidade com depressão, o que aumenta os prejuízos associados a esta doença (Bella & Omigbodun, 2009).

Ao avaliar sintomas de ansiedade social em uma amostra brasileira de estudantes de ensino superior, os achados de Baptista, Loureiro, Osório, Zuardi, Magalhães, Kapczinski, Filho, Freitas-Ferrari e Crippa (2012) indicaram a prevalência de 11,6%. Da amostra que apresentou sintomas de ansiedade social, 67,9% eram mulheres. Os resultados indicaram que o medo mais comum relacionava-se ao comportamento de falar em público. Os autores atentam ainda para o fato que, da população com sintomas que caracterizam ansiedade social, apenas um pequeno grupo de 0,8% já havia sido previamente diagnosticado e estava sob tratamento. Resultados semelhantes foram encontrados por Tillfors e Furmark (2007), indicando que, nos 16.1% de estudantes universitários que apresentavam sintomas de ansiedade social, o medo mais comum era falar em público e o perfil dos sujeitos era de jovens solteiros.

Estudos de Wagner, Oliveira e Caballo (2011) destacam que tanto pacientes depressivos quanto pacientes com ansiedade social demonstram níveis de habilidades sociais significativamente inferiores, se comparados à população em geral. Pureza, Rusch, Wagner e Oliveira (2012) corroboram estes achados, afirmando que os indivíduos podem obter melhora de sintomas de quadros depressivos e de ansiedade social ao desenvolverem suas habilidades sociais.

O presente estudo tem por objetivo principal averiguar a presença de sintomas depressivos em indivíduos com FS, investigando se há uma possível relação entre as sintomatologias de ambos os transtornos. Tem como objetivo secundário identificar variáveis sociodemográficas que possam auxiliar na compreensão dos resultados encontrados.

Método

Este é um estudo quantitativo, observacional. A amostra inicial constituiu-se de 40 sujeitos, sendo critério de inclusão serem maiores de 18 anos, de ambos os sexos e estudantes de uma instituição de ensino superior do interior do estado do Rio Grande do Sul. Foram excluídos do estudo sujeitos menores de idade e que não estivessem realizando curso de graduação na respectiva faculdade.

Os instrumentos empregados neste estudo foram:

Ficha de dados pessoais/sociodemográficos elaborada especificamente para este estudo, a fim de caracterizar os participantes.

Inventário de Depressão de Beck, BDI (Cunha, 2001): instrumento de autorelato com 21 itens, com escores que variam de 0 a 3 e que tem por objetivo medir a intensidade dos sintomas depressivos. Seus itens apresentam conteúdos cognitivo-afetivos e somáticos, tais como retraimento social, pessimismo, sentimento de fracasso dentre outros, podendo ser aplicado tanto em ambiente clínico quanto não clínico. O escore total é classificado de acordo com o nível da intensidade dos sintomas depressivos que variam entre mínimo (0-9), leve (10-16), moderado (17-29) e severo (30-63).

Questionário de Ansiedade Social para Adultos, CASO-A30 (Caballo, Salazar, Irurtia, Arias & Hofmann, 2010): instrumento de avaliação da presença de sintomas do Transtorno de Ansiedade Social (TAS)/Fobia Social composto de 30 itens, com uma escala Likert de 7 pontos de 0 (nenhum) a 6 (muitíssimo), respondidos de acordo com o grau de mal-estar, tensão ou nervosismo que o indivíduo apresenta em diferentes situações sociais. Os estudos brasileiros de fidedignidade do CASO-A30 demonstraram que o instrumento possui elevada consistência interna, com um coeficiente Alpha de Cronbach com valor α=0,93. Apresenta uma estrutura de 5 fatores: Fator 1 – Falar em público e interação com pessoas em posição de autoridade, Fator 2 – Interação com o sexo oposto, Fator 3- Interação com pessoas desconhecidas, Fator 4- Expressão assertiva de incômodo, desagrado ou tédio e Fator 5-.Estar em evidência e fazer papel de ridículo. (Wagner, 2011).

Mediante autorização do responsável da Instituição de Ensino Superior, o estudo foi encaminhado para avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Faculdade Meridional (IMED). Após a aprovação do CEP IMED sob o CAAE nº 0001.0.436.000-11, as atividades de avaliação foram divulgadas na instituição e os sujeitos convidados a participar da presente pesquisa. Os que aceitaram participar de forma voluntária assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e foram informados acerca da natureza e dos propósitos do estudo, bem como da responsabilidade do pesquisador quanto ao sigilo da identidade dos participantes. A aplicação dos instrumentos ocorreu de forma individual ou coletiva, em uma sala da própria instituição. Os resultados foram codificados, tabulados e submetidos à análise estatística utilizando-se o software estatístico "Statistical Package for the Social Sciences" (SPSS) versão 20.0. Foi utilizada a estatística descritiva para os estudos de média, desvio-padrão e frequência.

Resultados

Da amostra total (n=40), 67,5% dos participantes (n=27) eram do sexo feminino, com média de idade 25,9 anos (DP= 9,34). Em relação ao estado civil, a maioria dos acadêmicos 82,5% (n=33) era solteira e realizava algum tipo de trabalho profissional junto com o estudo 57,5% (n=23).

A Tabela 1 descreve a caracterização da amostra de acordo com os principais dados sociodemográficos.

Tabela 1: Características sociodemográficas da amostra

Variável	Níveis	n	%
Sexo	Feminino	27	67,5
	Masculino	13	32,5
Estado Civil	Solteiro	33	82,5
	Casado	3	7,5
	Separado/Divorciado	1	2,5
	Morando com companheiro	3	7,5
Trabalho	Sim	23	57,5
	Não	17	42,5
Total		40	100

Entre os achados do presente estudo, comparando-se os índices da presença de sintomas depressivos apresentados por indivíduos com fobia social, percebe-se que 28% (n=7) da amostra apresentaram intensidade leve de sintomas depressivos e 20% (n=5) apresentaram intensidade moderada. Os dados descritos, com a média e o desvio padrão são apresentados na Tabela 2.

Tabela 2: Distribuição, médias e desvios- padrão na comorbidade de sintomas depressivos e Fobia Social

	Sujeitos com FS				Sujeitos sem FS			
Graus de sintomas Depressivos	n	%	Média	DP	n	%	Média	DP
Mínimos	13	52	6,15	2,512	11	73	4,64	2,838
Leves	7	28	15,43	2,992	3	20	14,33	2,082
Moderados	5	20	21,80	1,304	1	6,7	22,00	0
Total	25	100	11,88	6,900	15	100	7,73	6,147

Os resultados da aplicação do CASO-A30 apontaram que 42% (n=17) dos sujeitos apresentavam Fobia Social Não Generalizada (FSNG), enquanto 20% (n=8) Fobia Social Generalizada (FSG). Dos indivíduos que apresentaram FSNG, 29,4% (n=5) apresentaram graus leves de sintomas depressivos e 11,8% (n=2) apresentaram graus moderados. Dos indivíduos com FSG, 37,5% (n= 3) apresentaram graus depressivos moderados e 25% (n=2) apresentaram graus leves. A Tabela 3 descreve os dados relacionados à presença de Fobia Social e intensidade de sintomas depressivos.

Tabela 3: Categoria de Fobia Social e intensidade de sintomas depressivos

	Amostra Total		FSNG		FSG		Sem FS	
Grau dos sintomas Depressivos	n	%	n	%	n	%	n	%
Sintomas mínimos	24	60	10	8,8	3	7,5	11	3,3
Sintomas leves	10	25	5	29,4	2	25	3	20
Sintomas moderados	6	15	2	11,8	3	7,5	1	6,7
Total	40	100	17	100	8	100	11	100

Discussão

Os resultados deste estudo evidenciaram uma amostra maior do sexo feminino. Este achado vem ao encontro da literatura sobre a prevalência dos transtornos de ansiedade na população em geral estar associada às mulheres (Barlow & Durand, 2008; Baptista *et al*., 2012). O DSM-IV-TR relata também que "estudos epidemiológicos e comunitários sugerem que a FS é mais comum em mulheres do que em homens" (APA, 2002, p. 440). Outro dado que pode ser discutido diz respeito ao fato de que a maioria dos participantes possui estado civil solteiro, o que também vem ao encontro dos estudos de Tillfors e Furmark (2007) que encontraram alta prevalência de indivíduos solteiros com FS e da APA (2002) que sugere que sujeitos com este quadro clínico podem ter dificuldade para encontrar parceiros fixos e casar. APA (2002).

A prevalência de sintomas que caracterizam a FS, de acordo com o CASO-A30, foi de 42% (n=17). Os dados da literatura consultada que avaliaram a incidência de sintomas que caracterizam este transtorno mental em estudantes de ensino superior foram de 12,3% (Iancu *et al.*, 2011), 16,1% (Tillfors & Furmark, 2007) e 19,8% (Bella & Omigbodun, 2009). O presente estudo apresentou maior porcentagem de incidência de sintomas, o que pode ter ocorrido tanto pela forma de avaliação, visto que cada estudo utilizou-se de um instrumento de mensuração diferente, quanto pela particularidade das amostras das investigações, coletadas em locais diferentes.

Em relação à presença de sintomas depressivos em indivíduos com FS, várias investigações (Barlow *et al*., 2008; Lacerda *et al*., 2009; Bella & Omigbodun, 2009; Quevedo & Silva, 2013) confirmam essa associação. Outros pesquisadores como Falcone (2000) e Del Prette e Del Prette (2002) têm evidenciado a relação entre habilidades sociais e problemas psicológicos. Além disso, muitos pesquisadores têm focado seu interesse na relação entre FS, sintomas depressivos e uso de substâncias psicoativas (Barkin, Smith & Durant, 2002; Scheier, Botvin, Diaz & Griffin, 1999; Botvin & Griffin, 2004; Wagner & Oliveira, 2007, 2009).

Devido às limitações deste estudo, não foi possível estabelecer uma relação de causa e efeito entre sintomas depressivos e de FS, visto as semelhanças entre tais transtornos. Entretanto, a literatura pesquisada para tal estudo (Quevedo & Silva,

2013; Buarque *et al*., 2012; Fernandes *et al*., 2012; Moser *et al*., 2012; Wagner *et al*., 2011; Lacerda *et al*., 2009; Lima *et al*., 2008) sugere sintomas comuns às duas patologias. Desta forma, é possível concluir que sintomas de FS podem ocasionar isolamento e sintomas depressivos, bem como sintomas depressivos podem ocasionar uma maior percepção negativa à avaliação social.

As limitações deste estudo estão relacionadas ao tamanho reduzido da amostra, visto que isto implica em dificuldades para análise de dados estatísticos. A aplicação dos instrumentos em uma amostra mais significativa traria maior precisão aos resultados. Como a literatura apresenta prevalência divergente entre homens e mulheres, e entre a população geral em localidades diversas, acredita-se que estudos futuros com triagem randômica em um número significativo de participantes poderiam ajudar a elucidar esta questão. Outros estudos acerca da presença da sintomatologia de ambos os transtornos podem tornar mais consistentes os dados relativos a esta questão.

Indica-se nos casos da presença de sintomas de FS e de depressão a necessidade de tratamento, visando uma melhor qualidade de vida. Tratamentos em grupo podem ser benéficos para pessoas com sintomas de depressão em comorbidade com sintomas de FS. Assim, sugere-se que o treinamento de habilidades sociais poderia propiciar uma melhor qualidade de vida nestes casos, visto que a socialização nos próprios grupos psicoterápicos pode ser benéfica, estimulando uma real exposição social somada aos benefícios da psicoterapia.

Referências

American Psychiatric Association, APA. (2002). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais*. DSM-IV-TR. (4.ed.). Porto Alegre: Artmed.

Baptista, C. A., Loureiro, S. R., Osório, F. L., Zuardi, A. W., Magalhães, P. V., Kapczinski, F., Filho, A. S., Freitas-Ferrari, M. C. & Crippa, J. A. S. (2012). Social phobia in Brazilian university students: Prevalence, under-recognition and academic impairment in women. *Journal of Affective Disorders, 136* (3), 857-861.

Barkin, S. L., Smith, K. S. & Durant, R. H. (2002). Social skills and attitudes associated with substance use behavior among young adolescents. *Journal of Adolescent Health, 30*(1), 448-454.

Barlow, D. H. & Durand, V. M. (2008). *Psicopatologia: Uma abordagem integrada*. (4ª ed.). São Paulo: Cengage Learning.

Bella, T. T. & Omigbodun, O. O. (2009). Social phobia in Nigerian university students: prevalence, correlates and co-morbidity. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 44*(2), 458-463.

Blanco, F., Matute, H. A. & Vadillo, M. (2012). Mediating Role of Activity Level in the Depressive Realism Effect. *PLoS ONE 7*(9), 35-57.

Botvin, G. J. & Griffin, K. W.(2004). Life skills training: empirical findings and future directions. *The Journal of Primary Prevention, 25*(2), 211-232.

Buarque, B. S., Santos, T. C. N. & Silva, T. M. (2012). Prevalence of pression among elderly. *Revista de Enfermagem UFPE on line, 6* (5), 1089-1096.

Caballo, V. E. & Irurtia, M. J. (2008). Treinamento em habilidades sociais Em P. Knapp, et. al, *Terapia Cognitivo-Comportamental na prática psiquiátrica* (pp.454-467). São Paulo: Artmed.

Caballo, V. E., Salazar, I. C., Irurtia, M. J., Arias, B. & Hofmann, S. G. (2010). Measuring social anxiety in 11 countries: development and validation of the Social Anxiety Questionnaire for Adults, *European Journal of Psychological Assessment, 26*, 95-107.

Cunha, J. A. (2001). *Manual da Versão em Português das Escalas Beck.* São Paulo: Casa do Psicólogo.

Del Prette, Z. A. P. & Del Prette, A. (2002) Transtornos psicológicos e habilidades sociais. Em H. J. Guillardi (Org.), *Sobre Comportamento e Cognição: Vol. 10. Contribuições da construção da teoria do comportamento* (377 –386), São Paulo, ESETec.

Falcone, E. O. (2000). Habilidades Sociais: para além da assertividade. In: R. C. Wielenska (Org.) *Sobre Comportamento e Cognição: Questionando e ampliando a teoria e as intervenções clínicas e em outros contextos* (211-221), São Paulo, ESETec.

Fernandes, C. S.; Falcone, E. M. O. & Sardinha, A. (2012) Deficiências em habilidades sociais na depressão: estudo comparativo. *Psicologia Teoria e Prática*, *14*(1), 183-196.

Ferreira, V. R. T. (2011). Perfil dos artigos sobre depressão em periódicos brasileiros. *Revista de Psicologia da IMED, 3*(1), 476-486.

Fleck, M. P., Berlim, M. T., Lafer, B., Sougey, E. B., Del Porto, J. A., Brasil, M. A., Juruena, M. F. & Hetem, L. A. (2009). Revisão das diretrizes da Associação Médica Brasileira para o tratamento da depressão (Versão integral). *Revista Brasileira de Psiquiatria, 31*(1), 47-63.

Hedman, E., Ström, P., Stünkel, A. & Mörtberg, E. (2013). Shame and Guilt in Social Anxiety Disorder: Effects of Cognitive Behavior Therapy and Association with Social Anxiety and Depressive Symptoms. *PLoS ONE 8*(4), 162-188.

Iancu, I., Sarel, A., Avital, A., Abdo, B., Joubran, S. & Ram, E. (2011).Shyness and social phobia in Israeli Jewish vs Arab students. *Compr Psychiatry*, *6*(4), 708-714.

Ingram, R. E., Ramel, W., Chavira, D. & Scher, C. (2005). Social anxiety and depression. In R. W. Crozier, & L. E. Alden (Eds.), *The essential handbook of social anxiety for clinicians* (pp. 241–264). New York: John Wiley & Sons.

Kim, S., Thibodeau, R. & Jorgensen, R. S. (2011). Shame, guilt, and depressive symptoms: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, *137*(1),68-96.

Lacerda, A. L. T., Quarantini, L. C., Miranda-Scippa, Â. & Del Porto, J. A. (2009). *Depressão: do neurônio ao funcionamento social.* Porto Alegre: Artmed.

Lima, M. S, Knapp, P., Blaya, C., Quarantini, L. C., Oliveira, I. R., & Lima, P. A. S. P. (2008). Depressão. Em P. Knapp, et. al, *Terapia Cognitivo-Comportamental na prática Psiquiátrica* (p. 168-192). São Paulo: Artmed.

Morgan, J. (2010). Autobiographical memory biases in social anxiety. *Clinical Psychology Review 30*(7), 288–297.

Moser, J. S., Huppert, J. D., Foa, E. B. & Simons, R. F. (2012). Interpretation of ambiguous social scenarios in social phobia and depression: Evidence from event-related brain potentials. *Biological Psychology*, *89*(2), 387–397.

Mululo, S. C., Menezes, G. B., Fontenelle, L. & Versiani, M. (2009). Terapias cognitivo-comportamentais, terapias cognitivas e técnicas comportamentais para o transtorno de ansiedade social. *Revista de Psiquiatria Clínica, 36*(6), 221-228.

Olaz, F. O. (2009). Contribuições da Teoria Social-Cognitiva de Bandura para o Treinamento de Habilidades Sociais. Em A. Del Prette, & Z. A. P. Del Prette, *Psicologia das Habilidades Sociais – Diversidade Teórica e suas implicações* (pp.109-148). Petrópolis: Editora Vozes.

Pajares, F. & Olaz, F. (2008). Teoria Social Cognitiva e autoeficácia: uma visão geral. Em A. Bandura, R. G. Azzi, & S. Polydoro (Eds.), *Teoria Social Cognitiva – conceitos básicos* (pp. 97-114). Porto Alegre: Artmed.

Pureza, J. R., Rusch, S. G. S., Wagner, M. & Oliveira, M. S. (2012). Treinamento de Habilidades Sociais em Universitários: uma proposta de intervenção. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, *8*(1), 02-09.

Quevedo, J. & Silva, A. G. (2013) *Depressão: Teoria e Clínica.* Porto Alegre: Artmed.

Roberts, T. B. & Kadashan, J. E. (2011). Comorbid social anxiety disorder in clients with depressive disorders: Predicting changes in depressive symptoms, therapeutic relationships, and focus of attention in group treatment. *Behaviour Research and Therapy, 49*(12), 875-884.

Scheier, L. M., Botvin, G. J., Diaz, T. & Griffin, K. W. (1999). Social skills, competence, and drug refusal efficacy as predictors of adolescent alcohol use. *Journal of Drug Education, 29*(4), 251-78.

Tillfors, M. & Furmark, T. (2007). Social phobia in swedish university students: prevalence, subgroups and avoidant behavior. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *42*(1), 79-86

Wagner, M. F. & Oliveira, M. S. (2007). Habilidades sociais e abuso de drogas em adolescentes. *Psicologia Clínica, 19*(2), 101 – 116.

Wagner, M. F. & Oliveira, M. S. (2009). Estudo das habilidades sociais em adolescentes usuários de maconha. *Psicologia em Estudo, 14*(1), 101-110.

Wagner, M. F., Oliveira, M. S. & Caballo, V. E. (2011). Treinamento de Habilidades Sociais e sua aplicabilidade na prática clínica. Em M.S. Oliveira, & I. Andretta (orgs.), *Manual prático de terapia cognitivo-comportamental* (pp. 537-552). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Wagner, M. F. (2011). *Evidências Psicométricas do Cuestionário de Ansiedad Social para Adultos (CASO-A30).* Tese de doutorado. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil.

Recebido em outubro de 2013 **Aceito em abril de 2014**

William Weber Cecconello: Bolsista de Iniciação Científica FAPERGS, Acadêmico do curso de Psicologia e integrante do Projeto de Pesquisa Avaliação e Promoção de Habilidades Sociais no Transtorno de Ansiedade Social da Faculdade Meridional (IMED).

Francieli Batistella: Pós-graduanda da Especialização em Terapia Cognitivo-Comportamental IMED, integrante do Projeto de Pesquisa Avaliação e Promoção de Habilidades Sociais no Transtorno de Ansiedade Social da Faculdade Meridional (IMED).
Suzi Darli Zanchett Wahl: Mestre em Matemática pela Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul, Professora e Pesquisadora Voluntária no Projeto de Pesquisa Avaliação e Promoção de Habilidades Sociais no Transtorno de Ansiedade Social da Faculdade Meridional (IMED).
Marcia Fortes Wagner: Mestre e Doutora em Psicologia PUCRS, Professora e Pesquisadora do curso de Psicologia, Coordenadora do Projeto de Pesquisa Avaliação e Promoção de Habilidades Sociais no Transtorno de Ansiedade Social e do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Habilidades Sociais (NEPHS) da Faculdade Meridional – IMED – RS.

Endereço para contato: willcecconello@yahoo.com.br

Intervenção psicossocial em grupo de mulheres gestantes do Centro de Saúde da Mulher de Cacoal-RO

Cleber Lizardo de Assis
Bruna Angélica Borges
Luana Sampaio Souza
Tatiane dos Santos P. Mendes

Resumo: Apresentam-se os resultados de uma Intervenção Psicossocial de curta duração, junto a um grupo de mulheres gestantes usuárias do Sistema público de saúde, na cidade de Cacoal-RO. Utilizando-se uma Intervenção Psicossocial, metodologia participativa e dinâmica, sobre temas: gravidez, autoestima, cuidados com o corpo, sexualidade; percebeu-se uma produção discursivo-subjetiva compreensiva e expressiva de sentimentos e experiências em torno da gravidez; percebeu-se, ainda, maior autoconfiança e disposição para o enfrentamento da realidade, com repercussões diretas na sua autoestima. A metodologia escolhida pode favorecer aos integrantes do grupo a condição de sujeitos portadores de saberes sobre suas condições de vida, onde o facilitador tem o papel de incentivador, sistematizador, de apoio reflexivo e de informação, favorecendo que o encontro alcance uma dimensão pedagógica e terapêutica. Finalmente, defende-se a viabilidade e efetividade da intervenção psicossocial em pequenos grupos, em espaços institucionais, como modalidade de prevenção, educação e promoção da saúde.
Palavras-chaves: Mulheres; Gestantes; Intervenção Psicossocial; Grupos.

Psychosocial intervention group of women's pregnancy Center for Women's Health of Cacoal-RO

Abstract: It presents the results of a Psychosocial Intervention short, with a group of pregnant users of the public health system in the city of Cacoal-RO Using a Psychosocial Intervention, participatory methodology, dynamic themes: pregnancy, self-esteem, body care, sexuality. Realized a production discourse-subjective understanding and expressing feelings and experiences around pregnancy; noticed a greater self-confidence and willingness to face reality, with direct repercussions on your self-esteem. The chosen methodology can encourage group members to the condition of subjects with knowledge about their living conditions, where the facilitator plays the role of encourager, systematizing, reflective support and information, favoring that the meeting achieves a pedagogical and therapeutic. Defends the viability and effectiveness of psychosocial intervention in small groups in institutional spaces, such as mode of prevention, education and health promotion.
Key words: Women; Pregnant Women; Psychosocial Intervention; Groups.

Introdução

Este artigo nasceu como resultado de uma Pesquisa-Intervenção realizada na matéria de Psicologia Comunitária que, por sua vez, produziu uma Intervenção Psicossocial realizada por acadêmicos do curso de Psicologia das Faculdades Integradas de Cacoal-RO, com um grupo de mulheres gestantes do Centro de Saúde da Mulher, um dispositivo do sistema público de saúde do município de Cacoal-RO, destinado à realização de exames de pré-natal e outros serviços relacionados à saúde da mulher. A Intervenção Psicossocial

teve como objetivo a promoção da saúde da mulher gestante, a fim de facilitar um espaço-gerador onde pudessem compartilhar reflexões, informações e sentimentos acerca das mudanças experimentadas nessa fase e, por conseguinte, contribuir para um aumento da sua autoestima e a autoconfiança.

Justifica-se o desenvolvimento de uma intervenção desse teor, por ser a gravidez um período de grandes mudanças biopsicossociais e que envolve não apenas a mulher, mas também o seu companheiro, o desenvolvimento do bebê e todo o seu meio social imediato; nesse sentido, a realização de intervenções psicossociais em grupo se justifica pela necessidade de discutir, sensibilizar e conscientizar quanto aos aspectos emocionais relativos ao ciclo gravídico-puerperal, a aceitação do seu novo papel social, bem como uma vivência positiva da gestação, do parto e da maternidade. Para tais objetivos foi utilizado uma Intervenção Psicossocial de curta duração, com formato de oficina participativa, integrativa e dinâmica, que valorizou o diálogo e reconheceu as participantes como sujeitos portadores de saberes e de condições concretas de vida, evitando as técnicas de intervenção do tipo monólogo de especialista, tais como as clássicas palestras.

A mulher atual no Brasil

No decorrer da história do Brasil, verificou-se a crescente abertura de espaço para as mulheres na sociedade que era, até pouco tempo atrás, gritante e essencialmente patriarcal. Atualmente, a mulher está inserida na política, na economia, na educação e no trabalho, no entanto, ela ainda está excluída de espaços de decisão, e da liderança institucional e, nesse sentido, é necessário o apoio político, não apenas para ser igual ao homem, mas para que tenha a liberdade de ser mulher, construir a sua autoestima e tenha acesso aos direitos do ponto de vista civil, social, econômico, político e cultural.

Segundo o Censo do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010), o Brasil possui 190.732.694 habitantes, sendo 97.342.162 mulheres e 93.390.532 homens. A região Norte é a única do país onde há mais homens, tendo o Estado de Rondônia um total de 767.277 mulheres e 793.224 homens.

De acordo com o Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA, 2000), entre 2001 e 2009, o percentual de famílias brasileiras chefiadas por mulheres subiu de aproximadamente 27% para 35%, o que em termos absolutos, são quase 22 milhões de famílias que se identificam como tendo na mulher a principal responsável pela chefia do lar. Contudo, apesar delas trabalharem mais e terem mais anos de estudo, ainda ganham menos que os homens e se dividem entre o trabalho e os cuidados com a casa e os filhos. (IPEA, 2000).

Além de chefiar as suas famílias, as mulheres também são maioria nas universidades, ocupando um total de 56% das matrículas nos cursos de graduação. Segundo dados do INEP – Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais entre 1991 e 2004, o número de matrículas feitas por mulheres, passou de 833 mil para 2,3 milhões, chegando a uma diferença de 529 mil matrículas entre os dois sexos.

A inserção da mulher na educação tem importância fundamental para o aumento da sua qualidade de vida como também a de sua família, além de deliberar com mais autonomia as decisões pessoais, controlar a própria fertilidade e exercer maior participação na vida pública, além de, consequentemente tornarem-se bem preparadas para se

beneficiar das oportunidades existentes e dos serviços disponíveis, gerando oportunidades alternativas e estruturas de apoio familiar. Diante disso, pode-se afirmar que inúmeras são as dificuldades e os desafios que caracterizam o exercício pleno e satisfatório das importantes atribuições das mulheres na sociedade, tendo em vista as diferenças que impedem a sua igualdade, os obstáculos que encontram no cotidiano, bem como as dificuldades para conquistarem seus espaços, sejam quais forem. Apesar de todo esse cenário com todos os novos desafios sociais e culturais, a mulher também possui um outro papel, de mãe, o que a leva à inevitável vivência da gravidez.

Mulher, gravidez e políticas públicas no Brasil

A gravidez é uma experiência exclusivamente vivenciada por mulheres, é um evento fisiológico normal que traz várias modificações ao organismo feminino que começam na primeira semana de gestação e continuam durante todo o período gestacional, ocasionando diversas mudanças decorrentes de intensas transformações, como por exemplo, uma constante e intensa mudança no corpo, sensibilidade e desconfortos, expressos por muitos sinais e sintomas que variam de cada mulher. (Hoga & Reberte, 2007). Essas mudanças não somente físicas, mas também psíquicas e sociais, pois como indica a literatura, o período gravídico-puerperal é a fase de maior incidência de transtornos psíquicos na mulher, necessitando de atenção especial para manter ou recuperar o seu bem-estar e prevenir dificuldades futuras para o filho, sendo que a intensidade das alterações psicológicas variam conforme os fatores familiares, conjugais, sociais, culturais e da personalidade da gestante. (Falcone, Mader, Nascimento, Santos & Nóbrega, 2005).

No Brasil, a saúde da mulher foi incorporada às políticas nacionais de saúde nas primeiras décadas do século XX, sendo limitada, nesse período, às demandas relativas à gravidez e ao parto. Os programas materno-infantis, elaborados nas décadas de 30, 50 e 70, traduziam uma visão restrita sobre a mulher, baseada em sua especificidade biológica e no seu papel social de mãe e doméstica, responsável pela criação, pela educação e pelo cuidado com a saúde dos filhos e demais familiares. (Brasil. 1984, 2004).

No âmbito do movimento feminista brasileiro, esses programas são vigorosamente criticados pela perspectiva reducionista com que tratavam a mulher, que tinha acesso a alguns cuidados de saúde no ciclo gravídico-puerperal, ficando sem assistência na maior parte de sua vida. Com forte atuação no campo da saúde, o movimento de mulheres contribuiu para introduzir na agenda política nacional, questões, até então, relegadas ao segundo plano, por serem consideradas restritas ao espaço e às relações privadas. Naquele momento tratava-se de revelar as desigualdades nas condições de vida e nas relações entre os homens e as mulheres, os problemas associados à sexualidade e à reprodução, as dificuldades relacionadas à anticoncepção e à prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e a sobrecarga de trabalho das mulheres, responsáveis pelo trabalho doméstico e de criação dos filhos. (Ávila & Bandler, 1991).

No entanto, em decorrência dessas diversas dimensões de dificuldades em que a mulher está inserida, o Ministério da Saúde implementou, em 1984, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) que visa um objetivo de incluir a assistência à mulher desde a adolescência até a terceira idade, comprometendo-se com o direito das mulheres, oferecendo a opção de exercerem a maternidade ou não, ou seja,

tentando abranger a mulher em todo o ciclo vital. (Nagahama & Santiago, 2005). O PAISM incorporou como princípios e diretrizes as propostas de descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços, bem como a integralidade e a equidade da atenção, num período em que, paralelamente, no âmbito do Movimento Sanitário, se concebia o arcabouço conceitual que embasaria a formulação do Sistema Único de Saúde (SUS).

O novo programa para a saúde da mulher incluía ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, englobando a assistência à mulher em clínica ginecológica, no pré-natal, parto e puerpério, no climatério, em planejamento familiar, DST, câncer de colo de útero e de mama, além de outras necessidades identificadas a partir do perfil populacional das mulheres. (Brasil, 2004). Visando ao enfrentamento desses problemas, o Ministério da Saúde editou a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS, 2001), que "*amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica, definiu o processo de regionalização da assistência, criou mecanismos para fortalecimento da gestão do SUS e atualizou os critérios de habilitação para os estados e municípios*". (Brasil, 2001). Na área da saúde da mulher, a NOAS estabelece para os municípios a garantia das ações básicas mínimas de pré-natal e puerpério, planejamento familiar e prevenção do câncer de colo uterino e, para garantir o acesso às ações de maior complexidade, prevê a conformação de sistemas funcionais e resolutivos de assistência à saúde, por meio da organização dos territórios estaduais. (Coelho, 2003).

O balanço institucional das ações realizadas no período de 1998 a 2002, indica que, nesse período, trabalhou-se na perspectiva de resolução de problemas, priorizando-se a saúde reprodutiva e, em particular, as ações para redução da mortalidade materna (pré-natal, assistência ao parto e anticoncepção). Segundo os autores, embora se tenha mantido como imagem-objetivo a atenção integral à saúde da mulher, essa definição de prioridades dificultou a atuação sobre outras áreas estratégicas do ponto de vista da agenda ampla de saúde da mulher. Essa perspectiva de atuação também comprometeu a transversalidade de gênero e raça, apesar de se perceber um avanço no sentido da integralidade e uma ruptura com as ações verticalizadas do passado, uma vez que os problemas não foram tratados de forma isolada e que houve a incorporação de um tema novo como a violência sexual. (Correa & Piola, 2003). Nesse balanço são apontadas ainda várias lacunas como atenção ao climatério/menopausa, queixas ginecológicas, infertilidade e reprodução assistida, saúde da mulher na adolescência, doenças crônico-degenerativas, saúde ocupacional e saúde mental, doenças infectocontagiosas e a inclusão da perspectiva de gênero e raça nas ações a serem desenvolvidas. (Correa & Piola, 2003)

Em 2003, a Área Técnica de Saúde da Mulher identifica ainda a necessidade de articulação com outras áreas técnicas e da proposição de novas ações, quais sejam: atenção às mulheres rurais, com deficiência, negras, indígenas, presidiárias e lésbicas e a participação nas discussões e atividades sobre saúde da mulher e meio ambiente. É importante salientar finalmente no específico da política pública para a mulher gestante, que a assistência pré-natal deve cobrir toda a população de gestantes, assegurando o acompanhamento e a continuidade do atendimento, tendo como objetivo prevenir, identificar ou corrigir as intercorrências maternas fetais, e também instruir a gestante quanto à gravidez, o parto, o puerpério e os cuidados com o recém-nascido. (Neto, Leite, Fuly, Cunha, Clemente, Dias & Pontes, 2008).

O acompanhamento pré-natal compreende a realização de consultas médicas durante a gravidez, nas quais o médico realiza a avaliação global da gestante e também do crescimento do bebê, bem como a realização de diversos exames laboratoriais, para que, caso seja detectado alguma doenças ou condições que possam exercer efeitos danosos à saúde da mãe e/ou do bebê, possa ser tratado precocemente. (Lamare, 2005). Nesse sentido, nota-se uma grande reflexão e movimentação governamental em torno das políticas públicas que assegurem qualidade de vida à mulher gestante neste período de tamanhas modificações e necessidades de suporte social. Mas indagamos: e a Psicologia diante desse quadro e desse público?

Papel da psicologia junto à mulher grávida

Na área da saúde, o psicólogo pode atuar colaborando para a compreensão dos processos intra e interpessoais, utilizando enfoque preventivo e/ou curativo, isoladamente ou em equipe multiprofissional, em instituições formais e informais. A saúde de mulheres gestantes tem proporcionado muitas mudanças que contemplam a participação de profissionais na área da psicologia, uma vez que a conduta médica baseada somente nas habilidades técnicas não são suficientes, pois elas necessitam ser potencializadas, especialmente, por uma compreensão dos processos psicológicos que permeiam o período grávido-puerperal da mulher. (Maldonado, 2005).

Reforçamos que o fato da gestação, do parto e do puerpério serem períodos de intensas modificações físicas, psíquicas, emocionais e sociais, a mulher passa por um momento de transição vivenciado como crise, angústia e sofrimento, onde tem a possibilidade de crescimento, integração e amadurecimento. (Lamare, 2005). O psicólogo deve acompanhar as gestantes durante a gravidez, o parto e o puerpério, procurando integrar suas vivências emocionais e corporais, bem como incluir o parceiro como apoio necessário em todo este processo. Além disso, se faz necessário que na fase de gestação o psicólogo trabalhe as formas de ansiedade, medo, insegurança, história pessoal, os antecedentes ginecológicos e obstétricos, o momento histórico da gravidez, as características sociais, culturais e econômicas vigentes e qualidade da assistência, visando proporcionar à gestante um período satisfatório de bem-estar e de fortalecimento do vínculo mãe-feto.

Método

A intervenção psicossocial aqui descrita e analisada foi realizada com um grupo de 08 (oito) gestantes, entre 20 a 37 anos de idade, com meses de gestações diferentes, nas dependências do Centro da Saúde da Mulher, uma instituição pública que realiza atendimentos de pré-natais e exames ginecológicos no Município de Cacoal-RO.

O termo "intervenção" é utilizado para definir o processo de inserção na realidade de outras pessoas ou contextos sociais, onde o pesquisador interfere e modifica essa realidade, por meio de uma metodologia que enfatize as capacidades dos sujeitos com os quais trabalhamos, já que partimos do princípio de que estamos lidando com seres humanos autônomos, extremamente capazes de reverter suas dificuldades e modificar suas condições de vida. (Gobbi, Câmara, Carlotto & Nakamura, 2004). Quanto à

classificação das intervenções por objetivos ou funções, se classifica como uma intervenção psicossocial de prevenção, pois seu enfoque direciona-se à educação e promoção da saúde e bem-estar psicológico das pessoas em um ambiente específico.

Como *base referencial e metodológica da atuação*, adotamos os aportes, segundo o qual, as oficinas se constituem um método de intervenção grupal, em que a natureza da oficina toma por base a teoria de grupos, não sendo uma psicoterapia e nem grupo de ensino. (Afonso, 2000). Para essa metodologia, reporta-se à linha do 'grupo operativo'' (Pichón-Riviére, 1998) e do 'círculo de cultura' (Freire, 1983) onde preconiza-se um trabalho de elaboração sobre inter-relação entre cultura e subjetividade dos sujeitos, com uma potencialidade terapêutica (ao facilitar *insight* e elaboração de questões subjetivas, interpessoais e sociais); possui ainda uma potencialidade pedagógica pois favorece o processo de aprendizagem grupal. Outros benefícios e objetivos desta metodologia adota de Braier (2008), sobre a "tarefa interna" em que se busca uma maior consciência em torno de problemas vividos, maior *insight* sobre conflitos psíquicos, a elevação da autoestima e uma melhoria em caso de presença sintomática (Afonso, 2000).

Nesta intervenção, constitui *papel do Psicólogo*, coordenar, dinamizar e facilitar o processo grupal, evitando-se uma excessiva mobilização afetiva, as regressões e as interpretações profundas; Em relação à *demanda*, a oficina deve se atrelar ao grupo e à sua demanda, mesmo que esta seja dinâmica; assim, o grupo formula sua 'necessidade', que deve ser acolhida, problematizada e interpretada para seguir a intervenção.

Esse processo de intervenção se inicia com a inclusão efetiva do 'interventor' na comunidade ou no grupo, através da negociação e do estabelecimento de contrato da relação, que se baseia na construção de um vínculo/parceria, onde comunidade/grupo e interventor têm igualdade de importância no processo. Ao interventor cabe assistir e colaborar com a comunidade nos aspectos técnicos, substantivos e metodológicos, incentivando a participação comunitária, que é o ponto-chave da intervenção. (Gobbi, Câmara, Carlotto & Nakamura , 2004).

Como *etapas metodológicas***,** foi realizada uma *pré-análise* pelos facilitadores que, com a orientação do coordenador, foi elaborado o programa de trabalho, o levantamento dos 'temas geradores', o levantamento de dados e seu aspectos importantes da questão (gravidez); assim, indaga-se sobre quais informações a serem trabalhadas, quais aspectos emocionais/relacionais a considerar e quais experiências/saberes do público na questão. Em relação ao tema-foco e ao enquadre, foi escolhido o tema da Gravidez e subtemas relacionados como modificação e cuidados do corpo, sentimentos decorrentes, parto, relação mãe-bebê. Discutiu-se a busca de uma linguagem acessível ao grupo (sem temas/terminologias técnicas, ou o "psicologuês"); finalmente definiu-se como enquadre, a realização de apenas um encontro, durante toda uma manhã, numa sala do próprio Centro de Saúde e organizou-se antecipadamente todos os recursos materiais.

Sobre os momentos básicos da intervenção, assim ficou pré-organizado: momento inicial com apresentação grupal, atividade de "aquecimento" e brincadeira; momento intermediário em que se introduziu o tema-gerador e subtemas, facilitados pelas acadêmicas; momento final marcado pela circulação da palavra, com reflexão e "bate-papo" sobre sentimentos e experiências. No momento intermediário, entre os temas que

foram abordados estavam: sexualidade na gravidez, a autoestima e as modificações/ cuidados com o corpo, conforme o planejamento abaixo descrito.

Primeiramente as gestantes que estavam na sala de espera, foram convidadas para participarem da intervenção e as que aceitaram a participar foram direcionadas ao local reservado. Depois houve a apresentação das acadêmicas, da proposta de trabalho e das participantes; a seguir foi introduzida uma vivência através de atividades interativas e relaxamento, seguiu uma discussão do tema feito pelas acadêmicas articulada às opiniões e experiências trazidas pelo grupo. Fez-se necessário ainda, apresentar informações acerca das temáticas em questão, seguido de sorteios de brindes, dicas de beleza, avaliação do encontro e fechamento com um *coffee break*.

O presente relato baseia-se numa intervenção psicossocial de cunho prático e não uma pesquisa formal e, nesse sentido, não foi submetido a uma aprovação de Conselho de Ética em Pesquisa, no entanto, tomou-se os diversos cuidados éticos e buscou-se a fundamento da prática a partir de convênio institucional que subsidia esse tipo de atividade e público.

Resultados e discussão

A partir dos relatos verbais espontâneos coletados pela equipe, pode-se perceber que o trabalho permitiu que as gestantes tivessem maior compreensão do que estavam vivendo em nível emocional e orgânico e, a partir disso, sentiram-se mais capazes de experienciar todo o processo de gestação de modo ativo. Além disso, elas puderam expressar dúvidas, ambivalências, angústias, receios, dificuldades e preocupações, o que propiciou alívio e encorajamento para o enfrentamento da realidade de ter um filho.

O desenvolvimento dos temas foi realizado por meio de uma intervenção psicossocial através de oficina interativa com o uso de técnicas de dinâmicas de grupo, onde foi esclarecido para as gestantes a possibilidade de se expressarem sempre que sentissem necessidade, acrescentando experiências, opiniões e esclarecendo dúvidas. Nesse sentido, a metodologia escolhida ainda favoreceu o reconhecimento das gestantes enquanto sujeitos portadores de saberes de condições concretas de vida.

Conforme defendido anteriormente cabe à coordenação da oficina/intervenção não ocupar o lugar de detentor da verdade ou decidir pelo grupo, mas buscando ter um papel ativo, mas não intrusivo, propor sem impor, além de um papel de acolhimento e incentivo, ajudando o grupo a compor sua identidade grupal, expressar suas angustias, conflitos e dificuldades de forma a poder manejá-las (Afonso, 2000). Neste sentido, as facilitadoras buscaram refletir, interpretar e informar às integrantes do grupo, acerca dos temas e subtemas tratados, favorecendo que o encontro alcançasse uma dimensão pedagógica (aprendizagem a partir da experiência do grupo) e terapêutica (elaboração, análise, *insight*, reflexão). Assim, a coordenação facilitou a expressão, a experiência, o conhecimento e diversas potencialidades do grupo que não ocorreriam de forma 'natural'; nesse sentido, deve-se favorecer a sensibilização (no aqui-agora e para o futuro), o esclarecimento e a sistematização da experiência e papéis (favorece *insight* e reflexão); a elaboração da experiência, a desconstrução e reconstrução das representações (crenças, estereótipos, preconceitos) e identidades sociais (percepção de si nas relações e papéis sociais); além de

envolver processos de decisão (negociação, consensos provisórios, mediação de conflitos) (Afonso, 2000). A metodologia da intervenção psicossocial mediado pelo recurso da oficina conseguiu atuar na subjetividade das gestantes, podendo levá-las a mudanças comportamentais e psíquicas, isto é, incentivando transformações que permitiriam lidar melhor com a fase da gestação.

Assim, a partir dos relatos verbais dessas mulheres, percebeu-se como a intervenção pode ser produtiva mesmo em curto espaço de tempo, no sentido de vê-las mais autoconfiantes e dispostas para o enfrentamento da realidade, com repercussões diretas na sua autoestima. A intervenção com grupo de gestantes promoveu a interação com os sujeitos envolvidos na gestação e nascimento, favorecendo a troca de experiências entre a gestante que está vivenciando essa fase que contempla parte do desenvolvimento humano e o próprio saber que deve circular da academia às diversas entidades sociais.

O termo "intervenção" foi experimentado no seu sentido de um processo de inserção na realidade de outras pessoas ou contextos sociais, onde o acadêmico/pesquisador interferiu e, provavelmente, modificou minimamente essa realidade, por meio de uma metodologia que enfatizou as capacidades dos sujeitos gestantes (Gobbi, Câmara, Carlotto & Nakamura, 2004). Pode-se experimentar o que foi classificado como uma intervenção psicossocial de prevenção, onde o enfoque direciona-se à educação e promoção da saúde e bem-estar psicológico de mulheres gestantes de um Centro de Saúde (Sanchez-Vidal, 1991; Gobbi, Câmara, Carlotto & Nakamura, 2004).

Conclusão

O clássico formato de palestras como elemento considerado transmissor de conhecimentos de um especialista ao público leigo, embora tenha seu alcance e valor em determinados contextos, pode apresentar limitações em termos do que pode ser a contribuição de uma intervenção psicossocial grupal de caráter grupal, participativo e dinâmico. A partir da Intervenção Psicossocial de curta duração, com o devido planejamento e pré-análise, com os devidos cuidados prévios do interventor em termos de estudo do tema, do contexto e de seu público-alvo, pode firmar-se como recurso metodológico viável e efetivo junto a pequenos grupos e em espaços institucionais, posto se tratar de uma metodologia participativa e dinâmica, mesmo sem um enquadre de longa duração, o que ficou confirmado com os resultados junto ao grupo de mulheres grávidas.

Tal metodologia pode servir-se de diálogos interdisciplinares em saúde, seja no estudo dos temas de abordagem e nas próprias intervenções grupais, em espaços institucionais e com públicos diversos, em especial, o grupo de grávidas. Assim, a partir dos relatos verbais dessas mulheres, percebeu-se como a intervenção pode ser produtiva mesmo em curto espaço de tempo, no sentido de vê-las mais autoconfiantes e dispostas para o enfrentamento da realidade, com repercussões diretas na sua autoestima.

Em suma, percebeu-se uma produção discursivo-subjetiva nessas mulheres acerca de uma melhor compreensão e expressão de sentimentos e experiências em torno da gravidez e dos subtemas relacionados e propostos. Diante disso, pode-se afirmar que a intervenção com grupo de gestantes promoveu a interação com os

sujeitos envolvidos na gestação e nascimento, favoreceu a troca de experiências sobre as vivências dessa fase, além de favorecer a circulação do acadêmico junto a grupos e entidades sociais.

Referências

Afonso, L. (2000). Oficina em Dinâmica de Grupo: um método de intervenção psicossocial. Edições do Campo Social. Belo Horizonte.

Ávila, M. B. E. & Bandler, R. (1991). A Contracepção no Brasil 1980-1990. Recife: SOS Corpo.

Braier, E. A. (2008). Psicoterapia breve de orientação psicanalítica. São Paulo: Martins Fontes.

Brasil. (1984). Ministério da Saúde. Assistência integral à saúde da mulher: bases da ação programática**.** Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil. (2001). Ministério da Saúde. Política de morbimortalidade por acidentes e violência. Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil. (2004). Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégias. Política nacional de atenção à saúde da mulher: princípios e diretrizes**.** Brasília: Ministério da Saúde.

Brasil. (2010). Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE.

Coelho, M. R. S. (2003). Atenção básica à saúde da mulher: subsídios para a elaboração do manual do gestor municipal. Salvador: Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia.

Correa, S. O. & Piola, S. F. (2003). Balanço 1998-2002: aspectos estratégicos, programáticos e financeiros. Brasília: Ministério da Saúde.

Falcone, V. M, Mader, C. V. N., Nascimento, C. F. L., Santos, J. M. M. & Nóbrega, F. J. (2005). Atuação multiprofissional e a saúde mental de gestantes. *Revista Saúde Pública, 39*(4), 333-340.

Freire, P. (1983). Educação como prática da liberdade. 14. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra.

Gobbi, M. D., Câmara, S. G., Carlotto, M. S. & Nakamura, A. P. (2004). Intervenções psicossociais na comunidade de Canoas: uma proposta do Curso de Psicologia da ULBRA-Canoas. *Aletheia, 19*(2), 89-98

Hoga, L. A. K. & Reberte, L. M. (2007). Pesquisa-ação como estratégia para desenvolver grupo de gestantes: a percepção dos participantes. *Rev. Esc. Enferm. USP 41*(4), 559-566.

Ipea. PNAD (2000) – Primeiras Análises: Investigando a chefia feminina de família**.** nº 65. Nov. 2010. Acessado em: 23 de setembro de 2012> Disponível em: < www.ipea.gov.br>.

Lamare, R. A. (2005). Grávida e o Bebê: da concepção ao parto. Rio de Janeiro: Ediouro, 2005.

Maldonado, M. (2005). Psicologia da Gravidez. Petrópolis: Vozes.

Nagahama, E. E. I. & Santiago, S. M. (2005). A institucionalização médica do parto no Brasil. *Ciência e Saúde Coletiva,* 10(3), 651-657.

Neto, F. R. G. X., Leite, J. L., Fuly, P. S. C., Cunha, K. O., Clemente, A. S., Dias, M. A. S. & Pontes, M. A. C. (2008). Qualidade da atenção ao pré-natal na Estratégia Saúde da Família em Sobral, Ceará. *Revista Brasileira de Enfermagem, 61(*5), 602-620.

Pichon-Rivière, E. (1998). O processo grupal. São Paulo: Martins Fontes.

Sanchez-Vidal A. (1991). Psicología Comunitaria: Bases conceptuales y operativas. Métodos de intervención. Barcelona: PPU.

Recebido em outubro de 2013 **Aceito em maio de 2014**

Cleber Lizardo de Assis: Mestre em Psicologia/PUC-MG, Professor das Faculdades Integradas de Cacoal – UNESC/RO; Doutorando em Psicologia, USAL/AR.
Bruna Angélica Borges: Graduanda em Psicologia, Faculdades Integradas de Cacoal – UNESC/RO.
Luana Sampaio Souza: Graduanda em Psicologia, Faculdades Integradas de Cacoal – UNESC/RO.
Tatiane dos Santos P. Mendes: Graduanda em Psicologia, Faculdades Integradas de Cacoal – UNESC/RO.

Endereço para contato: kebelassis@yahoo.com.br

Estudo correlacional sobre diferentes perfis de estratégias de coping de acordo com os traços de personalidade

Tuani Bertamoni
Guilherme Ebert
Vinícius Guimarães Dornelles

Resumo: O conceito de *coping* é caracterizado pela forma na qual o sujeito lida com uma situação de estresse, e é notório que características de personalidade podem influenciar no padrão de manejo de problemas. Assim, o objetivo deste estudo foi de correlacionar perfis de personalidade e estratégias de *coping*. Participaram desta pesquisa 50 homens, com idade entre 18 e 50 anos. Foram aplicados os instrumentos: Bateria Fatorial de Personalidade (BFP) e a Escala de Modos de Enfrentamento de Problemas (EMEP). Os resultados encontrados foram de correlação direta para o traço de neuroticismo referente à estratégia de *coping* focado na emoção; também diante desta estratégia, foi encontrada correlação inversa com o traço de socialização. Correlacionaram-se positivamente os traços de socialização e realização com as estratégias focadas no problema e na busca pelo suporte social, além de correlação positiva entre o traço de extroversão e a busca pelo suporte social.
Palavras-chave: Teoria dos Cinco Grandes Fatores; Coping; Personalidade.

Correlational study of different profile of coping strategies according to personality traits

Abstract: The concept of coping is characterized by the way in which a person deals with a stressful situation, and it is well accepted that personality features can influence the pattern of problems management. Therefore, the objective of this study was to correlate personality profiles and coping strategies. 50 men aged between 18 and 50 years of participated in this research. The following instruments were used: Battery of Personality Factor (BPF) and the Scale of Coping Modes (SCM). The results found were direct correlation for the neuroticism trait and the coping strategy focused on the emotion; also, related to this strategy, an inverse correlation was found with the socialization trait. The socialization and realization traits were positively correlated with the strategies focused on the problem and social support seeking, and also there was positive correlation between the extroversion trait and social support seeking.
Keywords: Big Five Theory; Coping; Personality.

Introdução

Os estudos relacionados aos tipos de personalidade ao longo da história, tentam elucidar quais são as características que todos temos em comum, bem como aquelas que nos diferenciam. Dessa forma, é notório que este estudo nos demonstra uma série de variáveis que podem estar relacionadas com a forma que lidamos com os nossos problemas. Nesse ínterim, observa-se que é de fundamental relevância o estudo da relação entre as estratégias de *coping* e os estilos de personalidade. E, justamente, pela relevância do estudo da interação entre essas temáticas que o objetivo deste estudo foi o de correlacionar perfis de personalidade – mensurados através da Bateria

Fatorial de Personalidade, BFP, (Hutz, Nunes & Nunes, 2010) – e estratégias de *coping* (avaliadas através da Escala de Modos de Enfrentamentos de Problemas, EMEP, – Seidl, Tróccoli & Zannon, 2001) em adultos jovens do sexo masculino. A teoria dos Cinco Grandes Fatores da Personalidade, originada da teoria do traço de Cattell, é visto atualmente como um modelo amplamente utilizado para auxílio no trabalho relacionado à mensuração da personalidade (Campbell, Hall & Lindzey, 2008). Três principais áreas originaram o modelo dos cinco fatores: 1- análise fatorial de termos linguísticos relacionados com traços, 2- pesquisas interculturais que testavam a universalidade das dimensões dos traços, e 3- correlação de questionários de traços juntamente com outros questionários.

Considerando-se assim, em 1981 Goldberg revisou o trabalho de autores como Gordon Allport, que defendia a ideia de que os comportamentos das pessoas se davam de acordo com a cultura na qual viviam. O autor definiu como traços unidades determinantes da personalidade que podem ser modificada conforme o ambiente que o indivíduo se insere. Após, Eysenck deu continuidade aos estudos de Allport definindo a personalidade em uma divisão de três categorias: introversão/extroversão, neuroticismo e psicotismo. Os resultados da revisão de Goldberg (1981) levaram a possibilidade de abranger os fatores da personalidade em cinco dimensões (Gazzaniga & Heatherton, 2005) e (John & Lawrence, 2004).

Com base nestes estudos, temos os cinco fatores, assim resumidos na tabela 1, de acordo com o Manual da Bateria Fatorial de Personalidade (Hutz, Nunes & Nunes, 2010):

Tabela 1 – Descrição das características dos traços de personalidade.

Traços	Pontuação Elevada	Pontuação Baixa
Neuroticismo	Tendência a serem sensíveis, nervosos, impulsivos, e a ter uma visão negativa acerca de suas experiências cotidianas.	Tendência a serem emocionalmente calmos e estáveis
Extroversão	Define os indivíduos extrovertidos como pessoas ativas, empolgadas, sociáveis e expressivas.	Os introvertidos tendem a serem mais retraídos, tímidos, quietos e reservados.
Socialização	Pessoas com capacidade de serem hábeis socialmente, afetuosas, confiáveis, cooperativas.	Tendem a hostilidade, a serem rudes, egoístas, e egocêntricos, não se preocupando muito com o bem estar de outras pessoas, priorizando seus atos para beneficiarem a si mesmos.
Realização	Pessoas responsáveis, organizadas, honestas e perfeccionistas.	Tendência à impulsividade, além de negligencia, irresponsabilidade e descuido nas atividades realizadas.
Abertura	Tem como características serem pessoas flexíveis, com capacidade criativa, além de interesse por discussões filosóficas.	Tendência à rigidez e conservadorismo em suas crenças e atitudes, além de menor resposta referente a emoções.

Através desta teoria e os avanços neste campo de estudo, há a hipótese de os fatores de personalidade estarem diretamente relacionados ao modo com o qual os indivíduos lidam com o estresse (Tomaz, 2008). As pessoas, de uma maneira geral, apresentam diferentes estratégias para lidar com situações estressoras (atitudes, vontades, percepções, e emitindo pensamentos frente a essas situações). Tais estratégias não são desenvolvidas apenas por bases genéticas, mas também, por fatores socioambientais ao longo do desenvolvimento (Carver & Connor-Smith, 2009).

A capacidade de o indivíduo lidar com o estresse é caracterizada pelo termo *coping*, o qual determina as estratégias de enfrentamento que o indivíduo utiliza nos mais variados contextos estressores de sua vida. (Lazarus & Folkman, 1984).

Para melhor compreensão do processo de *coping*, é necessário avaliar o perfil do indivíduo e o manejo que está utilizando diante de determinado problema. Por sofrer várias transformações ao longo das mudanças ambientais, juntamente com as modificações do indivíduo em si, o ato que foi usado como manejo para um determinado evento estressor pode não se aplicar novamente a outro. Sendo assim, são destacadas a percepção e a representação cognitiva do manejo realizado e a reavaliação do problema, devido às alterações de contextos cotidianos (Krum & Bandeira, 2008).

Necessidades pessoais, como fatores da personalidade, podem influenciar a forma de reação das pessoas frente a situações adversas, podendo começar ainda na infância. Portanto o modo como o sujeito enfrenta determinadas situações estão associadas a traços da personalidade do indivíduo. Sendo assim, ocorre uma reciprocidade na interação da pessoa e do ambiente no qual vive, de modo que, a personalidade influencia a formação de comportamentos perante determinadas formas de respostas e objetivos apresentadas em cada situação. (Gazzaniga & Heatherton, 2005).

Dessa forma, torna-se importante pensar na relação que possivelmente exista entre coping e resiliência, uma vez que o desenvolvimento das estratégias de coping possam afetar o desenvolvimento da resiliência. Assim sendo, é de fundamental importância conceitualizar adequadamente tanto a resiliência quanto o coping.

O conceito de resiliência versa sobre a capacidade a qual as pessoas teriam de emitirem respostas com objetivos definidos e como uma estratégia para atingi-lo no decorrer de uma situação que envolva risco. Ou seja, significa a habilidade em conseguirmos nos manter vinculados a objetivos apesar de estarmos envolvidos em situações aversivas, conseguindo, dessa forma, manter-se adaptada ao contexto que está sendo vivenciado (Legal, Machado & Taboada, 2006).

Já o conceito de *coping,* segundo Lazarus e Folkman (1984), envolve a ideia de que as pessoas possuem duas formas de enfrentar e avaliar um problema: *coping* focado na emoção e *coping* focado no problema. O *coping* focado na emoção consiste em evitar o problema com respostas emocionais. Aliviar a tensão através de comportamentos como comer, chorar, ou gritar são exemplos de manejos para diminuir a dimensão da situação estressora em questão (Carver; Connor-Smith, 2009). Já nos modos de avaliação do problema, na avaliação primária, o sujeito analisa e

reconhece se é uma situação ameaçadora. A avaliação secundária é aquela na qual o individuo escolhe estratégias disponíveis para resolução daquele problema tendo ações distintas diante dos problemas apresentados, o que pode estar influenciado pelos seus traços de personalidade. (Diniz, 2009).

Segundo o modelo de Lazarus e Folkman (1980), o desenvolvimento dessas ações para enfrentamento dos problemas envolvem quatro tipos de recursos: 1) é entre o sujeito e o ambiente que ocorre uma inteiração mútua contribuinte para o desenvolvimento do *coping*; 2) define-se por função do coping resolver e se adaptar a situação geradora de estresse; 3) dentro do processo de coping supõe-se que o sujeito conseguiu reconhecer, entender e obter uma representação cognitiva da situação em questão; e por último, 4) que se refere ao processo de *coping* como uma reação a partir de esforços físicos e cognitivos para manejo de seus problemas (Antoniazzi, Bandeira & Dell'Aglio, 1998).

Referente a busca de apoio social como estratégia de *coping* para enfrentamento de problema, observa-se que a rede de apoio social é considerada um fator de proteção e de promoção de saúde. Essa também pode ser de grande auxilio no enfrentamento de situações de estresse, doenças crônicas ou vulnerabilidade social ou física (Gonçalves, Bandeira & Piccinini, 2011).

Diversos estudos (como os de Eschenbeck, Kohlmann & Lohaus, 2007) indicam que alguns fatores como sexo, gênero, idade e personalidade podem influenciar na escolha de determinadas estratégias de *coping* focadas no problema, na emoção, na busca de suporte social e na busca por suporte através de crenças religiosas (Diniz & Zanini, 2010). Através da teoria dos cinco fatores da personalidade podemos avaliar o perfil do sujeito, em que é feita a analise de como os eventos estressores afetam aquele tipo de perfil. Além disso, a maneira como este indivíduo lida com o enfrentamento do mesmo também pode ser avaliada, sendo possível relacionar os comportamentos que estariam ligados à saúde mental e física (Tomaz, 2008). Diferentes traços de personalidade podem facilitar ou dificultar diferentes formas do individuo se expressar e se portar socialmente, além de intervir no modo como o sujeito lida com as suas variáveis estressoras (Bueno, Oliveira & Oliveira, 2001).

Método

Trata-se de um estudo de caráter quantitativo, descritivo e correlacional. Participaram do estudo 50 homens, entre 18 e 50 anos com M= 27,82 (DP= 9,21), de diferentes cidades do estado do Rio Grande do Sul. A amostra foi escolhida por conveniência. A escolha de ter apenas homens na amostra se dá pela baixa quantidade de estudos que evidenciam a relação entre a variável sexo e as variáveis perfil de personalidade e estratégias de *coping*. Dessa forma, optou-se por um controle dessa variável, utilizando somente população masculina para que não ocorresse uma influência de uma possível variável interveniente no estudo.

Foram aplicados os seguintes instrumentos: Bateria Fatorial de Personalidade (BFP), Escala de Modos de Enfrentamento de Problemas (EMEP) e um questionário de dados sociodemográficos. Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

O BFP (Bateria Fatorial de Personalidade) trata de avaliar a personalidade segundo o modelo dos Cinco Grandes Fatores. Constituído por 126 itens, onde cada indivíduo responde de acordo com a situação a qual considera mais adaptativa ao seu cotidiano ou não, em uma escala do tipo Likert de sete pontos. Os dados psicométricos do instrumento, referentes à estrutura fatorial e à consistência interna apresentam alfas de Cronbach de 0,89 para o fator neuroticismo; 0,84 para extroversão; 0,85 para socialização; 0,83 para realização e alfa de 0,74 para o índice de abertura para experiências (Hutz, Nunes & Nunes, 2010).

A Escala Modos de Enfrentamento de Problemas (EMEP) versão adaptada para o português por Gimenez e Queiroz (1997) e validada por Seidl, Tróccoli e Zannon (2001) é constituída por uma escala tipo Likert de cinco pontos, com 45 itens dividido em quatro fatores: fator 1 – *coping* focado no problema ($\alpha = 0,84$); fator 2 – *coping* focado na emoção ($\alpha = 0,81$); fator 3- *coping* focado na busca pelo suporte religioso/ pensamento fantasioso ($\alpha = 0,74$) e fator 4 – *coping* focado na busca pelo suporte social ($\alpha = 0,70$) (Silva, 2005).

O projeto de pesquisa para este trabalho foi submetido ao comitê de ética da instituição de ensino Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS), obtendo a aprovação sob o número de protocolo 12/072.

Resultados

Apresentação dos dados descritivos inferenciais

Na tabela 2 encontram-se os resultados sociodemográficos referentes aos seguintes dados: escolaridade, situação ocupacional, estado civil, procedência, com quem reside e nível socioeconômico segundo IBGE. Apenas 5% da amostra total desta pesquisa responderam que atualmente fazem uso de algum tipo de medicação, como Omeprazol, Clonazepan, Isotretinoína, Escitalopram e Sinuastatina. Quanto ao uso de drogas atual 8% admitiram utilizar algum tipo de substância como cigarro, maconha e cocaína e apenas 1% afirmaram utilizar analgésicos como fonte de droga.

Tabela 2 – Dados sociodemográficos (n=50).

		Frequência	**Porcentagem**
Escolaridade	E.F. Incompleto*	3	6%
	E.F. Completo	3	6%
	E.M. Incompleto*	12	24%
	E.M. Completo	5	10%
	E.S. Incompleto*	20	40%
	E.S. Completo	6	12%
	Pós-Graduação	1	2%

		Frequência	Porcentagem
Situação Ocupacional	E. Carteira Assinada*	34	68%
	E. S. Carteira Assinada*	4	8%
	Profissional Liberal	4	8%
	Autônomo	4	8%
	Estudante	2	4%
	Empresário	2	4%
Estado Civil	Solteiro	36	72%
	Casado	9	18%
	Separado	1	2%
	Divorciado	2	4%
	União Estável	2	4%
Procedência	Porto Alegre	2	4%
	Grande POA	1	2%
	Interior	46	92%
	Outros Estados	1	2%
Reside Com	Sozinho	7	14%
	Pais	26	52%
	Cônjuge	7	14%
	Familiares	9	18%
	Outro	1	2%
Nível Socioeconômico	Classe A	7	14%
	Classe B	32	64%
	Classe C	11	22%

*Ensino Fundamental *Ensino Médio *Ensino Superior *Emprego com *Emprego sem

Apresentação dos dados estatísticos inferenciais

Com o objetivo de avaliar a existência significativa nas pontuações médias entre as variáveis dos instrumentos EMEP e BFP, utilizou-se a análise de correlação de *Pearson*. Como pode ser visualizado na tabela 3, o fator 2 da EMEP, que corresponde ao *coping* focalizado na emoção correlacionou-se positivamente com o fator neuroticismo do BFP.

Houve correlação significativa inversa do fator 2 da EMEP com o traço de socialização do BFP. Indicando que há uma tendência contrária, ou seja, quanto maior for o índice de socialização do indivíduo, menor será a tendência de utilizar a estratégia de enfrentamento focada na emoção.

Correlacionaram positivamente, o fator 4 da EMEP e o traço de personalidade correspondente a extroversão. O fator 4, refere-se a busca de suporte social, como medida de estratégia de enfrentamento de problemas. Houve também, correlação com o fator 4, o fator 1 da EMEP, que corresponde ao *coping* focado no problema. Ambas estratégias correlacionaram entre si, e com os traços de personalidade socialização e realização do BFP.

Tabela 3 – Correlações entre os fatores da escala BFP com os fatores da escala EMEP:

	EMEP1	EMEP2	EMEP3	EMEP4
Neuroticismo	-0,274	0,370**	0,054	-0,011
Socialização	0,293*	-0,289*	0,206	0,284*
Extroversão	0,189	0,224	0,093	0,328*
Realização	0,322*	-0,196	0,139	0,340*
Abertura	0,139	-0,250	-0,229	0,169

*p<0,05 **p<0,01

Discussão dos resultados

Os resultados da presente pesquisa indicaram correlações significativas entre os traços de personalidade da Bateria Fatorial de Personalidade (BFP) e da Escala de Modos de Enfrentamento de Problemas (EMEP). De acordo com as análises apresentadas na tabela 3, o *coping* focado na emoção (fator 2 da EMEP) correlacionou positivamente com o traço neuroticismo do BFP. O que indica que as pessoas com alto escore do fator Neuroticismo em sua personalidade, tendem a fazer uso diante de um evento estressor da estratégia de enfrentamento focada na emoção. O neuroticismo corresponde a pessoas com traços de baixa autoestima, tendência a ter uma percepção negativa acerca das situações, ser vulnerável e instável emocionalmente (Hutz, Nunes & Nunes, 2010).

Ainda segundo Hutz, Nunes e Nunes (2010), de acordo com o Manual Técnico da Bateria Fatorial de Personalidade, nas subescalas do fator Neuroticismo, escores obtidos como muito altos na escala de vulnerabilidade, implicam na fragilidade emocional das pessoas. A escala, relacionada a altos escores, indica perfis com tendência a ter baixa autoestima, e ter medo do abandono, por amigos e demais pessoas próximas. A impulsividade e a desmotivação por realização de tarefas também está implícita nas demais subescalas que compõem este fator. Os autores ainda trazem que estudos realizados por Widiger e Trull (1992, 2002 apud Hutz, Nunes e Nunes) associam a escala de Neuroticismo com os transtornos da personalidade *borderline*, esquiva e dependente.

De acordo com Oliveira (2009), em pesquisa sobre correlação de transtornos da personalidade e estratégias de *coping*, foi comprovado que transtornos da personalidade como esquiva, dependente e passivo-agressivo, possuem maior propensão a utilizarem de estratégias de enfrentamento focadas na emoção. Isso pode justificar o fato de pessoas com alto índice de neuroticismo, tendem a utilizar as estratégias do *coping* focado na emoção. Segundo a autora, a estratégia focada na emoção, consiste em uma leitura negativa do ambiente e do contexto do problema ao qual estão inseridos. Utilizando assim, de estratégias de enfrentamento disfuncionais relacionadas a visões de ameaça sobre seus problemas, como perspectiva de alívio do estresse emocional.

A estratégia de enfrentamento focada na emoção condiz com o sujeito afastar o problema, com respostas emocionais. Indivíduos com este perfil, quando estão diante de um problema, tendem a ter pensamentos negativos, podendo culpar a si mesmo ou

a outra pessoa pelo problema, esquivarem e evitarem a situação causadora do estresse. Segundo Bueno e Miguel (2011), em um estudo correlacional sobre habilidades sociais e estratégias de enfrentamento, a única estratégia que não correlacionou positivamente com habilidades sociais de autoafirmação, foi o *coping* focado na emoção. Segundo os autores, o enfrentamento focado na emoção, pode estar relacionado à dificuldade de estar resolvendo problemas, assim como, dificuldade nos relacionamentos interpessoais, surgindo como uma falta de habilidade social para lidar com problemas.

O dado de correlação inversa referente ao *coping* focado na emoção e o traço de socialização do BFP, pode ser interpretado, de forma que, pessoas com índices altos no fator de socialização tendem a acreditar no lado positivo das situações. Além de confiar nos demais, são leais e são propensos a se preocuparem e ajudarem o próximo. Segundo Reeve (2006), as emoções são compostas por duas funções: socialização e estratégias de enfrentamento. Sendo assim, as emoções desencadeiam papel fundamental nas atitudes que a pessoa tem diante de uma situação de estresse, além de serem responsáveis, pela forma a qual o indivíduo se adapta a estas situações.

Em contrapartida, sujeitos com baixo índice de socialização tendem a serem hostis, desconfiados, e focarem suas ações em prol de seu próprio benefício, tendo poucos amigos ou pessoas com quem tem intimidade. Por tanto, a propensão de usar o *coping* focado na emoção é maior para quem possui baixo escore no fator socialização em sua personalidade, do que pessoas que tem estes traços com escore altos e definidos como descritores de seu perfil.

Saklofske *et al*. (2007), em seu estudo correlacional entre personalidade e *coping*, também utilizando como instrumento de avaliação o BFP, confirma que, o *coping* focado no problema correlacionou-se com altos índices de extroversão e comunicação, e baixos índices de neuroticismo. Referente ao *coping* focado na emoção foi constatado que, os índices de extroversão e comunicação são baixos, ao mesmo tempo em que, os de neuroticismo, elevam-se, para manejo desta estratégia de enfrentamento.

De acordo com Gonçalves e Murta (2008) as habilidades sociais presentes no comportamento cotidiano das pessoas, são fortalecedores de reforços positivos sociais. Além de tornar o convívio mais agradável, faz com que o indivíduo, tenha respeito com o próximo e estabeleça amizades. Segundo pesquisa feita sobre habilidades sociais e traços de personalidade (Bueno, Oliveira & Oliveira, 2001) o autocontrole da agressividade em situações de estresse, obteve correlação positiva com o traço de socialização. Além disso, em situações que demandavam maior expressão de afetos positivos, pessoas com altos escores de socialização e baixos em neuroticismo, tendem a ter maior capacidade de se expressarem, criando uma boa impressão acerca de si perante aos outros, evitando demandar algum tipo de conflito.

Em resultado de estudo sobre habilidades sociais e aceitação e rejeição em pares universitários, foi constatado que o índice de agressividade presente na população masculina desta amostra, foi responsável pelo maior índice de rejeição para os homens (Bartholomeu *et al.*, 2012). Referente a habilidades sociais segundo Gazzaniga e Heatherton (2005), as expressões faciais são facilitadoras de comportamentos assertivos. O modo assertivo de expressar como o individuo se sente diante de diferentes situações, pode funcionar como um facilitador social.

As emoções apresentadas em situações de estresse funcionam como uma forma de ativar os mecanismos de adaptação. Sendo assim, o estresse objetiva localizar a emoção causada pelo problema, ativando uma resposta emocional diante dele que acaba por gerar uma ação frente à situação estressora, podendo ser adaptativa ou não ao contexto situacional (Dias, 2011), (Faro & Pereira, 2012) e (Saudino & Wang, 2011). Sendo assim, após a avaliação do estimulo recebido diante de um problema, a valência afetiva estimula as nossas habilidades adaptativas para lidar com estresse (Faro & Pereira, 2012).

Pessoas ansiosas, quando diante de situações de estresse, tendem a prestar maior atenção nos sintomas físicos, como sudorese, taquicardia, tremores, por exemplo. Muitas vezes, somente as alterações fisiológicas bastam para que o indivíduo venha a emitir sinais de alerta, e fazer uma leitura negativa do ambiente em que está inserido, gerando uma resposta de ansiedade. Caracteriza-se por regulação emocional, essa alteração acerca dos sintomas fisiológicos e das distorções cognitivas, apresentadas diante dessas situações (Santos, 2005).

Como resultado de estudo sobre resiliência e controle do estresse em juízes e servidores públicos, a regulação emocional destacou-se como um dos mais influentes fatores de proteção (Lipp & Oliveira, 2009). Nesse sentido, resiliência é a capacidade do sujeito de se adaptar rapidamente a situações de adversidades, a qual está relacionada com o conceito de *coping,* que é a forma como o sujeito enfrenta o problema. No *coping* é ressaltada a maneira que o individuo lidou com a situação de estresse. Enquanto na resiliência é focado o resultado de como o indivíduo se sobressaiu diante do problema, propiciando que o indivíduo mantenha suas características, mesmo após passar por uma situação de conflito. Podendo ser vista como um traço da personalidade, *coping* e resiliência são processos relacionados e direcionados para situações de estresse (Legal, Machado & Taboada, 2006).

Conforme o sujeito resiliente vai superando suas dificuldades, também vai deixando de lado alguns dos auxílios positivos aos quais possui. Então, a resiliência se destaca como um importante fator de proteção para propiciar melhor adaptação do indivíduo diante de necessidades diárias (Pedromônico & Sapienza, 2005). Através de uma situação de estresse, a resiliência se enquadra na capacidade de lidar e atribuir um novo significado a situações de adversidade, de modo que o estressor deixe de ser visto como tal (Legal, Machado & Taboada, 2006). Sendo assim, podemos associar o *coping* como um dos possíveis fatores de promoção de resiliência, onde prevalece em contextos situacionais dificeis de serem alterados, e onde a capacidade de modificação externa é mínima (Barlach, Limongi-França & Malvezzi, 2008).

O *coping* focado na busca por suporte social (fator 4 da EMEP) correlacionou positivamente com o traço de extroversão do BFP. Indicando que, pessoas extrovertidas tendem a ser mais ativas, procurarem ativamente contato social, além de serem responsivas e sensíveis às experiências que ocorrem no seu cotidiano. Diante disso, indivíduos com essa característica de perfil, tendem a possuir uma rede de apoio social ampla e a utilizar da estratégia de busca por suporte social ao nível de estratégia de enfrentamento.

Em um estudo sobre habilidades sociais e estratégias de enfrentamento, o *coping* focado no problema, pode funcionar como reconhecimento e aceitação das situações em

que são expressos sentimentos e percepções positivas, que podem facilitar ou fortalecer a capacidade de comunicação e das pessoas se relacionarem (Bueno & Miguel, 2011). Além disso, segundo Susan Folkman e Judith Moskowitz (2000), o uso do pensamento positivo, pode ser considerado também como estratégia de enfrentamento, podendo ajudar na aceitação e resolução de problemas.

Correlacionaram também de forma positiva os fatores 1 e 4 da EMEP e os traços de socialização e realização. O fator 1 refere-se ao *coping* focado no problema que, condiz com o sujeito ter capacidade de enfrentar e aceitar determinada situação. A relação com a busca de apoio social (fator 4 da EMEP), pode ser justificada pelo fato de que admitir e enfrentar o problema, condiz com a descrição do traço de realização do BFP, onde implica ambição, organização e capacidade para atingir metas.

Ainda referente às correlações positivas dos traços de realização e socialização, a estratégia de *coping* focada na busca por suporte social, indica que pessoas com alto escore destas escalas, tendem a estar se relacionando com outras pessoas para obter alivio emocional. Assim como, obter maior informação sobre o problema em questão, e estar agindo para minimizar o sofrimento emocional, diante dele. Pessoas com alto índice de socialização estão propensas a confiarem nos demais, dificilmente viabilizando más intenções, além de enfatizarem o lado positivo acerca das situações. De acordo com estudo realizado por Silva (2005), sobre o processo de enfrentamento no período de pós-tratamento do câncer de mama, o fator busca por suporte social da EMEP, é dividido em três tipos. Busca ativa por apoio emocional; medida a qual a pessoa deseja apoio de outras pessoas e a preocupação com espaços onde possa liberar as emoções presentes diante de uma situação de estresse.

A estratégia de enfrentamento focada na busca de suporte social, segundo Oliveira (2009), seria uma forma de já estar enfrentando o problema. Isso pode justificar a correlação positiva do fator 1 e do fator 4 da EMEP, onde indica que em pessoas com alto escore desta escala em seu perfil, tendem a buscar suporte social para enfrentar seus problemas. Confiando facilmente nos demais, talvez seja mais fácil, a busca de outras pessoas para conversar e pedir ajuda, ocasionando alívio emocional, ou até mesmo resolução frente ao problema.

Ainda referente ao estudo de Oliveira (2009), os transtornos da personalidade que correlacionaram com a estratégia focada na interação social, foram o transtorno da personalidade histriônica, e igualmente o transtorno da personalidade passivo-agressivo (também correlacionado em maior propensão a utilização de estratégias focadas na emoção). Além disso, constatou-se nesta mesma pesquisa, que a estratégia de *coping* referente à busca de apoio social, consiste na inteiração de pessoas do seu circulo social, para alivio da situação de estresse.

A técnica de resolução de problemas também é considerada como uma estratégia de *coping*. Predispondo de um planejamento frente a quadros de estresse, o indivíduo modifica suas ações diante do problema, resolvendo a situação e lidando com pressões sociais e ambientais. Ocasionando assim, a diminuição ou eliminação do evento estressor (Damião *et al*., 2009). Em pesquisa correlacional entre bem estar psicológico e inteligência emocional, foi constatado que pessoas altamente motivadas para lidar com situações de dificuldade, possuem elevados senso de crescimento pessoal, de propósito

de vida e de controle sobre o ambiente. Pessoas assim tendem a ter maior ação diante de problemas (Neri & Queroz, 2005).

Não obtivemos correlações significativas entre a estratégia de busca por suporte religioso/ pensamento fantasioso e os traços de personalidade do BFP. O que pode vir a estar relacionado com a idade e o gênero desta amostra. Onde prevalece uma população mais jovem para esta amostra de estudo, com M= 27,82 (DP=9, 21). Em um estudo realizado com homens e mulheres e estratégias de enfrentamento diante do HIV (Seidl, 2005), foi constatado que a busca por práticas religiosas como estratégia de *coping*, esteve mais relacionada com as respostas dadas por mulheres, e com pessoas de níveis de escolaridade mais baixas, do que por homens que participaram da pesquisa em questão.

Considerações finais

Este estudo analisou as relações existentes entre estratégias de *coping* e traços de personalidade, encontrando evidencias importantes, para melhor compreensão do psiquismo humano. As correlações positivas entre o traço de neuroticismo e a estratégia de *coping* focada na emoção afirmam que pessoas de baixa autoestima, e com tendência a evidenciar maior leque de emoções negativas do que positivas, são mais propensas a evitar o problema ao invés de enfrentá-lo. Tal estratégia condiz com o traço aqui descrito, onde pessoas com perfis de alto escore no traço neuroticismo tendem a impulsividade.

A única correlação inversa que este estudo obteve foi a do traço de socialização com o *coping* focado na emoção. O que nos leva a pensar que, as estratégias de evitar o problema, ou agir com impulsividade diante dele, referem-se ao fato do indivíduo não ser sociável, podendo levar até a um déficit de habilidades sociais. Referente à correlação positiva desta estratégia, com o traço de neuroticismo, tal estratégia justifica a descrição deste perfil, onde pessoas com alto índice de neuroticismo vivenciam mais emoções negativas, fazendo uma leitura ameaçadora dos contextos em que estão inseridas. A probabilidade de altos índices de neuroticismo estar relacionada a afetos negativos, déficit de habilidades sociais, e evitação diante do problema fica implícita neste estudo. Abrindo sugestões para novas pesquisas a respeito da influencia de emoções e afetos negativos no traço de neuroticismo, assim como na estratégia de enfrentamento focalizada na emoção e na falta de habilidade social que pode estar inserida em ambos.

Como resultados deste estudo, obtiveram correlações significativas com traços de personalidade e estratégias de enfrentamento. Sugerem-se, estudos mais amplos como continuidade deste estudo, sobre como as emoções podem influenciar nessas estratégias de enfrentamento, na personalidade, e em como a presença, ou falta de habilidades sociais podem estar relacionadas em lidar ou esquivar-se dos problemas. Além de em como estilos de *coping*, podem estar inseridos em diferentes tipos de perfis, relacionados à personalidade.

Não foram obtidas correlações significativas com a estratégia de busca por suporte religioso/pensamento fantasioso (fator 3 da EMEP), com nenhum dos traços do BFP. Sugerindo que novos estudos possam ser explorados, a respeito desta estratégia de enfrentamento. Onde variáveis como idade, podem estar associadas aos resultados obtidos

neste estudo, onde obteve média de 27,82 (DP=9,21). Embora tenhamos resultados significativos diante das correlações apresentadas, a não correlação da estratégia de enfrentamento focada na busca por suporte religioso/ou pensamento fantasioso nos chamou a atenção. Recomenda-se uma população maior para estudo, e uma comparação desta pesquisa com uma amostra feminina, o que provavelmente obteria resultados diferenciados, do que a população masculina. A também não correlação entre o traço abertura de ideias com os fatores da EMEP pode igualmente, estar justificada devido a gênero, idade, e região da amostra executada.

Referências

Antoniazzi, A. S., Dell'Aglio, D. D. & Bandeira, D. D. (1998). O conceito de coping: uma revisão teórica. *Estudos de psicologia, 3*(2), 273-294.

Barlach, L., Limongi-Franca, A. C. & Malvezzi, S. (2008). O conceito de resiliência aplicado ao trabalho nas organizações. *Interam. J. Psychol*., *42*(1), 97-123.

Bartholomeu, D., Carvalho, L. F., Silva, M. C. R., Miguel, F. K. & Machado, A. A. (2011) Aceitação e rejeição entre pares e habilidades sociais em universitários. *Estud. Psicol*., *16*(2), 34-45.

Bueno, J. M. H. & Miguel, S. P. (2011). Habilidades sociais e estratégias de enfrentamento: um estudo correlacional. Artigo como base para trabalho de conclusão de curso. Acessado em: <20 de setembro de 2012> Disponível em: <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/a0578.pdf>.

Bueno, J. M. H., Oliveira, S. M. S. S. & Oliveira, J. C. S. (2001). Um estudo correlacional entre habilidades sociais e traços de personalidade. *Psico-usf, 6*(1), 43-51.

Campbell, J. B., Hall, S. H. & Llindzey, G. (2008). Teorias da personalidade. São paulo: artmed, 2008.

Carver, C. S. & Connor-smith, J. (2009). Personality and coping. *Annual review of psychology, 61*(3), 679-704.

Damião, E. B. C., Rossato, L. M., Fabri, L. R. O. & Dias, V. C. (2009). Inventário de estratégias de enfrentamento: um referencial teórico. *Rev. Esc. Enferm*., *43*(2), 1199-1203.

Dias, J. B. (2011) A influência do estresse na qualidade de vida do policial militar. Acessado em: 07 de novembro de 2012>. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10483/2993>.

Diniz, S. S. (2009). A influência dos traços de personalidade na escolha de estratégias de coping em adolescentes. Dissertação (mestrado em psicologia). Programa de pós-graduação em Psicologia da Universidade Católica de Goiás. Acessado em: < 04 de maio de 2012> Disponível em: <http://www.rcaap.pt/detail.jsp?id=urn:repox.ibict.brall:oai:ucg.br:596>.

Diniz, S. S. & Zanini, D. S. (2010). Relação entre fatores de personalidade e estratégias de coping em adolescentes. *Psico-usf, 15*(1), 162-189.

Eschenbeck, H.; Kohlman, C. W.; Lohaus, A. (2007) Gender diferences in coping strategies in children and adolescentes. *Journal of Individual Differences*, *28*(1), 18-26.

Faro, A. & Pereira, M. E. (2012). Estresse, atribuição de causalidade e valência emocional: revisão da literatura. *Arquivos brasileiros de psicologia, 64*(2), 216-239.
Folkman, S. (1984). Personal control and stress and coping processes: a theoretical analysis. *Journal of personality and social psychology*, *46*(1), 839-852.
Folkman, S. & Moskowitz, J. (2000). Positive affect and the other side of coping. *American psychologist*, *55*(6), 286-305.
Gazzaniga, M. S. & Heatherton, T. F. (2005). Ciência psicológica: mente, cérebro e comportamento. São paulo: artmed, 2005.
Gimenes, M. G. G. & Queiroz, B. (1997). As diferentes fases de enfrentamento durante o primeiro ano após a mastectomia. Em M. G. G. Gimenes & M. H. Fávero (Orgs*). A mulher e o câncer* (pp. 171-195). Campinas: Editorial Psy.
Goncalves, E. S. & Murta, S. G. (2008). Avaliação dos efeitos de uma modalidade de treinamento de habilidades sociais para crianças. *Psicol. Reflex. Crit., 21*(3), 81-102.
Goncalves, T. R., Pawlowski, J., Bandeira, D. R. & Piccinini, C. A. (2011) Avaliação de apoio social em estudos brasileiros: aspectos conceituais e instrumentos. *Ciênc. Saúde coletiva*, *16*(3), 132-156.
Goldberg, L. R. (1981) Language and individual diferences: the search for universals in personality lexicons. In L. Wheeler (ed.), Review of personality and social psychology: vol. 2 (pp. 141-165). Beverly Hills, CA: Sage
Hutz, C. S., Nunes, C. H. S. S. & Nunes, M. F. O. (2010). Bateria fatorial de personalidade (bfp). São paulo, SP: casa do psicólogo.
John, O. P. & Lawrence, A. P. (2004). Personalidade teoria e prática. São paulo: artmed, 2004.
Krum, F. M. B. & Bandeira, D. R. (2008). Enfrentamento de desastres naturais: o uso de um coping coletivo. *Paidéia, 18*(39), 69-88.
Lazarus, S. & Folkman, S. (1984). Stress, appraisal and coping. New york: Springer.
Legal, E. J., Machado, N. & Taboada, N. G. (2006). Resiliência: em busca de um conceito. *Revista brasileira de crescimento e desenvolvimento humano*, *16*(3), 112-134.
Lipp, M. E. & Oliveira, J. (2009). Resiliência e controle do stress em juízes e servidores públicos. *Acad. Paul. Psicol*, *29*(2), 151-172.
Neri, A. & Queroz, N. (2005). Bem-estar psicológico e inteligência emocional entre homens e mulheres na meia-idade e na velhice. *Psicol. Reflex. Crit*, *18*(2), 74-91.
Oliveira, D. S. (2009). Relações entre perfis cognitivos de personalidade e estratégia de coping em adultos. 2009. Dissertação (mestrado em psicologia). Programa de pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia.
Pedromonico, M. R. M. & Sapienza, G. (2005). Risco, proteção e resiliência no desenvolvimento da criança e do adolescente. *Psicol. Estud*., *10*(2), 22-51.
Reeve, J. (2006). *Motivação e emoção*. Rio de Janeiro: LTC.
Saklofske, D. H., Austin, E. J., Galloway, J. & Davidson, K. (2007). Individual difference correlates of health-related behaviours: prelimirary evidence for links between emotional intelligence and coping. *Personality and individual diferences*, *23*(42), 491-502.

Santos, S. A. (2005). Raciocínio emocional e regulação afetiva numa perspectiva desenvolvimental na infância. Dissertação (mestrado em psicologia). Programa de pós graduação em Psicologia da Universidade Federal de Uberlândia. Acessado em: <08 de novembro de 2012>. Disponível em: <http://www.webposgrad.propp.ufu.br/ppg/producao_detalhe.php?codigoproducao=53&posgraduacao=4>.

Seidl, E. M. F. (2005). Enfrentamento, aspectos clínicos e sociodemográficos de pessoas vivendo com HIV/aids. *Psicologia em Estudo, 10*(3), 421-429.

Seidl, E. M. F., Tróccoli, B. T. & Zannon, C. M. L. C. (2001). Análise fatorial de uma medida de estratégias de enfrentamento. *Psicologia: Teoria e Pesquisa, 17*(1), 225-234.

Saudino, J. K. & Wang, M. (2011). Emotion regulation and stress. *Journal of adult development, 18*(2), 59-73.

Silva, G. (2005). Processo de enfrentamento no período pós-tratamento do câncer de mama. Tese (mestrado em psicologia). Programa de pós-graduação em Psicologia da Universidade de São Paulo. Ribeirão preto.

Tomaz, R. (2008). Personalidade e coping em pacientes diagnosticados com transtornos alimentares e obesidade. Tese (mestrado em psicologia). Programa de pós-graduação em Psicologia da Universidade Católica de Goiás. Acessado em: <29 de abril de 2012>. Disponível em: <http://tede.biblioteca.ucg.br/tde_arquivos/11/tde-2008-11-21t131026z-523/publico/renata%20tomaz.pdf>.

Recebido em outubro de 2013 **Aceito em maio de 2014**

Tuani Bertamoni: Graduada em Psicologia pela Unisinos.
Guilherme Ebert: Especialista em Terapias Cognitivo-Comportamentais pelo INFAPA e Graduado em Psicologia pela Unisinos.
Vinícius Guimarães Dornelles: Mestre em Psicologia – na área de concentração de Cognição Humana – pela PUCRS, Especialista em Terapias Cognitivo-Comportamentais e Graduado em Psicologia pela PUCRS.

Endereço para contato: vinicius.dornelles@gmail.com

Mapeamento de competências administrativas e de gestão em uma fábrica de softwares no Distrito Federal

Gabrielle Cobucci
Francisco Antonio Coelho Junior
Cristiane Faiad

Resumo: O presente trabalho, de natureza empírica, objetiva identificar, por meio da percepção de gestores de áreas-meio, competências de natureza administrativa e de gestão que são necessárias ao desempenho das atribuições de determinado cargo ou área. Quanto ao método, este estudo é de natureza qualitativa, e foi desenvolvido em uma Empresa do ramo de engenharia de sistemas, localizada em Brasília. Os dados foram coletados presencialmente, por meio de entrevistas semiestruturadas com os gestores administrativos de áreas tática e estratégica. Identificou-se um conjunto de competências associadas a conhecimentos e habilidades relacionados ao planejamento/execução do desempenho por área de trabalho. Como limitação, verificaram-se dificuldades, por parte dos dirigentes, em identificarem as competências. Sugere-se que a Organização implemente ações de capacitação, inclusive para seus gestores, no sentido de implementarem uma cultura de apoio e suporte ao desenvolvimento de competências.
Palavras-chave: Competência Profissional; Comportamento Organizacional; Desempenho no Trabalho.

Competence administrative and management mapping in a software factory situated in Distrito Federal

Abstract: This empirical paper aims identify, considering the perception of managers of support areas, administrative and management competences that are necessary to perform the duties of a particular position or area. With regard to methodological procedures, this study, qualitative, was developed in a company of systems engineering, situated in Brasília. Data were collected by some personal interviews with tactical and strategically administrative managers. It was identificated some competences formed by skills and knowledge that are related with performance planning and working-out. As limitations there was some difficulty of the managers to describe the competences. It´s suggested the Organization implement some learning actions even for their managers aiming to deployment a culture of support and assistance to competences development.
Keywords: Professional Competence; Organizational Behavior; Performance at Work.

Introdução

No atual cenário do trabalho, as organizações passaram a implementar ações voltadas ao desenvolvimento contínuo de indivíduos e equipes no exercício das suas atribuições. Sendo o fator humano um dos aspectos mais fundamentais neste cenário, diagnosticar se ele detém as competências necessárias para o desempenho de suas atribuições se configura como fator relevante para auxiliar no gerenciamento da eficácia organizacional, visando atingir melhores resultados.

A ênfase nas tarefas, assim como nas estruturas organizacionais, já foi diferencial na história das organizações (Oliveira & Segatto, 2009). Buscava-se reduzir custos e aumentar

a produtividade, ou seja, a preocupação era voltada eminentemente para os ativos tangíveis da organização. Com o advento e consolidação da globalização e a preocupação com o desenvolvimento contínuo do fator humano no trabalho, as ações de gestão voltaram-se para as pessoas, organizações informais, comunicação, dinâmica de grupo, motivação e ênfase no cliente, dentre vários outros fatores tidos como intangíveis. Chegou-se à era das novas tecnologias da informação e do conhecimento (NTIC's) e, dessa forma, foi-se substituindo, concomitantemente, os fatores vistos como diferenciais competitivos em organizações. Nos dias atuais, as práticas gerenciais orientadas para o desenvolvimento de indivíduos e equipes, com foco na aprendizagem do trabalho, se tornam fatores de destaque diferencial competitivo (Coelho Jr. & Borges-Andrade, 2008).

Neste ínterim, a gestão por competências é uma prática gerencial que tem demonstrado resultados organizacionais positivos, como, por exemplo, o aumento da receita, a redução de custos, a otimização de processos, a agilidade na tomada de decisão, a diferenciação entre as outras empresas e melhor aproveitamento do conhecimento já existente (Bahry & Brandão, 2005). Este modelo de gestão visa à manutenção do equilíbrio entre as competências que a organização precisa para desempenhar suas tarefas e as competências que ela possui representadas e operacionalizadas por meio de seu capital humano.

Competências de gestão e de liderança veem sendo cada vez mais requeridas pelas organizações (Santos, Coelho Jr. & Faiad, 2011). Para Dutra (2004), tais competências são facilitadoras do desempenho, e são relacionadas ao provimento de suporte e apoio ao desenvolvimento das demais competências administrativas e de gestão relacionadas ao trabalho.

A gestão por competências se preocupa em preparar o indivíduo para o trabalho, e não para um trabalho em particular, de modo que ele esteja preparado para mudanças e transformações. Essa prática gerencial alinha a gestão de recursos humanos ao contexto e à estratégia da organização. Preocupa-se com os conhecimentos, habilidades e atitudes (CHA`s) que os funcionários devem reter visando melhores desempenhos e resultados organizacionais. Tem-se, assim, um ambiente organizacional, com incentivo à valorização da área de gestão de pessoas, que incentiva o desenvolvimento de programas de gestão por competências no trabalho esperando que se gere efeitos nos resultados individuais, das equipes de trabalho e da organização (Brandão, 2007).

Contudo, a literatura empírica sobre comportamento organizacional, referente ao mapeamento de competências, ainda está se consolidando. Verificam-se estudos (como Bahry & Tolfo, 2004; Brandão & Borges-Andrade, 2007; Dutra, 2004; Fleury & Fleury, 2004; Hipólito, 2001; Ruas, 2001) que já instrumentalizam o estudo de competências humanas no trabalho e seus efeitos nos resultados de performance. Novos estudos, aplicados ao contexto de organizações de natureza privada, são recomendados neste campo de atuação (Borges-Andrade, Coelho Jr & Queiroga, 2006). Como exemplo, o segmento de tecnologia tende a utilizar ferramentas de gestão voltadas à aquisição e expressão de competências no trabalho, posto que enfrenta mudanças em velocidade superior aos demais segmentos empresariais por razões lógicas. Diante disso, pode ser constatado que os funcionários desse ramo, mais que os de outros segmentos, devem estar em constante desenvolvimento para contribuírem à altura com a organização. Esta necessidade frente

ao condicionante mercadológico levou uma Empresa de engenharia de sistemas, objeto desse trabalho, a implementar a gestão por competências. Por meio do mapeamento de competências efetuado em algumas de suas áreas, avaliam e recrutam colaboradores, mas, esse mapeamento ainda não ocorreu em todos os cargos da Organização.

Isto posto, o presente trabalho objetiva mapear as competências administrativas e de gestão relacionadas ao desempenho funcional dos cargos das áreas de Marketing, Finanças, Recursos Humanos e Comercial de uma Empresa de engenharia de sistemas, visando um melhor gerenciamento empresarial e, consequentemente, melhores resultados. Este mapeamento será feito junto aos gestores das respectivas áreas, tidas como de apoio ou de suporte ao atingimento da missão e objetivos da Organização. Desta forma, trata-se de um mapeamento de competências técnicas para a atuação em equipes de áreas de apoio, realizado a partir da percepção dos gestores responsáveis pelos setores de apoio ou suporte.

Visa, assim, identificar insumos necessários à determinação ou reorientação das políticas de recursos humanos no que tange ao desenvolvimento de competências.

Revisão da literatura

Com a Revolução Industrial e o advento do *taylorismo-fordismo*, o termo competência foi incorporado, efetivamente, à linguagem organizacional. A partir da década de 1970, muitos autores procuraram criar definições próprias para o termo, chamando a atenção para variados aspectos da competência (Brandão & Borges-Andrade, 2007).

Com o tempo, a expressão passou a designar "o reconhecimento social sobre a capacidade de alguém se pronunciar a respeito de determinado assunto" e, mais tarde, passou a ser utilizada também para qualificar "o indivíduo capaz de realizar certo trabalho, de exercer eficientemente um dado papel" (Brandão & Guimarães, 2001, p. 9). A competência, segundo Fleury e Fleury (2001, p. 184), "é uma característica subjacente a uma pessoa que é casualmente relacionada com desempenho superior na realização de uma tarefa ou em determinada situação". De um ponto de vista histórico, a ideia de considerar a competência foi desenvolvida inicialmente, assim como a maior parte das inovações nos recursos humanos, no setor privado, onde a gestão por competências tinha por objetivo principal "assegurar melhor competitividade no meio concorrencial" (Hondeghem, Horton & Scheepers, 2006, p. 241).

Para Dutra, Hipólito e Silva (2000), responder o que é competência significa entrar em um confuso campo teórico, tendo em vista as tentativas de delimitação conceitual ao longo dos 30 anos passados. Segundo Bahry e Tolfo (2004), o termo competência tem assumido significados variados no cenário de trabalho, e alguns deles estão mais voltados para as pessoas, levando em consideração conhecimentos, habilidades e atitudes, e outros para as tarefas, que frisam os resultados. Ruas (2001) afirma, também, que existe uma imensa variedade de conceitos, contudo, conforme Bahry e Tolfo (2004), verifica-se a conotação geral de que o princípio das competências é orientado para os conhecimentos, as habilidades e as atitudes.

Já para Brandão e Borges-Andrade (2007), a competência é entendida não apenas como um conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes necessários para exercer certa atividade mas, também, como o desempenho expresso pela pessoa em determinado

contexto, em termos de comportamentos adotados no trabalho e realizações decorrentes. Bueno (1996) dá enfoque à tarefa e ao conhecimento, definindo competência como idoneidade, aptidão, rivalidade e capacidade para algo. Boog (1991, p.16) conceitua competência como capacidade, habilidade, aptidão e idoneidade. Fleury e Fleury (2001, p.188) definem competência como "um saber agir responsável e reconhecido, que implica mobilizar, integrar, transferir conhecimentos, recursos e habilidades, que agreguem valor econômico à organização e valor social ao indivíduo".

Ruas (2001) divide as competências em dimensões, a saber: competências organizacionais, aquelas essenciais à organização; competências funcionais, necessárias ao desempenho das áreas vitais da empresa; e competências individuais, que englobam a categoria de competências gerenciais e que são fundamentais nos processos de mudança, tendo em vista o papel da liderança, além de exercer uma importante função na mobilização das outras dimensões das competências. Neste trabalho, utilizar-se-á parte da definição de Ruas (2001) no estudo empírico das competências técnicas, definidas pelo autor como de natureza funcional ou proximais às tarefas do cargo.

Fleury e Fleury (2001) também tratam da distinção entre os tipos de competências. Em relação a competências organizacionais e individuais concordam com Ruas (2001), mas dispõem o conceito em níveis de análise: "no nível da pessoa (a competência do indivíduo), das organizações (as *core competences*) e dos países (sistemas educacionais e formação de competências genéricas).

Já Zarifian (1999) diferencia as competências em uma organização como sendo relativas a processos, no que concerne aos conhecimentos do processo de trabalho; técnicas, abarcando conhecimentos e habilidades específicos sobre o trabalho que deve ser realizado; sobre a organização, que se referem a ser capaz de organizar os fluxos de trabalho; competências de serviço, relacionadas à análise do impacto que o produto ou serviço terá sobre o consumidor final; e, por fim, competências sociais, referentes a saber ser, incluindo atitudes que sustentam os comportamentos das pessoas. O autor identifica três domínios destas competências, a saber: autonomia, responsabilização e comunicação. Noutra perspectiva, competências referem-se a "construções sociais, produzidas sobre modelos de organização ideais, que nunca foram testados na prática" (Hondeghem, Horton & Scheepers, 2006, p. 256). A construção de competências transformou-se, em uma prioridade das organizações focadas na competitividade, pois "permite alcançar a alta *performance* das pessoas por meio do desenvolvimento de características, como criatividade, iniciativa, empreendedorismo e capacidade de trabalhar em equipe" (Bahry & Tolfo, 2004, p. 52).

Em síntese, verifica-se que não existe consenso sobre o conceito de competências, mas pode-se destacar pontos de comum acordo entre os teóricos que abordam o tema. A maioria (como Bahry & Tolfo, 2004; Fleury & Fleury, 2001 e Ruas, 2001) aponta que as competências são divididas em conhecimentos, habilidades e atitudes, e que, se adquiridas e expressas pelos colaboradores, geram vantagem competitiva e agregam valor aos resultados organizacionais. Competências, assim, são um instrumental importante ao desenho de políticas de recursos humanos, gerando-se efeitos nos resultados.

Método

Esta pesquisa se caracteriza por ser de caráter exploratório-descritivo, baseada na abordagem qualitativa. Seus dados são primários, com recorte temporal transversal.

Este trabalho foi realizado no contexto de uma Empresa de tecnologia da informação situada em Brasília, constituída há 06 anos. A missão da Empresa consiste em desenvolver soluções de qualidade, que simplifiquem e melhorem processos de gestão nas organizações e experiências em TV Digital. Dessa forma, a Organização possui dois principais focos, a TV Digital e a Fábrica de Software, que se unem por meio de uma combinação de pesquisas em busca de novas tecnologias com a otimização de sistemas *web*. A qualificação técnica da Organização engloba fabricação de softwares, execução de projetos na área de tecnologia da informação e inovação.

A população de funcionários da Empresa objeto deste estudo consistia, à época de coleta de dados, em 27 pessoas, sendo que 22 estavam envolvidas unicamente com o segmento operacional (área técnica), e os 05 restantes eram gestores das áreas administrativas. Foram realizadas 05 entrevistas semiestruturadas com os gestores, lotados em áreas estratégicas e táticas à Organização e responsáveis diretos pelo planejamento de ações e políticas relacionadas ao programa de gestão por competências da Empresa. Os gerentes citados correspondem, também, à parte dos fundadores da Organização. Tais gestores atuam nas áreas de Marketing, Recursos Humanos, Finanças e Comercial, e um analista de Recursos Humanos, que é o único analista atual da Organização dentre as áreas administrativas. Dessa forma, pode-se dizer que essa pesquisa levou em consideração toda a área administrativa da referida Organização. Caracterizou-se, portanto, por ser uma amostra por conveniência, atrelada ao atendimento dos objetivos estabelecidos para este estudo.

Quanto aos participantes do estudo, as idades variaram de 24 a 26 anos, tendo a maioria deles, 60%, a idade de 25 anos. Quanto ao gênero e perfil de formação, 80% dos participantes eram do sexo masculino e graduados no curso de Ciências da Computação.

As entrevistas foram realizadas por meio da aplicação de um roteiro semiestruturado. As questões do roteiro foram elaboradas com base tanto na literatura da área quanto nos objetivos científicos de pesquisa. Ao todo foram realizadas oito questões, em que o pesquisador procurava identificar as atribuições dos respondentes, bem como as competências administrativas e de gestão que deveriam possuir para desempenhar, de forma eficaz, suas funções. Foram exemplos de questões: "Como fazer bem o seu trabalho? Quais são suas rotinas diárias e semanais? Cite um exemplos de legislações, normativos ou qualquer outro documento jurídico que você precisa acessar para desempenhar seu trabalho".

Procurou-se, ainda, identificar as habilidades e conhecimentos necessários à consecução das tarefas, além de ter sido solicitado a cada entrevistado que o mesmo relatasse incidente(s) crítico(s) ou dificuldade(s) que ele enfrentou no desempenho das funções, e o que ele fez para a resolução da(s) mesma(s). Este roteiro semiestruturado foi previamente validado com dois dos dirigentes da Organização, conhecedores da cultura organizacional e suas dimensões constitutivas. Todos os participantes da pesquisa também

foram informados sobre os objetivos deste trabalho e assinaram termo de consentimento livre e esclarecido sobre sua participação, espontânea.

A coleta de dados ocorreu por meio da aplicação individual de roteiro de entrevista semiestruturado. O local das entrevistas foi a sala de reuniões do próprio ambiente organizacional. As entrevistas levaram, em média, 45 minutos para serem realizadas, e foram digitadas pela própria pesquisadora à medida que as questões eram respondidas. A opção de escolha dos colaboradores que foram entrevistados se deu pela área de trabalho e natureza do cargo que desempenhavam, logo, foram entrevistados os funcionários ocupantes dos cargos gerenciais, de nível estratégico e tático, das áreas funcionais já citadas.

Importante frisar que, por ser uma Empresa de pequeno porte à época de coleta de dados, havia a necessidade de entrevistar o maior número possível de funcionários, considerando sua disponibilidade e mesmo seu interesse em participar deste trabalho. A coleta de dados por meio das entrevistas ocorreu nos meses de junho e julho do ano de 2010.

Os dados obtidos nas entrevistas foram interpretados por meio de análise de conteúdo, utilizando técnicas de Bardin (2009), por meio de análise temática e categorial. As informações foram tratadas de forma sigilosa e anônima.

Utilizaram-se as recomendações sugeridas por Fleury e Fleury (2001) para a formação das competências. Desta forma, se, por exemplo, os argumentos dos entrevistados referiam-se a normativos da área de recursos humanos, por exemplo, foram estabelecidos um verbo, uma condição e um critério para a formação da competência. Foram competências formadas, a título de exemplificação: "Organizar um processo de recrutamento e seleção de pessoal, adotando metodologia válida para tal a partir das demandas internas de cada área", "Aplicar conhecimentos sobre legislação trabalhista em momentos de movimentação (entrada e saída) de pessoal nesta organização, sem erro" e "demonstrar capacidade de planejamento e de organização, atendendo, de forma célere, as demandas que são vindas".

Resultados e discussão

A análise de conteúdo possibilitou a extração de informações que levaram ao mapeamento das competências técnicas ou funcionais necessárias ao bom desempenho das Áreas de Recursos Humanos, Marketing, Comercial e de Finanças no escopo da Empresa investigada. Estas competências serão descritas a seguir, segmentando-as pelas áreas de atuação.

Área de recursos humanos

No que se refere a esta Área, verificou-se que as principais atribuições e responsabilidades dizem respeito à organização dos processos de seleção e recrutamento, o gerenciamento do plano de competências, a elaboração de pesquisas de satisfação, a busca por ferramentas de comunicação e avaliação dos planos de remuneração e política salarial, bem como a definição das políticas de benefícios e a mediação de conflitos. Estes temas

de competências vão ao encontro do que Dutra, Hipólito e Silva (2000) e Ruas (2001) também descreveram, indicando transversalidade das mesmas ao profissional de RH.

Foram identificadas oito grandes competências administrativas e de gestão. Estas competências dizem respeito, em geral, ao planejamento e execução do processo de recrutamento e seleção, ao contínuo desenvolvimento da gestão por competências, ao estímulo à difusão da aprendizagem na organização, ao clima organizacional, ao nível de satisfação dos colaboradores e à comunicação. A primeira competência identificada está relacionada ao planejamento e a execução do recrutamento e da seleção de candidatos alinhados ao perfil desejado. Os conhecimentos exigidos para essa competência são referentes ao mercado e ao profissional de tecnologia da informação, além de saber utilizar eficazmente canais virtuais de atração, como *LinkedIn, Facebook e Twitter*, ao conhecimento das leis de trabalho e da relação com pessoas jurídicas.

As habilidades necessárias ao desempenho dessa competência dizem respeito à organização e execução de um processo seletivo, ao emprego de técnicas de recrutamento e seleção, à capacidade de mapear um perfil com base em descritores comportamentais e ao gerenciamento de currículos. Como a Empresa já implementou a gestão por competências, o desenvolvimento dessa ferramenta gerencial também deve ser uma competência inerente ao colaborador da área de Recursos Humanos. Para isso, ele deve saber o que é a gestão por competências, seguido da forma de implementação das etapas dessa gestão na Organização, finalizando com o conhecimento dos objetivos estratégicos da Empresa. Deve, então, ter, como habilidades, a capacidade de avaliar o desempenho dos colaboradores e de incentivar o desenvolvimento profissional dos mesmos, além de mapear competências e atualizá-las quando necessário.

Outra competência identificada como esperada refere-se ao estímulo à difusão da aprendizagem na organização e à mensuração dessa difusão. Esta competência também foi apontada por Brandão (2007) e Coelho Jr., Faiad, Borges e Rocha (2013) como imprescindível, atualmente, às organizações. Para isso, é necessário ter domínio de teorias de aprendizagem e de aquisição do conhecimento. As habilidades exigidas são a capacidade de elaborar indicadores que prevejam em que proporção o conhecimento está sendo disseminado internamente, e orientar políticas de aprendizagem e crescimento na carreira de acordo com as competências. A identificação de como o clima organizacional é afetado na Organização e a proposição de variáveis que contribuam para sua melhoria, se necessário, é outra habilidade esperada. Os colaboradores dessa Área devem ter conhecimento sobre instrumentos, métodos e técnicas de gerenciamento, planejamento e avaliação. Assim, devem ser capazes de prover soluções levando em consideração a maior quantidade de partes beneficiadas possível, lidando com emoções, desentendimentos e intervindo de forma efetiva nas práticas, políticas e procedimentos da Organização. A busca por alternativas de elevação do nível de satisfação dos colaboradores e contribuição para mantê-lo também é competência dessa área. Para desempenhá-la, é necessário obter conhecimento sobre formas de remuneração variável, prêmios, estratégias de benefícios e conhecimento de práticas sobre os planos de carreiras.

A Área deve ser capaz de prover suporte à aprendizagem e ao desempenho de modo a maximizar a *performance* das pessoas. Deve ser capaz de retê-las e mantê-las na Organização sem focar unicamente no fator financeiro e conseguir equilibrar os interesses

da Empresa com o dos colaboradores, levando-os a evoluírem juntos. A mediação das relações dentro da Organização prescinde de conhecimento de técnicas de resolução de conflitos e sobre trabalho em equipe. Para desempenhar essa competência, o colaborador da área de Recursos Humanos deve ser capaz de trabalhar demonstrando tolerância e paciência, sabendo ouvir as pessoas e transmitir *feedbacks* e identificando a origem de conflitos, quando houver. Deve, ainda, demonstrar capacidade de negociação e persuasão, além de resolver problemas.

Outra competência identificada na área de Recursos Humanos é referente à capacidade de trabalhar sob pressão mantendo os níveis de produtividade e padrões de qualidade exigidos pela Organização. Para desempenhar esta competência, o colaborador deve conhecer os valores da Organização, as rotinas relacionadas ao trabalho e possuir autoconhecimento, pois deverá ter capacidade de tomar decisões rápidas e fundamentadas. Deve, ainda, demonstrar capacidade de gerenciar o tempo, priorizando e conciliando tarefas, além de capacidade de lidar com a carga de trabalho.

Por fim, encerrando as competências mapeadas à área de Recursos Humanos, a competência de resolução de conflitos relacionados à falha na comunicação exige conhecimento dos meios de comunicação e o domínio da linguagem adequada para cada tipo de comunicação. O colaborador deve ter capacidade de transmitir informações de modo objetivo e claro, bem como de minimizar prováveis ruídos e falhas na comunicação, quando houver, e ser capaz de prover e receber *feedbacks*.

Área de marketing

As principais atribuições e responsabilidades da área de Marketing englobam atividades relacionadas ao trabalho de divulgação da Empresa (imagem e produtos), à criação de identidades visuais, à prospecção de novas oportunidades de negócios, ao acompanhamento e previsão de novas tendências e mercados, à elaboração de projetos e à busca e seleção de eventos que tragam benefícios futuros à Organização.

Cinco competências técnicas foram extraídas. Elas correspondem às formas de divulgação da Empresa, à utilização dos canais adequados de divulgação, à atualização constante do *site* organizacional, ao monitoramento do mercado em busca de tendências, ao controle da identidade visual da Organização e à busca por novos projetos lucrativos à Empresa.

A primeira delas relaciona-se à necessidade de divulgação da Empresa junto aos *stakeholders,* transmitindo a imagem ideal definida pela Organização e buscando os melhores canais de divulgação. Esta competência assemelha-se à descrita por Bahry e Tolfo (2004), em que pese o grau de comprometimento dos indivíduos aumentar considerando-se o grau de comprometimento dos mesmos com a sua organização. Para o desempenho dessa competência, foram elencadas habilidades e conhecimentos relacionados ao domínio de informações sobre a estrutura organizacional da Empresa e sua estratégia, bem como sobre canais de divulgação disponíveis, redes sociais virtuais e sobre o mercado de tecnologia da informação. As habilidades envolvem, dentre outras, a capacidade de definição do público alvo a ser atingido, a busca e a triagem de congressos interessantes para a Organização, além da capacidade de geração de ideias inovadoras de divulgação nos diversos canais de comunicação. A manutenção do sítio

eletrônico da Empresa, que deve ser atualizado constantemente, também foi elencada como uma competência esperada nesta Área. As habilidades referem-se à capacidade de antever o futuro em razão de tendências, bem como buscar novas informações que sejam do interesse da Organização e antever acontecimentos, demonstrando pró-atividade e capacidade de iniciativa.

A área de Marketing também é responsável por identificar tendências por meio do monitoramento do mercado. Os funcionários devem ser capazes de vislumbrar novas oportunidades e novas tendências, bem como gerar novas ideias, estudar e analisar sua viabilidade e realizar *benchmarking*, dentre outras habilidades esperadas.

O controle frequente da identidade visual da Organização e o estabelecimento personalizado da identidade gráfica dos clientes também foram apontados como importantes competências técnicas relativa a esta Área. Tais competências exigem que o funcionário tenha domínio de programação gráfica e do software *Photoshop*, bem como de editores gráficos diversos. Deve, ainda, ter noções avançadas de *design* e ainda, conhecer o objetivo das identidades desejadas. Para expressar estas competências, o colaborador deverá ser capaz de trabalhar com informações pertinentes ao negócio alinhando-as às demandas de clientes. Deverá, ainda, manter-se atualizado em literatura pertinente ao negócio em questão e ao mercado, bem como ser claro, objetivo e demonstrar capacidade de agir com curiosidade e inovação, buscando novas ideias no ato da criação. Tem, ainda, que demonstrar a capacidade de aprender novos conceitos e tecnologias, com criatividade, inovação e foco na tarefa.

A última competência atribuída à área de Marketing diz respeito à busca e a elaboração de projetos que proporcionem investimentos financeiros à Organização. Os conhecimentos exigidos para o desempenho dessa competência englobam o domínio das normas cultas e de ortografia das línguas portuguesa e inglesa e de metodologias de plano de negócios, bem como adotar padrões de escrita de projetos para instituições específicas. O colaborador deve ser capaz, também, de empregar técnicas de redação, além de organizar vídeos e apresentações de *slides* de modo criativo e conciso, e ser capaz de escrever planos de negócios abordando variáveis atrativas aos *stakeholders*.

Área de finanças

A Área de finanças na Organização objeto deste estudo tem como responsabilidades gerais efetuar o controle e monitoramento do fluxo de caixa, bem como o pagamento dos funcionários e de contas, o controle dos custos de projetos, o auxílio na elaboração do orçamento de projetos, a mensuração de serviços e o controle das compras executadas.

Seis competências foram extraídas e atribuídas a essa Área. Referem-se, de forma simplificada, ao monitoramento, análise e controle do fluxo de caixa, ao bom relacionamento com os colaboradores da Organização, à gestão dos custos da Empresa, à observação de casos de inadimplência, à gestão e auxílio no orçamento de projetos e à criação e análise de um leque de opções de investimentos.

A primeira competência identificada refere-se à análise e controle do fluxo de caixa, de forma a maximizar a performance da Organização. Para desempenhá-la de forma satisfatória, é necessário que o colaborador tenha noções sobre a legislação trabalhista, bem como conhecimentos contábeis e de tributos. Em relação às habilidades,

os colaboradores devem ter capacidade de gerenciar o fluxo de caixa da Empresa, bem como realizar o pagamento de contas em geral se atentando aos vencimentos e prazos. Além disto, é esperado que ele venha a determinar a necessidade de entrada e saída de capital e de prever a possibilidade de eventuais inadimplências vindas de clientes essenciais, demonstrando capacidade de planejamento, de análise, síntese e raciocínio numérico e quantitativo.

Outra competência exigida pela área de Finanças diz respeito à manutenção do profissionalismo e do bom relacionamento com os colaboradores da Organização. Competência essa que exige conhecimento sobre cultura organizacional, valores da Organização e sobre o contexto/estrutura organizacional. As habilidades relacionadas referem-se à capacidade de manter bons relacionamentos interpessoais com as demais Áreas, sabendo negar eventuais requisições de aumento de verba que não se mostrem prioritárias, além da capacidade de não se deixar influenciar por amizades e apelos sentimentais no que tange a adiantamentos de salário e capacidade de comprometimento com a equipe, não permitindo atrasos salariais.

A gestão dos custos da Organização e planejar a distribuição de capital por áreas são outras competências técnicas inerentes aos colaboradores desta Área. Eles precisam deter conhecimentos sobre necessidades efetivas de compras, considerando o contexto do mercado e a realidade da Empresa. Além desses conhecimentos, devem deter habilidades tais como verificar quais são as demandas de compra e sua periodicidade, além de sua viabilidade. Devem, ainda, ser capazes de empreender esforços no sentido de pagar as contas em dia, mesmo aquelas que não chegam à Empresa antes do vencimento. Além disso, ter capacidade de estipular metas anuais e mensais para custos e gastos, acompanhando, de forma contínua, tais metas, demonstrando, ainda, capacidade de justificar a distribuição do capital pelas diversas áreas da Empresa.

É atribuição da Área de finanças controlar e gerir parte da aceitação de projetos, observando casos de inadimplência e monitorando os prazos de pagamentos. Para isso, é necessário ter domínio sobre o funcionamento do caixa da Empresa, do valor dos serviços e, ao menos, ter noções de contabilidade. Dessa forma, são necessárias habilidades referentes à capacidade de verificar a viabilidade financeira dos projetos, bem como capacidade de auxiliar no orçamento de projetos e de controle dos seus custos. Ser capaz de flexibilizar ante situações que exijam soluções fora dos padrões da Organização também compete ao profissional da Área financeira. As habilidades, em geral, dizem respeito à capacidade de reagir proativamente e com rapidez perante situações de imprevistos, de adequar quanto um funcionário quer receber em relação ao quanto a Empresa pode pagar por determinado serviço e capacidade de ser flexível, demonstrando versatilidade e iniciativa em determinadas situações para manter o caixa positivo, dentro do princípio da ética e da legalidade.

A última competência relacionada à área de finanças diz respeito à criação e análise de opções de investimento compatíveis com os objetivos da Organização. Sua execução exige conhecimento sobre o contexto do mercado e o domínio de ferramentas e metodologias de análise de riscos e estudos de viabilidade. As capacidades de proposição de novos negócios e investimentos e de captação de recursos no mercado, bem como a decisão sobre investir ou não em determinada área são habilidades inerentes

ao desempenho dessa competência. Outras habilidades dizem respeito ao cálculo da análise de riscos culminando com a elaboração de estudos de viabilidade de soluções e da implementação de *modus operandi* determinantes para a Empresa.

Outras competências identificadas para o desempenho competente do colaborador da Área de Finanças dizem respeito à capacidade de manter bom relacionamento interpessoal e de lidar com situações novas e inusitadas, visando reduzir incertezas e ambiguidades. O comprometimento com os objetivos da Organização e a iniciativa de ação e decisão se referem a outras competências mapeadas nesta Área.

Área comercial

Como principais atribuições e responsabilidades da área Comercial identificou-se a elaboração ou análise de contratos, além do acompanhamento dos negócios em execução e do pós-venda. Espera-se, ainda, que quem trabalhe nesta Área efetue pesquisas de licitações, elabore atestados de capacidades técnicas, acompanhe os procedimentos licitatórios e elabore estratégias eficazes de negociação.

Referente a esta Área, seis competências técnicas foram mapeadas. De forma simplificada, elas sintetizam a necessidade de procura por oportunidades de licitação, bem como a análise de possíveis parceiros interessantes à Organização, o estudo de estratégias de aproximação de prováveis parceiros e a elaboração de estratégias comerciais para conquistar novos clientes e projetos. Tais competências referem-se, ainda, à gestão efetiva de contratos.

A primeira competência refere-se a identificar, em tempo hábil à concorrência, oportunidades de licitações e de seleção dos certames (procedimentos licitatórios) mais lucrativos e condizentes com os interesses da Organização. Para o desempenho efetivo desta competência são exigidos conhecimentos sobre as leis 8.666/93 e 10.520/02, além de acompanhar e monitorar os procedimentos licitatórios. As habilidades englobam a capacidade de levantamento e análise de editais e avaliações quanto aos interesses da Organização. Referem-se, ainda, à elaboração de atestados de capacidade técnica, bem como a capacidade de elaboração de propostas para provável participação em licitações. Outra competência vinculada à Área diz respeito à análise de parceiros interessantes à Organização e estudo de formas de estabelecimento de novas parcerias, além do acompanhamento de parcerias já consolidadas. As habilidades, aliadas aos conhecimentos sobre análise de mercado, dizem respeito à capacidade de analisar estrategicamente prováveis parceiros, bem como determinar o interesse em cada parceria e avaliar possíveis clientes que procuram a Organização junto à área técnica. Elaborar estratégias comerciais para conquistar novos clientes e projetos também é uma competência que deve ser inerente ao colaborador da Área comercial. Ele deve demonstrar domínio de técnicas de negociação e ser capaz de definir formas de se aproximar de um provável cliente.

Analisar o surgimento de novas oportunidades de prestação de serviços exige capacidade de avaliar as oportunidades mercadológicas junto à Empresa, além de analisar a viabilidade da oportunidade, demonstrando capacidade de elaborar um planejamento para sua execução com o planejamento e organização de tarefas administrativas e gerenciais e desenvolver estratégias para acompanhar o pós-venda. Demonstrar o domínio de técnicas de apresentação do plano de negócios aos possíveis investidores, bem como gerenciar

os relacionamentos e definir que tipo de investidor será buscado são outras habilidades associadas.

A Tabela 1 traz uma síntese de algumas das principais competências mapeadas por área. Além disto, são apresentadas competências tidas como transversais às áreas, imprescindíveis às atividades de gestão e administrativas no escopo da Organização investigada.

Tabela 1. Síntese das principais competências administrativas e de gestão por Área

Dimensão/Natureza da Competência Administrativa e de Gestão	Descrição da Competência
Área de Recursos Humanos	Aplico técnicas de recrutamento e seleção, atendendo, de forma célere, às demandas desta Organização; Desenvolvimento sistema de avaliação de desempenho baseado na meritocracia, comunicando amplamente sobre seus pressupostos e efeitos desejados sobre os Colaboradores; Elaboro planos de trilhas de aprendizagem junto a meus subordinados, com foco em resultados esperados e provendo todo o suporte necessário. Desenho eventos instrucionais e de capacitação, com foco no alcance dos objetivos organizacionais. Atualizo as políticas de remuneração e benefícios, motivando os indivíduos a desempenharem melhor e serem justamente retribuídos por isto.
Área de Marketing	Implemento estratégias de inserção mercadológica com foco na consolidação da marca da Empresa, publicizando seus produtos; Prospecto novas oportunidades de negócio, com capacidade de planejamento e de diferenciação mercadológica; Gerencio o nome e marca da Empresa, visando atrair novos clientes e consolidar o nome da Empresa no mercado; Capacidade de análise e síntese (examino uma situação, fato ou problema, demonstrando capacidade de interpretação e processamento de grande volume de informações, hierarquizando-as e concatenando-as)
Área de Finanças	Controlo, diariamente, o fluxo de caixa, evitando erros; Faço a gestão de custos da Empresa, pautado em princípios éticos de gestão; Tenho capacidade de agir com senso crítico (demonstro comportamentos de questionamento e postura crítica frente à determinada situação ou evento); Tenho capacidade de ter visão prática (ajo com base na realidade concreta do aluno, identificando a utilidade prática dos conhecimentos estudados a partir da análise da situação).
Área Comercial	Elaboro contratos sem erros, atendendo aos interesses compartilhados entre clientes e Organização; Faço acompanhamento pós-venda, mensurando o grau de satisfação de nossos clientes e intervindo, quando necessário; Domino as rotinas de processos licitatórios, pautado na ética e no atendimento das necessidades de desempenho organizacional; Demonstro capacidade de agir com versatilidade (ajusto-me a novas situações, adaptando-me a várias circunstâncias).

Conclusões

O presente trabalho, de natureza empírica, objetivou mapear as competências administrativas e de gestão, a partir da percepção dos gestores, necessárias ao desempenho eficiente de cargos das áreas de marketing, recursos humanos, finanças e comercial de uma Empresa de engenharia de sistemas no âmbito do Distrito Federal. Para isso, as atribuições e responsabilidades destes cargos foram identificadas, assim como as competências funcionais das áreas-meio, que foram relacionadas à busca pelos melhores resultados e desempenho superior dos colaboradores, considerando as especificidades de cada Área.

Isto posto, considera-se que o objetivo da pesquisa foi plenamente atingido, visto que o mapeamento das competências técnicas, funcionais ou profissionais foi realizado. Os conhecimentos e as habilidades necessários ao desempenho eficaz de cada competência também foram identificados. Tais competências mapeadas correspondem ao que comumente a literatura em comportamento organizacional faz referência.

Em geral, considerando-se todo o conjunto, as competências mapeadas dizem respeito à mediação de relações e conflitos, à capacidade de trabalhar sob pressão, à efetividade na comunicação, à busca por canais adequados de divulgação, ao monitoramento do mercado em busca de tendências, ao bom relacionamento com os colaboradores da Organização, ao planejamento de ações voltadas ao desenvolvimento contínuo dos trabalhadores, à criação e análise de opções de investimentos, ao desenvolvimento de estratégias contábeis, à elaboração de estratégias comerciais para conquistar novos clientes e projetos, à gestão de contratos e à análise do surgimento de novas oportunidades de prestação de serviços.

As competências da área de recursos humanos dizem respeito, em geral, ao planejamento e execução do processo de recrutamento e seleção, à mediação de relações e conflitos, à capacidade de trabalhar sob pressão, à efetividade na comunicação, ao contínuo desenvolvimento da gestão por competências, ao estímulo à difusão da aprendizagem na organização, ao clima organizacional, ao nível de satisfação dos colaboradores e à comunicação.

Já as competências de marketing são relativas às formas de divulgação da Empresa, à utilização dos canais de divulgação, à atualização constante do site organizacional, ao monitoramento do mercado em busca de tendências, ao controle da identidade visual da Organização e a busca de projetos lucrativos à Empresa. Na área de finanças, as competências funcionais referem-se à análise e controle do fluxo de caixa, à gestão dos custos da Empresa, à observação de casos de inadimplência, à gestão e auxílio no orçamento de projetos e a criação e análise de opções de investimentos.

Por fim, as competências técnicas esperadas na área comercial dizem respeito à procura e seleção por oportunidades de licitação, à análise de parceiros interessantes à Organização, ao estudo de estratégias de aproximação de prováveis parceiros, à elaboração de estratégias comerciais para conquistar novos clientes e projetos, à gestão de contratos e à análise do surgimento de novas oportunidades de prestação de serviços.

Por ser uma Empresa com representatividade em seu segmento, esse estudo poderá resultar em *benchmarkings* por parte de empresas menores ou em formação que pretendam implementar a gestão por competências como forma de gerenciamento. Isso poderá aumentar a qualidade dos serviços prestados e o estímulo à concorrência.

Como limitações, verificou-se que os dirigentes, por não possuírem formação acadêmica no curso de administração, não detêm conhecimento da linguagem técnica utilizada para a construção das competências. Esse fator pode ter dificultado o aprofundamento das competências extraídas, assim como a identificação de outras mais.

Outro fator limitador consistiu na quantidade de participantes da pesquisa. Apesar da Empresa ser de pequeno porte, e as entrevistas terem sido realizadas com 100% dos componentes das áreas de interesse (áreas estratégica e tática), como havia sido proposto, percebe-se que o quantitativo dessas áreas ainda é muito restrito. As áreas de marketing, finanças e comercial são representadas por apenas um componente cada, que representa o gestor das referidas áreas e ao mesmo tempo, parte dos sócios da Empresa. Já a Área de recursos humanos é composta pelo gestor, também sócio da Organização, e por um único analista de recursos humanos.

Considera-se que o presente estudo contribui academicamente por se tratar de um tema atual e relevante em comportamento organizacional. Espera-se que a aplicação empírica das teorias relacionadas ao mapeamento de competências auxilie no desenvolvimento da literatura teórica e empírica da área. Sugere-se, para estudos futuros, a identificação de variáveis que contribuam para o desenvolvimento de competências no âmbito organizacional, na disseminação dessas competências internamente e o estudo de como se dá a complexa relação entre as dimensões das competências individuais, conhecimentos, habilidades e atitudes, e a formação da competência expressa em desempenho. Outras variáveis, de nível de tarefa e contexto (como, por exemplo, crenças coletivas sobre o suporte à aprendizagem e seus efeitos na aquisição e expressão de competências relacionadas ao trabalho), também devem ser consideradas no mapeamento de competências.

Como implicações práticas à Organização, sugere-se que as ações de treinamento sejam direcionadas para o desenvolvimento das competências mapeadas por Área. Outras competências, ainda mais específicas às tarefas, ainda precisam ser identificadas. Outra sugestão é referente ao desenvolvimento de avaliações de desempenho, concessão de benefícios e contratação de pessoal com base nas competências funcionais identificadas, e a implementação e estímulo de ações efetivas de capacitação, tanto para os colaboradores, quanto gestores, gerando uma cultura de apoio e suporte ao desenvolvimento de competências.

Sugere-se, ainda, a utilização das competências identificadas nesse estudo para diagnosticar a existência de lacunas ou *gaps* de competências entre todos os demais colaboradores da Empresa, ou seja, verificar a existência ou não de diferença entre as competências necessárias para concretizar a estratégia formulada e as competências individuais já existentes internamente, consolidando, efetivamente, a gestão por competências. Caso os colaboradores detenham as competências necessárias a uma eficaz execução de suas atribuições e as coloque em prática, o colaborador

tenderá a agregar valor à Organização, permitindo que a mesma adquira vantagem competitiva.

Conclui-se, em síntese, que o mapeamento de competências realizado nesse estudo poderá ser de grande valia à Organização investigada, podendo ser utilizado para vários objetivos relacionados à gestão de pessoas, tornando-se um importante fator para a obtenção de diferencial e vantagem competitiva. O avanço nas discussões teóricas e empíricas na literatura de comportamento organizacional sobre mapeamento e gestão por competências também é um ponto importante deste trabalho a ser ressaltado.

Referências

Bahry, C. P. & Brandão, H. P. (2005). Gestão por competências: métodos e técnicas para mapeamento de competências. *Revista do Serviço Público*, *58*(2), 179-194.

Bahry, C. P. & Tolfo, S. R. (2004). A Gestão de competências e a obtenção de vantagem competitiva sustentável em organizações bancárias. *Revista de Administração Mackenzie*, *5(*2), 37-54.

Bardin, L. (2009). *Análise de conteúdo.* Lisboa, Portugal: Edições 70.

Boog, G. G. (1991). *O desafio da competência*. São Paulo: Best Seller.

Borges-Andrade, J. E.; Coelho Jr., F. A. & Queiroga, F. (2006). Pesquisa sobre micro comportamento organizacional no Brasil: o estado da arte. [Resumo]. Em: Sociedade Brasileira de Psicologia Organizacional e do Trabalho (Org.), *Resumos de comunicações científicas.* II Congresso Brasileiro de Psicologia Organizacional e do Trabalho, Brasília: SBPOT.

Brandão, H. P. & Borges-Andrade, J. E. (2007). Causas e efeitos da expressão de competências no trabalho: para entender melhor a noção de competência. *Revista de Administração Mackenzie, 8*(3), 32-49.

Brandão, H. P. (2007). Competências no trabalho: uma análise da produção científica brasileira. *Estudos de Psicologia, 12*(2), 149-158.

Brandão; H. P. & Guimarães, T. A. (2001). Gestão de competências e gestão de desempenho: tecnologias distintas ou instrumentos de um mesmo construto? *Revista de Administração de Empresas, 41(*1), 8-15.

Bueno, F. S. (1996). *Minidicionário da língua portuguesa.* São Paulo: FTD.

Coelho Jr., F. A., Faiad, C., Borges, J. P. & Rocha, N. F. (2013). Mapeamento de competências profissionais de tutores de cursos na modalidade a distância. *Estudos e Pesquisas em Psicologia, 13*(3), 56-81.

Coelho Jr., F. A. & Borges-Andrade, J. E. (2008). Uso do conceito de aprendizagem em estudos relacionados ao trabalho e organizações. *Paidéia, 18(*40), 23-45.

Dutra, J. S. (2004). *Competências: conceitos e instrumentos para a gestão de pessoas na empresa moderna.* São Paulo: Atlas.

Dutra, J. S.; Hipólito, J. A. M. & Silva, C. M. S. (2000). Gestão de pessoas por competências: o caso de uma empresa do setor de telecomunicações. *Revista da Administração Contemporânea, 4(*1), 161-176.

Fleury, A. C. C. & Fleury, M. T. L. (2001). Construindo o conceito de competência. *Revista da Administração Contemporânea*, *5*(esp), 183-196.

Fleury, A. C. C. & Fleury, M. T. L. (2004). Alinhando estratégia e competências. *Revista de Administração de Empresas, 44(*1), 44-57.

Hipólito, J. A. M. (2001). *Administração salarial: a remuneração por competências como diferencial competitivo*. São Paulo: Atlas.

Hondeghem, A., Horton, S. & Schepers, S. (2006). Modelos de gestão por competências na Europa. *Revista do Serviço Público, 57*(2), 241-258.

Oliveira, S. A. & Segatto, A. P. (2009). Transferência de tecnologia e conhecimento sob a lente estruturacionista: Uma Integração. *Revista de Administração de Empresas Eletrônica, 8(*2), 123-141.

Ruas, R. (2001). Desenvolvimento de competências gerenciais e contribuição da aprendizagem organizacional. *Gestão Estratégica do Conhecimento,* São Paulo: Atlas, 242-269.

Santos, F. A. S., Coelho Jr, F. A. & Faiad, C. (2011). Análise crítica da produção científica brasileira sobre competências em periódicos da área de Administração entre 2005 e 2010. In Encontro da Associação Nacional dos Programas de Pós-Graduação em Administração, Brasília. Anais do XXXV Encontro da Associação Nacional dos Programas de Pós-Graduação em Administração, Brasília.

Zarifian, P. (1999) *Objectif compétence*: pour une nouvelle logique. Paris: Editions Liaisons.

Recebido em dezembro de 2010 **Aceito em abril de 2014**

Gabrielle Cobucci: Graduada em Administração pelo Departamento de Administração da Universidade de Brasília.

Francisco Antonio Coelho Junior: Mestre e Doutor em Psicologia Social, Organizacional e do Trabalho, Professor Doutor Adjunto I vinculado ao Departamento de Administração da Universidade de Brasília e Professor do Programa de Pós-Graduação em Administração da Universidade de Brasília.

Cristiane Faiad: Doutora em Psicologia pela Universidade de Brasília, Departamento de Psicologia Social, do Trabalho e das Organizações UnB/PSTO. Professora do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Salgado de Oliveira – UNIVERSO/PPGP).

Endereço para contato: fercoepsi@gmail.com

A não maternidade na contemporaneidade: um estudo com mulheres sem filhos acima dos 45 anos

Daiana Quadros Fidelis
Clarisse Pereira Mosmann

Resumo: Na contemporaneidade, um número crescente de mulheres tem vivenciado a não maternidade, constituindo um fenômeno recente e ainda pouco estudado. Nesse contexto, este estudo investigou os motivos apontados por mulheres associados à vivência da não maternidade, as características desse processo e desdobramentos em suas vidas. Esta pesquisa teve âmbito exploratório e descritivo, com método de análise de dados qualitativo. Participaram cinco mulheres acima dos 45 anos, que declararam ter optado por não serem mães, com as quais foram realizadas entrevistas semiestruturadas. Os dados foram analisados por meio de análise de conteúdo e os resultados apontam que a carreira profissional é indicada como principal motivo associado à vivência da não maternidade. Também se constatou como desdobramento desta escolha que essas mulheres sofrem pressões da sociedade, que culminam em ambivalência dos seus sentimentos. Destaca-se a característica de todas terem vivenciado relacionamentos amorosos conflituosos no percurso de suas vidas, por outro lado, elas declaram contar com expressiva rede social de apoio.
Palavras-chave: Mulheres; Não Maternidade; Carreira profissional.

The childlessness in contemporary times: A study with non-child women above 45 years old

Abstract: In contemporary times an increasing number of women have opted for non-motherhood, which has constituted a recent phenomenon that has yet to be thoroughly studied. Therefore, this study investigated the alleged reasons associated by woman to their non-motherhood, characteristics of this process and developments in theirs live. The scope of this research is both exploratory and descriptive, and uses qualitative data analysis. Semi-structured interviews were conducted with five women over age 45, who declared by choice decided not to be mothers. The data was analyzed using content analysis and the results indicated that career choice was the main reason for the option of non-motherhood. It was also discovered as a development that these women suffer society pressures regarding this choice culminating ambivalence in their feelings. It stands out the characteristic that all women have experienced loving and conflicting relationships during the course of their lives, however they declare to have significant social support network.
Keywords: Women; Childlessness; Career.

Introdução

Biologicamente, ser mulher sempre esteve associado à maternidade, entretanto, socialmente esta relação foi se modificando ao longo da história. No século XVII, o papel da mulher restringia-se a gerar um filho, mas não a desempenhar a maternidade como se constitui atualmente, já que a própria concepção de infância e cuidados para com as crianças era completamente distinta. A partir do século XVIII, a mulher passou a ser vista como fundamental não só para a gestação, mas também para o desenvolvimento dos filhos (Patias & Buaes, 2009). Estando nesse momento a reprodução intrinsecamente

associada ao casamento, o destino da mulher já nascia traçado para casar e reproduzir. Hoje se abrem novas portas para a mulher que está livre para poder escolher, está plenamente inserida no mercado de trabalho e vem conquistando novos papeis e cargos que, até há pouco tempo, seriam impensáveis, como a presidência da república.

Nesse sentido, observa-se a ocorrência de um fenômeno diferente, pois as mulheres estão podendo escolher viver ou não a maternidade. Com o surgimento da pílula anticoncepcional e a maior eficácia dos métodos contraceptivos, as mulheres se tornaram responsáveis por sua sexualidade, podendo optar por ter, ou não, filhos e quando tê-los. Antigamente, o papel feminino centrava-se na satisfação daqueles à sua volta, enquanto que agora ele pode se voltar para seu crescimento e desenvolvimento pessoal. Aconteceram algumas mudanças sociais, tais como a crise da concepção burguesa de família nuclear, a entrada da mulher no mercado de trabalho, a separação da sexualidade da reprodução e uma política de visibilidade da homossexualidade. Produziram-se, então, novas formas de subjetivação das mulheres que puderam adiar a maternidade e optar até mesmo por não vivê-la (Orsolin, 2002; Melamed & Quayle, 2006; Arán, 2003).

Neste contexto, o número de casais com filhos está sofrendo uma redução no Brasil. Nos dados do IBGE (2011), em 1999, esses casais representavam 55% da população e, em 2009, caiu para 47,3%. O Rio Grande do Sul tem a menor taxa de natalidade do Brasil, aponta o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2011). Em 2009 esta taxa era de 11,6 nascimentos para cada mil habitantes. A média nacional é de 15,8 nascimentos para cada 100 mil habitantes. A taxa de fecundidade da mulher brasileira é 2,3 filhos por mulher, abaixo da média mundial, que é 2,6, de acordo com indicadores do IBGE de 2011. Na década de 1960, a taxa de fecundidade era de 6,3 filhos por mulher. Esse número crescente de mulheres sem filhos parece evidenciar um aumento na opção pela não maternidade ou pelo seu adiamento, justificando o estudo do tema.

A mulher denota estar assumindo sua possibilidade de escolha, por exemplo, em optar pela carreira, deixando a maternidade para mais tarde. Estudos mostram a crescente presença de mulheres no mercado de trabalho, apontando para a possibilidade de muitas estarem deixando para ter filhos depois de se estabilizarem financeiramente, focadas em solidificar a carreira, obter sucesso profissional, para depois pensar em engravidar. Este adiamento da maternidade é feito até que se tenha condição considerada apropriada para esta responsabilidade ou, até mesmo, a opção pela não maternidade. Evidencia-se um novo movimento onde muitas mulheres estão em busca de autonomia e independência profissional e financeira e, por consequência, adiando ou rejeitando os desafios da maternidade (Patias & Buaes, 2012; Carvalho & Almeida, 2003; Barbosa & Rocha-Coutinho, 2007; Szapiro & Féres-Carneiro, 2002).

Por outro lado, investir na profissão não implica em renunciar a um casamento ou à maternidade, já que muitas mulheres atualmente conciliam a vida profissional bem-sucedida com o casamento e a maternidade. Para algumas, contudo, conciliar a vida de casada com a profissão é uma tarefa que exige muito (Papalia, Olds & Feldman, 2006). Soma-se a isso a cobrança social sofrida pelas mulheres, onde qualquer falha em algum destes inúmeros papeis acaba gerando culpa frente ao marido e aos filhos.

Socialmente, a primeira e esperada escolha para as mulheres é, ainda, a maternidade. Nesse contexto, muitas mulheres optam pela maternidade, algumas vezes sem desejo ou

mesmo inspiração para serem mães, talvez pela própria impossibilidade de questionar essa imposição social. A maternidade não é apenas uma conexão biológica entre mãe e filho, é uma relação que exige da mãe muitos cuidados com a criança e se trata de uma grande relação de dependência do filho para com sua mãe (Moraes, 2010).

Em estudo realizado por Barbosa e Rocha-Coutinho (2007), as autoras observaram que a maternidade ainda se faz muito presente na vida da grande maioria das mulheres. Por outro lado, os dados indicam que, entre as mulheres de classe média alta, vem diminuindo cada vez mais o número de filhos. Muitas estão descobrindo que a vida pode trazer outras experiências emocionantes além da maternidade. Por isso, algumas mulheres hoje se permitem questionar o seu desejo de serem mães (Barbosa & Rocha-Coutinho, 2007).

Alguns autores postulam que a decisão das mulheres que optam pela não maternidade, se daria sem conflitos para elas, porque estaria associada tanto à disponibilidade interna, quanto ao favorecimento externo das condições dessa decisão tomada (Abranches, 1990). Segundo Mansur (2000), o que leva uma mulher a concluir que a maternidade não será exercida por ela é uma combinação de fatores que refletem a sua história, a interação entre medo e desejo, capacidades e limitações, personalidade e circunstâncias socioculturais.

Antigamente, as mulheres que permaneciam solteiras ou optavam pela não maternidade eram consideradas como incompletas, infelizes e muitas vezes as acusavam de não serem femininas. A mulher era vista como voltada para o outro, para satisfazer as necessidades de quem fazia parte de suas relações. Com o crescimento da liberdade para fazer escolhas, a mulher contemporânea passou a poder pensar em si e a planejar sua vida individualizada (Rocha-Coutinho, 1994).

Entretanto, esta escolha por não querer viver a maternidade é ainda entendida, muitas vezes, como uma anormalidade, pois não está dentro dos padrões tradicionais da sociedade, sendo vista como patologia, falta de saúde, egoísmo, falta de dever físico para repor a população (Rios & Gomes, 2009a). Existe uma visão da sociedade que deixa a entender que mulheres que optam pela não maternidade são despreparadas, desesperançadas (no âmbito biológico) ou egoístas por fazerem esta opção. Devido ao número crescente de mulheres que vivenciam estas situações, este discurso está cada vez mais em evidência, sendo alvo de problematizações em distintas perspectivas, já que encerra toda uma concepção social acerca do papel da mulher e da maternidade na sociedade (Letherby, 2002).

Neste panorama, embora essa opção seja cada vez mais comum, ainda se configura emocionalmente, como um desafio às mulheres. Elas podem passar por vários tipos de pressão, já que a sociedade ainda acha estranho que uma mulher não tenha o desejo de ser mãe. Com esta escolha podem surgir questões relevantes, podendo mobilizar emocionalmente qualquer mulher, sendo necessário que a maternidade seja vista de outra maneira, compreendendo que a mulher pode ter projetos variados, pois a sociedade apresenta diversas opções que vão além da maternidade (Mansur, 2003).

A literatura estrangeira é muito vasta em estudos que enfocam mulheres que não desejam passar pela maternidade. Pesquisa realizada no final da década de noventa já apontava que 19% das mulheres americanas entre 40-44 anos não tinham filhos (Us Census Bureau apud Hewlett, 2008, p. 39). Em outro estudo realizado por Connidis e McMullin, em 1999, com uma amostra de 287 mulheres sem filhos, com mais de 55 anos,

concluiu-se que alguns motivos citados pela escolha de não ter filhos são as vantagens na ausência destes, dizendo respeito a um menor número de problemas e preocupações com relação a eles, além dos benefícios financeiros, a maior liberdade e a flexibilidade na carreira profissional.

Entre as pesquisas desenvolvidas no Brasil relacionadas às mulheres que optaram pela não maternidade, podemos citar o estudo realizado no Rio de Janeiro, por Bonini-Vieira, em 1996, com dez mulheres. O estudo demonstrou que as participantes construíram um projeto de vida no qual a maternidade não encontrava lugar, encarada como um elemento impeditivo aos objetivos delineados para as suas vidas. Embora tais mulheres se percebam como pessoas produtivas e realizadas, de acordo com suas próprias expectativas, isso não elimina a presença de conflitos e angústias, presentes também naquelas que optam por serem mães.

Na mesma direção, em estudo realizado em 2009, Rios e Gomes investigaram quatro casais que relatavam sentir-se discriminados pela decisão de não ter filhos. Os resultados desta pesquisa suscitam a reflexão acerca das manchas que esta opção pode causar, indicando que todos os casais apresentavam sentimentos de sofrimento frente à pressão e discriminação social com relação à decisão de não ter filhos e se dedicar a outros aspectos. Os casais percebem a estigmatização e a pressão social de forma persecutória, necessitando valer-se de reparações ou de utilizar alguma forma reativa de defesa, apresentando níveis de ambivalência significativos gerado por esta escolha (Rios & Gomes, 2009b).

Por outro lado, no estudo feito por Rowe e Medeiros (2010), seis casais que optaram por não ter filhos relataram ter mais tempo um para o outro o que reforçaria o vínculo entre eles. Nessas uniões se expressam algumas características dos casamentos contemporâneos, com maior ênfase no lazer e no individualismo, não tendo a obrigação de se preocupar com uma criança que sempre necessita de muito investimento de tempo e afeto.

Identifica-se que os estudos acerca da opção pela não maternidade ainda são controversos e refletem um processo em desenvolvimento. Assim, este tema apresenta-se como bastante relevante a ser investigado, identificando-se que a mulher está conquistando novos papéis na sociedade aliado às mudanças na estrutura familiar que estão acontecendo na contemporaneidade (Fleck & Wagner, 2003). A relevância deste tema se fundamenta também na escassez de literatura científica brasileira que aborde este assunto. Nesse contexto, este estudo investigou os motivos apontados por mulheres associados à vivência da não maternidade, as características desse processo e desdobramentos em suas vidas.

Método

Trata-se de um estudo exploratório e qualitativo. Participaram deste estudo cinco mulheres, acima de 45 anos, residentes na região metropolitana de Porto Alegre. Foram selecionadas a partir de indicação ou conveniência em participar do estudo, sendo critérios de inclusão a idade (a partir dos 45 anos) e terem feito a opção de não viver a maternidade, conforme declarado por elas à pesquisadora. Os critérios de exclusão foram a impossibilidade de exercerem a maternidade, por motivo biológico.

A tabela abaixo traz as características sociodemográficas das participantes:

Tabela 1 – Perfil das participantes, com nomes fictícios

Nome	Idade	Profissão	Estado Civil	Tempo de Relacionamento
Anita	53	Professora	Solteira	
Carmen	60	Professora (aposentada)	Solteira	
Lúcia	57	Cabeleireira	Namorando	Treze anos
Marta	45	Gerente de loja	Casada	Quatro anos
Regina	45	Gerente de banco	Namorando	Dois anos

Fonte: Elaborado pela autora

Com cada participante foi realizada, individualmente, uma entrevista semidirigida, que teve a duração aproximada de uma hora, que seguiu as seguintes questões norteadoras: Qual o significado da maternidade para as mulheres que optam por não ter filhos? Quais são os objetivos de vida dessas mulheres? Quais as prioridades que elas estabelecem para sua vida?

O projeto para a realização da presente pesquisa foi aprovado pelo comitê de ética da Universidade do Vale do Rio dos Sinos com o número de protocolo 13/028. Após a aprovação, iniciou-se a coleta dos dados, respeitando os princípios éticos do Conselho Federal de Psicologia e a Resolução 196 do Conselho Nacional de Saúde. O processo de seleção das participantes foi feito através de indicações de pessoas que conheciam mulheres que optaram por não serem mães. Primeiramente, as mulheres foram contatadas por telefone para que se pudesse verificar o seu interesse em participar da pesquisa. Em seguida, foram realizadas as entrevistas em locais e horários conforme escolha e disponibilidade das participantes. As entrevistas foram realizadas pela autora deste projeto, em local e hora conveniente para as participantes. Depois da devida apresentação do estudo, as mesmas assinaram, de forma voluntária, o TCLE.

As entrevistas foram gravadas, posteriormente transcritas, e analisadas através da análise de conteúdo. Segundo Minayo (1994), este é um procedimento de análise de dados que visa examinar a comunicação com o intuito de obter indicadores que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção das mensagens. As categorias foram definidas a posteriori com base nos conteúdos que emergiram das leituras exaustivas e na literatura.

Discussão dos resultados

Os resultados obtidos serão apresentados a partir de um conjunto de categorias, elaboradas segundo uma análise feita com base nas respostas das participantes. Na tabela abaixo, se encontram as categorias que emergiram das falas das participantes deste estudo. As falas foram transcritas exatamente como foram ditas, com os erros de linguagem.

Em seguida, as categorias serão apresentadas e discutidas à luz do referencial teórico proposto na introdução.

Tabela 2 – Estrutura das Categorias e subcategorias

Categorias	Subcategorias
Motivos	Vida Profissional
Características desse processo	Ambivalência Relacionamento Amoroso
Desdobramentos da Escolha	Preconceito Rede de apoio social

Fonte: Elaborado pela autora

Motivos

Esta categoria abrange os motivos aos quais as mulheres atribuem a sua escolha pela não maternidade. Identificou-se que a vida profissional é apontada como fator principal relacionado a esta escolha.

Vida profissional

Esta subcategoria compreende as falas das mulheres deste estudo que apontaram que a opção por dedicar-se à vida profissional está diretamente relacionada à sua escolha por não viver a maternidade. Sabe-se que o trabalho é algo que demanda esforço e empenho na vida das pessoas, entretanto para essas mulheres o trabalho tem um papel central.

As falas abaixo expressam suas percepções:

> *Sempre trabalhei quarenta ou sessenta horas. Já no ensino médio eu trabalhava, dava aula num turno, no outro estudava. Depois, quando comecei a fazer faculdade, trabalhava na Escola Estadual pela manhã e tarde, tinha duas turmas de alfabetização, isso foi por muito tempo, quase toda faculdade, daí quase no final da faculdade comecei a trabalhar um turno como Orientadora Educacional e no outro turno tinha turma e assim foi por muito tempo... Depois que acabei a faculdade, dava aula quarenta horas no estado e vinte horas no particular, a noite com o magistério. Trabalhava na área da Psicologia e a parte das didáticas, e coordenava o estágio. (sic).* (Carmen, 60 anos, Professora aposentada)

> *Comecei a trabalhar muito cedo, e desde então conquistar as coisas que tenho hoje... (sic).* (Regina, 45 anos, Gerente Bancária)

Em outra fala evidencia-se que ela coloca o trabalho em primeiro lugar:

> *Primeiro, claro, minha carreira profissional (sic).* (Regina, 45 anos, gerente Bancária)

> *Julgo muito bem, estou bem no trabalho, cheguei onde eu queria. Claro que penso alto ainda, quero mais (...) Voltar a estudar pra ganhar mais espaço... (sic).* (Marta, 45 anos, Gerente de loja)

Essas falas vão ao encontro da pesquisa feita por Connidis e McMullin (1999), que obteve como resultado que algumas mulheres estão dando prioridade à carreira profissional, fazendo desta todo o seu investimento de vida. Quando há esta escolha, torna-se mais fácil dedicar-se integralmente ao trabalho sem ter preocupações com outros assuntos que não sejam relacionados à carreira profissional, gerando assim uma opção excludente – ou o trabalho ou a maternidade. Os conteúdos expressos nessa categoria mostram que, para as mulheres deste estudo, a prioridade da vida profissional pesou na hora da escolha de viver ou não a maternidade.

Conciliar a vida profissional com a maternidade é um desafio para todas as mulheres, como mencionam Papalia, Olds e Feldman (2006), as exigências da maternidade são muitas vezes incompatíveis com as profissionais, impelindo a mulher a fazer opções que, necessariamente, vão deixar algum dos âmbitos em segundo plano. Este movimento necessariamente gera culpa, já que a sociedade e a família ainda cobram das mulheres uma maternidade sem falhas.

Características desse processo

Foram identificadas características desse processo que culminaram na vivência da não maternidade por estas mulheres. Estas são subjacentes e nem sempre associadas pelas mesmas como base para a alegada escolha por não viver a maternidade. Destacam-se duas subcategorias: a ambivalência e os relacionamentos amorosos.

Ambivalência

Esta subcategoria contempla sentimentos e ambivalências em algumas falas das participantes voltadas à opção pela não maternidade. Identifica-se que algumas delas ora valorizam muito a maternidade ora a desvalorizam. Também apontam medos e apreensões que sentiam quanto à possibilidade de maternidade: *"Ah... deve ser tudo na vida de uma mulher" (sic).* (Anita, 53 anos, professora).

Passando mais alguns instantes, ela afirma*: "Não acredito que seja tudo na vida de uma mulher". "[...] Não sinto assim, tanta falta de filhos assim" (sic).* (Anita, 53 anos, Professora).

> *Sempre tive medo de ter filhos e não saber educar, conseguir criar, até teve um época que eu queria, assim independente, sem marido, sozinha, daí eu pensava... (sic).* (Carmen, 60 anos, professora aposentada)

> *O meu sonho sempre foi ter filhos, mas por força do destino eu nunca consegui. [...] Hoje assim me sinto bem de não ter tido filhos, a coisa foi tão assim acontecendo normal, sabe! (sic).* (Lúcia, 57 anos, cabeleireira)

Os conteúdos apontam que o esperado, socialmente, sempre é a maternidade para as mulheres, o que talvez justifique estes sentimentos ambivalentes. Elas acabam indo contra o esperado e, de alguma forma, também têm esse discurso internalizado. Romper com o modelo imposto pela sociedade, no qual a mulher é feita para procriar, é um processo difícil. Podemos pensar que por isso esta escolha gera ambivalência, ao mesmo tempo em que a mulher é livre para tomar a decisão, é demandada a lidar com as consequências de suas escolhas neste contexto.

As falas das participantes que optaram por não viverem a maternidade expressam essas dúvidas e questionamentos em relação a sua opção. Além disso, há uma diferença entre as participantes quanto ao nível de ambivalência que vivenciam, já que elas vinculam esses sentimentos à presença ou a ausência de desejo pela maternidade.

Identificaram-se níveis de ambivalência de cada participante; Lúcia apresenta maior ambivalência e Regina a menor ambivalência. Essa interpretação foi feita a partir das falas de cada participante. Muitas vezes, as mulheres criam uma expectativa em relação à maternidade quando ainda são crianças. Estas mulheres, vendo suas mães criarem seus filhos, se enxergam no futuro também mães, mas conforme o tempo vai passando elas podem repensar acerca de querer gerar uma criança ou não. Não foi este o caso de duas participantes: Marta e Regina desde pequenas sabiam o que queriam para seu futuro em relação a ser mãe, como podemos notar nas falas a seguir:

> *Ao contrário da minha mãe que tem cinco filhos, e entre eles sou a única que não desejei ter.* (Marta, 45 anos, Gerente de loja).

> *É algo que nunca despertou interesse em parar e planejar para ter filho.* (Regina, 45 anos, Gerente bancária)

Contudo, as participantes que desejaram ter filhos, são mais ambivalentes. Ao longo da análise das entrevistas para algumas mulheres a maternidade é, de fato, algo desejado e também sendo considerada como algo de maravilhoso, algo com que elas sempre sonharam. No entanto, as mulheres reconhecem as "dificuldades" que a maternidade impõe: as responsabilidades, os maiores gastos ao nível financeiro; as preocupações, o aumento de trabalho, os problemas que podem vir do crescimento das crianças. As mulheres deste estudo expressam muitas vezes um sentimento de ambiguidade relativo à maternidade. Assim, se por um lado consideram que a maternidade deve ser algo maravilhoso, inexplicável, por outro lado, dizem que é uma tarefa bastante complexa. Deste modo é importante reconhecer que a maternidade, ao invés de ser algo natural e instintivo, é uma construção social que tem que ser aprendida pelas novas mães. Por fim, para as mulheres que nunca desejaram ter filhos, esta ambivalência é menor, pois elas não precisam refletir sobre os investimentos e os problemas que podem vir a surgir com a criança ao longo dos anos.

Relacionamento amoroso

Nesta subcategoria, identificou-se nas falas de quatro das cinco participantes uma grande dificuldade com seus relacionamentos amorosos. Todas relatam que tiveram um

namorado ou noivo por período significativo de tempo e depois romperam. Isso aparece nas seguintes frases:

> *Meus relacionamentos afetivos sempre foram desastrados (sic).* (Carmen, 60 anos, professora aposentada)

> *Vai acumulando... uma tristeza agora, uma decepção depois, um caso mal resolvido... e aí vai né daqui um pouco... é a gota da água, e minha gota da água, foi quando o José, que estou há 15 anos, mas ele é casado, vive com a mulher dele [...] quando estourou um câncer, sabe daí me entreguei né [...] (sic).* (Lúcia, 57 anos, Cabeleireira)

> *Até que ele me trocou por uma guria de 15 anos!* (Marta, 45 anos, Gerente de loja)

> *Fui noiva quando tinha 19 anos, provavelmente se não tivessem acontecido algumas coisas, eu teria casado [...].* (Anita, 53 anos, Professora)

Essas falas indicam que, para as mulheres deste estudo, parece que a não maternidade, antes de ser uma escolha é uma consequência de relacionamentos amorosos mal sucedidos. Embora elas não realizem diretamente esta associação, isso se evidencia nas suas falas. Além disso, esses dados corroboram estudos sobre o adiamento da maternidade na contemporaneidade (Lima, 2013). Estes explicitam que há uma crescente exigência das mulheres em relação aos seus parceiros amorosos, o que tende a dificultar a estabilidade de suas uniões, culminando, muitas vezes, na impossibilidade da maternidade por ultrapassarem a idade biológica de fertilidade, sem um relacionamento que enseje esta concepção.

Uma única participante diz ter um bom relacionamento, o que vai ao encontro do que os autores internacionais como Twenge, Campbell e Foster (2003); Nomagushi e Milkie (2003) apontam, que existiria uma grande cumplicidade entre casais sem filhos. Isso se evidencia na seguinte fala:

> *O meu relacionamento conjugal eu sempre brinco que é um relacionamento que toda mulher gostaria de ter, somos dependentes e independentes um do outro, sabe como é? Nos amamos muito e gostamos muito de estar juntos, apreciamos as mesmas coisas, temos os mesmos gostos, é ótimo ter alguém que te dê carinho e que tu sabe que pode contar pra tudo, antes de tudo, além de namorado ele é meu parceiro, meu amigo. [...], (sic).* (Regina, 45 anos, Gerente Bancária)

Pode-se perceber na fala de Regina que o companheirismo é um fator construtivo na vida a dois, assim o casal tendo disponibilidade para conviverem mutuamente, preservando o vínculo afetivo, buscando conciliar a profissão com a satisfação conjugal. Cabe ressaltar que, pela idade de Regina, o início do seu relacionamento já não coincide com uma possibilidade biológica de maternidade, o que pode se expressar em pouca vivência de conflitos nesse sentido.

Ressalta-se o fato de que três das participantes que relataram ter problemas em suas vidas amorosas são aquelas ambivalentes na questão que refere a não maternidade, ficando, assim, o questionamento se realmente elas atribuem o fato de não ter filhos a uma opção, ou por não terem casado, não sendo exatamente uma escolha, mas sim uma consequência de seus relacionamentos mal sucedidos. Por outro lado, as duas únicas participantes que decidiram não ter filhos não vinculam essa eleição ao relacionamento conjugal e são essas que relatam relacionamentos afetivos satisfatórios.

Desdobramentos da Escolha

Esta categoria contempla decorrências na vida das participantes atreladas, segundo suas percepções, à escolha pela não maternidade. Identificaram-se duas subcategorias, o preconceito sentido pelas participantes e sua rede de apoio social.

Preconceito

Esta subcategoria abrange os conteúdos trazidos pelas mulheres sobre situações de preconceito vivenciadas decorrente de suas escolhas pela não maternidade. Fica evidente, na fala de todas que, em algum grau, elas já foram discriminadas socialmente e por suas famílias.

> *Muitas, das minhas amigas, achavam que eu tinha problema biológico por não ter tido filhos... (sic).* (Marta, 45 anos, Gerente de Loja)

> *Tem discriminação por não ter filho, e também por não ter casado. (sic).* (Lúcia, 57 anos, Cabeleireira)

Conta também que às vezes ouve alguns tipos de comentários como: *"Ahhh... aquela solteirona..." (sic).* (Lúcia, 57 anos, Cabeleireira).

Algumas pessoas continuam sendo discriminadas ainda hoje, pois em nossa sociedade a maioria dos indivíduos acha que a mulher tem a obrigação de gerar um filho; caso contrário, a mulher é vista como egoísta e muitas vezes julgada incapaz de amar e cuidar de um bebê, apontando a mulher que não tem filho como incompleta. Os conteúdos desta categoria expressam o que o autor Letherby (2002) sustenta, de que existe socialmente uma ideia de que essas mulheres sejam egoístas.

As mulheres que optam em não viver a maternidade sofrem preconceito, porque antigamente nos séculos XVII e XVIII o papel da mulher era associado à maternidade no âmbito social. Ao longo do tempo, além da mulher ser vista somente como um ser de procriação, ela passou a tornar-se fundamental na criação dos filhos, conforme falam Patias & Buaes (2009). Podemos perceber isso na fala de Anita: ela diz sentir discriminação somente pela mãe. Diante disto, podemos concluir que a mãe, por ter mais idade, viveu na época em que a mulher era vista como mãe e voltada para o lar e seu marido.

> *[...] quem mais discrimina é minha mãe, ela diz, tu não teve filho, tu deveria ter casado, mas assim de outras pessoas não (sic).* (Anita, 53 anos, Professora)

Podemos refletir que a sociedade ainda marca de forma expressiva diferenças de gêneros. Estas são reforçadas e compreendidas como disparidades pela sociedade que ainda hoje reforça o papel estereotipado da mulher como dona de casa, mãe e esposa, e as que fogem a esses modelos são vista com estranhamento e receio.

Rede de apoio social

Nesta subcategoria, foram observadas as falas de quase todas as mulheres que por não terem tido filhos relataram ter uma vida social intensa, ou seja, sempre estão no meio de pessoas, dizem que são adoradas por todos. Reportam que tem grande facilidade em fazer amizades e se dizem estar bem quanto a sua vida atual quando perguntadas como elas julgam sua vida atualmente, apesar de somente uma ir ao desencontro da fala das outras, como podemos notar nas falas a seguir:

> *O circulo de amizades tá legal, porque tenho algumas amigas que são separadas e moram sozinhas, tenho também um circulo de colegas que estão solteiras, mas não saio muito, gosto de ficar em casa. (sic).* (Anita, 53 anos, Professora)

> *Relacionamentos com os amigos sempre foi muito bom, tenho amigos daquela época até hoje, tanto que meu aniversário agora, isso aqui tava cheio, eu nunca tive dificuldade com relacionamentos de fazer novas amizades (sic).* (Carmen, 60 anos, Professora aposentada)

> *Não deixamos a vida social, sempre temos um aniversário ou churrasco para ir, sempre estamos em movimento.* (Marta, 45 anos, Gerente de Loja)

> *Sinto-me em um momento de estabilidade e de muita satisfação; e acredito que estes dois aspectos envolvem plenamente a minha vida pessoal, sou uma pessoa muito feliz!! (sic).* (Regina, 45 anos, Bancária)

As falas das participantes coincidem com a autora Barbosa e Rocha-Coutinho (2007), quando aborda que estas mulheres estão descobrindo que não é somente a maternidade que pode trazer felicidade e estão encontrando outros prazeres em sua vida. Outro autor que vai ao encontro das autoras é Mansur (2003), que também afirma que atualmente essas mulheres podem ter projetos variados e que trazem grande satisfação, a sociedade vem apresentando muitas opções que vão além da maternidade.

A rede de apoio social destas mulheres, que optaram por não terem filhos, pode ser muito intensa se estimarmos que suas relações de amizades servem de combustível para enfrentar os desafios do dia a dia, e também, poder dividir, entre si experiências boas ou ruins, fomentando assim seu crescimento pessoal. Estas relações de amizade contribuem para a qualidade de vida. Sabemos que a qualidade vida, depende do bem estar físico, emocional, social, o qual só é alcançado na interação com outras pessoas, cultivando um bom relacionamento social, estas mulheres podem adquirir um equilíbrio maior. Cultivar as relações interpessoais é um movimento necessário ao longo da vida do ser humano.

Considerações finais

O papel da mulher sofreu, no decorrer do tempo, grandes modificações. Antigamente, era atribuído à mulher procriar, cuidar dos filhos, da casa e ser uma mãe exemplar. Atualmente, a mulher pode desempenhar múltiplos papeis na sociedade, inclusive optar pela não maternidade. Entretanto, identifica-se que este é um fenômeno em processo de consolidação já que socialmente ainda se vincula a mulher à maternidade, como primeira opção de vida.

É possível perceber, através desta pesquisa, que segundo essas mulheres elas optaram pela não maternidade por terem outros planos, priorizarem suas carreiras profissionais apesar de aparecer, ainda, para algumas delas, uma grande ambivalência nessa escolha. Parece, inclusive, que para algumas delas a não maternidade antes de ser uma opção foi uma consequência de suas histórias de vida, especialmente de relacionamentos amorosos mal sucedidos.

Entre as participantes que não expressaram desejo pela maternidade esta escolha denota ter gerado menos ambivalência e sofrimento. A ambivalência apareceu associada ao desejo, mas também as concepções de maternidade. Algumas participantes se demonstraram inseguras em relação à criação de uma criança, e possível inabilidade para desempenhar este papel.

O grande foco na carreira profissional se destacou na fala destas mulheres. Elas se mostram ambiciosas, querem mais profissionalmente, mesmo já tendo atingido um lugar de sucesso nas carreiras que escolheram. Além disso, elas expressam muita satisfação com a vida profissional.

Outra questão que merece destaque refere-se aos seus relacionamentos amorosos, apenas uma participante é casada e todas de uma forma ou de outra relataram conflitos com seus namorados, noivos ou maridos, ou expressam uma vida de decepções amorosas. Por outro lado, identificou-se a presença significativa de uma rede social de apoio, com grupos de amizades e uma vida de interação social.

Ressalta-se que, apesar de um receio inicial sobre um possível constrangimento que seria causado a essas mulheres ao convidá-las a participar da pesquisa, isso não se evidenciou. Pelo contrário, todas receberam muito bem a entrevistadora, foram muito atenciosas e realmente se engajaram na entrevista, respondendo sem dificuldades todas as questões propostas por esta pesquisa. Isto suscita a reflexão de que talvez o constrangimento fosse da própria pesquisadora, associado às concepções sociais vinculadas à não maternidade.

Ressalta-se a importância de serem realizados mais estudos nacionais sobre esse fenômeno, sugere-se que sejam feitos estudos quantitativos, para um mapeamento maior dessas mulheres e investigação também de outras áreas da vida delas. Por fim, reforça-se a grande importância de serem publicadas mais pesquisas que abordem este tema, devido a grande escassez.

Referências

Abranches, M. R. J. (1990). *Maternidade: sim ou não? Por quê?* Rio de Janeiro: FGV/ISOP.

Aran, M. (2003). Os destinos da diferença sexual na cultura contemporânea, *Revista Estudos Feministas, 11*(2), 399-422.

Barbosa, P. Z. & Rocha-Coutinho, M. L. (2007). Maternidade: novas possibilidades, antigas visões, *Psicologia Clínica, 19*(1), 163-185.

Bonini-Vieira, A. (1996). *Definidas pela negação, construídas na afirmação: a perspectiva de mulheres não mães sobre a maternidade e seu projeto de vida*. Dissertação de Mestrado. Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Carvalho, I. M. M. & Almeida, P. H. (2003). Família e Proteção Social, *São Paulo Perspectiva*, *17*(2), 109-122.

Connidis, I. A. & Mcmullin, J. A. (1999). Permanent childlessness: perceived advantages and disadvantages among older persons, *Canadian Journal on Aging, 18*(4), 447-465.

Fleck, A. C. & Wagner, A. A. (2003). Mulher Como a Principal Provedora do Sustento Econômico Familiar, *Psicologia em Estudo*, *8*(1), 31-38.

Instituto Brasileiro De Geografia E Estatística – IBGE (2011). *Síntese dos indicadores sociais.* Acessado em: < outubro de 2012> Disponível em: < http://www.ibge.gov.br>.

Letherby, G. (2002). Childless and bereft?: Stereotypes and realities in relation to 'voluntary' and 'involuntary' childlessness and womanhood, *Sociological Inquiry*, *72*(1), 7-20.

Lima, M. G. R. (2013). *Filhos? Só depois. Um retrato da mulher contemporânea*. São Paulo: Zagodoni Editora.

Mansur, L. H. B. (2000). *Experiência de mulheres sem filhos: a mulher singular no plural.* Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil.

Mansur, L. H. B. (2003). *Sem filhos: a mulher no singular no plural*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Melamed, R. M. M. & Quayle, J. (2006). *Psicologia em reprodução assistida: experiências brasileiras.* São Paulo: Casa do psicólogo.

Minayo, M. C. de S. (1994). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde* (3a ed.). São Paulo: Hucitec.

Moraes, L. L. (2010). Maternidade: o sonho de toda mulher? *Anais do* VIII Congresso Iberoamericano de Ciência, Tecnologia e Gênero, Universidade Tecnológica Federal do Paraná – UTFPR, Curitiba, PR, Brasil. Acessado em: < 15 de novembro de 2012> Disponível em: < http://200.134.25.85/eventos/cictg/conteudo_cd/E8_Maternidade.pdf>.

Nomaguchi, K. M. & Milkie, M. A. (2003). Costs and rewards of children: the effects of becoming a parent on adults' lives, *Journal of Marriage and the Family*, *65*(2), 356-374.

Orsolin, R. (2002). Nem toda mulher quer ser mãe: novas configurações do feminino. Em Cenci, C. M. B, Piva, M. & Ferreira, V. T. R. *Relações Familiares: uma reflexão contemporânea*. Passo Fundo: UPF Editora.

Papalia, D. E., Olds, S. W. & Feldman, R. D. (2006). *Desenvolvimento humano* (10a ed.). Porto Alegre: Artmed.

Patias, N. D. & Buaes, C. S. (2009). Não tem filhos? Por quê? *Disc. Scientia. Série ciências humanas*, Santa Maria, *4*(1), 121-133.

Patias, N. D. & Buaes, C. S. (2012). "Tem que ser uma escolha da mulher"! Representações de maternidade em mulheres não mães por opção, *Psicologia & Sociedade, 24*(2), 300-306.

Rios, M. G. & Gomes, I. C. (2009a). Casamento contemporâneo: revisão de literatura acerca da opção por não ter filhos, Estud. Psicol., 26(2), 215-225.

Rios, M. G. & Gomes, I. C. (2009b). Estigmatização e conjugalidade em casais sem filhos por opção. *Psicol. estud., 14*(2), 311-319.

Rocha-Coutinho, M. L. (1994). *Tecendo por trás dos panos: a mulher brasileira nas relações familiares*. Rio de Janeiro: Rocco.

Rowe, J. F. & Medeiros, L. G. (2010). *Casamento contemporâneo: A escolha de casais em não ter filhos*. Acessado em: < 02 de setembro de 2013> Disponível em: < http://www.psicologia.pt/artigos/textos/TL0232.pdf>.

Szapiro, A. M. & Férez-Carneiro, T. (2002). Construções do Feminino Pós Anos Sessenta: O Caso da Maternidade Como Produção Independente, *Psicologia Reflexão e Crítica, 15*(1), 179-188.

Twenge, J., Campbell, W. K. & Foster, C. A. (2003). Parenthood and marital satisfaction: a meta-analytic review. *Journal of Marriage and Family, 65*(3), 574-598.

Recebido em fevereiro de 2014 **Aceito em junho de 2014**

Daiana Quadros Fidelis: Graduanda de Psicologia da Universidade do Vale do Rio dos Sinos.
Clarisse Pereira Mosmann: Doutora em Psicologia. Professora do Curso de Graduação e Pós-Graduação em Psicologia da Universidade do Vale do Rio dos Sinos.

Este artigo deriva do trabalho de conclusão de curso em psicologia da primeira autora, orientado pela segunda autora.

Endereço para contato: fidelisdaiana@gmail.com

Serviço-escola de psicologia: caracterização da clientela infanto juvenil atendida de 2008 a 2012, em uma Universidade privada do RS

Aline Groff Vivian
Janine Santos Timm
Fernanda Pasquoto de Souza

Resumo: O objetivo deste estudo foi caracterizar a população de crianças e de adolescentes que buscaram atendimento psicológico em um serviço-escola da Região Metropolitana de Porto Alegre, RS. Foram descritas características de 194 crianças e adolescentes atendidos no período de 2008 a 2012, incluindo as variáveis: sexo, idade, motivo de procura pelo serviço e tipo de atendimento recebido. Os dados foram analisados no programa estatístico SPSS versão 17.0. Verificou-se que a maioria das crianças estava na faixa etária entre 5 e 9 anos (45,9%), sendo a maior parte meninos (63,9%). A maioria das crianças (43,5%) apresentava motivos de busca relacionados a problemas de aprendizagem, sendo que 48,1% das crianças iniciaram atendimento e desistiram. A população atendida pela instituição apresenta características compatíveis com outros estudos realizados em clínicas-escolas. Pontua-se nesse estudo que a troca de terapeuta não influenciou para que o paciente desistisse do tratamento psicológico. Através dessa pesquisa, foi analisada a necessidade da informatização no banco de dados do serviço-escola e a melhoria no registro de informações.
Palavras-chave: Serviço-escola; Crianças; Adolescentes; Atendimento psicológico.

Service school of psychology: characteristics of children's and teens answered 2008 to 2012 in a private university of RS

Abstract: The aim of this study was to characterize the child and adolescent population who sought psychological care in a service – school in the Metropolitan Region of Porto Alegre, RS. Characteristics of 194 children and adolescents seen were described in the period 2008-2012, including variables such as gender, age, reason for seeking, type of care. Data were analyzed with SPSS version 17.0. It was found that most children were in age group between 5 and 9 years (45.9%), being the most boys (63.9%). Most children (43.5%) presented of problems related learning, 48.1% of children started treatment and forsake. It is highlighted in this study that the exchange the therapist did not influence for the patient give up the psychological treatment. Through this research we analyzed the need for computerization in the database in service – school and improved record keeping.
Keywords: Service-school; Children; Teens; Psychological care.

Introdução

Clínicas-escola de psicologia são serviços obrigatórios conforme a Lei nº 4.119, de 27 de agosto de 1962, em seu art. 16, em que determina que os cursos de Psicologia devam ter serviços clínicos e de aplicação à educação e ao trabalho – orientado e dirigido pelo conselho dos professores – abertos ao público, gratuitos ou remunerados (Brasil, 1962). Conforme Moura, Marinho-Casanova, Meurer e Campana (2009), a

finalidade desse serviço não é somente promover a formação prática de seus alunos em Psicologia Clínica, mas também atender à demanda da população que procura por atendimento psicoterápico. Os serviços-escola são importantes para a população que necessita de atendimento psicológico, pois é nessa instituição que a população mais carente procura auxílio.

Maravieski e Serralta (2011) pontuaram que os serviços-escola têm como objetivo principal a integração de ensino, pesquisa e extensão comunitária, oferecendo atividades de promoção da saúde e prevenção da doença, tratamento e reabilitação em saúde mental de indivíduos e grupos. As autoras apontam que é através do contato com a realidade, da experiência vivida com os pacientes e com o supervisor, que os acadêmicos de psicologia desenvolvem a necessária e difícil habilidade de integrar teoria e prática.

De acordo com Peres (1997), essas instituições correm o risco de não proporcionarem serviços adequados por não conhecerem as reais necessidades da clientela atendida. Assim sendo, Boaz, Nunes e Hirakata (2012) mencionam que os serviços-escola estão cada vez mais preocupados em caracterizar a sua clientela, com o intuito de direcionar as suas modalidades de atendimento às diferentes problemáticas apresentadas por quem as procura.

Segundo Macedo *et al.,* (2011), a identificação da clientela torna-se imprescindível também, pois instrumentaliza as equipes que atuam a dispor de estratégias que diminuam a evasão dos atendimentos oferecidos. Estudos sobre as características de clientelas infantis são importantes, pois podem apontar formas para a melhoria dos atendimentos psicológicos oferecidos e propiciar elementos que fundamentem ações preventivas e futuras pesquisas voltadas para a prática clínica (Cunha & Benetti, 2009).

O local onde se deu a presente pesquisa foi fundado em 1987, denominando-se à época de CAP – Centro de Atendimento Psicológico. A implantação deu-se, principalmente, no modelo assistencial, que visava a proporcionar atenção global à saúde do indivíduo, família e comunidade. A partir de 1995, passou a caracterizar-se como Serviço de Psicologia, funcionando no Centro Multiprofissional, local onde também são oferecidos atendimentos em fisioterapia, fonoaudiologia e serviço social. Em 2009, a denominação genérica de clínica-escola foi modificada para serviço-escola de Psicologia, de modo a refletir as mudanças ocorridas na sua filosofia, estrutura e funcionamento. Desde então, passou a oferecer, além do atendimento clínico, diversas atividades de prevenção e promoção da saúde de populações não clínicas. Além disso, as atividades de extensão, de pesquisa e as práticas disciplinares foram intensificadas, consolidando assim a proposta de implantação de um espaço privilegiado para a aprendizagem dos alunos do Curso de Psicologia (Maravieski & Serralta, 2011).

O atendimento aos pacientes é realizado por estagiários supervisionados em Psicologia e Processos Clínicos I e II. Neste contexto, as atividades de ensino envolvem a supervisão da prática clínica nas abordagens Cognitivo-Comportamental e Psicoterapia Psicodinâmica Breve. São realizados seminários teórico-clínicos, discussão de casos, consultoria psiquiátrica, e consultoria familiar. As atividades incluem: entrevistas iniciais de triagem, avaliação neuropsicológica e psicodiagnóstico. Os atendimentos são breves focais e têm duração de até um ano ou cerca de 40 sessões, sendo avaliados casos que necessitem de continuidade.

No processo de triagem, é marcada a primeira entrevista por telefone, em que se respeita uma lista de espera para atendimento. No dia e hora marcados, o paciente é atendido por um estagiário/terapeuta, podendo se estender por até três sessões. Em caso de pacientes menores de 18 anos, as entrevistas iniciais são com os pais ou responsáveis. De acordo com Macedo, Dockhorn e Werlang (2009), a triagem tem como finalidade avaliar o paciente em termos de sua demanda terapêutica, seu funcionamento e estrutura psíquica. É neste momento que se avalia a indicação para tratamento e qual abordagem beneficiaria mais o paciente. Esse serviço-escola tem alguns critérios de exclusão, tais como: risco de suicídio, dependência química ou transtornos psicóticos. Nesses casos, o paciente é encaminhado para a rede pública ou profissionais da região.

A Psicoterapia Psicodinâmica Breve, conforme Santeiro (2008), caracteriza-se por atendimentos de curto prazo e que seguem orientações embasadas na teoria psicanalítica. Nessa modalidade, é estabelecido um foco a ser trabalhado, a definição dos objetivos a serem atingidos e a existência de um planejamento de estratégias. Existe a flexibilidade e maior atividade do terapeuta. Já a Terapia Cognitivo Comportamental (TCC), segundo Knapp (2004), tem como objetivo compreender o desenvolvimento do repertório comportamental e das cognições dos indivíduos. Um dos principais fundamentos da TCC é de que as cognições influenciam tanto os comportamentos quanto os sentimentos dos sujeitos. Baseia-se numa relação colaborativa entre o terapeuta e o paciente, no qual ambos têm um papel ativo ao longo do processo terapêutico.

A consultoria psiquiátrica tem como finalidade dar suporte psiquiátrico aos pacientes que estão em atendimento e que necessitam de medicações psiquiátricas e também aos seus familiares. A indicação se dá através da supervisão e avaliação do estagiário e, se houver a necessidade, é agendada uma avaliação com um psiquiatra da clínica para os pacientes que não possuem um médico assistente para ministrar a medicação.

A instituição presta serviços à comunidade de Canoas e da grande Porto Alegre, compreendendo os diferentes grupos etários. A clientela chega na clínica de forma espontânea ou encaminhada por outros profissionais ou serviços. Os atendimentos são feitos mediante pagamento de valores acessíveis, definidos através de um questionário socioeconômico (ABIPEME).

Atendimento psicoterápico com crianças

Para Prebianchi e Cury (2005), o atendimento psicológico para as crianças é fundamental, pois apoia e capacita as famílias nos cuidados dos seus filhos. Conforme Gaustad e Nunes (2009), os psicoterapeutas de crianças necessitam estar cientes de que alguns pacientes apresentam maior risco de abandonar o tratamento. Diante disso, necessita-se trabalhar mais direta e exaustivamente aspectos da resistência e transferência negativa com esses pacientes e seus familiares durante os primeiros seis meses de tratamento, a fim de evitar que o abandono aconteça. Após esse período, o risco de abandonar o tratamento diminui consideravelmente.

Segundo Cunha e Benetti (2009), as particularidades existentes nos atendimentos psicológicos de crianças e adolescentes devem ser levadas em consideração, incluindo os responsáveis, ouvindo suas expectativas e colocando-os a par do processo, fazendo com que possa aumentar a adesão aos tratamentos psicológicos infantis. Sei, Souza

e Arruda (2008) afirmam que existe uma ligação entre a dinâmica familiar e os sintomas da criança; por isso, salientam a importância do acolhimento das angústias dos pais, proporcionando-lhes maior entendimento da criança. Além disso, por meio da intervenção com os pais, estes poderão desenvolver a função de conter as angústias do filho, inicialmente realizada pelo psicoterapeuta. Contudo, o psicoterapeuta deve estar atento a situações em que outras estratégias são necessárias e assim realizar os encaminhamentos necessários.

Atendimento psicoterápico com adolescentes

Para Stürmer e Castro (2009), existem três fatores específicos no tratamento para crianças e adolescentes. O primeiro fator se relaciona com a menoridade legal desses pacientes e a dependência de suas famílias, fato que torna o campo psicoterápico mais complexo e permeado por transferências maternas e paternas que se entrecruzam. O segundo fator se relaciona com a solicitação do tratamento que, no caso das crianças, geralmente é buscado pelos responsáveis. Já no caso dos adolescentes, quando estes estão em sofrimento psíquico, costumam buscar tratamento por iniciativa própria. O terceiro fator se refere às formas comunicativas do material nas sessões, sendo que crianças usam predominantemente o brincar para se comunicar, e os adolescentes utilizam formas comunicativas pré e paraverbais, entre elas, expressões lúdicas, gestos e expressões corporais. Pode haver também comunicação mais primitiva, através de atuações.

A adolescência é uma importante etapa do ciclo vital, e a demanda psíquica com a qual o jovem se vê submetido é uma preocupação a possíveis manifestações de adoecimento. No enfrentamento das conflitivas próprias da adolescência, sejam decorrentes do incremento dos conflitos peculiares dessa fase ou da fragilidade de recursos defensivos, pode ocorrer a acentuação de situações de sofrimento psíquico. A escuta de um padecimento nessa etapa é, portanto, uma importante ferramenta para prevenir maiores problemas na vida pessoal e social desse indivíduo. A oferta de atendimento psicológico proporcionada no contexto da clínica psicológica é importante, pois se trata de abrir a possibilidade de proporcionar auxílio ao adolescente na vigência de uma crise que afetara suas escolhas de vida (Macedo *et al*., 2011).

Outra forma de atender a comunidade seria o deslocamento de profissionais e estagiários para as comunidades de onde se originam as demandas por atendimento, capacitando-os pessoal e profissionalmente para a realização de trabalho preventivo, o que atenderia às diversas necessidades e ajudaria na discriminação, por parte do profissional/estagiário, de casos que precisam ou não receber atendimento psicológico no serviço-escola (Campezatto & Nunes, 2007).

Assim, o presente estudo teve como objetivo mapear o perfil de crianças e adolescentes atendidos em um serviço-escola da região metropolitana de Porto Alegre, no período de 2008 a 2012. Ainda, de forma mais específica, buscou verificar os motivos de busca de atendimento psicológico, quem encaminhou para tratamento, em qual abordagem foi atendido, prevalência entre sexo e faixa etária.

Método

Foi realizada uma pesquisa de levantamento, de análise documental e descritiva, através da coleta de dados em prontuários, em um serviço-escola de psicologia na região metropolitana de Porto Alegre de 2008 a 2012. Essa investigação fez parte de um estudo maior intitulado *Perfil clínico e sociodemográfico de pacientes atendidos em um serviço-escola de psicologia de 2008 a 2012,* que teve como objetivo mapear o perfil dos usuários do serviço de psicologia. A pesquisa documental é um procedimento realizado a partir de documentos autênticos que ainda não receberam tratamento analítico de nenhum autor, devendo o pesquisador fazer uma análise cuidadosa dos dados (Oliveira, 2007).

Participaram desta pesquisa 194 pacientes, sendo 106 crianças com até nove anos de idade (54,7%) e 88 pacientes de 10 a 18 anos (45,3%) atendidos nesta instituição entre 2008 e 2012. Salienta-se que o nome dos indivíduos foi preservado, mantendo-se a ética e a confidencialidade.

O levantamento quantitativo de dados se deu através dos prontuários de atendimento de crianças e adolescentes. Inicialmente, os dados foram tabulados em uma planilha Excel®, e o levantamento foi realizado por alunas voluntárias, havendo conferência das informações pela autora desse estudo e outra acadêmica.

Os dados foram analisados através do programa estatístico SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*) versão 17.0. As variáveis quantitativas foram descritas por média e desvio padrão ou mediana e amplitude interquartílica. As variáveis qualitativas foram descritas por frequências absolutas e relativas.

Para avaliar a associação entre as variáveis categóricas, o teste qui-quadrado de Pearson foi utilizado. Em caso de significância estatística, o teste dos resíduos ajustados foi aplicado. Para comparar o número de sessões conforme o tipo de término, o teste de *Kruskal-Wallis* foi aplicado. O nível de significância adotado foi de 5% ($p \leq 0,05$). O acesso aos prontuários foi autorizado pela coordenadora do serviço-escola, orientadora do presente estudo. O estudo maior, do qual fez parte esse trabalho, foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisa a ULBRA, através do protocolo (CEP ULBRA 119/2013).

Resultados

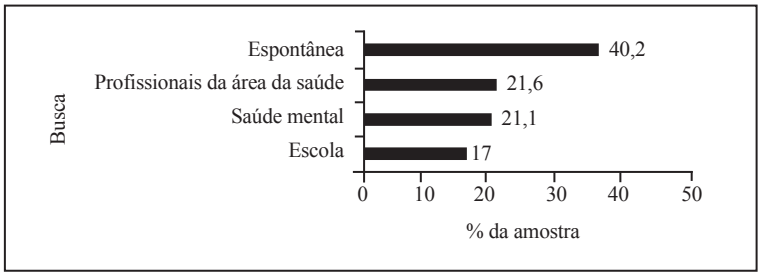
De 2008 a 2012 foram atendidos 423 pacientes, sendo 194 crianças e adolescentes, correspondendo a 45,9% de toda a população. A Tabela 1 apresenta as características dos participantes.

Tabela 1 – Caracterização da amostra

Variáveis	n=194 n (%)
Idade (anos) – média ± DP	9,6 ± 3,7
< 5	17 (8,8)
5 a 9	89 (45,9)
10 a 14	61 (31,4)
≥ 15	27 (13,9)
Sexo – n(%)	
Masculino	124 (63,9)
Feminino	70 (36,1)
Escolaridade – n(%) (n=165)	
Não está em idade escolar	23 (13,9)
Ensino fundamental incompleto	125 (75,8)
Ensino fundamental completo	3 (1,8)
Ensino médio incompleto	11 (6,7)
Ensino médio completo	3 (1,8)

Em relação a crianças e adolescentes, observa-se a predominância do sexo masculino (63,9%). Quanto à escolaridade, a maioria tinha o ensino fundamental incompleto (75,8%). Referente à faixa etária, os pacientes foram divididos em quatro grupos: crianças entre cinco e nove anos tiveram a maior prevalência (45,9%), seguido de pacientes entre 10 e 14 anos (31,4%), em terceiro lugar os pacientes tinham idade entre 15 e 18 anos (13,9%) e, por último, crianças com até quatro anos de idade (8,8%). Nessa população, 36 crianças eram do sexo feminino (18,5%) e 70 do sexo masculino (36,2%), e entre os pacientes com idades acima de 10 anos, 34 eram do sexo feminino (17,5%) e 54 do sexo masculino (27,8%).

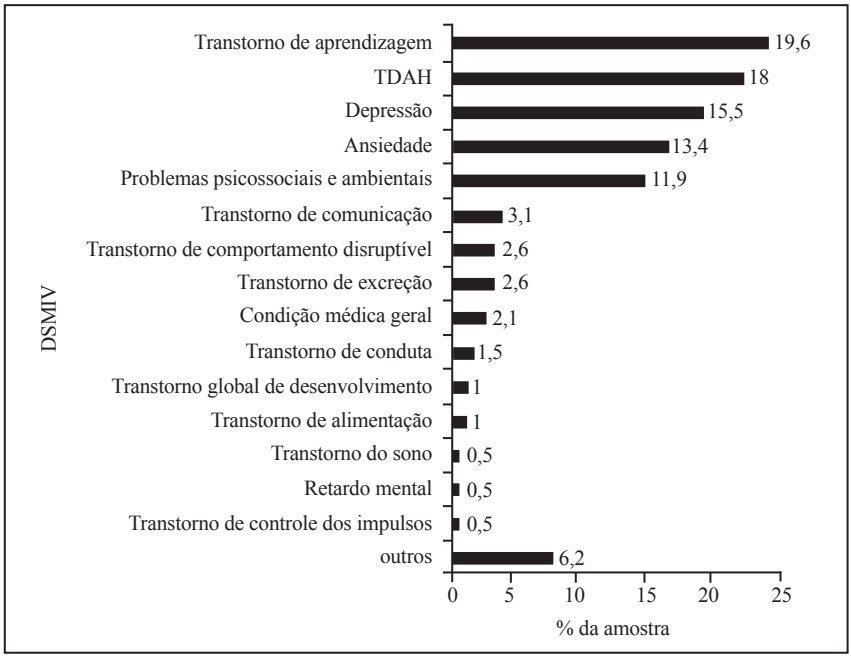
Figura 1 – Fonte de encaminhamento



Analisando quem encaminhou o paciente para atendimento, notou-se que a maioria buscou de forma espontânea (40,2%). Em se tratando de crianças e adolescentes, a iniciativa é, na maioria das vezes, dos pais ou responsáveis legais pelo paciente.

Nesse estudo, seguiu-se o encaminhamento feito por profissionais de saúde (21,6%) como fisioterapeutas, fonoaudiólogas e dentistas. Já 21,1% foram encaminhados por profissionais que trabalham mais diretamente com saúde mental como: neurologistas, pediatras, psicólogos e psiquiatras. Nesse período do estudo, as escolas realizaram o menor número de encaminhamentos (17%). (Figura 1)

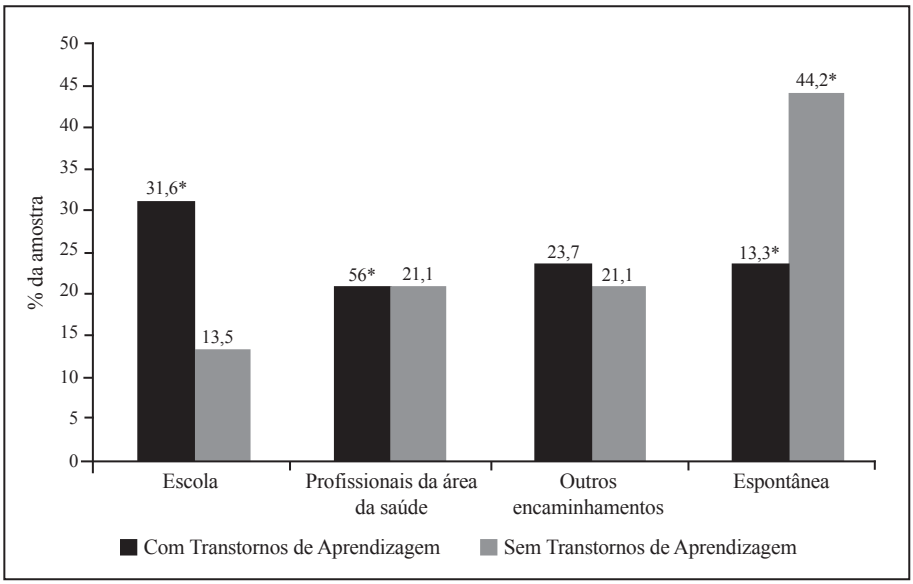
Figura 2 – Principais queixas de acordo com DSM IV-TR (2002)



No que concerne à queixa principal que motivou a busca por psicoterapia, o que mais se destacou foi o transtorno de aprendizagem (19,6%), seguido de TDAH (18%), depressão (15,5%), ansiedade (13,4%) e problemas psicossociais e ambientais (11,9), as demais queixas tiveram menos de 10% de incidência. Em relação a problemas psicossociais e ambientais, estariam os conflitos ligados a relações familiares, escolares e sexualidade. (Figura 2).

Entre as crianças com até nove anos de idade, a queixa que prevaleceu foi transtorno de aprendizagem (21,7%). Entre os pacientes de 10 a 14 anos, foi TDAH (21,3%) e transtorno de aprendizagem (18%). Entre os adolescentes, de 15 a 18 anos, foi a depressão (25,9%) que mais prevaleceu.

Figura 3 – Associação dos transtornos de aprendizagem com tipo de encaminhamento



* p<0,05

Ao associar quem realizou o encaminhamento para o tratamento e a queixa predominante, observou-se que os encaminhamentos das crianças e adolescentes com dificuldades de aprendizagem se deram prioritariamente através das escolas, com significância estatística. Tais pacientes tinham como hipótese diagnóstica transtorno de aprendizagem, diferente dos demais encaminhamentos em que a procura foi espontânea e tinham outras hipóteses diagnósticas. (Figura 3)

Tabela 2 – Abordagens e modalidades de atendimento no serviço-escola

Variáveis	Amostra total	n (%)
Abordagem – n(%)	191	
Abordagem Psicanalítica		102 (53,4)
TCC		86 (45,0)
Psicodiagnóstico		3 (1,6)
Passagem para outro estagiário – n(%)	184	
Sim		25 (13,6)
Não		159 (86,4)
Nº de sessões – mediana (P25 – P75)	162	16 (5 – 28)
< 4		24 (14,8)
4 – 12		46 (28,4)
13 – 24		39 (24,1)
> 24		53 (32,7)
Consultoria – n(%)	164	
Sim*		5 (3,0)
Não		159 (97,0)
Medicação – n(%)	162	
Sim		32 (19,8)
Não		130 (80,2)

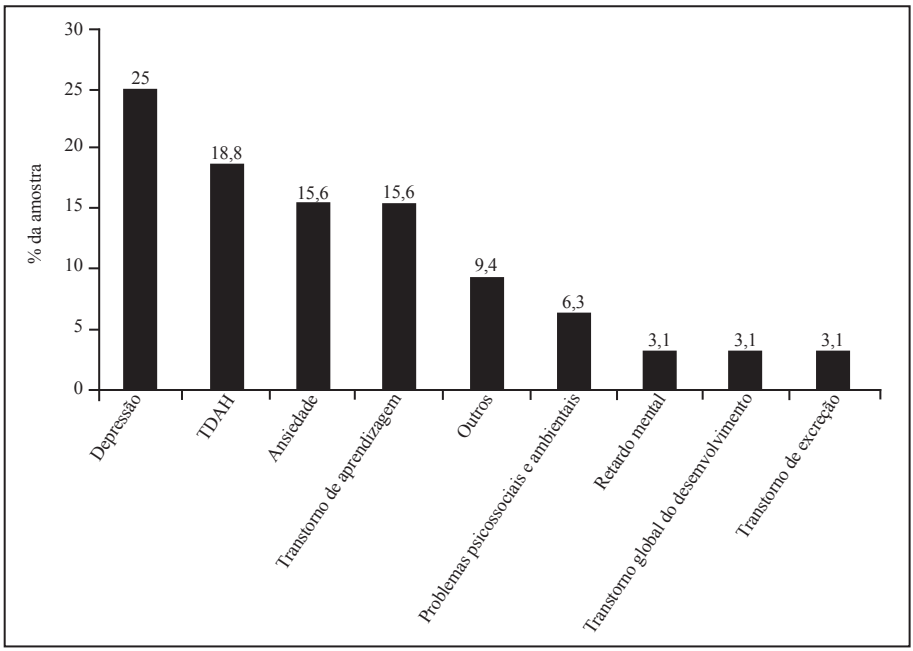
* Todos utilizavam medicação

A abordagem psicanalítica foi aquela em que se observou o maior número de atendimentos, através da psicoterapia psicodinâmica breve (53,4%), seguida de TCC (45,0%) e o psicodiagnóstico, responsável por 1,6% dos atendimentos. Referente ao número de sessões, a maioria teve mais de 24 (vinte e quatro) atendimentos (32,7%), seguidos de frequência entre 4 a 12 sessões (28,4%), além de pacientes que tiveram entre 13 e 24 (treze e vinte e quatro) sessões (24,1%) e pacientes com menos de 4 sessões realizadas (14,8%), sendo esse último considerado apenas como triagem.

Como os atendimentos são prestados por acadêmicos que estão realizando o estágio obrigatório, com duração de um ano, em alguns casos há necessidade de se realizar a passagem de um paciente para um novo terapeuta. Por essa razão, ocorreram 13,6% de passagens para outro estagiário.

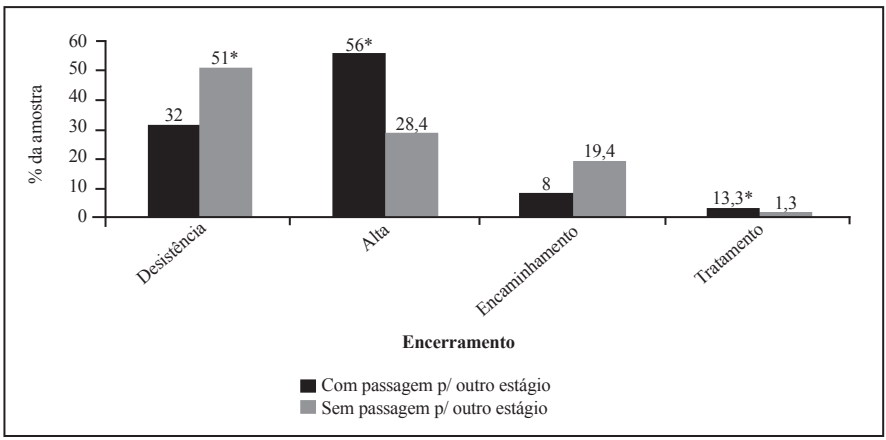
O serviço-escola dispõe ainda de um psiquiatra que realiza atendimentos uma vez por semana para os pacientes que são atendidos pelos estagiários, com a finalidade de dar suporte medicamentoso para aqueles que necessitam de medicação, com isso alguns pacientes se beneficiaram da consultoria psiquiátrica (3,0%). Todos os pacientes que estiveram na consultoria utilizavam remédios, e os demais eram atendidos por outros médicos (19,8%). O baixo número de pacientes atendidos pela consultoria deveu-se ao fato de serem crianças e adolescentes, em que o cuidado com o uso da medicação é maior, e o profissional não tem uma especialização para atender esse público (Tabela 2).

Figura 4 – Motivo de busca (queixas) dos usuários de medicação



Referente ao uso da medicação e o motivo da busca do tratamento, observou-se que a maioria dos pacientes com uso de medicação foi diagnosticada com depressão (25%), seguido de TDAH (18,8%). Em terceiro lugar, com o mesmo percentual, pacientes com ansiedade e transtorno de aprendizagem (15,6%). (Figura 4)

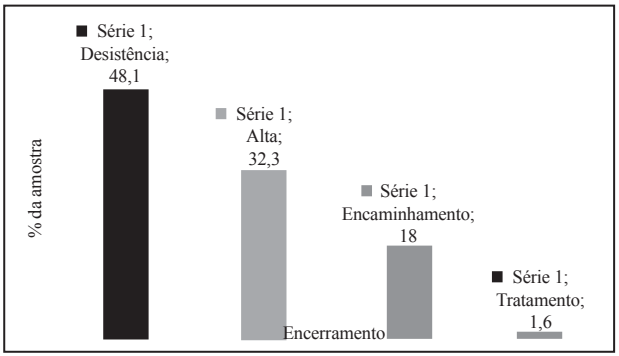
Figura 5 – Associação entre a passagem para outro estagiário e o encerramento (P<0,001)



*p<0,05

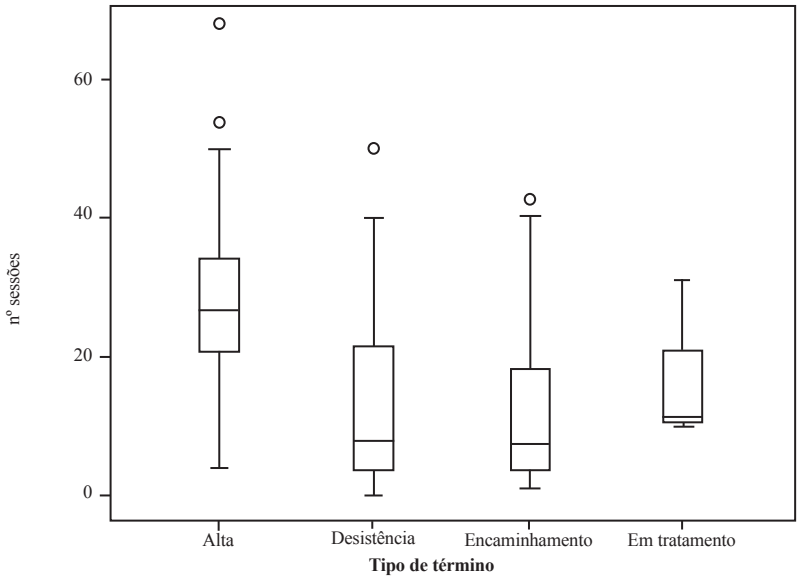
Em relação à passagem para outro terapeuta, observou-se que esse fator não influenciou para que o paciente desistisse do tratamento, pois, entre os que trocaram de terapeuta, 56% obtiveram alta do tratamento. Entre as desistências ocorridas, a maior incidência foi de indivíduos que foram atendidos por um único terapeuta (51%). Entre os pacientes ainda em tratamento, houve passagem de um estagiário para outro (13,3%) (Figura 5).

Figura 6 – Motivos de encerramento do tratamento



Em se tratando do tipo de encerramento da psicoterapia, analisou-se que o maior índice foi de desistência (48,1%). A seguir, pacientes com alta (32,3) ou que foram encaminhados para outros profissionais (18%) e pacientes que ainda estão em tratamento na clínica (1,6%). (Figura 6)

Figura 7 – Associação do tipo de término com o número de sessões (p<0,001).



Observação: A linha dentro da caixa representa a mediana, e os limites inferior e superior da caixa representam os percentis 25 e 75, respectivamente. As barras de erro representam a mediana ± 1,5 (amplitude interquartílica). Os círculos representam os valores extremos da amostra.

Associando o tipo de término com número de sessões, nota-se que pacientes com alta do tratamento tiveram entre 20 e 40 sessões. No caso daqueles que desistiram, a mediana ficou entre 10 sessões. Os que foram encaminhados tiveram menos que 20 sessões (Figura 7).

A seguir, os resultados apresentados serão discutidos com base na literatura sobre o tema.

Discussão

Com a finalidade de caracterizar a população atendida nessa clínica, procurou-se descrever o perfil de pacientes que procuram atendimento psicológico da instituição pesquisada, discutindo se as características foram similares aos outros serviços-escolas de psicologia. Foram avaliadas as variáveis sexo, motivo de busca, prevalência de faixa etária, quem realizou o encaminhamento e tipos de término do tratamento. Os dados foram discutidos com base na literatura revisada sobre o tema.

A população atendida pela instituição apresenta características compatíveis com outros estudos realizados em clínicas-escolas. Considerando a variável sexo, os dados encontrados nesse estudo corroboram outros estudos que destacam a maior procura pelo sexo masculino, bem como a faixa etária de maior prevalência de crianças que têm entre 5 e 9 anos de idade (Borsa, Oliveira, Yates & Bandeira, 2013; Campezatto e Nunes, 2007; Cunha e Benetti, 2009; Gaustad, Basso, Juliana, Eizirik & Nunes, 2011; Gaustad & Nunes, 2009; Maravieski & Serralta, 2011; Melo & Perfeito, 2006; Moura, Marinho-Casanova, Meurer & Campana, 2009).

Neste estudo, pode-se verificar que nos pacientes adolescentes o maior índice de procura para o atendimento psicoterápico foi do sexo masculino, o que não corrobora com outros estudos realizados em serviços-escola em que os maiores percentuais de pacientes na adolescência foram de mulheres (Macedo *et al*., 2011; Maravieski & Serralta, 2011).

Da mesma forma que os achados desse estudo, outras investigações em serviço-escola apontam que dentre as queixas predominam os problemas escolares, ansiedade e depressão (Borsa Oliveira, Yates & Bandeira, 2013; Campezatto e Nunes, 2007; Maravieski & Serralta, 2011; Melo & Perfeito, 2006). Podemos refletir que os motivos relacionados a problemas de aprendizagem são mais frequentes, devido à entrada das crianças no ensino fundamental. A maioria dos adolescentes que participou dessa pesquisa foi diagnosticada com depressão (19,3%), seguida de pacientes com TDAH (18,2%). Estudo realizado por Macedo *et al*., (2011), com adolescentes, encontrou um número elevado de problemas afetivos, tais como depressão e timidez entre as meninas. E nos meninos apareceram como queixa principal problemas educacionais como repetência, dificuldades de aprendizagem e TDAH. Pode-se pensar que o índice de busca foi maior em meninos porque eles apresentam comportamentos externalizantes, como agressividade

e agitação, ocasionando o encaminhamento deles para o atendimento. As meninas, no entanto, apresentam comportamentos mais internalizantes, como problemas afetivos e ansiedade, não chamando a atenção dos pais ou da escola para um atendimento psicoterápico. Cabe destacar que nessa pesquisa a padronização das queixas foi afetada, pois o preenchimento não foi realizado de forma padronizada ou a maioria dos estagiários não preenchia os formulários com a hipótese diagnóstica do paciente. Sintomas como agressividade podem ser encontrados em vários diagnósticos, tais como TDAH, depressão e ansiedade. Estudos realizados por (Boaz, Nunes & Hirakata 2012; Campezatto & Nunes, 2007; Merg, 2008) também encontraram dificuldades em padronizar a queixa, pois cada instituição tinha sua forma de registro e faltavam informações nos prontuários.

Não houve diferença significativa entre a queixa e o sexo e entre queixa e idade dos pacientes. Em estudo realizado por Borsa, Souza e Bandeira (2011), entre pais de crianças escolares que estavam matriculadas entre o terceiro e o quinto ano, não foram encontradas diferenças significativas de problemas de comportamento entre meninos e meninas.

Referente à forma de encaminhamento de crianças e adolescentes ao atendimento, observou-se que o maior índice foi a busca espontânea dos pais (40,2%), seguido de profissionais da saúde, o que corrobora outros estudos realizados em contextos similares (Maravieski & Serralta, 2011; Melo e Perfeito, 2006). Em se tratando do tempo de duração do tratamento, essa pesquisa apontou que um percentual acima de 50% esteve em atendimento por mais de 24 sessões, o que não confirma dados encontrados em outras pesquisas (Cunha e Benetti, 2009; Gaustad & Nunes, 2009; Maravieski & Serralta, 2011) nas quais o tempo médio dos atendimentos foi de três meses. Conforme citado anteriormente, no serviço investigado, o atendimento é realizado em torno de 40 sessões, caracterizando-se como psicoterapia breve focal. Esse contrato é firmado junto ao paciente na última sessão de triagem.

O término do tratamento foi caracterizado por alta quando o paciente atingiu os objetivos estipulados na psicoterapia. A desistência se deu quando o paciente decidiu suspender o tratamento com ou sem aviso-prévio ao terapeuta. O encaminhamento foi realizado quando o paciente não tinha perfil para o serviço, por apresentar risco de suicídio, transtorno psicótico ou invasivo do desenvolvimento, abuso de drogas ou quando foi encaminhado para outros locais, e, por último, em tratamento eram os pacientes que ainda estavam sendo atendidos no momento da coleta. Diversos autores também pontuam a desistência do tratamento como o tipo de término mais frequente em serviços-escola (Campezatto & Nunes, 2007; Cunha & Benetti, 2009; Gaustad & Nunes, 2009; Maravieski & Serralta, 2011).

Estudo de Mantovani, Marturano e Silvares (2010) – em uma clínica-escola de psicologia – concluiu que os maiores índices de abandono de psicoterapia foram com pais mais jovens e com pouca escolaridade, famílias mais expostas ao estresse, problemas financeiros e com situações sinalizadoras de conflito conjugal. De acordo com Deakin e Nunes (2009), os pacientes que tiveram um índice maior de abandono em psicoterapia psicanalítica eram meninos que apresentavam problemas de comportamento externalizante.

Nesse estudo, observou-se que a troca de terapeuta não é um motivo de desistência do tratamento, mas sim, que a maioria (56%) que foi atendida por mais de um terapeuta

continuou o tratamento e teve alta. Um estudo realizado por Lhullier, Nunes, Antochevis, Porto e Figueiredo (2000) constatou que 33% dos pacientes que abandonaram o tratamento em clínicas-escolas trocaram de terapeuta. Segundo Severo (2013), a troca de terapeuta é um processo difícil para o paciente e quando se trata de crianças e adolescentes a dificuldade também é vista com os pais, pois já existe um vínculo estabelecido na relação.

Pode-se pensar que um dos fatores que contribuem com essa troca de terapeuta é que na instituição existe a possibilidade de o paciente continuar a ser atendido no mesmo ambiente e também que o processo de passagem é realizado em conjunto. No caso desse serviço-escola, é trabalhada com o paciente a troca de terapeuta com antecedência, discutindo com o mesmo os sentimentos referentes a essa situação, firmando data em que ocorrerá a troca de terapeuta. No dia previsto, a terapeuta anterior atende o paciente por alguns minutos para se despedir e, então, solicita a presença da nova terapeuta, permanecendo alguns minutos. Depois, retira-se para que possa ocorrer um vínculo entre ambos.

Severo (2013) pontua alguns aspectos importantes para acontecer uma passagem bem-sucedida: motivação do caso no terapeuta anterior, o que pode inspirar o novo terapeuta; o diagnóstico e os sintomas do paciente podem influenciar nessa mudança; vínculo que é constituído com os pais; e os sentimentos despertados no novo terapeuta. Serei tão boa terapeuta como a anterior? Será que irei dar conta? A autora ainda pontua que a passagem para um novo terapeuta deve ser pensando de acordo com o funcionamento do paciente, e que a passagem perto do período de férias do tratamento seria contraindicado.

De acordo com Macedo, Dockhorn e Werlang (2009), quando o atendimento é realizado em uma instituição como os serviços-escola, a transferência é direcionada à clínica e não ao terapeuta. A transferência institucional refere-se à relação que o paciente desenvolve não só com o terapeuta, mas também com a instituição, e dependendo da estrutura do paciente a transferência com a mesma pode ser mais intensa (Campezatto, Helberg, Oliveira, Sanchotene, Steibel, Susin, Ferreira, Rosa & Nunes, 2008). Sendo assim, é imprescindível entender o que essa instituição está representando para o paciente que a procura, pois pode estar ligado a uma credibilidade da instituição ou pode estar reforçando alguns aspectos do paciente como a dificuldade de se vincular e a falta de profundidade das relações, contribuindo com a manutenção de seu funcionamento patológico. De acordo com os mesmos autores, o vínculo está presente desde o início do tratamento, sendo que é para a instituição que os pacientes se dirigem e ali vivenciam experiências emocionais significativas, conservando essa ligação ao longo de todo o tratamento.

A abordagem teórica nos serviços-escolas tem sido pouco discutida na literatura, embora no presente estudo a psicoterapia de abordagem psicanalítica tenha sido predominante (53,4%); nessa instituição também é praticada a terapia cognitivo comportamental (45,0%) e o psicodiagnóstico (1,6%). Corroborando com esses dados, a pesquisa de Cunha e Benetti (2009) também encontrou a abordagem psicanalítica como a mais frequente. Nos demais estudos, não relacionam os atendimentos com o tipo de abordagem.

Considerações finais

Através do levantamento de dados, foi avaliada a importância de se realizar uma padronização referente ao motivo de busca, pois muitos estagiários não preenchiam no prontuário a hipótese diagnóstica. Assim, oportunizam falhas ao se classificar os motivos de busca. Em alguns documentos, constavam informações gerais sobre a queixa como "não interage, muito quieto, não dorme sozinho, arredio com o pai". É imprescindível que o estagiário, no final do curso, já possa realizar uma hipótese diagnóstica do caso, conforme manuais DSM- IV ou CID-10. Outro fator importante é a falta de informações nos registros e em outros casos alguns prontuários que não foram localizados, o que se tornou uma limitação do presente estudo.

A segunda autora também foi estagiária curricular do serviço-escola onde se realizou o presente estudo, o que gerou maior envolvimento com a prática de estágio por conhecer melhor a demanda do local e por constatar a importância das informações completas nos documentos dos pacientes. Também foi possível contribuir com a instituição sendo terapeuta/estagiária e derivando desse estudo, seu trabalho de conclusão de curso.

Pensando em pesquisas futuras, nesse ano foi realizada a informatização do banco de dados através de uma planilha do Excel® na qual são registrados os dados de identificação, escolaridade e informações sociodemográficas e hipótese diagnóstica do paciente. Além disso, serão registrados o número de sessões, abordagem terapêutica, tipo de encerramento, se participa da consultoria psiquiátrica e se faz uso de medicações psiquiátricas, bem como o número de supervisões que o paciente teve. Os prontuários e a documentação do paciente continuarão sendo arquivados nas dependências da clínica conforme determina o Conselho de Ética.

A partir dessa caracterização, podem ser planejadas intervenções de acordo com a realidade da população de crianças e adolescentes atendidos. Pais e responsáveis precisam de atenção ou orientações para que a ambivalência dos mesmos seja trabalhada nos atendimentos.

Referências

Boaz, C., Nunes, M. L. T. & Hirakata, V. N. (2012). A problemática do desenvolvimento de crianças assistidas por clínicas-escola brasileiras mudaram no decorrer das décadas? *Psico*, *43*,(3), 334-340.

Borsa, J. C., Oliveira, S. E. S., Yates, D. B. & Bandeira, D. R. (2013). Centro de Avaliação Psicológica – CAP: uma clínica-escola especializada em avaliação e diagnóstico psicológico. *Psicologia Clínica*, *25*(1), 101-114.

Borsa, J. C., Souza, D. S. & Bandeira, D. R. (2011). Prevalência dos problemas de comportamento em uma amostra de crianças do Rio Grande do Sul. *Psicologia: Teoria e Prática*, *13*(2), 15-29.

Brasil. *Lei nº 4.119 de 27 de agosto de 1962*. Acessado em: <22 de agosto de 2013> Disponível em: < <http://www.crprs.org.br/upload/legislacao/legislacao87.119>.

Campezatto, P. V. M., Helberg, A. E., Oliveira, J. R. S., Sanchotene, B., Steibel, D., Susin, G., Ferreira, J. A., Rosa, L. B. & Nunes, M. L. T. (2008). Considerações

sobre o fenómeno da transferencia institucional. *Revista do IEPP: Psicoterapia psicoanalítica/ Instituto de Ensino e Pesquisa em Psicoterapia*, *10*(1), 46- 59.

Campezatto, P. V. M. & Nunes, M. L. T. (2007). Caracterização da clientela das clínicas-escola de cursos de Psicologia da região metropolitana de Porto Alegre. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, *20*(3), 376-388.

Critério Padrão de Classificação Socioeconômica- ABIPEME. Acessado em: <22 de setembro de 2013> Disponível em: < http://www.abep.org/novo/Content.aspx?ContentID=301>.

Cunha, T. R. S. & Benetti, S. P. C. (2009). Caracterização da clientela infantil numa clínica-escola de psicologia. *Bol. psicol*, *59*(2), 130-147.

Deakin, E. K. & Nunes, M. L. T. (2009). Abandono de psicoterapia com crianças. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, *31*(3), 145-151.

Gaustad, M. B. & Nunes, M. L. T. (2009). Preditores de abandono de tratamento na psicoterapia psicanalítica de crianças. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, *31*(1), 13-23.

Gaustad, M. B., Basso, F., S., Juliana P. G., Eizirik, C. L. & Nunes, M. L. T. (2011). Preditores de não aderência ao tratamento na psicoterapia psicanalítica de crianças. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, *33*(2), 109-115.

Knapp, P. (2004). Princípios da terapia cognitiva. In Knapp P. (org.) *Terapia Cognitivo Comportamental na prática psiquiátrica*. Porto Alegre. Artes Médicas.

Lhullier, A. C., Nunes, M. L. T., Antochevis, A. F., Porto, A. M. & Figueiredo, D. (2000). Mudança de terapeuta e abandono da psicoterapia em uma clínica-escola. *Aletheia, s/v*(11), 7-11.

Macedo, M. K., Baldo, M. A., Santos, R. L., Ribas, R. F., Silva, S. M. & Gonçalves, T. G. (2011). Motivos de busca de atendimento psicológico por adolescentes em uma clínicaescola. *Psicologia teoria e prática, 13*,(2), 63-75.

Macedo, M. M. K., Dockhorn, C. N. B. F. & Werlang, B. S. G. (2009). A demanda de ajuda e a capacidade de escuta na entrevista de triagem. In M. M. K. Macedo (Org.). *Fazer Psicologia: uma experiência em clínica-escola,* (pp.61- 72). São Paulo: Casa do Psicólogo.

Mantovani, C. C. P., Marturano, E. M. & Silvares, E. F. de M. (2010). Abandono do atendimento em uma clínica-escola de psicologia infantil: variáveis associadas. *Psicologia em Estudo*, *15*(3), 527-535.

Maravieski, S. & Serralta, F. B. (2011). Características clínicas e sociodemográficas da clientela atendida em uma clinica escola de psicologia, *19*(2), 481-490.

Melo, S. & Perfeito, H. (2006). Características da população infantil atendida em triagem no período de 2000 a 2002 numa clínica-escola. *Estudos de Psicologia, 23*(2), 239-249.

Merg, M. M. G. (2008). Características da clientela infantil em clínicas escola. Dissertação de Mestrado, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Rio Grande do Sul.

Moura, C. B., Marinho-C., M. L., Meurer, P. H. & Campana, C. (2009). Caracterização da clientela pré-escolar de uma clínica-escola brasileira a partir do *Child Behavior Checklist* (CBCL). *Contextos Clínicos, 1*(1), 1-8.

Oliveira, M. M. (2007). *Como fazer pesquisa qualitativa*. Petrópolis: Vozes.
Peres, V. L. A. (1997). Triagem psicológica grupal: procedimento e resultados obtidos com lista de espera de crianças, adolescentes e adultos, em uma clínica-escola de psicologia. *Paidéia (Ribeirão Preto), 12*(13), 63-76.
Prebianchi, H. B. & Cury, V. E. (2005). Atendimento infantil numa clínica-escola de psicologia: percepção dos profissionais envolvidos. *Paidéia (Ribeirão Preto), 15*(31), 249-258.
Santeiro, T. V. (2008). Psicoterapia breve psicodinâmica preventiva: pesquisa exploratória de resultados e acompanhamento. *Psicologia em Estudo*, *13*(4), 761-770.
Sei, M. B., Souza, C. G. P. & Arruda, S. L. S. (2008). O sintoma da criança e a dinâmica familiar: orientação de pais na psicoterapia infantil. *Vínculo-Revista do NESME, 2*(5), 101-219.
Severo, R. I. (2013). Pensando sobre o processo da mudança de terapeuta. *Publicação CEAPIA: Revista de Psicoterapia da Infância e Adolescência*, *22*(1), 65-77.
Stümer, A. & Castro, M. G. K. (2009). A clínica com crianças e adolescentes: o processo psicoterápico. In: Castro, M. G. K., Stürmer, A. & cols (2009). *Crianças e adolescentes em psicoterapia*: a abordagem psicanalítica. Porto Alegre: Artmed.

Recebido em abril de 2014 **Aceito em maio de 2014**

Aline Groff Vivian: Psicóloga Clínica, Mestre e Doutora em Psicologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Professora do Curso de Psicologia e Medicina ULBRA/Canoas.
Janine Santos Timm: Acadêmica do Curso de Psicologia da ULBRA/Canoas.
Fernanda Pasquoto de Souza: Psicóloga Clínica, Mestre em Ciências Médicas: Psiquiatria pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Doutoranda em Psicologia Clínica pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS). Professora do Curso de Psicologia ULBRA/Canoas.

Endereço para contato: avivian@terra.com.br

A identificação como efeito do processo tradutivo da sedução originária

Marina Pinto de Paula
Gustavo Adolfo Ramos Mello Neto

Resumo: A proposta que se apresenta é uma leitura do conceito de identificação através da Teoria da Sedução Generalizada (TSG), de Jean Laplanche. Para tanto, faz-se um exame da obra de Freud no que tange a esse conceito. Com tal exame em mãos, a identificação, tal como Freud a propõe, é relida e proposta como um processo tradutivo das mensagens sexuais emitidas pelo adulto à criança. O objetivo do presente artigo é a relação da identificação freudiana com a Teoria da Sedução Generalizada de Laplanche, o que resulta em ver a identificação como o efeito, ou seja, um dos resultados, da tradução que a criança faz sobre as mensagens enigmáticas transmitidas pelo adulto.
Palavras-chave: Identificação, tradução, Teoria da Sedução Generalizada

The identification that effect of the translation process of original seduction

Abstract: The purpose that presents is to provide an understanding on identification based on the Generalized Seduction Theory by Jean Laplanche. With this aim, a detailed examination of Freud's work is done regarding this concept. With this exam, identification, such as Freud proposes, is reread and suggested as a process which interprets sexual messages given out by the adult to the child. The purpose of this article is the relationship of Freudian identification with the Theory of Generalized Seduction of Laplanche, which resulted in seeing the identification as the effect, i.e., one of the results of the translation that the child makes about enigmatic messages transmitted by the adult.
Keywords: Identification, traduction, Theory of Generalized Seduction.

Introdução

O propósito deste trabalho é o de teorizar a identificação no âmbito da Teoria da Sedução Generalizada. A tese que sustentamos, aqui, é a de que a identificação é efeito, ou seja, um dos resultados possíveis de um processo de tradução das mensagens enigmáticas do adulto dirigidas à criança.

Primeiramente faremos um panorama dos modos de identificação propostos por Freud em toda a obra e, em seguida, abordaremos as ideias produzidas no campo da Teoria da Sedução Generalizada, proposta originalmente por Laplanche. Esse caminho nos levará a análise da identificação como processo de tradução da sedução.

As identificações em Freud

Utilizaremos uma organização proposta por Laplanche (1993/1980), no livro *A angústia*, para apresentar os tipos de identificação explicitados por Freud.

Esse autor comenta principalmente, a noção de identificação primária nos textos *Três Ensaios sobre a sexualidade* (1905), *Totem e Tabu* (1913) e *O Ego e o Id* (1923). Para Freud (1923/1996) ela é definida como uma identificação bastante primitiva e anterior a qualquer catexia de objeto. Está ligada ao pai da pré-história do indivíduo e é considerada, por muitos autores, um mito e um ponto obscuro na teoria freudiana. Relaciona-se com a ideia de canibalismo, pois, ao mesmo tempo que se constitui na relação com o outro, é assimilação desse outro. Contudo, em Freud, a identificação primária, não é relacionada ao primeiro objeto sexual, o seio, mas é anterior a ela. A identificação primária influenciaria todos os processos de identificação secundária.

Podemos chamar de identificação secundária, de acordo com Laplanche, (1993/1980) o que Freud, em *Psicologia de Grupo e Análise do Ego* (1921/1996), situou como identificação relacionada ao sintoma. A identificação secundária divide-se em três modos: identificação com uma pessoa que apresenta um ponto comum com o sujeito; identificação com o objeto; e, identificação com o rival. (Laplanche, 1993/1980).

A identificação com uma pessoa que apresenta um ponto comum com o sujeito, também chamada de identificação histérica, centra-se na ideia do sintoma como manifestação da identificação estabelecida. A histeria seria o modelo desse tipo de identificação, por manifestar algo sexual presente nos sintomas e em sua proliferação.

Na identificação com o objeto, o ponto central desta identificação situa-se no complexo de Édipo. É a partir da relação com os objetos de amor, pai ou mãe, que a identificação, após um abandono deste investimento nos objetos, ocorre. Essa identificação irá formar um precipitado no ego, a que Freud deu o nome de superego.

O terceiro tipo de identificação secundária, identificação com o rival, proposto no início do texto *Psicologia do grupo e análise do ego* é negligenciado ao longo dele. Para Laplanche (1980/1993), o que agrupa os três casos da identificação secundária é a identificação com o objeto de amor. Na identificação com o objeto, notamos bem este aspecto, e a identificação baseada em um ponto comum é uma identificação com o objeto de amor regressivamente, pois remete ao retorno de uma relação amorosa abandonada. Apenas na identificação com o rival, que isto não se dá, e é justamente a respeito desta identificação que Freud irá se esquivar, abandonando-a de algum modo. Na identificação com o rival podemos observar sempre uma referência a um objeto terceiro. Apesar de não existir um vínculo direto entre os identificados, eles se identificam através do amor pelo objeto terceiro.

A Teoria da Sedução Generalizada de Jean Laplanche

A Teoria da Sedução Generalizada de Jean Laplanche foi formulada a partir da teoria da sedução de Freud, abandonada por ele em 1897. Mesmo com o abandono da teoria da sedução, não de todo completo para Laplanche, em 1897, há em Freud o que Laplanche (1987/1992) denomina de uma teoria da sedução precoce, em que o pai perverso cede lugar à mãe sedutora, mãe que seduz o filho através dos cuidados.

Essa teoria da sedução em Freud é vista por Laplanche (1997a) como um dos momentos que instaura uma descentração – entendida através da figura da revolução de

Copérnico e trazida à tona para explicar a revolução na psicanálise. Freud já afirmava que com a inserção das ideias de Copérnico, principalmente a ideia que a terra não era o centro do universo, o homem sofreu uma grande ferida em seu narcisismo e onipotência.

A estrangeirice, uma ideia copernicana em Freud, diz respeito ao outro psíquico que me habita, o inconsciente, mas também ao fato desta estrangeirice ser colocada em mim por um outro estrangeiro. Esta alteridade é reabsorvida pelo sujeito na forma de sua própria fantasia acerca da alteridade deste outro, sua própria fantasia de sedução, o que infringe um risco sobre a alteridade do próprio inconsciente. A estrangeirice desse outro é sustentada pela mensagem que ele envia, uma mensagem verbal ou não verbal, que emite um sinal à criança (Laplanche, 1997a).

Nas cenas de sedução, fundadoras do inconsciente do sujeito, o adulto transmite à criança um sinal puramente sexual, pois esse sinal provém de seu próprio inconsciente. O próprio adulto não reconhece essas mensagens, pois elas comunicam um sentido que antes estava escondido dele mesmo. Laplanche (1997a) comenta: "O que descrevo como força propulsora de todas as cenas de sedução é um fato universal: a intervenção do outro adulto, com seu inconsciente sexual" (p. 146). Outra característica cara a Laplanche, logo também para a TSG, é que o inconsciente é constituído de cenas sexuais, conferindo-lhe seu caráter puramente sexual. Essa prioridade do sexual relaciona-se diretamente com a questão do outro, do outro adulto, em sua estranheza.

Em Laplanche (1997b), a prioridade concedida, entre todas as fantasias originárias descritas por Freud, às cenas de sedução, deve-se ao fato de o outro adulto emitir uma mensagem enigmática, a sedução propriamente dita, de forma unilateral, à criança, tornando assim a cena primária traumatizante e enigmática. Quando analisada, a cena adquire duas realidades diversas: a do adulto e da criança. A realidade adulta está fora do alcance do bebê e comporta uma espécie de exibição da cena primária[1], pois para Laplanche (1987/1992), deixar ver é, sobretudo, "fazer ver". A criança, receptora e observadora dessa cena traumatizante, tenta interpretar e simbolizar. O adulto tem aqui, um papel ativo de emitir uma mensagem, fazer a criança ver ou ouvir.

Ainda, Laplanche (2007) afirma que o inconsciente adulto deve ser entendido como essencialmente feito dos resíduos infantis, um inconsciente perverso no sentido dos *Três Ensaios*, principalmente, pré-genital. As mensagens adultas enigmáticas não são, inteiramente, inconscientes, pois toda mensagem é uma mensagem que se produz sobre o plano consciente / pré-consciente, contudo, elas são parasitadas pelo inconsciente, ou seja, contêm a presença do inconsciente nessas mensagens (Laplanche, 2007).

A criança de Laplanche (1987/1992), ainda com seus processos de adaptação débeis, está na iminência do desvio provocado por um adulto, ele mesmo desviante, desviante em relação a si mesmo e à sua sexualidade. A criança que permanece nesse adulto desviante fará com que ele cometa operações falhas (sintomas) na relação que possui com a criança que foi ele mesmo. "A criança diante dele faz apelo ao infantil nele" (Laplanche, 1987/1992, p. 111). Esta relação entre sedutor e seduzido constitui a relação originária.

[1] A cena originária ou primária é um exemplo de mensagem enigmática, mas é importante salientar que há muitos outros tipos de mensagens enigmáticas transmitidas do adulto à criança.

No centro deste processo encontra-se o que Laplanche (1997b), no artigo *Implantação e Intromissão*, define como implantação. Para o autor, a implantação refere-se aos significantes, vindos do adulto e recebidos passivamente pela criança, que se encontram fixos na pele psicofisiológica de um sujeito que ainda não possui uma instância inconsciente diferenciada. As primeiras tentativas de tradução serão a respeito desses significantes.

Segundo Laplanche (1997b) a implantação é um processo normal e cotidiano, mas também pode ser neurótico. Entretanto, ao lado da implantação, existe a intromissão, face violenta da implantação. A intromissão seria o processo que coloca no interior do sujeito um elemento rebelde, imetabolizável. Os dois processos relacionam-se com processos corporais, contudo a implantação está mais ligada à superfície do corpo, enquanto que a intromissão relaciona-se mais estritamente com a oralidade e à analidade.

As mensagens enigmáticas do adulto geram uma tentativa de simbolização na criança, tarefa impossível, pois, como vimos, ela é incapaz de compreendê-las, fato que gera restos inconscientes, denominados por Laplanche (1987/1992) de objetos-fontes: "portanto, assimilamos o signo de percepção, essa primeira inscrição no aparelho psíquico, exatamente ao significante enigmático, tal como este se deposita antes de qualquer tentativa de tradução" (p. 139).

A Teoria da Sedução Generalizada pode ser também vista como uma teoria de tradução, esta última implicando um conceito essencial: o *après-coup*. A palavra original utilizada por Freud é *nachträglich*, na tradução francesa temos o *après-coup* e em português usamos a versão do latim *a posteriori* (Souza, 1999). Por toda sua significação[2], utilizaremos a tradução francesa.

A concepção laplancheana do *après-coup* difere da concepção freudiana. Laplanche (1999) traz o exemplo do episódio contado por Freud, com a intenção de exemplificar a diferença entre sua concepção e aquela utilizada por Freud. O episódio é sobre um homem que conversando sobre a ama de leite que o havia amamentado faz o seguinte comentário: é uma pena eu não ter me aproveitado dessa ocasião.

Laplanche (1999) aponta, a partir desta narração freudiana, duas direções possíveis ao conceito de *après-coup*. A primeira direção é retrospectiva, ou seja, quando o homem adulto, vendo uma criança no seio, imagina retrospectivamente tudo o que ele poderia obter eroticamente desta situação se ele houvesse sabido. Há, portanto, uma reinterpretação da função de dar o seio em termos de sua situação presente, isto porque a sexualidade do adulto é despertada pela cena da criança ao seio, indicando uma retenção de traços de sua própria sexualidade infantil. Existe, então, duas interpretações para a narração: uma progressiva e outra retroativa, mas elas permanecem independentes e isoladas uma da outra.

O ponto de vista de Laplanche não é uma escolha entre esses dois pontos de vista, uma opção entre uma posição hermenêutica ou a posição determinista de Freud. Laplanche (1999) enfatiza aquilo que julga que Freud excluiu ou não quis ver, que é justamente a ama de leite e sua sexualidade. O seio é visto apenas como um objeto para

[2] Para mais informações consultar o livro *Problématiques VI: L'après-coup* de Laplanche (2006), onde o autor faz uma explicação detalhada sobre a etimologia da palavra e do conceito, bem como os problemas concernentes à tradução.

a criança, sem levar em conta a função de zona erótica para a ama. Mas, mais ainda, o que é fundamental é que o bebê sente a sexualidade do adulto e recebe aquilo que lhe é passado pelo adulto: a mensagem sexual.

De acordo com o modelo de tradução – destradução – retradução laplancheano, a mensagem do outro é retraduzida, seguindo uma direção temporal alternadamente retrogressiva e progressiva, pois o sujeito tende a interpretar seu passado, que apela para uma tradução, em vista de sua situação presente.

No artigo *Curto tratado do inconsciente*, Laplanche (1999) aprofunda os conceitos relativos ao modelo de tradução. As tentativas da criança de tradução contêm falhas, pelo fato de que as mensagens são enigmáticas para o próprio emissor. Aquilo que escapa às primeiras tentativas da criança em traduzir, de forma mais ou menos coerente, das mensagens provenientes do adulto é o que Freud denominou de representações-coisa e Laplanche de objetos-fonte, e que formarão o inconsciente.

Ainda, a primeira inscrição não necessita de uma tradução, ela é pura e simples implantação. As mensagens adultas enigmáticas suportam uma espera, um remanejamento, um deslocamento, sendo que alguns de seus aspectos são traduzidos, enquanto que outros elementos são excluídos da tradução e tornam-se inconscientes (Laplanche, 1999).

O recalcamento, para Laplanche (1999), está inserido no tempo da temporalização, ou seja, no tempo da tradução dos enigmas provenientes do outro, mas, mais exatamente, em uma falha da temporalização, até porque o recalcamento negligencia a tradução. O movimento de tradução tem como motor o endereçamento enigmático do outro[3], que conserva algo fora dele, algo que não pode ser traduzido, que se torna o inconsciente, o outro interno, o qual funciona como agente, como objeto-fonte, e que procura constantemente penetrar na existência consciente. Para Laplanche (1999), "o inconsciente é outra coisa em mim, isto quer dizer, resíduo recalcado de outra pessoa. Ele me afeta, assim como outra pessoa afetou-me uma vez" (p.103).

Na metapsicologia laplancheana, a tradução ou tentativa de tradução tem por função fundar, no aparelho psíquico, um nível pré-consciente. O pré-consciente – essencialmente o ego – corresponde à maneira que o sujeito se constitui. A tradução das mensagens, incoerentes, é sempre imperfeita, deixando de lado restos. São esses restos que constituem por oposição ao ego pré-consciente o inconsciente em seu sentido próprio, no sentido freudiano do termo. O inconsciente é marcado pelo sexual, mas o inconsciente da criança não é, de nenhuma maneira, a cópia do inconsciente adulto, em razão do duplo metabolismo que o sexual levou neste percurso: deformação da mensagem acordada[4] no adulto, em seguida, na criança receptora, trabalho de tradução que remaneja completamente a mensagem implantada (Laplanche, 2007).

O processo de recalcamento e a constituição do aparelho são correlativos. O recalcamento é criador, segundo Laplanche (1987/1992), da separação entre forças sexuais de desligamento e forças sexuais de ligação. O recalcamento tende a quebrar as

[3] Para Laplanche (1999) a pulsão de tradução origina-se deste intraduzível ou do imperfeitamente traduzido proveniente do outro.

[4] Acordada, para Laplanche (2007), tem o sentido de retorno do recalcado.

conexões entre os elementos das mensagens, destruindo a relação significante-significado. Os significantes-dessignificados persistem no inconsciente.

Para Laplanche (1997a), os dois tempos do recalcamento originário[5] não podem ser apartados do nascimento do ego. No primeiro tempo não há um ego, há somente o indivíduo; é possível também dizer que o ego coincide com o indivíduo. Já no segundo tempo ocorre o nascimento do ego como instância, em que ele é uma parte do aparelho. Os vários tempos de nascimento do ego são equivalentes ao narcisismo primário. Isto é importante para situar a questão do significante enigmático, o qual, no primeiro tempo, encontra-se quase que externo, na periferia do ego-indivíduo, nas zonas erógenas. No segundo tempo, o resto recalcado do significante enigmático, o objeto-fonte, passa a ser interno.

Este enigmático vindo do outro comporta, para Laplanche (1987/1992), tanto elementos de ligação como de desligamento, ambos compreendidos nas mensagens enigmáticas através de elementos de amor e cuidado e de instabilidade e agressão, respectivamente. Esses elementos de ligação permitem à criança fazer sua autoteorização, ou seja, sua centração em si mesma. (Laplanche, 1987/1992).

Existirá, não somente na criança, mas em todo ser humano, um conjunto de mensagens intraduzíveis: algumas praticamente impossíveis de traduzir, outras em espera provisória de tradução. Tradução que pode ser realizada por uma reatualização, uma reativação. O inconsciente dito bloqueado pode ser um lugar de estagnação, mas também um lugar de espera (Laplanche, 2007).

O inconsciente, para Laplanche (1997b), é o "a traduzir", ou seja, aqueles resíduos intraduzíveis da mensagem enigmáticas implantadas no sujeito, e não um reservatório biológico de pulsões inatas, assim como Freud o concebeu. Aquilo que não passa pela tradução, ou seja, que é deixado cair, não é uma segunda mensagem que se acharia diretamente no inconsciente do receptor. Estes resíduos de tradução são restos isolados e deformados.

> *O fundo, o corpo inesgotável que cada ser humano, ao longo de sua existência, se esforça para traduzir em seus atos, nas suas palavras e na maneira de se representar a si mesmo, é esta intraduzibilidade que nós nomeamos inconsciente, intraduzível, mas sem cessar de retraduzir – mais ou menos bem segundo o caso – sobre aquela autoteorização de todo ser humano, mas que ela não pode reduzir de maneira precária e assintomática. (Laplanche, 1997b, p.331)*

A necessidade de tradução, denominada por Laplanche (1997b) de pulsão de tradução, provém deste intraduzível, que faz sua exigência de tradução. Diz-nos o autor: "O movimento de temporalização: presente-passado-futuro é um movimento de destradução e retradução. Ele pressupõe um já traduzido anterior, mas também um "a traduzir" primordial, que nós chamamos de inconsciente" (Laplanche, 1997b, pp. 331-332).

[5] Segundo Laplanche (1997b) o primeiro tempo do recalcamento é a introjeção originária e o segundo tempo é o recalcamento propriamente dito.

Laplanche (1997b) situa este desequilíbrio entre o "a traduzir" e a tradução presente imperfeita, na situação universal e originária da sedução. Eis como o autor a define:

> *A sedução deve se definir como relação passividade-atividade – esta aqui sendo ela mesma levada no sentido cartesiano – o ativo é aquilo que comporta mais de saber, de experiência que o passivo. Demais, nesta dissimetria, a psicanálise introduz o complemento essencial, que aquele mais é mais de saber inconsciente no sedutor que no seduzido. (p. 332)*

Laplanche (1997b) afirma, emprestando a definição de Espinoza, que a passividade se dá pelo fato de que alguma coisa ocorreu em nós, mas que a causa não está em nós, ao menos parcialmente. Já a atividade pressupõe que nós somos a causa de algo ocorrido em nós ou fora de nós, ou seja, que sabemos distinguir e conhecer esta causa. A passividade ainda pode ser entendida como inadequação a simbolizar em nós aquilo que vem do outro. Ela não se refere ao gestual, comportamental e à iniciativa, mas à dissimetria em relação a compreender e simbolizar o que lhe é feito ou colocado. A passividade da criança em relação ao adulto também é encarada como a intrusão do fantasma do adulto na criança.

O ser humano vai, a sua maneira, autoteorizar, a fim de tentar responder a estas mensagens enigmáticas através de uma visão de mundo. Estas novas traduções vão mascarar este arcaico "a traduzir". Dar-se-á, na evolução das etapas e estágios, um movimento de destradução-retradução, a partir das linguagens de oralidade, analidade, genitalidade, de um "a traduzir" originário (Laplanche, 1997b).

A temporalização, para Laplanche (1997b), "designa o modo segundo o qual o existente humano se organiza segundo o tempo, tentando criar de si mesmo, a cada novo movimento, uma nova perspectiva" (p.335).

Como situar a identificação na metapsicologia laplancheana?

Identificação como tentativa de elaborar a sedução

A estruturação do ego, segundo Freud (1923/1996), ocorre através do controle que ele obtém da energia do id, mas ao mesmo tempo ocorre aí uma cilada, pois o benefício não vem sem suas consequências. O ego forma-se a partir dos investimentos abandonados do id, mas para que o sujeito consiga abandonar o objeto de amor, geralmente ocorre uma introjeção deste objeto dentro de seu ego, modificando-o. Vejamos: "torna possível supor que o caráter do ego é um precipitado de catexias objetais abandonadas e que ele contém a história dessas escolhas de objeto" (Freud,1923/1996, p.42).

Esse processo de introjeção do objeto abandonado no ego é também um método utilizado por ele para obter controle sobre o id, pois assumindo a forma do objeto pode se oferecer ao amor desse último que tinha, por sua vez, dificuldades de se desprender de seu objeto. Então, este processo constitui-se como uma transformação da libido do objeto em libido narcísica, demandando uma dessexualização e, portanto, algo do gênero de uma sublimação (Freud, 1923/1996).

Vimos, nos textos freudianos, como a ideia de introjeção assemelhava-se a de identificação, mas sendo geralmente utilizada para expressar uma identificação

cronológica, assim como a incorporação, e também para designar o mecanismo mesmo do processo, sendo a identificação, seu resultado.

No artigo *É necessário queimar Melaine Klein?* Laplanche (1997b) diz que temos que considerar a introjeção como um processo fundamental de constituição, processo privilegiado nas primeiras obras de Freud e introduzido a partir da ideia de corpo estranho. Para o autor francês, a introjeção deve ser compreendida sob a luz dos processos descritos como traumatismo em dois tempos ou como sedução originária. Para ele, a introjeção originária é o primeiro tempo do recalcamento, mas não é o recalcamento propriamente dito. Ela é a introdução dos significantes enigmáticos, que, em um segundo tempo, o recalcamento irá isolar. Diferencia a introjeção de um mecanismo de defesa, pelo menos no primeiro tempo.

> *Falamos sobre a introjeção a propósito da análise de crianças para indicar seu caráter fundador na constituição do mundo interior, mas também da própria pulsão. Trata-se de algo muito diferente de um mecanismo de defesa, ainda que, secundariamente, possa aparecer como mecanismo de defesa, e entrar, então, numa certa simetria com a projeção. (Laplanche, 1983/1988, p.57)*

A introjeção, portanto, forma antecedente da identificação, seria a implantação dos significantes enigmáticos do outro. Podemos pensar que a identificação, etapa definida por Freud como evolução da introjeção, seria um *après-coup* da introjeção.

Parece-nos que as primeiras introjeções coincidem com as primeiras inscrições dos significantes enigmáticos no aparelho psíquico, depósito que não gera, inicialmente, nenhuma tentativa de tradução.

Freud (1923/1996) nos diz que o investimento libidinal é substituído pela identificação, e, como consequência, o sujeito introjeta o objeto. Isso ocorre pelo fato de que, ao aceitar a impossibilidade de ter o objeto, há o recalque, e o sujeito o restabelece dentro de si. Há uma manutenção desse objeto, o que, segundo Freud, está na raiz da formação do superego.

Observamos, no texto de Freud, que as identificações são realizadas pelo ego, a partir dos investimentos do id, ou seja, do inconsciente. Há um retorno ou apropriação desta libido abandonada pelo ego. Em Bleichmar (1993/1994) essa ideia aparece quando ela sustenta que o ego tentará ligar a disrupção originada pela sexualidade materna, provinda também do inconsciente materno, através de uma tentativa própria de tradução daquilo que, antes exterior, agora pulsa no interior.

Com respeito ainda ao ego, Laplanche (2007) situa o pré-consciente como sendo essencialmente o ego, que é fundado por tentativas de tradução da criança a respeito das mensagens adultas enigmáticas. O ego, no seu trabalho de tradução das mensagens, deve passá-las a uma outra linguagem.

Em Freud, encontramos o nascimento do ego nas identificações por ele realizadas. Ora, se em Laplanche o ego é fundado pelas tentativas de tradução, podemos aqui pensar em uma possível aproximação entre identificação e tradução: a identificação sendo entendida como tentativa de tradução. Bleichmar (1993/1994), como já vimos, coloca que as vias de ligação feitas pelo ego são tentativas de significar, portanto, de traduzir mensagens.

Pelo mesmo caminho, Carvalho (comunicado em palestra, 26 de abril, 2010)[6] afirma que toda tentativa de tradução é recalcante e defensiva. Ainda ressalta que a perda do objeto na criança cria um excesso, excesso de que ela terá que dar conta.

Bem, se toda tradução é recalcante, e se estamos supondo que a identificação é uma forma de tradução, podemos supor que a identificação encontra-se do lado do recalcante.

Outro ponto que vem sustentar nossa hipótese é justamente a questão da perda de objeto salientada por Carvalho (2010). Observamos que as identificações estruturantes, em Freud, ocorrem por um abandono dos investimentos do objeto, e, se esta perda produz um excesso, este terá que ser traduzido pela criança, o que nos leva a pensar a identificação como um modo de tradução.

Entendemos que a criança faz este trabalho de tradução das mensagens sexuais emitidas pelo adulto. Se pensarmos que o que a criança traduz é o sexual, essencialmente infantil, deste adulto, permeado por seu inconsciente, estamos nos referindo a uma tradução da sexualidade de um outro que invade a criança com seu excesso de excitação. Assim, é possível pensar que a identificação esteja ligada à sexualidade do adulto. Isto nos leva em uma direção bastante diferenciada daquela exposta por Freud.

A identificação, logo, poderia ser considerada uma tentativa de tradução das mensagens sexuais deste adulto, uma forma de ligação do ego desta sexualidade implantada, ligação facilitada pelas funções totalizantes, narcisisantes da função materna, como nos apontou Bleichmar.

Pode-se supor, também, que a identificação esteja remetida à tradução das mensagens enigmáticas sexuais e não relacionada diretamente aos significantes recalcados, já que Laplanche (1999) nos diz que um significante não se traduz, portanto a identificação seria um modo de tradução das mensagens e não dos significantes. Mas temos que lembrar que geralmente o processo tradutivo contém falhas, o que resulta em alguns significantes recalcados. Se pensarmos que a identificação é um modo de tradução destas mensagens, ela também gerará significantes recalcados, os quais representam as falhas do processo de tradução.

Parece-nos ser um exemplo ilustrativo a análise que Freud (1910/1996) faz de Leonardo Da Vinci. Vejamos algumas de suas observações:

> *Como sabemos, uma decisão no sentido da homossexualidade somente se concretiza nos anos da puberdade. Quando esta decisão ocorreu no caso de Leonardo, sua identificação com o pai perdeu toda a significação para sua vida sexual mas manteve-se presente em outras esferas de atividade não erótica.... Não há dúvida de que o artista criador se considera como o pai de sua obra. Para Leonardo, o reflexo de sua identificação com o pai foi prejudicial para sua pintura. Criava a obra de arte e depois dela se desinteressava, do mesmo modo que seu pai se desinteressara por ele. O cuidado que seu pai demonstrou, mais tarde, em nada conseguiu alterar esta compulsão; porque a compulsão derivada*

[6] Palestra proferida pela Prof. Dra. Maria Teresa de Melo Carvalho (UFMG) para o II Seminário de Pesquisa do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Estadual de Maringá.

das impressões dos primeiros anos de infância, e o que foi reprimido e se tornou inconsciente, não pode ser corrigido pelas experiências futuras. (p. 127)

Podemos supor que Leonardo, marcado por essas mensagens enigmáticas do pai, age durante a vida adulta tentando traduzi-las, através da identificação, cujo resultado é manifestado na forma como lida com sua arte. Além disso, os significantes recalcados, inconscientes, como vemos, permanecem exigindo o trabalho de tradução, que ocorre por meio da identificação.

Conclusões

Ao longo deste trabalho procuramos propor um novo olhar sobre a identificação a partir da Teoria da Sedução Generalizada de Jean Laplanche. Essa nova perspectiva se dá pela tradução da criança frente às mensagens sexuais enigmáticas.

Visualizando como o trabalho do ego opera no processo identificatório em Freud e, ao mesmo tempo, como o ego realiza o processo de tradução, aproximamo-nos da ideia da identificação como um processo tradutivo das mensagens enigmáticas.

Assim, acreditamos que, do entendimento da identificação como processo tradutivo das mensagens enigmáticas do outro, surge, possivelmente, um novo modo de enxergar a importância e utilidade da identificação. Isso porque se abrem novas possibilidades de visualizar as causas inerentes a uma identificação feita pelo sujeito.

Referências

Bleichmar, S. (1994/1993). *A Fundação do inconsciente: destinos da pulsão, destinos do sujeito.* (Kênia Ballvé Behr Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas.

Freud, S. (1996). Obras psicológicas completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago.

Freud, S. (1905). "Três ensaios sobre a sexualidade", v. VII, p. 119-232.

Freud, S. (1905 [1901]). "Fragmento da análise de um caso de histeria". v. VII, p. 15-118.

Freud, S. (1910). "Leonardo Da Vinci e uma lembrança da sua infância".v. XI, p. 67-142.

Freud, S. (1912-1913). "Totem e tabu". v. XIII, p. 13-168.

Freud, S. (1918). "História de uma neurose infantil". v. XVII, p. 19-132.

Freud, S. (1921). "A psicologia do grupo e a análise do ego". v. XVIII, p. 79-156.

Freud, S. (1923). "O Ego e o Id". v. XIX, p. 15-82.

Laplanche, J. (1993/1980). *A angústia*. (2.ed.). (A. Cabral Trad.). São Paulo: Martins Fontes.

Laplanche, J. (1992/1981). *O Inconsciente e o Id*. (A. Cabral Trad.). São Paulo: Martins Fontes.

Laplanche, J. (1988/1983). *Teoria da Sedução Generalizada: outros ensaios.* (D. Vasconcellos Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas.

Laplanche, J. (1992/1987). *Novos fundamentos para a psicanálise*. (C. Berliner. Trad.). São Paulo: Martins Fontes.

Laplanche, J. (1997a). *A teoria da sedução e o problema do outro*. In: J. Psycho-Anal. Livro anual de Psicanálise XIII. São Paulo: Editora Escuta. p 139-151.

Laplanche, J. (1997b). *Le primat de l'autre en psychanalyse*: travaux 1967-1992. (2.ed.). Paris: Flammarion.

Laplanche, J. (1999). Entre séduction et inspiration: l'homme. Paris: PUF.
Laplanche, J. (2006). *Problématiques VI: L'après-coup*. Paris: PUF.
Laplanche, J. (2007). Sexual: la sexualité élargie au sens freudien. Paris: PUF.
Souza, P. C. (1999). As Palavras de Freud: O Vocabulário Freudiano e Suas Versões. São Paulo: Editora Ática.

Recebido em Setembro de 2012 **Aceito em Julho de 2013**

Marina Pinto de Paula: Graduada em Psicologia pela Universidade Estadual de Maringá (2003), especialização em Psicologia do Trabalho pela Universidade Federal do Paraná (2006) e é mestre em Psicologia pela Universidade Estadual de Maringá (2011).
Gustavo Adolfo Ramos Mello Neto: Doutor em Psicologia pela Universidade de São Paulo (USP), Pós-doutorado em psicanálise (Université de Paris 7), Professor da graduação e do mestrado em Psicologia da Universidade Estadual de Maringá (UEM).

Endereço para contato: inappaula@gmail.com

Fatores protetivos e de risco para o uso de crack e danos decorrentes de sua utilização: revisão de literatura

Cristina Beatriz Sayago
Paola Lucena-Santos
Fernanda Ribeiro
Marina Balem Yates
Margareth da Silva Oliveira

Resumo: *Introdução:* Este estudo objetivou revisar pesquisas que relatam danos decorrentes do uso de crack e possíveis fatores protetivos ou de risco para o uso. *Método:* Foram realizadas buscas no PsycInfo, PubMed e LILACS. Os descritores utilizados foram: (*Crack Cocaine) AND (Street Drugs OR Population Characteristics* OR *Epidemiology*). *Resultados:* A facilidade de acesso do crack, uso frequente de cocaína injetável, cristais de metanfetamina, envolvimento em comércio sexual e variedade de drogas utilizadas nos últimos seis meses foram considerados fatores de risco para o uso. Não usuários de crack percebem o condicionamento vicário, informações fornecidas pela família e o medo de morrer como fatores protetivos para o uso da droga. O uso de crack pode causar danos físicos, problemas psiquiátricos, neurocognitivos e prejuízos sociais. Conclusão: O uso de crack está associado a danos físicos, mentas e sociais. Fatores protetivos e de risco devem ser considerados na elaboração de políticas públicas de saúde.
Palavras-chave: Cocaína Crack, Danos sociais, Danos físicos.

Protective and risk factors for the use of crack and damages from its use: review of literature

Abstract: *Background:* The aim of this paper was to review studies that describe the damage caused by crack and the possible protective or risk factors for this use. *Method:* The PsycInfo, PubMed and LILACS databases were searched using the following terms: (Crack Cocaine) AND (Street Drugs OR Population Characteristics OR Epidemiology). *Results:* The easy access to crack, the frequent use of injectable cocaine, crystal methamphetamine, the involvement in sex trade, and the variety of drugs used in the past six months were regarded as risk factors for drug use. For crack non-users, vicarious conditioning, information given by the family and fear of death were protective factors for drug use. The use of crack can cause physical damage, psychiatric and neurocognitive problems and social impairment. *Conclusion:* The use of crack is associated with physical, mental and social damage. Protective and risk factors must be contemplated in the design of public health policies.
Keywords: Crack cocaine, Social damage, Physical harm.

Introdução

A cocaína é um estimulante do sistema nervoso central que possui diversas formas de apresentação. Dentre elas, há a apresentação em sal hidrossolúvel (cloridrato de cocaína), o qual pode ser aspirado ou injetado, e as apresentações alcalinas, que podem ser fumadas. O crack é uma forma de apresentação da cocaína que pode ser fumada em "cachimbos" (Dualibi, Ribeiro & Laranjeira, 2008).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde, o uso da cocaína em suas diversas formas, em países desenvolvidos, ocorre em torno de 1% a 3% dos habitantes ao longo de suas vidas. Nos EUA, os dados levantados no estudo do *Substance Abuse and Mental Health Services Administration*, demonstraram que o índice do uso de cocaína no período de 2002 a 2004 foram de 2,46% da população (*Substance Abuse and Mental Health Services Administration* [SAMHSA], 2006).

A cocaína é a segunda droga mais utilizada na Europa, perdendo apenas para a maconha (Organização Mundial de Saúde [OMS], 2010). Aproximadamente quatro milhões de europeus fizeram uso de cocaína, considerando somente o ano de 2009, o que corresponde a 1,3% da população. No mesmo período a prevalência de uso da droga entre europeus, de 15 a 34 anos, foi de 2,3%, sendo que 5,9% desta parcela da população relatou uso ao longo da vida (*European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction* [EMCDDA], 2009).

No Brasil, o cenário de uso de cocaína é igualmente alarmante. Na região Sul, conforme o II Levantamento Domiciliar Sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil (Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas [CEBRID], 2005), houve aumento do percentual de pessoas que fizeram uso de crack ao longo da vida de 0,5% em 2001 para 1,1% em 2005.

Assim, diversos estudos registram a alta prevalência do consumo de crack. Estes altos índices de consumo são considerados um problema preocupante em termos de saúde pública mundial, sendo no Brasil elevado ao status de epidemia (*epidemia do crack*) (Pulcherio, Stolf, Pettenon, Fensterseifer & Kessler, 2010). Quando o crack é utilizado, o mesmo é absorvido rapidamente pelos pulmões e, imediatamente, seus efeitos fisiológicos e subjetivos aparecem (Paquette, Roy, Petit & Boivin, 2010). O impacto dos problemas físicos associados ao seu uso é de extrema relevância, uma vez que usuários de crack apresentam complicações pulmonares (Mançano *et al.*, 2008), alterações neuropsicológicas (Cunha, Nicastri, Gomes, Moino & Peluso, 2004), promiscuidade sexual, maiores taxas de doenças sexualmente transmissíveis, envolvimento na criminalidade e maiores índices de mortalidade (Ribeiro, Dunn, Sesso, Dias & Laranjeira, 2006; Schifano & Corkery, 2008).

Desta forma, o presente estudo visa realizar uma revisão de literatura acerca dos danos decorrentes do uso de crack, assim como identificar possíveis fatores protetivos e de risco para o uso da droga.

Método

Para o presente estudo, foi feita uma busca de referências bibliográficas nas seguintes bases de dados eletrônicas: PsycInfo, PubMed (Medline) e LILACS. Foram selecionados tanto artigos empíricos, como artigos de revisão de literatura, publicados entre os anos de 2000 e 2011. Os descritores utilizados na língua inglesa foram: (*Crack Cocaine) AND (Street Drugs OR Population Characteristics* OR *Epidemiology),* de acordo com os *Medical Subject Headings* (MeSH), publicados pela *National Library of Medicine*. Os descritores utilizados na língua portuguesa, de acordo com os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), publicados pela BIREME, foram: *(Cocaína Crack) AND (Drogas Ilícitas*

OR Perfil de Saúde OR Características da População OR Epidemiologia). Também foram selecionados capítulos de livros, artigos que constavam nas referências dos trabalhos encontrados e pesquisas de centros e associações de reconhecida importância na área de dependência química. Todos os trabalhos escolhidos para análise deveriam ter o texto completo disponível na língua inglesa, portuguesa ou espanhola.

Possíveis fatores protetivos e de risco para o uso de crack

O crack é considerado cada vez mais como uma droga de fácil obtenção. Um estudo realizado em 2005, de âmbito nacional, mostrou que houve aumento na facilidade de obter drogas. Enquanto que, em 2001, 36,1% dos brasileiros referiram ser muito fácil obter o crack, em 2005, este percentual subiu para 43,9%. Com relação ao uso de drogas, aumentou o percentual de pessoas que relataram ter visto frequentemente outras pessoas sob o efeito de drogas nas vizinhanças, de 33,6% para 36,9%. Quanto à venda de drogas, o percentual de pessoas que relataram terem visto traficantes vendendo drogas nas vizinhanças aumentou de 15,3% para 18,5% (CEBRID, 2005).

O aumento do percentual de brasileiros que fizeram ou fazem uso de crack possivelmente está relacionado, dentre inúmeros fatores de ordem econômica e política, a mudanças no seu acesso, estratégias de mercado e forma de uso. A aquisição do crack é considerada simples, rápida e pública, o que pode ser um fator associado ao uso da droga. Entre os fatores ligados à facilidade de acesso está a comercialização do crack na forma de "farelo", que é mais barato do que a pedra e de fácil adulteração (Inciardi et al., 2006; Oliveira & Nappo, 2008a). No entanto, observa-se que pessoas submetidas a constantes ofertas da droga, muitas vezes não a utilizam. Este aspecto, que pode ser considerado protetivo para o uso de crack, foi estudado na pesquisa de Sanchez, Oliveira e Nappo (2005) que contou com um grupo de pessoas que nunca havia experimentado drogas na vida e outro grupo que fazia uso diário das mesmas. O estudo observou que o grupo de não usuários, citou como principal motivo para o não uso de crack, as informações fornecidas pela família acerca das consequências devastadoras do uso da droga. Em segundo lugar, estava a experiência pessoal do entrevistado, baseada na observação direta dos efeitos negativos do uso de drogas em seus amigos e familiares, como danos físicos e morais e a impossibilidade de realização de metas pessoais devido à dependência. Além destes fatores, percebidos por eles como protetivos para o uso de drogas, também foi citado o medo de morrer em consequência de fatores relacionados ao uso de drogas. A maioria dos não usuários residia com os pais em um ambiente, percebido por eles, como harmônico e de cumplicidade. Em contraste, os usuários de crack percebem que os seguintes fatores estão relacionados ao uso de drogas: brigas, abuso no lar, existência de histórico de consumo de drogas por parte da família, falta de carinho, união, apoio e atenção dos pais e o fato de não residirem com os genitores, seja em virtude de abandono, indiferença, morte ou separação.

Outra questão que pode influenciar os indivíduos quanto ao uso de crack é a percepção da população acerca da gravidade da droga. Em 2005, 77,1% dos entrevistados no II Levantamento Domiciliar Sobre o Uso de Drogas Psicotrópicas no Brasil (CEBRID, 2005) consideraram grave o uso de crack de uma a duas vezes na vida. Com relação ao uso diário da droga, o número de pessoas que consideravam esse tipo de uso grave

subiu para 98,8% do total de entrevistados. Dessa forma, registrou-se que a percepção da população, no que tange ao risco que um indivíduo corre ao fazer uso de crack, varia conforme a intensidade do uso. Entretanto, percebe-se que a maioria da população se preocupa até mesmo com a experimentação do crack, o que pode ser um fator relacionado ao não uso da droga.

Além dos fatores protetivos, alguns estudos também tem se ocupado em investigar fatores de risco para o uso de crack. Em Washington, foi realizada pesquisa com amostra final de 152 usuários de crack internados (sendo 37% mulheres, n=56), em centro de tratamento de usuários de álcool e drogas (Lejuez, Bornovalova, Reynolds, Daughters & Curtin, 2007). O estudo analisou a relação entre gênero e frequência de uso atual (últimos 12 meses), frequência de uso na vida e diagnóstico de dependência de crack. Como resultado, foi registrado que as mulheres dependentes de crack evidenciaram maior uso da droga (tanto atual, como na vida) e foram significativamente mais propensas à dependência de crack, quando comparadas aos homens. O tratamento estatístico dos dados verificou se a diferença potencial entre os gêneros se dava em todas as drogas (maconha, álcool, heroína e fenciclidina – droga alucinógena) ou se acontecia exclusivamente quanto ao uso de crack. Não houve diferença entre os sexos com relação às outras drogas, sendo, portanto, o sexo feminino considerado fator de risco para o uso de dependência de crack.

Em Montréal, estudo de coorte prospectivo identificou fatores de risco associados ao primeiro uso de crack entre jovens de rua de 14 a 23 anos de idade (Paquette *et al.*, 2010). Ao todo 858 jovens foram recrutados, sendo que não foi possível obter informações de seguimento de 38 deles. A pesquisa verificou que o número de tipos de drogas usadas nos últimos 6 meses aumentou o risco de uso de crack, sendo que quanto maior o número de outras drogas utilizadas, maior o risco de começar a fazer uso de crack.

Estudo de seguimento de 10 anos, realizado com usuários de múltiplas drogas provenientes de Vancouver/Canadá (Werb *et al.*, 2010), investigou os fatores de risco associados ao início do uso de crack. No total, 1.603 usuários de drogas injetáveis foram recrutados. No início do estudo, 7,4% dos participantes relataram já ter feito uso de crack. Esta taxa, ao final do período de estudo subiu para 42,6%. O uso frequente de cocaína injetável, cristais de metanfetamina injetável, envolvimento em comércio sexual foram considerados preditores independentes para iniciação ao uso de crack nesta amostra.

Danos físicos e mentais

O uso crônico de cocaína, em suas diversas formas, pode resultar em problemas sexuais, diminuição da capacidade de julgamento, convulsões, problemas pulmonares, dor torácica, arritmias cardíacas, problemas circulatórios, transtornos psicóticos induzidos por substâncias, derrames, crises hipertensivas e hipertermia (National Institute on Drug Abuse [NIDA], 2009).

O crack, enquanto substância psicoativa ilícita, pode alterar o funcionamento neuronal com consequente modificação do desempenho das funções cerebrais, tais como o processo do pensamento normal, sensopercepção, atenção, concentração, memória, coordenação motora, nível intelectual, entre outros (Mattos, Alfano & Araújo, 2004). O julgamento moral, a tomada de decisões e a resolução de problemas ficam prejudicados devido ao consumo de crack, pois estas habilidades estão sediadas

no córtex pré-frontal, uma das áreas do cérebro mais prejudicada pelo uso desta substância. É importante ressaltar que o efeito da cocaína é difuso, causando danos em diversas áreas do cérebro, como as relacionadas à memória e sensopercepção (Oliveira *et al*., 2009).

No Brasil, estudo que comparou grupo de dependentes de crack (n=15) com grupo de não usuários (n=15) encontrou que o uso de crack está associado a prejuízos neurocognitivos principalmente nas seguintes funções: atenção, fluência verbal, memória visual, memória verbal, capacidade de aprendizagem e funções executivas (Cunha *et al.,* 2004).

O uso de crack também pode causar danos nas vias respiratórias (como tosse, redução da função pulmonar, expiração comprometida e enfisemas), no aparelho cardiovascular (aumento da frequência cardíaca e da pressão arterial, efeito vasoconstritor e parada cardíaca), além de necrose muscular, problemas neurológicos e psiquiátricos (Laranjeira, Jungerman & Dunn, 2003).

No Brasil, uma das formas de utilização do crack é através de latas de cerveja/refrigerantes, juntamente com folhas de alumínio (Pechansky *et al.,* 2007). Acredita-se que o alumínio é um produto tóxico ao sistema nervoso central e esquelético. A exposição crônica ao alumínio pode alterar os níveis séricos deste metal no sangue, que pode provocar alterações no funcionamento neurológico e cognitivo (Yokel & McNamara, 2001). Estudo realizado com 71 usuários de crack do sexo feminino, avaliou os níveis séricos de alumínio dos participantes. Do total, 78,9% (n=59) faziam uso de crack em latas de alumínio. Destes, 22% apresentaram nível sérico de 6mg/l, valor acima do ponto de corte de referência (Pechansky *et al.,* 2007).

O emagrecimento excessivo, com potencial de comprometimento do sistema imunológico, é um dos efeitos comuns em usuários de crack. Esta perda de peso provavelmente é influenciada pelo fato de frequentemente os usuários realizarem longas caminhadas em busca da droga e pela perda de apetite, efeito comum do crack. Dessa forma, o usuário de crack torna-se mais vulnerável às enfermidades e, ao mesmo tempo, potencial transmissor de doenças infectocontagiosas, devido aos seus comportamentos sexuais de risco (Fischer *et al.,* 2010; Lejuez, Bornovalova, Daughters & Curtin, 2005), como as relações sexuais não desejadas e/ou desprotegidas, as quais aumentam o risco de transmissão de doenças sexualmente transmissíveis entre os usuários do crack (Nutt, King & Phillip, 2010).

Em recente estudo brasileiro, de cunho qualitativo, realizado com 30 usuários de crack (Ribeiro, Sanchez & Nappo, 2010), os participantes relataram que a paranoia, fissura e aumento de agressividade, gerados pela droga, podem aumentar a ocorrência de lesões corporais decorrentes de brigas. Semelhantemente, os comportamentos sexuais de risco realizados sob o efeito do crack, foram citados pelos usuários como danos decorrentes da droga. Nesse sentido, um estudo analisou as taxas de infecção pelo HIV e intensidade de uso de crack entre 1.723 mulheres usuárias de crack provenientes de 22 diferentes localidades ao redor dos Estados Unidos. As participantes eram mulheres não usuárias de drogas injetáveis, ou seja, pessoas em que a exposição ao vírus HIV seria através de comportamentos sexuais de risco. A pesquisa revelou que as participantes que faziam uso de crack com maior frequência e intensidade se envolviam mais

frequentemente em comportamentos sexuais arriscados – principalmente para sustentar o uso da droga (Hoffman, Klein, Eber & Crosby, 2000).

Na Florida, estudo foi conduzido com amostra de 3.555 participantes, divididos em 4 grupos distintos: (1) usuários de cocaína injetável, (2) usuários de crack e de cocaína injetável, (3) usuários de crack e (4) grupo controle de não usuários de drogas. As taxas de prevalência de HIV positivo foram, respectivamente, de 45,1%, 30,5%, 20,1% e 7,3%. Quanto ao grupo de usuários de crack, em específico, o estudo revelou que a infecção por HIV era cerca de 2,2 vezes mais provável entre os usuários, do que entre os não usuários de crack. O estudo ainda revela que, 48,3% das mulheres usuárias de crack relataram troca de sexo por dinheiro ou drogas, contrastando com a prevalência de mulheres do grupo de usuários de cocaína injetável que o relataram, a qual foi de 29,4% (McCoy, Lai, Metsch, Messiah & Zhao, 2004).

Danos sociais

Usuários de crack apresentam pior ajustamento no trabalho, lazer, gestão financeira e convívio familiar quando comparados a não usuários (Cunha, Bechara, Andrade & Nicastri, 2010). Em virtude de estarem frequentemente envolvidos com o uso, com a busca da droga ou recuperando-se de seus efeitos, os dependentes de crack passam a divergir de amigos e familiares, tanto com relação aos interesses, como em relação aos padrões de comportamento e ao tipo de vocabulário. Assim, o isolamento social, a negligência das necessidades corporais e a ruptura dos laços familiares e de outras relações podem acabar levando os usuários de crack a entrar para a "marginalidade" (Seleghim, Marangoni, Marcon & Oliveira, 2011) a qual é intensificada pelo envolvimento dos usuários em atividades ilícitas (Oliveira & Nappo, 2008b).

O uso de crack está associado à marginalização social (Fischer *et al.,* 2006). À medida que a dificuldade de utilizar somente a quantidade planejada aumenta, os dependentes procuram formas de obter dinheiro para a compra da droga. Dentre estas formas de obtenção, são comuns os furtos dentro da própria residência, além de assaltos, roubos, envolvimento com o tráfico e prostituição. Estes comportamentos favorecem a má reputação, a desagregação familiar, a criminalidade e a violência (Nutt *et al.,* 2010).

Ainda quanto aos danos sociais, não é infrequente, entre usuários de crack, a sua sujeição à práticas que contrariam suas vontades, para que possam obter maior quantidade da droga. Oliveira e Nappo (2008b) apontaram a existência de usuários de crack do sexo masculino que, apesar de se autodeclararem heterossexuais, praticavam sexo com outros homens em troca de dinheiro. A chamada prostituição compulsória (onde o marido oferece sua esposa por determinado período aos traficantes ou a outros usuários) também foi identificada nesta pesquisa. A prática mais comum de prostituição foi o sexo oral em virtude de ser, segundo a percepção dos entrevistados, a forma que menos comprometeria sua sexualidade.

O aumento do uso de crack ocasiona uma série de problemas na sociedade, sendo um dos principais a violência. Entre os problemas de violência mais relacionados ao uso de drogas estão os acidentes de trânsito, tráfico de drogas, criminalidade, brigas entre amigos e conflitos familiares, os quais são apontados como uma das causas de mortalidade em usuários de crack (Ferreira Filho, Turchi, Laranjeira & Castelo, 2003; Noto & Galduróz,

1999). A associação entre o uso de crack e risco aumentado de envolvimento em problemas legais é descrita por vários estudos (Ferri, Gossop, Rabe-Hesketh & Laranjeira, 2002; Hough, McSweeney & Tumbull, 2001; Seddon, 2000).

Usuários de crack, quando comparados à população geral, apresentam maiores taxas de mortalidade, sendo mais observadas as causas associadas às infecções pelo HIV e os homicídios. Estes ocorrem principalmente em virtude de problemas judiciais, envolvimento com o tráfico, disputa entre pontos de venda de droga e confrontos com a polícia (Azevedo, Botega & Guimarães, 2007; Ferreira Filho *et al.,* 2003; Kessler & Pechansky, 2008; Oliveira & Nappo, 2008a; Ribeiro *et al.,* 2006; Ribeiro *et al.,* 2010). Em um estudo de meta-análise, Kuhns, Wilson, Maguire, Ainsworth e Clodfelter (2009) identificaram que, de 28.868 exames toxicológicos de vítimas de homicídio de cinco diferentes países, 11% foram positivos para metabólitos de cocaína. Com relação ao tipo de homicídio, encontrou-se uma relação direta entre uso de cocaína e morte por arma de fogo.

Riscos sociais decorrentes da ilegalidade da droga, os quais incluem o não honrar dividas com traficantes, risco de ser assassinado pelos mesmos ou colocar a vida de sua família em risco, assim como a perda de vínculos e a detenção policial, são mencionados por usuários de crack como danos decorrentes do uso da droga (Ribeiro e cols., 2010). Por fim, outro dano social decorrente do uso do crack são os comportamentos que decorrem da fissura provocada pelo próprio uso. Em virtude dela, os usuários se sujeitam a atividades de risco para obterem a droga, trocam pertences, roubam, se endividam, manipulam pessoas e se prostituem, o que pode resultar no rebaixamento dos valores pessoais dos usuários (Chaves, Sanchez, Ribeiro & Nappo, 2011).

Conclusão

Dentre os possíveis fatores protetivos e de risco para o uso de crack, podem ser considerados fatores de risco a facilidade de acesso da droga. Em contraste, a preocupação marcante da população em relação à experimentação do crack pode ser considerada um fator protetivo para o uso. O sexo feminino foi apontado como fator de risco para o uso e para a dependência do crack. Em usuários de crack que utilizam outras drogas em associação, o uso frequente de cocaína injetável, cristais de metanfetamina e o envolvimento em comércio sexual foram apontados como fatores de risco para o início de uso de crack. Semelhantemente, o número de tipos de drogas utilizadas nos últimos seis meses está positivamente correlacionado com o risco de começar a fazer uso de crack. Usuários da droga percebem que o histórico familiar de uso de substâncias psicoativas, brigas e situações de abuso na família e o fato de não residirem com os genitores como fatores de risco para o uso de drogas. Como fatores protetivos, não usuários de crack percebem o condicionamento vicário (aprendizado a partir da observação das consequências indesejadas que outras pessoas obtiveram ao usar o crack), as informações fornecidas pela família e o medo de morrer como fatores protetivos para o uso da droga.

O uso de crack pode resultar em danos, dentre os quais estão os problemas sexuais, convulsões, derrames, crises hipertensivas, problemas pulmonares e cardiovasculares, necrose muscular, lesões corporais decorrentes de brigas, comprometimento do sistema

imunológico, infecção por HIV e doenças sexualmente transmissíveis. A exposição crônica ao alumínio, para pessoas que o utilizam para o uso de crack, pode resultar em alterações no funcionamento neurológico e cognitivo. Usuários de crack podem apresentar problemas psiquiátricos como transtornos induzidos por substâncias, alterações do funcionamento neuronal, com hipoativação do córtex pré-frontal e prejuízos neurocognitivos relacionados à atenção, memória, capacidade de aprendizagem, fluência verbal e funções executivas.

Dentre os prejuízos sociais, observa-se que usuários de crack apresentam pior ajustamento com o trabalho, lazer, gestão financeira e convívio familiar. Os dependentes de crack passam a divergir de amigos e familiares, propiciando maior isolamento social. Juntamente com isso, usuários da droga negligenciam suas necessidades corporais e frequentemente se envolvem em atividades ilícitas, o que favorece a marginalização social. A emissão de comportamentos que favorecem a má reputação, a criminalidade e a violência, como troca de pertences, endividamentos, roubos, assaltos, manipulação de pessoas, envolvimento com o tráfico e com a prostituição, além dos furtos dentro da própria residência, são frequentes entre usuários de crack. Estes se submetem inclusive à práticas sexuais que contrariam sua vontade, a fim de que possam obter maior quantidade da droga, o que pode resultar em um rebaixamento de seus valores pessoais. Riscos sociais decorrentes da ilegalidade da droga são citados como responsáveis pelas maiores taxas de mortalidade, por homicídios, entre usuários de crack.

Embora não se trate de uma revisão sistemática, este estudo sintetiza achados registrados na literatura científica, de maneira que possa ser um recurso útil para a prática clínica de profissionais de saúde, futuras pesquisas na área e construção de novas políticas públicas de saúde. Sugere-se que sejam continuamente realizados estudos de revisão de literatura relacionados à complexa problemática do crack e suas diversas interfaces, os quais sintetizam importantes informações que podem facilitar a formação continuada dos profissionais de saúde mental.

Referências

Azevedo, R. C. S., Botega, N. J. & Guimarães, L. A. M. (2007). Crack users, sexual behavior and risk of HIV infection. *Revista Brasileira de Psiquiatria, 29*(1), 26-30.

Centro Brasileiro de Informações sobre Drogas Psicotrópicas [CEBRID]. (2005). II *Levantamento domiciliar sobre o uso de drogas psicotrópicas no Brasil: estudos envolvendo as 107 maiores cidades do país.* Brasília: CEBRID, UNIFESP.

Chaves, T. V., Sanchez, Z. M., Ribeiro, L. A. & Nappo, S. A. (2011). Fissura por crack: comportamentos e estratégias de controle de usuários e ex-usuários. *Revista de Saúde Pública, 45*(6), 1168-1175 .

Cunha, P. J., Bechara, A., Andrade, A. G., & Nicastri, S. (2010). Decision-making deficits linked to real-life social dysfunction in crack cocaine-dependent individuals. *The American Journal on Addictions, 20*(1), 78-86.

Cunha, P. J., Nicastri, S., Gomes, L. P., Moino, R. M. & Peluso, M. A. (2004). Alterações neuropsicológicas em dependentes de cocaína/crack internados: dados preliminares. *Revista Brasileira de Psiquiatria, 26*(2), 103-106.

Duailibi, L. B., Ribeiro, M. & Laranjeira, R. (2008). Profile of cocaine and crack users in Brazil. Cadernos de Saúde Publica, *24*(4), 545-557.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction [EMCDDA] (2009). *State of the drugs problem in Europe: Cocaine and crack cocaine – Prevalence and patterns of use*. Disponível em: <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index91354EN.html> Acessado em : < 28 de dezembro de 2011>.

Ferreira Filho, O., Turchi, M., Laranjeira, R. & Castelo, A. (2003). Perfil sociodemográfico e de padrões de uso entre dependentes de cocaína hospitalizados. *Revista de Saúde Pública 37*(6), 751-759.

Ferri, C. P., Gossop, M., Rabe-Hesketh, S., & Laranjeira, R. R. (2002). Differences in factors associated with first treatment entry and treatment re-entry among cocaine users. *Addiction, 97*(7), 825-832.

Fischer, B., Rehm, J., Patra, J., Kalousek, K., Haydon, E., Tyndall, M. & El-Guebaly, N. (2006). Crack across Canada: comparing crack users and crack non-users in a Canadian multi-city cohort of illicit opioid users. *Addiction, 101*(12), 1760–1770.

Fischer, B., Rudzinski, K., Ivsins, A., Gallupe, O., Patra, J. & Krajden, M. (2010). Social, health and drug use characteristics of primary crack users in three mid-sized communities in British Columbia, Canada. *Drugs: Education, Prevention and Policy, 17*(4), 333-353.

Hoffman, J. A., Klein, H., Eber, M. & Crosby, H. (2000). Frequency and intensity of crack use as predictors of women's involvement in HIV-related sexual risk behaviors. *Drug and Alcohol Dependence, 58*(3), 227-236.

Hough, M., McSweeney, T. & Turnbull, P. (2001). Drugs and crime: what are the links? evidence to the home affairs committee inquiry into drug policy. London, UK: Drugscope.

Inciardi, J., Surrat, H., Pechansky, F., Kessler, F., Von Diemen, L., Silva, E. & Martin, S. (2006). Changing patterns of cocaine use and HIV risks in the south of Brazil. *Journal of Psychoactive Drugs*, *38*(3), 305-310.

Kessler, F. & Pechansky, F. (2008). Uma visão psiquiátrica sobre o fenômeno do crack na atualidade. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, *30*(2), 96-98.

Kuhns, J. B., Wilson, D. B., Maguire, E. R., Ainsworth, S. A. & Clodfelter, T. A. (2009). A meta-analysis of marijuana, cocaine and opiate toxicology study findings among homicide victims. *Addiction*, *104*(7), 1122-1131.

Laranjeira, R., Jungerman, F. & Dunn, J. (2003). *Drogas: maconha, cocaína e crack*. São Paulo: Editora Contexto.

Lejuez, C. W., Bornovalova, M. A., Daughters, S. B. & Curtin, J. J. (2005). Differences in impulsivity and sexual risk behavior among inner-city crack/cocaine users and heroin users. *Drug and Alcohol Dependence, 77*(2), 169-175.

Lejuez, C. W., Bornovalova, M. A., Reynolds, E. K., Daughters, S. B. & Curtin, J. J. (2007). Risk factors in the relationship between gender and crack/cocaine. *Experimental and Clinical Psychopharmacology, 15*(2), 165-175.

Mançano, A., Marchiori, E., Zanetti, G., Escuissato, D. L., Duarte, B. C. & Apolinário, L. A. (2008). Complicações pulmonares após uso de crack: achados na tomografia computadorizada de alta resolução do tórax. *Jornal Brasileiro de Pneumologia*, *34*(5), 323-327.

Mattos, P., Alfano, A. & Araújo, C. (2004). Avaliação neuropsicológica. Em: F. Kapczinski, J. Quevedo, I. Izquierdo, et al. *Bases Biológicas dos Transtornos Psiquiátricos*. Porto Alegre: Artmed.

McCoy, C. B., Lai, S., Metsch, L. R., Messiah, S. E. & Zhao, W. (2004). Injection drug use and crack cocaine smoking: independent and dual risk behaviors for HIV infection. *Annals of Epidemiology, 14*(8), 535-542.

National Institute on Drug Abuse [NIDA] (2009). *La cocaína*. Disponível em: http://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/infofacts/la-cocaina Acessado em: <28 de dezembro de 2011>.

Noto, A. & Galduróz, J. (1999). O uso de drogas psicotrópicas e a prevenção no Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, *4*(1), 145-151.

Nutt, D. J., King, L. A. & Phillip, L. D. (2010). Drug harms in the UK: a multicriteria decision analysis. The Lancet, 376(9752), 43-59.

Oliveira, L. G., Barroso, L. P., Silveira, C. M., Sanchez, Z. V. D., Ponce, J. C., Vaz, L. J. & Nappo, S. A. (2009). Neuropsychological assessment of current and past crack cocaine users. *Substance Use & Misuse, 44*(13), 1941-1957.

Oliveira, L. & Nappo, S. (2008a). Crack na cidade de São Paulo: acessibilidade, estratégias de mercado e formas de uso. *Revista de Psiquiatria Clínica*, *35*(6), 212-218.

Oliveira, L. & Nappo, S. (2008b). Caracterização da cultura de crack na cidade de São Paulo: padrão de uso controlado. *Revista de Saúde Pública*, *42*(4), 664-671.

Organização Mundial de Saúde [OMS] (2010) *Management of substance abuse*: Cocaine. Disponível em: <http://www.who.int/substanceabuse/facts/cocaine/en> Acessado em: < 11 de novembro de 2010>.

Paquette, C., Roy, E., Petit, G. & Boivin, J. F. (2010). Predictors of crack cocaine initiation among Montréal street youth: A first look at the phenomenon. *Drug and Alcohol Dependence, 110*(1), 85-91.

Pechansky, F., Kessler, F. H. P., Diemen, L. V., Bumaguin, B., Surrat., H. L. & Inciarti, J. A. (2007). Brazilian female crack users show elevated serum aluminum levels. *Revista Brasileira de Psiquiatria, 29*(1), 39-42.

Pulcherio, G., Stolf, A. R., Pettenon, M., Fensterseifer, D. P., & Kessler, F. (2010). Crack: da pedra ao tratamento. *Revista da AMRIGS, 54*(3): 337-343.

Ribeiro, L,, Sanchez, Z. & Nappo, S. (2010). Estratégias desenvolvidas por usuários de crack para lidar com os riscos decorrentes do consumo da droga. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, *59*(3), 210-218.

Ribeiro, M., Dunn, J., Sesso, R., Dias, A. C. & Laranjeira, R. (2006). Causes of death among crack cocaine users**.** *Revista Brasileira de Psiquiatria*, *28*(3), 196-202.

Sanchez, Z., Oliveira, L. & Nappo, S. (2005). Razões para o não uso de drogas ilícitas entre jovens em situação de risco. *Revista de Saúde Pública, 39*(4), 599-605.

Schifano, F. & Corkery, J. (2008). Cocaine/crack cocaine consumption, treatment demand, seizures, related offences, prices, average purity levels and deaths in the UK (1990-2004). *Journal of Psychopharmacology, 22*(1), 71-79.

Seddon T. (2000). Explaining the drug-crime link: theoretical, policy and research issues. *Journal of Social Policy, 29*(1), 95-107.

Seleghim, M. R., Marangoni, S. R., Marcon, S. S. & Oliveira, M. L. F. (2011). Vínculo familiar de usuários de crack atendidos em uma unidade de emergência psiquiátrica. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, *19*(5), 1163-1170.

Substance Abuse and Mental Health Services Administration [SAMHSA] (2006). *State Treatment Planning Areas: Marijuana, Cocaine & Pain Killers*. Disponível em: <http://oas.samhsa.gov/subState2k6/cocaine.htm> Acessado em: < 23 de novembro de 2010>.

Werb, D., Debeck, K., Kerr, T., Li, K., Montaner, J. & Wood, E. (2010). Modelling crack cocaine use trends over 10 years in a Canadian Settin. *Drug and Alcohol Review, 29*(3), 271-277.

Yokel, R. A. & McNamara, P. J. (2001). Aluminium toxicokinetics: an updated minireview. *Pharmacology & Toxicology, 88*(4), 159-167.

Recebido em agosto de 2012 **Aceito em novembro de 2013**

Cristina Beatriz Sayago: Psicóloga, Especialista em Terapia Cognitivo-Comportamental, Mestre em Psicologia (INFAPA – Instituto da Família).

Paola Lucena-Santos: Psicóloga, Doutoranda em Psicologia (Universidade de Coimbra/Portugal), Bolsista de Doutorado Pleno no Exterior (CAPES).

Fernanda Ribeiro: Acadêmica de Psicologia, Auxiliar de Pesquisa (Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul – PUCRS).

Marina Balem Yates: Acadêmica de Psicologia, Auxiliar de Pesquisa (Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul – PUCRS).

Margareth da Silva Oliveira: Psicóloga, Mestre em Psicologia, Doutora em Ciências da Saúde, Bolsista de Produtividade em Pesquisa do CNPq (PUCRS).

Endereço para contato: marga@pucrs.br

Importância da psicoeducação em grupos de dependentes químicos: relato de experiência

Marianne Farina
Lauren Bulcão Terroso
Regina Maria Fernandes Lopes
Irani I. de Lima Argimon

Resumo: O uso de substâncias psicoativas é um grave problema de saúde pública. A terapia cognitivo-comportamental apresenta diversas formas de tratamento para a dependência química, utilizando-se de diversas técnicas, sendo a psicoeducação uma intervenção técnica valiosa nessa área. Este estudo teve como objetivo fazer um levantamento acerca de aspectos relevantes que ocorreram ao longo de sessões de psicoeducação em uma comunidade terapêutica. A partir dos relatórios feitos a cada sessão foram verificados os aspectos mais importantes para serem descritos neste estudo. Pode- se verificar que a experiência foi extremamente rica para os pacientes. Através do entendimento da doença, bem como esclarecimento de dúvidas, os pacientes se sentiam melhor compreendidos o que possibilitava uma maior consciência, motivação e esperança para a realização de um tratamento eficaz e com maior chance de sucesso. Salienta-se a importância da psicoeducação em grupo como técnica para engajar os pacientes no tratamento bem como ampliar o sentimento de mútua ajuda entre eles.
Palavras-chave: dependência química; grupos terapêuticos; psicoeducação.

Importance of psychoeducation in addiction groups

Abstract: The use of psychoactive substances is a serious public health problem. The cognitive-behavioral therapy has several forms of treatment for chemical dependency, using various techniques, being the psychoeducation a valuable intervention technique in this area. This study aimed to survey about relevant aspects that occurred over sessions of psychoeducation in a therapeutic community. From the reports that were made each session were recorded the most important aspects to be described in this study. It can be found that the experience was extremely rich for patients. By understanding the disease, as well as answering questions, patients felt themselves better understood which enabled a greater awareness, motivation and hope for the realization of an effective treatment and greater chance of success It has been pointed out the importance of group psychoeducation as a technique to engage patients in treatment as well as broaden the sense of mutual help among them.
Key-words: addiction; group therapy; psychoeducation.

Introdução

Estudos relatam que há variação apenas na quantidade e forma de uso uma vez que o consumo de drogas psicoativas sempre existiu na história da humanidade, porém, o assunto se torna grave quando este consumo torna-se exagerado e gera dependência em longa escala (Hayashi, Nosyk, Suwannawong, Kaplan, Wood & Kerr, 2013; Pinsky & Bessa, 2004; Roehrs, Lenardt & Maftum, 2008). Antigamente

a dependência química não era considerada uma doença, a sociedade acreditava que a pessoa portadora tinha falta de vergonha, falta de vontade e por isso não conseguia parar de usar drogas (Possidente, Fernandes, Burel & Alves, 2008).

O diagnóstico de dependência de substâncias passou por uma evolução ao longo das últimas décadas, já que deixou de ser apenas um sintoma associado a outros transtornos. A partir do terceiro Manual Diagnóstico Estatístico dos Transtornos Mentais (DSM III, 1980), houve uma relevante mudança no conceito deste transtorno através da classificação do abuso de substâncias. Mas somente em 1994, no DSM IV, o abuso de substâncias é apresentado como um diagnóstico distinto e com sintomas específicos (DSM-IV, 1994). Neste manual foi apresentado o conceito atual, que traz critérios diagnósticos claros, apontando para diferentes graus de dependência e a ocorrência da síndrome de dependência, baseada em sintomas e sinais que variam ao longo de uma linha contínua, sendo reconhecida pela psiquiatria como uma patologia que necessita de atenção, cuidados e tratamento específicos (Possidente, *et al.,* 2008).

O uso abusivo de substâncias psicoativas, atualmente, é um grave problema da sociedade e de saúde pública (Pratta & Santos, 2009). A dependência de drogas envolve o desejo compulsivo de obtenção da substância, a qualquer custo, sendo uma necessidade tanto psicológica quanto biológica. Esta dependência engloba um conjunto de sintomas cognitivos, comportamentais e fisiológicos que indicam que o individuo utiliza e/ou segue utilizando, determinada substância apesar dos problemas que esta possa causar (DSM-IV-TR, 2002). Fatores como comorbidades e características sociodemográficas influenciam o início do uso de drogas e evolução deste para a dependência química (Oliveira, Szupszynski & DiClemente, 2010).

No que se refere as modalidades de tratamento para a dependência química, nas últimas décadas houve um avanço considerável da Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC). Dentre as escolas de psicoterapia, a eficácia da TCC no tratamento da dependência química tem se mostrado importante, por possuir fundamentação teórica e técnicas consistentes para este problema (Cooper, 2012; Silva & Serra, 2004).

A TCC é uma terapia que se caracteriza por ser uma abordagem estruturada, na qual terapeuta e cliente possuem papéis ativos. Esta é voltada para o presente e se utiliza de técnicas específicas, cognitivas e comportamentais, que visam modificar os padrões de pensamentos e crenças que trazem sofrimento e/ou distúrbios psicológicos (Arch & Ayers, 2013). Para Beck (2013), o principal papel do terapeuta é buscar de diversas formas uma mudança cognitiva nos seus pacientes, seja em terapia individual ou grupal, fazendo com que os pacientes passem a mudar de maneira emocional e comportamental, transformando suas crenças e pensamentos disfuncionais e por fim obtendo mudança de atitude e comportamento. Alguns autores enfatizam que trabalhar junto com o paciente e suas dificuldades leva a novos conhecimentos sobre a sua problemática e demanda, e com isso, acaba por estimular diretamente o vínculo entre terapeuta e paciente, o que primordial na TCC (Arch & Ayers, 2013).

Para Beck (2013) o formato da TCC que segue abaixo focaliza a atenção sobre o que é mais importante de ser abordado e estrutura o uso do tempo da terapia. Segundo

Figlie, Bordin e Laranjeira (2010) a terapia cognitiva para usuários de drogas tem os seguintes componentes essenciais:

a) relacionamento terapêutico colaborativo: sendo necessário haver empatia e vínculo terapêutico, pois há grande risco do paciente abandonar a terapia prematuramente;

b) conceituação cognitiva do caso: onde se integra informações pessoais, perfil cognitivo e do desenvolvimento da psicopatologia do paciente;

c) estrutura: é essencial para psicoterapia, principalmente no caso de usuários de drogas, que frequentemente tem uma vida instável ou caótica;

d) técnicas cognitivo-comportamentais: objetivam examinar as crenças relacionadas às drogas, de modo a debilitar as crenças permissivas relacionadas ao uso da droga e fortalecer as crenças de não uso.

A estrutura da sessão de terapia (tanto individual como grupal) dentro do enfoque cognitivo-comportamental, conforme mostram Figlie *et al.,* (2010), segue as seguintes etapas:

- avaliação do humor: visa ajudar o terapeuta a ter uma rápida ideia de como o paciente sentiu-se durante a semana;

- definição da agenda: colaborativamente, paciente e terapeuta listam os tópicos dos assuntos que serão falados na sessão;

- revisar brevemente o problema: isso é feito apenas na primeira sessão. Serve para certificar o motivo pelo qual o paciente está em tratamento;

- identificação de problemas e estabelecimento de metas: colaborativamente, paciente e terapeuta estabelecem os objetivos a serem alcançados com a terapia;

- resumo da sessão anterior: é feito na segunda e nas demais sessões. O seu propósito é uma breve verificação da percepção e do entendimento do paciente a respeito da sessão anterior;

- revisão da tarefa de casa: esse item é verificado a partir da segunda sessão. A tarefa de casa reforça o comportamento e expressa o valor do trabalho entre as sessões;

- discussão dos itens da agenda: sendo importante manter-se focado nos tópicos já selecionados, para evitar a tendência de pular de um assunto para o outro;

- resumos periódicos: o terapeuta resume a essência das declarações, assegurando-se de que identificou corretamente o que é mais problemático para o paciente e utilizando sempre que possível, as palavras dele;

- educar o paciente sobre o modelo cognitivo: o terapeuta deve utilizar uma linguagem adequada e explicar os pressupostos teóricos da terapia cognitiva;

- identificar expectativas do paciente em relação à terapia: muitos pacientes vem para a terapia acreditando que se trata se algo místico e cabe ao terapeuta desmistificar essa crença e explica que esse tipo de terapia é ordenado e racional;

- educar o paciente sobre seu transtorno: é importante que o terapeuta forneça informações ao paciente de seu transtorno, de modo que o paciente possa começar a atribuir alguns de seus problemas ao transtorno, através dessa psicoeducação;

- prover um resumo: o resumo da sessão feito pelo terapeuta acaba por unir e reforçar os pontos importantes abordados na terapia, sendo que à medida que a terapia progredir o paciente deve ser encorajado a fazer ele mesmo o resumo da sessão (Beck, 2013);

- estabelecer tarefas de casa: as tarefas devem ser expressas em termos comportamentais, ser claras, objetivas e ter por base à problemática do paciente e relacionadas aos itens discutidos (Beck, 2013);

- obter o feedback: pedir e fornecer feedback fortalece o rapport e é uma oportunidade do paciente se expressar e de corrigir possíveis mal-entendidos.

Dentre as técnicas mais utilizadas na TCC destaca-se a psicoeducação que consiste na transmissão de informação acerca do problema do indivíduo, elucidando-o sobre aspectos da psicopatologia (Figueiredo, Souza, Dell'Áglio & Argimon, 2009). Esta intervenção se caracteriza por informar ao paciente dados sobre o seu diagnóstico, a etiologia, o funcionamento, o tratamento mais indicado e o prognóstico de sua doença. Cabe à aplicação desta técnica, também, esclarecer informações insuficientes ou distorcidas, tendo em vista a importância de um conhecimento amplo do paciente sobre seu problema (Menezes & Souza, 2012; Swadi, Bobier, Price & Craig, 2010). O terapeuta pode utilizar muitas maneiras de psicoeducar o paciente, muito além de uma explicação na sessão, como por exemplo: levar revistas, indicar livros, sites, entre outras (Colom & Vieta, 2004). A psicoeducação acerca da psicopatologia, além de aumentar a motivação para a mudança, estimula a participação pró-ativa do paciente na recuperação (Knapp, 2004). Esta técnica também está associada a maior satisfação com o tratamento psicológico, maior aderência e redução de recaídas (Burlingame, Ridge, Matasuno, Hwang & Ernshaw, 2006), podendo ser feita através de atribuição de tarefas a serem feitas em casa, encontros individuais ou sessões de grupo (Daele, Hermans, Audenhove & Bergh, 2012).

A psicoeducação em grupos tem uma influência importante no tratamento da dependência química já que autores apontam resultado positivo em relação ao consumo de drogas após intervenções grupais de psicoeducação (Andretta & Oliveira, 2011). Tendo como principal proposta educar, a psicoeducação em grupos possibilita novos conhecimentos sobre as suas demandas e também ajuda diretamente no vínculo entre terapeuta e pacientes, facilitando o entendimento de seus problemas, doenças, ao esclarecer dúvidas e mostrando que os pacientes são ativos na terapia. De acordo com Figlie *et al.,* (2010) a sua ampla utilização tem como base o consenso de vários especialistas, que a consideram uma intervenção valiosa, que pode ser aplicada no tratamento de diferentes substâncias químicas. Apesar de ser uma técnica característica da teoria cognitivo-comportamental, os autores Bäuml, Froböse, Kraemer, Rentrop e Pitschel-Walz (2006), apontam a psicoeducação como uma técnica independente desta abordagem, podendo ser utilizada como intervenção cognitiva isolada.

Intervenções cognitivas em grupo promovem maior desenvolvimento dos relacionamentos interpessoais e do apoio mútuo entre os pacientes. Caracteriza-se um grupo terapêutico, quando há o encontro entre duas ou mais pessoas com uma frequência preestabelecida, que tenham objetivos próximos e que uma delas, geralmente o terapeuta, tenha um conhecimento mais aprofundado sobre esta "queixa" comum no grupo. Sendo necessário uma sala, um contrato de sigilo, horários e dias fixos. Então, atendimento grupal tem destaque, pois auxilia para um trabalho de educação e mudanças de hábitos (Sobell & Sobell, 2013; Zimerman & Osório, 1997). Com o passar dos anos, a psicoterapia de grupo vem sendo um dos instrumentos mais populares para

o tratamento com dependentes químicos e, em suas variadas modalidades, costumam integrar os mais diferentes tipos de programas terapêuticos (Fligie *et al.,* 2010).

Na dependência química, o trabalho com a motivação para o tratamento também é essencial. Essa motivação pode ser elevada ou diminuída devido a impulsos, necessidades (reforço, punição) e excitação, como coloca Gazzaniga (2007) quando afirma que para compreender a motivação humana, é necessário atravessar os níveis de análise para examinar tanto as bases intencionais (cognitivas) como as reguladoras (fisiológicas) do comportamento.

Os grupos psicoeducacionais podem trabalhar diretamente essa motivação, possibilitando que os pacientes possam encontrar motivações para o tratamento, além do próprio bem, mostrando-lhes como a sua motivação vai influenciar na adesão ou não do processo de tratamento e da sua recuperação. Para Figlie *et al.,* (2010) a mudança de um estágio motivacional, da pré-contemplação, que o indivíduo não vê males em usar a substância, para um estágio de contemplação, onde a pessoa já começa a perceber os malefícios da droga, passa a ser uma forma de mudança, mesmo que este ainda não tenha decidido pontualmente em parar o consumo.

Devido ao exposto, o presente artigo objetiva realizar um relato de experiência sobre a TCC e uso da sua técnica de psicoeducação em grupos de dependentes químicos. Pretende-se fazer um levantamento acerca de aspectos relevantes que ocorreram ao longo de sessões de psicoeducação em uma comunidade terapêutica. A intervenção teve como objetivo psicoeducar os pacientes em relação a aspectos importantes da dependência química, uma vez que o conhecimento a respeito da teoria traz benefícios ao tratamento. A intervenção foi realizada em grupo pois também almejava promover a troca de experiências entre os membros bem como a relação de mútua ajuda. Para compreender o uso desta técnica, deve-se ter conhecimento dos conceitos de terapia cognitivo-comportamental, de dependência química e de psicoeducação.

Método

Trata-se de um relato de experiência. O tema abordado refere-se a psicoeducação através da abordagem cognitivo-comportamental em grupos de dependentes químicos. Foi realizada uma revisão bibliográfica dos eixos norteadores da pesquisa: psicoeducação, dependência química e grupos terapêuticos, bem como a descrição da aplicação destes conceitos à prática que foi realizada.

Assim realizou-se a descrição de um grupo de abordagem cognitivo-comportamental com ênfase na técnica de psicoeducação com dependentes químicos. A observação ocorreu durante o ano de 2012, ocorrendo a partir da realização do grupo terapêutico, que faz parte de uma das atividades realizadas pela equipe de psicologia em uma unidade de internação em dependência química.

O grupo descrito no presente artigo foi realizado com os pacientes durante a internação no local, sendo que todos apresentaram algum grau de dependência química, podendo apresentar outras comorbidades. Em relação as características deste grupo cabe salientar que era composto por doze pacientes do sexo masculino com idades entre 18

e 50 anos. Quanto ao tempo que frequentavam o local os participantes tinham entre 3 semanas e 1 mês de internação.

Na admissão dos pacientes na Instituição, estes assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para possíveis publicações de conteúdo trabalhado nos grupos. O projeto do presente estudo foi aprovado pelo comitê de ética da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

Para a realização deste estudo, as psicoeducadoras fizeram um levantamento de aspectos importantes após cada encontro. Ao final do trabalho foi realizada uma descrição acerca das intervenções, onde, junto a uma fundamentação teórica foi realizada uma análise do que foi desenvolvido, e os aspectos mais importantes da experiência foram descritos no presente artigo.

Resultados

Ao realizar o grupo de psicoeducação, inicialmente os pacientes chegavam à Unidade onde estavam internados e eram convidados a participar do grupo. Eram observados inicialmente, o estágio de prontidão para mudança em que estes se encontravam embasado na teoria que considera que o indivíduo, para mudar, transita em quatro estágios bem-definidos, sendo esses: pré-contemplação, contemplação, ação e manutenção (Bittencourt, 2009). Pode-se observar que muitas vezes eles não tinham motivação para a atividade, em função de estarem pré-contemplativos em relação ao tratamento, ou seja, estarem no primeiro estágio do modelo de prontidão que corresponde a fase em que o indivíduo não contempla a mudança e não tem intenção de realizá-la.

Também foi observado que o desinteresse dos pacientes novos em participar do grupo era em função de muitas vezes estarem em um período crucial de desintoxicação e também de não desejarem obter informações a respeito de sua doença e das consequências relacionadas ao uso de drogas. À medida em que era dada a evolução do tratamento se pode observar que os pacientes se sentiam mais seguros ao aprender sobre a começando a despertar o interesse pela compreensão de aspectos da dependência química. Além disso, também foi verificado que os pacientes sentiam-se motivados em aprender sobre os sintomas da patologia e sobre como prever recaídas. Estes aprendizados iam favorecendo o reconhecimento de que isso poderia realmente ajudá-los quando já não estivessem no ambiente protegido atual, a internação. Também nas sessões iniciais, eram estabelecidas regras do grupo (não fumar, levantar a mão para falar,...) de modo a possibilitar um bom funcionamento da atividade, sendo importante delimitar o papel de cada um.

Ao iniciar o grupo com os pacientes, era seguida a estrutura indicada por Figlie *et al.,* (2010) que prediz que após os cumprimentos deve-se fazer a avaliação de humor, perguntar como fora a semana, de modo a facilitar uma boa relação terapêutica. Após isso, era estabelecida a agenda, com os tópicos a serem explanados no grupo psicoeducativo. Ao apresentar o conteúdo, eram adiantados alguns tópicos a serem trabalhados para estabelecer a estrutura do encontro. Era visada a participação ativa dos membros do grupo, sempre adaptando a conforme a necessidade. Assim, antes de ser abordado um tema, era realizado um questionamento aos participantes sobre o quanto sabiam sobre o tópico em questão, através de perguntas como por exemplo: “pessoal, o

que vocês entendem por dependência química?". Este tipo de intervenção, de perguntar aos pacientes o que eles entendem sobre o assunto, era extremamente utilizada durante o grupo, pois procurava questionar e saber o que os pacientes já conheciam sobre o assunto, de modo a passar da melhor forma o conteúdo e para que eles se sentissem participantes ativos da atividade grupal.

À medida que era explanado sobre drogas e dependência química, se buscava também expressar e conversar de uma maneira e linguagem simples e sem muitas palavras técnicas, usando por vezes seus próprios vocabulários para que pudessem compreendem da melhor maneira o conteúdo. Também, eram dados exemplos para facilitar a compreensão, considerando a classe econômica e seus prejuízos cognitivos. Em uma ocasião, ao explanar a respeito dos critérios de dependência química foi explicado um dos critérios diagnósticos através da frase: "o quinto critério é gastar muito tempo para conseguir obter a droga *(por ex., ter que ir caminhar até muito longe para chegar à boca (de tráfico) mais próxima),* ou para se recuperar de seus efeitos".

Ao longo das explanações, os pacientes também manifestavam suas vivências, sendo que um deles relatou em uma das sessões: *"Eu fui mandado embora do meu serviço, porque eu sempre chegava com ressaca e não trabalhava direito, quebrava tudo lá dentro!"*. Com isso, as terapeutas sempre se buscavam aceitar as colocações deles, de modo a fazê-los sentirem-se como colaboradores do processo de ensino-aprendizagem, cumprindo assim com um dos objetivos da psicoeducação (Colom & Vieta, 2004).

Outra característica observada, foi que a psicoterapia em grupo realmente propicia o crescimento dos relacionamentos interpessoais e um clima de mútua ajuda entre os pacientes, como é ressaltada por Granda-Orive, Solano-Reina e Jiménez-Ruiz (2012). Muitas vezes, quando um paciente falava sobre seu caso pessoal que era relacionado ao que estava sendo falado no encontro, outro paciente expressava já ter passado pela mesma situação, o que os fazia se sentirem acolhidos e integrados. Para Yalom (2005), esta coesão grupal que ocorre entre os pacientes, promove um sentimento de pertença do individuo ao grupo, de modo a mostrar que tais sofrimentos e problemáticas não ocorrem apenas com ele. Mais um aspecto importante na estrutura da sessão é prover um resumo do que foi visto no grupo, de modo a proporcionar integração dos conteúdos aprendidos. Segundo Beck (2013) o resumo serve para unir e reforçar os pontos importantes abordados na terapia.

Ao finalizar o grupo, é importante pedir e fornecer feedbacks aos pacientes, de modo a fortalecer o rapport, ampliar a percepção e corrigir possíveis dúvidas ou equívocos que ocorrem na sessão (Beck, 2007). Muitas vezes acontecia desta forma: *"Ao longo dessas microaulas (nome do grupo psicoeducativo), vocês vão ir conhecendo mais sobre essa "doença" e assim, será possível tratá-la, possibilitando a melhora de vocês... Então, para finalizar, o que vocês acharam do grupo hoje?"* e eles respondiam frases do tipo: *"Aprendi um monte!", "Bom professora, dá até vontade deixar de usar a droga", "É bom saber dessas coisas que a gente tem".*

Ao finalizar o grupo, eram fornecidos *feedbacks* do tipo: *"Achamos o grupo muito rico, que bom que vocês participaram!Pois o que cada um de vocês fala sobre o assunto*

da aula é importante e válido para o aprendizado e para o funcionamento do grupo". É importante mostrar aos pacientes como fora a percepção dos moderadores em relação ao grupo, ao mesmo tempo, reforçando importância da colaboração e participação ativa deles tanto na atividade como no tratamento para dependência química.

Considerações finais

A partir desse trabalho, pode-se verificar importância do grupo psicoeducativo para pacientes dependentes químicos. Isso se dá em função de acrescentar informações importantes a respeito da psicopatologia, e também pelo clima de integração e mútua-ajuda presente no contexto. Para isto, este estudo procurou realizar um levantamento de aspectos relevantes que ocorreram ao longo da experiência nas sessões psicoeducativas.

Ao longo das sessões de psicoeducação realizadas pode-se observar que muitas vezes os pacientes tinham interesse nas temáticas a serem trabalhadas, mesmo que inicialmente parecessem estar desmotivados e até mesmo aversivos em relação ao tratamento. No entanto, com o andamento da atividade, iam percebendo o valor do grupo, tornando-se mais sérios, respeitosos, colaborativos e participativos, de modo a se beneficiarem com a atividade grupal.

Através das informações fornecidas na atividade, os pacientes tinham a oportunidade de esclarecer medos, mitos e questionamentos em relação a sua situação, sendo isso muito positivo ao tratamento. Para os profissionais que coordenam, esta atividade também gera muito aprendizado, tanto profissionalmente como pessoalmente, em função dessa interação e relação intensa que se tem com os pacientes. Os autores Fontao, Massau, Hoffmann e Ross (2012), enfatizam a importância da psicoeducação para a aliança terapêutica no tratamento de dependentes químicos. Esta consideração pode ser observada nos encontros realizados onde através da explicação simples sobre alguns conceitos da dependência química, os participantes iam expondo suas experiências, demonstrando integração entre eles e a equipe terapêutica.

Assim, a importância do grupo de psicoeducação para dependentes químicos é amplamente percebido, pois este visa diretamente o entendimento do paciente sobre sua própria doença e a troca de experiência entre os membros. O esclarecimento acerca de critérios diagnósticos e crenças a respeito da dependência química contribui para o entendimento desta como doença, o que colabora para os pacientes se sentirem compreendidos, e mais aptos a mudarem.

Constitui uma limitação deste trabalho, a intervenção psicoeducativa ter sido realizada apenas com indivíduos do sexo masculino, fator que impossibilita que as reflexões sejam estendidas para sujeitos de ambos os sexos. O fato de o estudo ter sido realizado em uma comunidade onde os sujeitos estavam internados também pode ser considerado uma limitação na medida que não se pode ver se a psicoeducação contribuiu para a abstinência deles fora do âmbito da comunidade terapêutica.

Mesmo assim salienta-se a importância do presente estudo já que aprender os aspectos do funcionamento da dependência química foi extremamente rico para estes pacientes que estavam internados buscando um tratamento para acabar com o

sofrimento que estão passando. Através dessa aprendizagem e consciência, poderá ser possível um tratamento eficaz e adequado. O profissional também obtém benefícios através desta vivência, já que o proporciona uma visão mais ampla e complexa dos indivíduos e de suas psicopatologias através da compreensão das formas de enfrentamento de dificuldades, não apenas relacionadas à dependência química, mas também tantos outros problemas sociais expostos no contexto da intervenção psicoeducativa.

Referências

American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, third edition (DSM-III).* Washington DC: American Psychiatric Press.

American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, third edition (DSM-IV).* Washington DC: American Psychiatric Press.

American Psychiatric Association. (2002). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fourth ed. text revision (DSM-IV-TR)*. Washington DC: American Psychiatric Press.

Andretta, I. & Oliveira, M. S. (2011). A entrevista motivacional em adolescentes usuários de droga que cometeram ato infracional. *Psicologia: Reflexão e Crítica, 24*(2), 218-226.

Arch, J.J. & Ayers, C.R. (2013). Which treatment worked better for whom? Moderators of group cognitive behavioral therapy versus adapted mindfulness based stress reduction for anxiety disorders. *Behaviour Research and Therapy, 51*(8), 434-442.

Bäuml, J., Froböse, T., Kraemer, S., Rentrop, M. & Pitschel- Walz, G. (2006). Psychoeducation: A basic psychotherapeutic intervention for patients with schizophrenia and their families. *Schizophrenia Bulletin, 32*(1), 51-59.

Beck, J. (2007). *Terapia cognitiva para Desafios Clínicos: o que fazer quando o básico não funciona*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Beck, J. (2013). *Terapia Cognitivo-Comportamental: Teoria e Prática.* Porto Alegre: ArtMed.

Bittencourt, S. A. (2009). *Motivação para a mudança: Adaptação e validação da escala URICA (University of Rhode Island Change Assessment) para o comportamento de comer compulsivo.* Tese de doutorado, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, Brasil.

Burlingame, G., Ridge, N., Matasuno, J. ,Hwang, A. & Ernshaw, D. (2006). Educational needs of inpatients with severe and persistent mental illnesses. *Journal of Psychosocial Nursing, 44*(1), 39–43.

Colom, F. & Vieta, E. (2004). Melhorando o desfecho do transtorno bipolar usando estratégias não farmacológicas: o papel da psicoeducação. *Revista Brasileira de Psiquiatria, 26*(3), 47-50.

Cooper, L. (2012). Combined motivational interviewing and cognitive-behavioral therapy with older adult drug and alcohol abusers. *Health & Social Work, 37*(3), 173-179.

Daele, T. V., Hermans, D., Audenhove, C. V. & Bergh, O. V. (2012). Stress reduction through psychoeducation: a meta-analytic review. *Health Education & Behavior, 39*(5), 474- 487.

Figlie, N. B., Bordin, S. & Laranjeira, R. (2010). *Aconselhamento em Dependência Química* (2 ed.). São Paulo: Roca.

Granda-Orive, J. I., Solano-Reina, S. & Jiménez-Ruiz. (2012). Intervenciones em tabaquismo em pacientes com enfermedades cardiovasculares. *Atención Primaria, 45*(2), 115-120.

Hayashi, K., Nosyk, B., Ti, L., Suwannawong, P., Kaplan, K., Wood, E. & Kerr, T. (2013). Increasing availability of ilicit drugs among people who inject drugs in Bengkok, Thailand. *Drug and Alcohol Dependence, 11*(2), 10-16.

Figueiredo, A., Souza, L., Dell'Áglio, J. C. & Argimon, I. L. (2009). O uso da psicoeducação no tratamento do transtorno bipolar. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva, 11*(1),15-24.

Fontao, M.I., Massau, C., Hoffmann, K. & Ross, T. (2012). Therapy with substance addicted offenders. *Gruppenpsychotherapie and Gruppendynamik ,48*(6), 173-197.

Gazzaniga, M. S. (2007). *Ciência psicológica: mente, cérebro e comportamento.* Porto Alegre: Artmed.

Knapp, P. (2004). *Terapia Cognitivo Comportamental na Prática Psiquiátrica.* Porto Alegre: Artmed.

Menezes, S. L. & Souza, M.C.B. (2012). Implicações de um grupo de psicoeducação no cotidiano de portadores de transtorno afetivo bipolar. *Revista da escola de enfermagem da USP, 46*(1), 124-131.

Oliveira, M., Szupszynski, K. & DiClemente, C. (2010). Estudo dos estágios motivacionais no tratamento de adolescentes usuários de substâncias psicoativas ilícitas. *Psico USF, 41*(2), 40-46.

Pinsky, I. & Bessa, M.A. (2004): *Adolescência e drogas.* São Paulo: Contexto.

Possidente, M., Fernandes, A.O., Burel, E.B. & Alves, E.F. (2008). *Dependência química, alcoolismo ou compulsão: algumas perspectivas sobre a mesma questão.* Rio de Janeiro. Acessado em: < 20 de maio de 2013> Disponível em: <http://www.webartigos.com/articles/8837/1/Dependencia-quimica-alcoolismo-ou-compulsao-algumas-perspectivas-pobre-a-mesma-questao/pagina1.html>.

Pratta, E. M. M. & Santos, M. A. (2009). O processo saúde-doença e a dependência química: interfaces e evolução. *Psicologia: Teoria e Pesquisa, 25*(2), 203-211.

Roehrs, H., Lenardt, M., H. & Maftum, M. A. (2008). Práticas culturais familiares e o uso de drogas psicoativas pelos adolescentes: reflexão teórica. *Revista Enfermagem, 12*(2), 353-357.

Silva, C. J. & Serra, A. M. (2004). Terapias Cognitiva e Cognitivo-Comportamental em Dependência Química. *Revista Brasileira de Psiquiatria, 26*(1), 33-39.

Swadi, H., Bobier, C., Price, L. & Craig, B. (2010). Lessons from an audit of psychoeducation at an older adolescent inpatient unit. *Australasian Psychiatry, 18*(1), 53-58.

Sobell, L. C. & Sobell, M. B. (2013). *Terapia de Grupo para Transtornos por Abuso de Substâncias*. Porto Alegre: Artmed.
Yalom, I. D. (2005). *Psicoterapia de Grupo.* Porto Alegre: Artmed.
Zimerman, D. & Osório, L. ,C. (1997). *Como trabalhamos com grupos.* Porto Alegre: Artes Médicas.

Recebido em junho de 2013 **Aceito em agosto de 2013**

Marianne Farina: Psicóloga (PUCRS), Mestranda em Psicologia (PUCRS), Bolsista CNPq. Pós-Graduanda em Terapia Sistêmica (INFAPA).
Lauren Bulcão Terroso: Psicóloga (UCPel). Mestranda em Psicologia Clínica (PUCRS). Especialização Psicoterapia Cognitivo- Comportamental (Wainer e Piccoloto).
Regina Maria Fernandes Lopes: Psicóloga (PUCRS); Dda Psicologia (PUCRS), Mestre em Psicologia (PUCRS), Especialista em Psicologia Clínica-Ênfase em Avaliação Psicológica (UFRGS), Brasil. Apoio CAPES. Professora da Pós- Graduação em Avaliação Psicológica da UNISC, Coordenadora do Núcleo Médico Psicológico, Porto Alegre – RS, Brasil.
Irani I. de Lima Argimon: Dr. em Psicologia (PUCRS), Graduada em Psicologia (PUCRS), Docente do Programa de Graduação e Pós-Graduação da Faculdade de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), Brasil. Pesquisadora Produtividade CNPq.

Agradecimentos: Agradecemos a psicóloga Ana Paula Pereira pelo incentivo à realização deste trabalho.

Endereço para contato: mariannefarina@yahoo.com.br

Qualidade de vida no trabalho: uma abordagem centrada no olhar dos trabalhadores

Romildo Garcia Brusiquese

Sobre assunto recorrente nas discussões sobre o mundo produtivo, o livro *Qualidade de vida no trabalho. Uma abordagem centrada no olhar dos trabalhadores* aborda sua temática central sob uma visão científica com características voltadas para a prática. Essa impressão se apresenta, ao longo de diversos trechos, na abordagem intitulada *Ergonomia da Atividade Aplicada à Qualidade de Vida no Trabalho (EAA_QVT)*.

A obra, que está em sua segunda edição, revista e atualizada, é de autoria do docente-pesquisador Mário César Ferreira, do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília. Em apresentação que se destaca pelo formato estruturado, o livro serve tanto a dirigentes, gestores, técnicos e trabalhadores de organizações públicas e privadas, quanto a pesquisadores e estudantes que trabalham com o tema QVT.

Na primeira parte do livro, é apresentado um retrato do atual cenário que marca o mundo do trabalho, fortemente influenciado pelo fenômeno denominado reestruturação produtiva, caracterizado, principalmente, pelo advento de novos aparatos normativos, tecnológicos e organizacionais. Nesse contexto, o interesse pela implantação de programas de QVT ganha cada vez mais espaço nas ações de dirigentes empresariais e gestores do setor público, e em discussões no âmbito de variados segmentos da sociedade, aí inseridos, evidentemente, os trabalhadores.

Sob essa perspectiva, o livro oferece atual e detalhada avaliação de práticas corporativas em programas de QVT, quando são caracterizadas as abordagens hegemônica e contra-hegemônica. A primeira, com viés assistencialista e baseada em um "cardápio" de atividades do tipo antiestresse, busca a priorização de intervenções no âmbito do indivíduo, considerando-o a variável de ajuste, visando, como afirma o autor, à restauração corpo-mente. A segunda, objeto da abordagem principal da obra, é caracterizada pelo enfoque em ações de vigilância em saúde e segurança, de assistência psicossocial aos trabalhadores e de promoção do bem-estar no trabalho.

Na segunda parte, são apresentados os fundamentos teóricos, metodológicos e éticos do modelo de QVT preconizado pelo autor na abordagem contra-hegemônica. Na sequência, segue uma caracterização global do histórico da disciplina *ergonomia da atividade* (referencial que serve de "âncora" da abordagem) e o delineamento do modelo teórico-descritivo utilizado nos diagnósticos de QVT nas organizações, que descreve os níveis analíticos considerados – macro e microdiagnóstico ergonômico.

No nível macroergonômico, a QVT é identificada com base nas representações de bem-estar e mal-estar, expressadas pelos trabalhadores sobre o contexto organizacional em que estão inseridos. Segundo o autor, os fatores que estão na gênese dessas vivências são as condições de trabalho e suporte organizacional; a organização do trabalho; as relações socioprofissionais de trabalho; o reconhecimento e crescimento profissional e o elo entre trabalho e vida social.

Os achados do nível macroergonômico constituem base para o aprofundamento da compreensão de QVT no nível microergonômico, que busca investigar os impactos produzidos pelos fatores produtores das vivências de bem-estar e de mal-estar no ambiente laboral e os modos pelos quais os trabalhadores lidam com as exigências que nascem dos contextos produtivos. Nesse aspecto, são abordados o custo humano do trabalho, que expressa os dispêndios dos trabalhadores nas esferas física, cognitiva e afetiva e suas estratégias de mediação individual e coletiva, representando seus "modos de pensar, sentir e de agir" em face das situações vivenciadas.

Ao final dessa segunda parte, são apresentados resultados de pesquisas realizadas com base na abordagem EAA_QVT, mediante utilização do instrumento de coleta de dados Inventário de Avaliação de Qualidade de Vida no Trabalho (IA_QVT) e também da Análise Ergonômica do Trabalho (AET): uma abordagem caracterizada por um viés multimétodo, englobando investigação quantitativa e qualitativa.

A obra disponibiliza, ainda, o resultado de um estudo sobre o perfil da literatura científica recente em QVT, quando são apresentadas diversas informações sobre a abordagem das pesquisas, como objetivos, método, campo de pesquisa, fonte de dados, procedimentos de análise, entre outras. Esse conteúdo possibilita acesso, tanto por pesquisadores quanto por técnicos e gestores empresariais, a importante fonte de consulta em um momento no qual se percebe grande interesse pela temática.

"Marca registrada" do livro é o convite à participação dos trabalhadores na caracterização do contexto de trabalho e na construção de políticas e de programas de QVT, o que reforça a importância da legitimidade das ações daqueles que se beneficiarão dos resultados dessa transformação no ambiente produtivo. Dessa forma, a obra desempenha um papel de indutor do estreitamento da relação entre empregadores e trabalhadores na busca por ambientes de trabalho mais seguros e produtivos.

Em adição ao conteúdo que aborda o tema principal do livro – a temática QVT – é disponibilizada na parte final, uma pequena parcela da produção bibliográfica do autor, constituída de artigos e de matérias de circulação em revistas especializadas nas ciências do trabalho e em periódicos de grande circulação nacional, entre os quais vale destacar o que traz como título "Ofurô corporativo". Nesse artigo, é traçado um quadro geral das iniciativas de dirigentes, gestores e técnicos visando à implantação de programas de qualidade de vida no trabalho de viés assistencialista que ilustram a abordagem hegemônica de QVT. Em linguagem leve, porém consistente, o autor traça exemplos de ações desse cardápio de atividades oferecido pelas organizações, destacando sua pouca eficácia na implantação de um programa de QVT que obtenha, realmente, adesão efetiva dos trabalhadores e, portanto, de caráter sustentável.

Do ponto de vista da sua relevância, a obra se destaca em três aspectos. No âmbito social, busca viabilizar, por meio da abordagem EAA_QVT, a qualidade de vida no trabalho de forma duradoura. Ou seja, iniciativas que construam condições favoráveis à eficiência corporativa, com a preservação do bem-estar no trabalho. O benefício se estende, na esfera do setor público, aos cidadãos-usuários, aqueles que, segundo o autor, representam a parcela da sociedade que utiliza os serviços prestados pelas organizações. No âmbito institucional, destaca a expectativa por resultados positivos em termos de harmonia, segurança e saúde no trabalho, por meio de eficiente atuação dos gestores e

postura colaborativa entre os trabalhadores. No âmbito acadêmico, é reforçado o caráter multidisciplinar e aplicado da ergonomia, sintetizado por ações de compreender o trabalho visando à sua transformação. O enfoque adotado pelo autor para investigar e intervir no campo da QVT revela, também, uma aplicação de caráter heterodoxo da ergonomia da atividade que, tradicionalmente, produz análises qualitativas restritas a pequenos grupos de trabalhadores.

Referência

Ferreira, M. C. (2012). *Qualidade de vida no trabalho. Uma abordagem centrada no olhar dos trabalhadores* (2ª ed.). Brasília: Paralelo 15.

Recebido em agosto de 2013 **Aceito em outubro de 2013**

Romildo Garcia Brusiquese: Engenheiro Civil, Engenheiro de Segurança do Trabalho, MBA em Gestão Empresarial, Mestre e doutorando em Psicologia Social, do Trabalho e das Organizações, pelo Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília.

Endereço para contato: brusiquese@uol.com.br

Instruções aos autores

Política editorial

A *Aletheia* é uma revista quadrimestral editada pelo curso de Psicologia da Universidade Luterana do Brasil destinada à publicação de trabalhos de pesquisadores envolvidos em estudos produzidos na área da Psicologia ou ciências afins. Serão aceitos somente trabalhos não publicados que se enquadrem nas categorias de relato de pesquisa, artigos de revisão ou atualização, relatos de experiência profissional, comunicações breves e resenhas.

Relatos de pesquisa: investigação baseada em dados empíricos, utilizando metodologia e análise científica.

Artigos de revisão/atualização: revisões sistemáticas e atuais sobre temas relevantes para a linha editorial da revista.

Relatos de experiência profissional: estudos de caso contendo discussão de implicações conceituais ou terapêuticas; descrição de procedimentos ou estratégias de intervenção de interesse para a atuação profissional dos psicólogos.

Comunicações breves: relatos breves de experiências profissionais ou comunicações preliminares de resultados de pesquisa.

Resenhas: revisão crítica de livros recém-publicados, orientando o leitor quanto a suas características e seus usos potenciais.

Aspectos éticos: todos os artigos envolvendo pesquisa com seres humanos devem declarar que os sujeitos do estudo assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido, de acordo com as diretrizes nacionais e internacionais de pesquisa. No caso de pesquisa com animais, os autores devem atestar que o estudo foi realizado de acordo com as recomendações éticas para esse tipo de pesquisa. Os autores também são solicitados a declarar, na seção "Método", que o protocolo da pesquisa foi previamente aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do local de origem do projeto.

Conflitos de interesse: os autores devem declarar todos os possíveis conflitos de interesse (profissionais, financeiros, benefícios diretos ou indiretos), se for o caso. A falha em declarar conflitos de interesse pode levar à recusa ou cancelamento da publicação.

Normas editoriais

1. Serão aceitos somente trabalhos inéditos.

2. O artigo passará pela apreciação dos Editores.

3. Após a avaliação inicial, os Editores encaminharão os trabalhos para apreciação do Conselho Editorial, que poderá fazer uso de consultores ad hoc de reconhecida competência na área de conhecimento. A Comissão Editorial e os consultores ad hoc analisam o manuscrito, sugerem modificações e recomendam ou não a sua publicação.

4. Os artigos poderão receber: a) aceitação integral; b) aceitação com reformulações; c) recusa integral. Em qualquer dessas situações, o autor será devidamente comunicado. Os originais, em nenhuma das possibilidades, serão devolvidos.

5. O(s) autor(es) do artigo receberá(ão) cópia dos pareceres dos consultores e será(ão) informado(s) sobre as modificações a serem realizadas.

6. No encaminhamento da versão modificada do seu manuscrito (no prazo máximo de 15 dias após o recebimento da notificação), os autores deverão incluir uma carta ao Editor esclarecendo as alterações feitas e aquelas que não julgaram pertinentes e a justificativa. No texto, as modificações feitas deverão estar destacadas com a ferramenta Word "pincel amarelo". O encaminhamento com as modificações realizadas pode ser realizado via e-mail (aletheia@ulbra.br).

7. Os Editores reservam-se o direito de fazer pequenas alterações no texto dos artigos.

8. A decisão final sobre a publicação de um manuscrito sempre será do Editor Responsável e Conselho Editorial que fará uma avaliação do texto original, das sugestões indicadas pelos consultores e as modificações encaminhadas pelo autor.

9. Os artigos poderão ser escritos em outra língua além do português (espanhol e inglês).

10. Independentemente do número de autores, serão oferecidos dois exemplares por trabalho publicado. O arquivo eletrônico com a publicação em PDF será disponibilizado no site www.ulbra.br/psicologia/aletheia.

11. As opiniões emitidas nos artigos são de inteira responsabilidade do(s) autor(es), e sua aceitação não significa que a revista Aletheia ou o curso de Psicologia da ULBRA lhe dão apoio.

12. A matéria editada pela Aletheia poderá ser impressa total ou parcialmente, desde que obtida a permissão do Editor Responsável. Os direitos autorais obtidos pela publicação do artigo não serão repassados para o autor do artigo.

Apresentação dos manuscritos

1) Os artigos inéditos deverão ser encaminhados em disquete ou CD e uma via impressa, digitada em espaço duplo, fonte Times New Roman, tamanho 12 e paginada desde a folha de rosto personalizada. A folha deverá ser A4, com formatação de margens superior e inferior (no mínimo 2,5 cm), esquerda e direita (no mínimo 3 cm). A revista adota as normas do Manual de Publicação da American Psychological Association - APA (4ª edição, 2001).

2) O número máximo de laudas deve atender a seguinte orientação: relatos de pesquisa (25 laudas); artigos de revisão/atualização (20 laudas); relatos de experiência profissional (15 laudas), comunicações breves (5 laudas) e resenhas (máximo de 5 laudas).

3) Encaminhamento: toda correspondência deve ser encaminhada à revista Aletheia, aos cuidados do Editor Responsável.

4) Todo manuscrito encaminhado à revista deverá ser acompanhado de uma carta de autorização, assinada por todos os autores, onde deve constar:

a) a intenção de submissão do trabalho à publicação;

b) a autorização para reformulação da linguagem, se necessário;

c) a transferência de direitos autorais para a revista Aletheia.

5) O artigo deve conter:

a) folha de rosto identificada: título do artigo em língua portuguesa; nome dos autores; formação, titulação e afiliação institucional dos autores; resumo em português de 10 a 12 linhas; palavras-chave, no máximo 3; título do artigo em língua inglesa; abstract compatível com o texto do Resumo; key-words; endereço para correspondência, incluindo CEP, telefone e e-mail.

b) folha de rosto não identificada: título do artigo em língua portuguesa; resumo em português, de 10 a 12 linhas, 3 palavras-chave, título do artigo em língua inglesa, resumo (Abstract) em inglês, compatível com o texto do Resumo; key-words.

c) corpo do texto.

d) sugere-se que os artigos referentes a relatos de pesquisa apresentem a seguinte seqüência: Título; Introdução; Método (população/amostra, instrumentos, Procedimentos de coleta e Análise de dados – incluir nessa seção afirmação de aprovação do estudo em Comitê de Ética em Pesquisa de acordo com Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde – Ministério da Saúde); Resultados; Discussão, Referências (títulos em letra minúscula e em seções separadas). Usar as denominações tabelas e figuras (não usar a expressão quadros e gráficos). Colocar tabelas e figuras incorporadas ao texto. Tabelas: incluindo título e notas de acordo com normas da APA. Formato Word – 'Simples 1'. Na publicação impressa, a tabela não poderá exceder 11,5 cm de largura x 17,5 cm de comprimento. O comprimento da tabela não deve exceder 55 linhas, incluindo título e rodapé(s). Para assegurar qualidade de reprodução, as figuras contendo desenhos deverão ser encaminhadas em qualidade para fotografia (resolução mínima de 300 dpi). A versão publicada não poderá exceder a largura de 11,5 cm para figuras. Anexos: apenas quando contiverem informação original importante, ou destaque indispensável para a compreensão de alguma seção do trabalho. Recomenda-se evitar anexos.

6) Trabalhos com documentação incompleta ou não atendendo às normas adotadas pela revista (APA, 4ª edição) não serão avaliados.

Normas para citações

- As notas não bibliográficas deverão ser colocadas ao pé das páginas, ordenadas por algarismos arábicos que deverão aparecer imediatamente após o segmento de texto ao qual se refere a nota.

- As citações dos autores deverão ser feitas de acordo com as normas da APA (4ª edição).

- No caso da citação integral de um texto: deve ser delimitada por aspas, e a citação do autor seguida do ano e do número da página citada. Uma citação literal com 40 ou mais palavras deve ser apresentada em bloco próprio em itálico e sem aspas, começando em nova linha, com recuo de 5 espaços da margem, na mesma posição de um novo parágrafo. A fonte será a mesma utilizada no restante do texto (Times New Roman, 12).

• Citação de um autor: autor, sobrenome em letra minúscula, seguida pelo ano da publicação. Exemplo: Rodrigues (2000).

• Citações de dois autores: cite os dois autores sempre que forem referidos no texto. Exemplo: (Carvalho & Santos, 2000) – quando os sobrenomes forem citados entre parênteses, devem estar ligados por &. Quando forem citados fora de parênteses, devem ser ligados pela letra e.

• Citação de três a cinco autores: citar todos os autores na primeira referência, seguidos da data do artigo entre parênteses. A partir da segunda referência, utilize o sobrenome do primeiro autor, seguido de e cols. Exemplo: Silva, Foguel, Martins e Pires (2000), a partir da segunda referência, Silva e cols. (2000).

• Artigo de seis ou mais autores: cite apenas o sobrenome do primeiro autor, seguido de e cols. (ANO). Na seção referências, todos os autores deverão ser citados.

• Citação de obras antigas, clássicas e reeditadas: citar a data da publicação original, seguida da data da edição consultada. Exemplo: (Kant 1871/1980).

• Autores com a mesma idéia: seguir a ordem alfabética de seus sobrenomes e não a ordem cronológica. Exemplo: (Foguel, 2003; Martins, 2001; Santos, 1999; Souza, 2005).

• Publicações diferentes com a mesma data: acrescentar letras minúsculas, após o ano de publicação. Exemplo: Carvalho, 1997, 2000a, 2000b, 2000c.

• Citação cuja idéia é extraída de outra ou citação indireta: utilizar a expressão citado por. Ex: Lopes, citado por Martins (2000),...

Na seção Referências, incluir apenas a fonte consultada (Martins).

• Transcrição literal de um texto ou citação direta: sobrenome do autor, data, página. Exemplo: (Carvalho, 2000, p.45) ou Carvalho (2000, p.45).

Normas para referências

As referências bibliográficas deverão ser apresentadas no final do artigo. Sua disposição deve ser em ordem alfabética do último sobrenome do autor e em minúsculo.

Livro

Mendes, A. P. (1998). *A família com filhos adultos*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Silva, P. L., Martins, A., & Foguel, T. (2000). *Adolescente e relacionamento familiar*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Capítulo de livro

Scharf, C. N., & Weinshel, M. (2002). Infertilidade e gravidez tardia. Em: P. Papp (Org.), *Casais em perigo, novas diretrizes para terapeutas* (pp. 119-144). Porto Alegre: Artmed.

Artigo de periódico científico

Dimenstein, M. (1998). O psicólogo nas Unidades Básicas de Saúde: desafios para a formação e atuação profissionais. *Estudos de Psicologia*, 3(1), 95-121.

Artigos em meios eletrônicos

Paim, J. S., & Almeida Filho, N. (1998). Saúde coletiva: uma "nova saúde pública" ou campo aberto a novos paradigmas? *Revista de Saúde Pública, 32* (4) Disponível: <http://www.scielo.br> Acessado: 02/2000.

Artigo de revista científica no prelo

Albuquerque, P. (no prelo). Trabalho e gênero. *Aletheia*.

Trabalho apresentado em evento científico com resumo em anais

Corte, M. L. (2005). *Adolescência e maternidade.* [Resumo]. Em: Sociedade Brasileira de Psicologia (Org.), Resumos de comunicações científicas. XXV Reunião Anual de Psicologia (p. 176). Ribeirão Preto: SBP.

Tese ou dissertação publicada

Silva, A. (2000). *Conhecimento genital e constância sexual em crianças pré-escolares.* Dissertação de Mestrado ou tese de Doutorado. Programa de Estudos de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS.

Tese ou dissertação não-publicada

Silva, A. (2000). *Conhecimento genital e constância sexual em crianças pré-escolares*. Dissertação de Mestrado ou tese de Doutorado não publicada. Programa de Estudos de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS.

Obra antiga e reeditada em data muito posterior

Segal, A. (2001). *Alguns aspectos da análise de um esquizofrênico*. Porto Alegre: Universal. (Original publicado em 1950).

Autoria institucional

American Psychological Association (1994). *Publication manual* (4ª ed.). Washington: Autor.

Endereço para envio de artigos

Universidade Luterana do Brasil
Curso de Psicologia
Revista Aletheia
Av. Farroupilha, 8001 – Bairro São José
Sala 121 - Prédio 01
Canoas – RS – Brasil
CEP: 92425-900

Instructions to authors

Editorial policy

Aletheia is a three-times yearly journal edited by the Psychology Program of the Lutheran University of Brazil, which purpose is to publish papers in Psychology and related sciences. Only unpublished papers will be accepted into these categories: original articles, review/update articles, professional experiences reports, brief communications and book reviews.

Original articles: empirical research reports with scientific methodology.

Review articles/ Update articles: systematic and update reviews about relevant themes according with editorial policy.

Professional experiences reports: case reports with discussion of its conceptual or therapeutic implications; description of intervention procedures or strategies of psychology practitioners' interest.

Brief communications: brief reports of professional experiences or preliminary communications of original character.

Book review: critical review of recently published books that may be of interest to psychology.

Ethical aspects: All the articles involving research with human subjects must state that individuals included in these studies gave a Written Informed Consent, according to the national and international ethical regulations. In case of research with animals, authors must confirm that the study was done in accordance with the ethical care standards for the animals involved in the research. The authors are also requested to state in the "Methods" section that the research protocol was previously approved by a Research Ethics Board.

Disclosures: The authors are requested to disclose all possible kinds of conflict of interest (professionals, financials, direct or indirect benefits), if the case. The failure to disclose properly can lead to publication refusal or cancellation.

Editorial rules

1. Only unpublished articles will be accepted.

2. The articles will be evaluated by the Editors.

3. After initial evaluation, the Editors will send the submitted papers to the Editorial Board, which will be helped, whenever necessary, by ad hoc consultants of recognized expertise in the knowledge area. The Editorial Board and ad hoc consultants will analyze the manuscript, suggest modifications, and recommend or not its publication.

4. The papers may be: a) fully accepted; b) accepted with modifications; c) fully refused. In any of the situations the author will be properly communicated. The originals will not be returned in any case.

5. The authors will received a copy of the consultants' analysis and will be informed about recommended modifications.

6. When the modified version of the manuscript is sent (this may happen up to 15 days after receiving the notification), the authors must include a letter to the Editors, elucidating the changes that have been made and justifying the ones they did not judge relevant to make. All modifications must be highlighted with Word's tool "yellow brush". The modified version of the article may be sent by e-mail (aletheia@ulbra.br).

7. The Editors have the right to make small modifications in the text.

8. The final decision of publication of a manuscript will always be of the Editor and of the editorial board in charge. They will take into consideration the original text, the consultant's recommendations and the modified version of the article.

9. Articles may be submitted in other languages besides Portuguese (Spanish and English)

10. Regardless the number of authors, two copies of the journal per published article will be offered. The electronic version of the printed article (PDF file) can be accessed in Aletheia homepage www.ulbra.br/psicologia/aletheia.

11. The opinions emitted in the articles are full responsibility of author(s), and its acceptance does not mean that Aletheia supports it.

12. Total or partial reproduction can be made only after permission of the Editor. Aletheia owns the copyrights and will not transfer them to authors.

Preparation of manuscripts

1) The unpublished articles must be sent in diskettes or CD and also one printed copy, typed in double space, Times New Roman letter, size 12, numbered since the title page. The sheet must be A4, with inferior and superior margins of 2,5 cm, and right and left margins of 3 cm. The journal follows the rules of Manual of Publication of American Psychological Association - APA (5th edition, 2001).

2) The maximum number of pages should be as follow: Original articles (25 pages); Review articles/Uptade articles (20 pages); Professional experiences reports (15 pages); Brief communications (5 pages); Book review (5 pages).

3) Submissions: All correspondence should be addressed to Aletheia in behalf of the Editor in charge.

4) Every manuscript sent to the Journal must be accompanied by an authorization letter, signed by all of the authors, stating:

a) The intention of submission the article to publication;

b) Authorization for modification of language if necessary;

c) Transference of copyrights for Aletheia Journal.

5) The manuscript should contain:

a) Title page: article title in Portuguese ; authors' name; authors' essential title and institutional affiliation; abstract in Portuguese from 10 to 12 lines; key words, at least 3; article title in English; abstract compatible with the text of Portuguese abstract ; key words; Correspondence address, including Zip Code, telephone and e-mail.

b) Non identified title page: article title in Portuguese; abstract in Portuguese from 10 to 12 lines; key words, at least 3; article title in English; abstract compatible with the text of Portuguese abstract ; key words;

* If article was not written in Portuguese, it must contain the same information in its original language.

c) Body of the text.

d) Original articles may have the following sequence: Title, Introduction, Method (population/sample; instruments; procedures; and data analysis. In this section the study approval in a Ethics Research Committee should be stated), Results, Discussion, Conclusion or Final Considerations, References (in small letters and in separate section). Use the denomination "table" and "figure" (and not graphs or other terms). Place tables and figures embedded in the text. Tables: including title and notes in accordance with APA's standards . Word format - 'Simple 1'. In the printed version the table may not exceed 11.5 cm wide x 17.5 cm in length. The length of the table should not exceed 55 lines, including title and footer(s). To ensure quality, the reproduction of pictures containing drawings should have photograph quality (minimum resolution of 300 dpi). The printed version can not exceed 11.5 cm width for pictures. Appendixes: only when they contain new and important information, or are essential to highlight and make more understandable any section of the paper. The use of appendixes should be avoided.

6) Papers with incomplete documentation or that do not attend the norms adopted by Aletheia (APA, 4th edition) will not be appraised.

Citations norms

- The non bibliographical notes must be put in the lower margin of pages, arranged by Arabic numerals that must appear immediately after the segment of text to which the note refers to.

- The authors' citations must be done in agreement with norms of APA (4th edition).

- In the case of full citation of a text: it must be delimited by quotation mark and the author's citation followed by the year and number of page mentioned. A literal citation with 40 or more words must be presented in proper block and in italic without quotation mark, starting a new line, with pullback of 5 spaces of margin, in the same position of a new paragraph. The letter will be the same used in the remaining of text (Times New Roman, 12).

• Citation of an author: author, last name in small letter, followed by the year of publication. Example: Rodrigues (2000).

• Citation of two authors: cite both authors always that they are referred in the text. Example: (Carvalho & Santos, 2000) – when the last names are cited between parentheses: they must be connected by &. When they are cited outside the parenthesis they must be connected by the letter e.

• Citation from three to five authors: cite all the authors in the first reference, followed by the date of article between parentheses. Starting from the second reference, use the last name of the first author, followed by e cols. Example: Silva, Foguel, Martins and Pires (2000), starting from the second reference, Silva and cols. (2000).

• Article of six or more authors: cite just the last name of the first author, followed by e cols (YEAR). In the references all the authors must be cited.

• Citation of old, classic and reedited works: cite the date of original publication, followed by the date of edition consulted. Example: (Kant 1871/1980).

• Authors with the same idea: follow the alphabetical order of their last names and not the chronological order. Example: (Foguel, 2003; Martins, 2001; Santos, 1999; Souza, 2005).

Different publications with the same date: Increase capital letter, after the year of publication. Example: Carvalho (1997, 2000a, 2000b, 2000c).

• Citation whose idea is extracted from other or indirect citation: Use the expression cited by. Ex: Lopes, cited by Martins (2000),...

In the Bibliographical References, include just the source consulted (Martins).

• Literal transcription of a text or direct citation: last name of author, date, page. Example: (Carvalho, 2000, p.45) or Carvalho (2000, p.45).

References norms

The bibliographical references must be presented at the end of article. Its disposition must be in alphabetical order of the last name of author in small letter.

Book

Mendes, A.P. (1998). A família com filhos adultos. Porto Alegre: Artes Médicas.

Silva, P.L., Martins, A., & Foguel, T. (2000). Adolescente e relacionamento familiar. Porto Alegre: Artes Médicas.

Chapter of book

Scharf, C. N., & Weinshel, M. (2002). Infertility and late pregnancy. Em P. Papp (Org.), Couples in danger,, new guideline for therapists (pp. 119-144). Porto Alegre: Artmed.

Article of scientific journal

Dimenstein, M. (1998). The psychologist in the Basic Units of Health:

Challenges for the formation and professional performance. Studies of Psychology, 3(1), 95-121.

Articles in electronic means

Paim, J. S., & Almeida Filho, N. (1998). Collective Health: a "new public health" or open field for new paradigms? Magazine of Public Health, 32 (4) Available: <http://www.scielo.br> Accessed: 02/11/2000.

Article of scientific journal in press

Albuquerque, P. (no prelo). Gender and work. Aletheia.

Work presented in congress

Silva, O. & Dias, M. (1999). Unemployment and its repercussions in the family. Em Annals of XX Meeting of Social Psychology, pp. 128-137, Gramado, RS.

Thesis or published dissertation

Silva, A. (2000). Genital knowledge and sexual constancy in pre-school children. Master dissertation or doctorate thesis. Program of Graduate Studies in Psychology of Development, Federal University of Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS

Thesis or non-published dissertation

Silva, A. (2000). Genital knowledge and sexual constancy in pre-school children. Master dissertation non-published or doctorate thesis (non-published). Program of Graduate Studies in Psychology of Development, Federal University of Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS

Old work reedited in posterior date

Segal, A. (2001). Some aspects of analysis of a schizophrenic person. Porto Alegre: Universal. (Original published in 1950)

Institutional Authorship

American Psychological Association (1994). Publication manual (4th edition). Washington: Author

Address for submissions

Universidade Luterana do Brasil
Curso de Psicologia
Revista Aletheia
Av. Farroupilha, 8001 – Bairro São José
CEP: 92425-900
Sala 121 - Prédio 01
Canoas – RS – Brasil

Instrucciones a los autores

Política editorial

Aletheia es una revista quadrimestral editada por el Curso de Psicología de la Universidad Luterana de Brasil, destinada a la publicación de trabajos de investigadores, implicados en estudios producidos en el área de la Psicología o ciencias afines. Serán aceptados solamente trabajos no publicados que se encuadren en las categorías de relato de investigación, artículo de revisión o actualización, relatos experiencia profesional, comunicaciones breves y reseñas.

Relatos de investigación: investigación basada en datos empíricos, utilizando metodología y análisis científica.

Artículos de revisión/actualización: revisiones sistemáticas y actuales sobre temas relevantes para la línea editorial de la revista.

Relatos de experiencia profesional: estudios de caso, contiendo discusión de implicaciones conceptuales o terapéuticas; descripción de procedimientos o estrategias de intervención de interés para la actuación profesional de la psicología.

Comunicaciones breves: relatos breves de experiencias profesionales o comunicaciones preliminares de resultados de investigación.

Reseñas: revisión crítica de libros recién publicados, orientando el lector cuanto a sus características y usos potenciales.

Aspectos éticos: Todos los artículos implicando investigación con seres humanos deben declarar que los participantes del estudio firmaron algún Término de Consentimiento Libre y Esclarecido, de acuerdo con las directrices brasileñas e internacionales de investigación. En el caso de investigación con animales los autores deben atestar que el estudio ha sido realizado de acuerdo con las recomendaciones éticas para este tipo de investigación. Los autores también son solicitados a declarar, en la sección "Método", que el protocolo de la investigación ha sido previamente aprobado por algún Comité de Ética en Investigación del local de origen del proyecto.

Conflictos de interés: los autores deben declarar todos los posibles conflictos de interés (profesionales, financieros, beneficios directos o indirectos), si es el caso. El fallo en declarar conflictos de interés puede llevar a la recusa o cancelación de la publicación.

Normas editoriales

1. Serán aceptados solamente trabajos inéditos.

2. El artículo pasará por la apreciación de los Editores.

3. Seguido de una evaluación inicial, los Editores enviarán para apreciación del Consejo Editorial, que podrá hacer uso de consultores ad hoc de reconocida competencia en el área de conocimiento. La Comisión Editorial y los Consultores ad hoc analizan el artículo, sugieren modificaciones y recomiendan o no su publicación.

4. Los artículos podrán recibir: a) aceptación integral; b) aceptación con reformulaciones; c) recusa integral. En cualquier de estas situaciones el autor será debidamente comunicado. Los originales, en ninguna de las posibilidades, serán devueltos.

5. El autor del artículo recibirá copia de los pareceres de los consultores. Será informado sobre las modificaciones que necesiten ser realizadas.

6. En el envío de la versión modificada del artículo (en el límite máximo de 15 días después del recibimiento de la notificación), los autores deberán incluir una carta al Editor, esclareciendo las alteraciones hechas y aquellas que no juzgaran pertinentes y la justificativa. En el texto, las modificaciones hechas deberán estar destacadas con la herramienta Word "pincel amarillo". El envío del archivo con las modificaciones realizadas puede ser realizado por e-mail (aletheia@ulbra.br).

7. Los Editores se reservan el derecho de hacer pequeñas alteraciones en el texto de los artículos.

8. La decisión final sobre la publicación de un manuscrito siempre será del Editor Responsable y del Consejo Editorial, que hará una evaluación del texto original, de las sugerencias indicadas por los consultores y las modificaciones enviadas por el autor.

9. Los artículos podrán ser escritos en otra lengua además del portugués (español e inglés).

10. Independientemente del número de autores, serán ofrecidos dos ejemplares por trabajo publicado. El archivo electrónico con la publicación en PDF estará disponible en el site www.ulbra.br/psicologia/aletheia.

11. Las opiniones emitidas en los artículos son de entera responsabilidad de los autores, su aceptación no significa que la Revista Aletheia o el Curso de Psicología de la ULBRA le soportan.

12. La materia editada por la Aletheia podrá ser impresa total o parcialmente, des de que obtenida la autorización del Editor Responsable. Los derechos autorales obtenidos por la publicación del artículo no serán repasados para el autor del artículo.

Presentación de los originales

1) Los artículos inéditos deberán ser enviados en disquete o CD y una vía impresa, digitada en espacio doble, fuente Times New Roman, tamaño 12 y paginado desde la hoja de rostro personalizada. La hoja deberá ser A4, con formatación de márgenes superior e inferior (mínimo de 2,5 cm), izquierda y derecha (mínimo de 3 cm). La revista adopta las normas del Manual de Publicación de la American Psychological Association - APA (4ª edición, 2001).

2) El número máximo de laudas debe atender a la siguiente orientación: Relatos de investigación (25 laudas); Artículos de revisión/actualización (20 laudas); Relatos de experiencia profesional (15 laudas), Comunicaciones breves (5 laudas) y Reseñas de libros (máximo de 5 laudas).

3) Dirección: Toda correspondencia debe ser dirigida a la Revista Aletheia, a la atención del Editor Responsable.

4) Todo manuscrito dirigido a la Revista deberá acompañar una carta de autorización, firmada por todos los autores, donde deberá constar:

a) la intención de sumisión del trabajo a la publicación;

b) la autorización para reformulación del lenguaje, si necesario;

c) la transferencia de derechos autorales para la Revista Aletheia.

5) El artículo debe contener:

a) Hoja de portada identificada: título del artículo en lengua portuguesa; nombre de los autores; formación, titulación y afiliación institucional de los autores; resumen en portugués de 10 a 12 líneas; palabras-clave, en el máximo de 3; título del artículo en lengua inglesa; abstract compatible con el texto del resumen; keywords; dirección para correspondencia, incluyendo CEP, teléfono y e-mail.

b) Hoja de portada no identificada: título del artículo en lengua portuguesa o castellana; resumen en portugués o castellano, de 10 a 12 líneas, 3 palabras-clave, título del artículo en lengua inglesa, resumen (abstract) en inglés, compatible con el texto del Resumen en lengua original; keywords.

c) Cuerpo del texto.

d) Sugiérase que los artículos referentes a Relatos de Investigación presenten la siguiente secuencia: Título; Introducción; Método (población/muestra, instrumentos, procedimientos de recogida y análisis de los datos, (incluir en esta sección afirmación de aprobación del estudio en Comité de Ética en Investigación de acuerdo con la Resolución 196/96 del Consejo Nacional de Salud – Ministerio de Salud o declaración de haber atendido a los criterios de dicha resolución); Resultados; Discusión, Referencias (títulos en letra minúscula y en secciones separadas). Utilizar las denominaciones tablas y figuras (no utilizar la expresión cuadros y gráficas). Dejar las tablas y figuras

incorporadas al texto. Tablas: incluyendo título y notas de acuerdo con las normas de la APA. Formato Word – 'Sencillo 1'. En la publicación impresa la tabla no podrá exceder 11,5 cm de ancho x 17,5 cm de largo. El largo de la tabla no debe pasar de 55 líneas, incluyendo título y notas al pié. Para garantizar cualidad de reproducción, las figuras que contengan dibujos deberán ser dirigidas en cualidad para fotografía (resolución mínima de 300 dpi). La versión publicada no podrá ultrapasar el ancho de 11,5 cm para figuras. Anexos: solo cuando tengan información original importante, o destaque indispensable para la comprensión de alguna sección del trabajo. Recomendase evitar anexos.

6) Trabajos con documentación incompleta o no atendiendo las normas adoptadas por la revista (APA, 4ª edición) no serán evaluados.

Normas para citaciones

- Las notas no bibliográficas deberán ser puestas al pié de las páginas, ordenadas por números arábicos que deberán figurar inmediatamente después del segmento de texto al cual se refiere a la nota.

- Las citaciones de los autores deberán ser hechas de acuerdo con las normas de la APA (4ª edición).

- En el caso de la cita integral de un texto: debe ser delimitada por comillas y la citación del autor, seguida del año y del número de la página citada. Una cita literal con 40 o más palabras debe ser presentada en bloque propio y en cursiva y sin comillas, empezando en nueva línea, con una retirada de espacio de 5 espacios del margen, en la misma posición de un nuevo párrafo. La fuente será la misma utilizada en el restante del texto (Times New Roman, 12).

• Citación de un autor: autor, apellido en letra minúscula, seguida por el año de publicación. Ejemplo: Rodrigues (2000).

• Citaciones de dos autores: cite los dos autores siempre que sean referidos en el texto. Ejemplo: (Carvalho & Santos, 2000) - cuando los apellidos sean citados entre paréntesis: deben estar separados por &. Cuando sean citados fuera del paréntesis deben ser vinculados pela letra e, en publicaciones en portugués y por la letra y para publicaciones en castellano.

• Citación de tres a cinco autores: citar todos los autores en la primera referencia, seguidos de la fecha del artículo entre paréntesis. A partir de la segunda referencia, utilice el apellido del primero autor, seguido de y cols. Ejemplo: Silva, Foguel, Martins y Pires (2000), a partir de la segunda referencia: Silva y cols. (2000)

• Artículo de seis o más autores: cite solamente el apellido del primero autor, seguido de y cols. (AÑO). En la sección Referencias, todos los autores deberán ser citados.

• Citación de obras antiguas, clásicas y reeditadas: citar la fecha de la publicación original, seguida de la fecha de la edición consultada. Ejemplo: (Kant 1871/1980).

• Autores con la misma idea: seguir el orden alfabético de sus apellidos y no el orden cronológico. Ejemplo: (Foguel, 2003; Martins, 2001; Santos, 1999; Souza, 2005).

• Publicaciones distintas con la misma fecha: Añadir letras minúsculas, luego el año de publicación. Ejemplo: Carvalho, 1997, 2000a, 2000b, 2000c.

• Citación cuya idea es extraída de otra o citación indirecta: Utilizar la expresión citado por. Ej.: Lopes, citado por Martins (2000),...

En la sección Referencias, añadir solamente la fuente consultada (Martins).

• Transcripción literal de un texto o citación directa: apellido del autor, fecha, página. Ejemplo: (Carvalho, 2000, p.45) o Carvalho (2000, p.45).

Normas para referencias

Las referencias bibliográficas deberán ser presentadas en el final del artículo. Su disposición debe ser en orden alfabético del último apellido del autor (cuando presente más de uno) y en minúscula. En el caso de autores hispánicos, se puede utilizar la normativa de la APA, y presentar los dos apellidos a la vez, separados por un guión. Ej.: Martínez-Cruz.

Libro

Mendes, A. P. (1998). A família com filhos adultos. Porto Alegre: Artes Médicas.

Silva, P. L., Martins, A., & Foguel, T. (2000). Adolescente e relacionamento familiar. Porto Alegre: Artes Médicas.

Capítulo de libro

Scharf, C. N., & Weinshel, M. (2002). Infertilidade e gravidez tardia. Em: P. Papp (Org.), Casais em perigo, novas diretrizes para terapeutas (pp. 119-144). Porto Alegre: Artmed.

Artículo de publicación periódica científica

Dimenstein, M. (1998). O psicólogo nas Unidades Básicas de Saúde: desafios para a formação e atuação profissionais. Estudos de Psicologia, 3(1), 95-121.

Artículos en medios electrónicos

Paim, J. S., & Almeida Filho, N. (1998). Saúde coletiva: uma "nova saúde pública" ou campo aberto a novos paradigmas? Revista de Saúde Pública, 32 (4) Disponível: <http://www.scielo.br> Acessado: 02/2000.

Artículo de revista científica en prensa

Albuquerque, P. (en prensa). Trabalho e gênero. Aletheia.

Trabajo presentado en evento científico con resumen en anales

Corte, M. L. (2005). Adolescência e maternidade. [Resumo]. Em: Sociedade Brasileira de Psicologia (Org.), Resumos de comunicações científicas. XXV Reunião Anual de Psicologia (p. 176). Ribeirão Preto: SBP.

Tesis o monografía publicada

Silva, A. (2000). Conhecimento genital e constância sexual em crianças pré-escolares. Dissertação de Mestrado ou tese de Doutorado. Programa de Estudos de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS.

Tesis o monografía no-publicada

Silva, A. (2000). Conhecimento genital e constância sexual em crianças pré-escolares. Dissertação de Mestrado ou tese de Doutorado. Programa de Estudos de Pós-Graduação em Psicologia do Desenvolvimento, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, RS.

Obra antigua y reeditada en fecha muy posterior

Segal, A. (2001). Alguns aspectos da análise de um esquizofrênico. Porto Alegre: Universal. (Original publicado em 1950).

Autoría institucional

American Psychological Association (1994). Publication manual (4ª ed.). Washington:Autor

Dirección para el envío de artículos

Universidade Luterana do Brasil

Curso de Psicologia

Revista Aletheia
Av. Farroupilha, 8001 – Bairro São José
Sala 121 - Prédio 01
Canoas/RS – Brasil
CEP: 92425-900
E-mail: aletheia@ulbra.br