

ALETHEIA

Revista de Psicologia

Nº 28 - Jul/Dez. 2008

ISSN 1413-0394



COMUNIDADE EVANGÉLICA LUTERANA "SÃO PAULO"

Presidente
Delmar Stahnke
Vice-Presidente
Emir Schneider



UNIVERSIDADE LUTERANA DO BRASIL

Reitor
Ruben Eugen Becker
Vice-Reitor
Leandro Eugênio Becker

Pró-Reitor de Administração
Pedro Menegat
Pró-Reitor de Graduação da Unidade Canoas
Nestor Luiz João Beck
Pró-Reitor das Unidades Externas
Osmar Rufatto
Pró-Reitor de Pesquisa e Pós-Graduação
Edmundo Kanan Marques

Pró-Reitora de Ensino a Distância
Sirlei Dias Gomes

Capelão Geral
Pastor Gerhard Grasel
Ouvidora Geral
Eurilda Dias Roman

ALETHEIA

Revista de Psicologia da ULBRA



Disponível *on-line* pelo portal PePSIC:
<http://pepsic.bvs-psi.org.br/scielo.php>
ISSN 1981-1330

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

PePSIC
Periódicos Eletrônicos em Psicologia

Editora
Profª. Dra. Mary Sandra Carlotto

Editor Associado
Prof. Dr. Adolfo Pizzinato

Conselho Editorial
Profa. Dra. Tânia Rudnicki
Profa. Dra. Lígia Braun Shermann
Profa. Dra. Maria Piedade Rangel Meneses
Profa. Ms. Fernanda Serralta

Assistente editorial
Ítala Raymundo Chinazzo
Aluna de Iniciação Científica

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. ; 27cm.

Semestral
ISSN 1413-0394

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

CDU 159.9(05)

Setor de Processamento Técnico da Biblioteca Martinho Lutero

Conselho Científico

Dra. Ana Maria Benevides Pereira (UEM, Maringá/BR)
Dra. Ana Maria Jacó-Vilela (UERJ, Rio de Janeiro/BR)
Dra. Antonieta Pepe Nakamura (ULBRA, Canoas/BR)
Dra. Dóris Vasconcelos Salençon (Sorbonne, Paris/FR)
Dr. Eduardo A. Remor (UAM, Madrid/ES)
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. Jorge Castellá Sarriera (UFRGS, Porto Alegre/BR)
Dr. José Carlos Zanelli (UFSC Florianópolis/SC)
Dra. Jussara Maria Körbes (ULBRA, Canoas/BR)
Dra. Maria Lúcia Tiellet Nunes (PUCRS, Porto Alegre/BR)
Dra. Maria Inês Gasparetto Higuchi (CEULM, Manaus, BR)
Dra. Marília Verissimo Veronese (UNISINOS, S.Leopoldo/BR)
Dr. Mário Cesar Ferreira (UnB, Brasília/BR)
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 Cassia Petrarca Teixeira (ULBRA Gravatá/BR)
Dra. Suzana Alves (Edinburgh College of Art UK)

EDITORA DA ULBRA

E-mail: editora@ulbra.br
Diretor: Valter Kuchenbecker
Coordenador de periódicos: Roger Kessler Gomes
Capa: Everaldo Manica Ficanha
Editoração: Roseli Menzen

Assinaturas

Av. Farroupilha, 8001 - Prédio 29 - Sala 202
Bairro São José - Canoas/RS - CEP: 92425-900
Fone: (51) 3477.9118 - Fax: (51) 3477.9115
vendaseditora@ulbra.br
www.editoradaulbra.com.br

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
bibpermuta@ulbra.br

Endereço para envio de artigos

Revista Aletheia
Universidade Luterana do Brasil
Curso de Psicologia
Av. Farroupilha, 8001 - Prédio 01
CEP: 92425-900 - Canoas/RS - Brasil
Fone: (51) 3477.9215
aletheia@ulbra.br
www.ulbra/psicologia/aletheia.htm



Consultores 2008

Acácia Aparecida Angeli dos Santos

Universidade São Francisco (USF/Itatiba)

Adolfo Pizzinato

Universidade Luterana do Brasil (ULBRA Canoas)

Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS)

Adriana Wagner

Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS)

Alexandre Faisal-Cury

Universidade de São Paulo (USP)

Sociedade Brasileira de Obstetrícia Psicossomática (SOBOGIP)

Ana Cláudia Meira

Grupo Hospitalar Conceição (GHC)

Anelize Teresinha da Silva Araújo

Universidade Federal Fluminense (UFF)

Anita Guazzelli Bernardes

Professora da Universidade Católica Dom Bosco (UCDB/ MT)

Asseneth Sastre Cifuentes

Universidad Santo Tomás (USTA/Colômbia)

Bellkiss Wilma Romano

Universidade de São Paulo (USP)

Camila Bernardes de Souza

Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP)

Carolina Saraiva de Macedo Lisboa

Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS)

Caroline Reppold

Fundação Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA)

Catarina Satiko Tanaka

Universidade Estadual de Maringá (UEM)

Claudio Garcia Capitão
Universidade São Francisco (UBC)

Conceição Aparecida Serralha
Instituto Superior de Ensino e Pesquisa de Ituiutaba (ISEPI)

Cristina Maria de Souza Brito Dias
Universidade Católica de Pernambuco (UNICAP)

Cristiane A. dos Santos Alfaya
Universidade Federal da Bahia (UFBA)

Daniela Centenaro Levandowski
Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS)

Daniela Di Giorgio Schneider Bakos
Universidade Luterana do Brasil (ULBRA Canoas)

Eduardo Remor
Universidad Autónoma de Madrid (UAM)

Elken Gomes Rivaldo
Universidade Luterana do Brasil (ULBRA Canoas)

Eulália Maria Chaves Maia
Universidade Federal do Rio Grande do Norte (UFRN)

Fernanda Barcellos Serralta
Universidade Luterana do Brasil (ULBRA Canoas)

Gisele Machado da Silva
Universidade de São Paulo (USP)

Gustavo Adolfo Ramos Mello Neto
Universidade Estadual de Maringá (UEM)

Helena Beatriz Kochenborger Scarparo
Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS)

Henrique Caetano Nardi
Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS)

Janine Kielling Monteiro
Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS)

Jenny Millner-Moskovics
Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS)

José Roberto Montes Heloani
Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP)
Fundação Getúlio Vargas (FGV-SP)

Junia de Vilhena
Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-Rio)

Kátia Osternack Pinto
Hospital das Clínicas (HCFMUSP)

Kayoko Yamamoto
Universidade de São Paulo (USP)

Leandro Castro Oltramari
Universidade do Sul de Santa Catarina (UFSC)

Liana Fortunato Costa
Universidade de Brasília (UNB)

Lidia Natalia Dobrianskyj Weber
Universidade Federal do Paraná (UFPR)

Ligia Susana Gómez
Universidad Santo Tomás (USTA/Colombia)

Lílian dos Santos Palazzo
Universidade Luterana do Brasil (ULBRA Canoas)

Lílian Cruz
Universidade de Santa Cruz do Sul (UNISC)

Liliana Andolpho Magalhaes Guimarães
Universidade Católica Dom Bosco (UCDB)

Lis Andréa Pereira Soboll
Universidade Federal do Paraná (UFPR)

Luis Cláudio Mendonça Figueiredo
Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC-SP)

Marcia Oliveira Moraes
Universidade Federal Fluminense (UFF)

Marcos Chedid Abel
Centro Universitário de Brasília (UniCEUB)

Marcos Mucenik
Fundação Universitária de Gastroenterologia (FUGAST)

Maria de Fátima Araújo

Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (UNESP)

Maria de Fátima Belancieri

Universidade do Sagrado Coração (USC)

Maria Elizabeth Barros de Barros

Universidade Federal do Espírito Santo (UFES)

Maria Lúcia Tiellet Nunes

Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS)

Maria Lucia Seidl de Moura

Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ)

Mariana Calesso Moreira

Hospital Moinhos de Vento (HMV)

Martha Marlene Wankler Hoppe

Universidade Luterana do Brasil (ULBRA)

Maurício Tamayo

Universidade de Brasília (UNB)

Mónica Haydee Galano

Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC/SP)

Nelson Rubens Mendes Loretto

Universidade de Pernambuco (UPE)

Neuza Maria de Fátima Guareschi

Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS)

Olga Ceciliato Mattioli

Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho (UNESP)

Patrícia Alvarenga

Universidade Federal da Bahia (UFBA)

Paulo César Ribeiro Martins

Universidade de Passo Fundo (UPF)

Perla Klautau

Universidade de São Paulo (USP)

Rachel de Faria Brino

Universidade Federal de São Carlos (UFSCar)

Renata Ferrarez Fernandes Lopes
Universidade Federal de Uberlândia (UFU)

Rita de Cassia Petrarca Teixeira
Universidade Luterana do Brasil (ULBRA/Gravataí)

Paola Bruno de Araujo Andreoli
Hospital Israelita Albert Einstein

Ricardo Gorayeb
Universidade de São Paulo (USP)

Rosana Cecchini de Castro
Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS)

Rosane Mantilla de Souza
Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (PUC/SP)

Sandra Maria da Mata Azeredo
Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG)

Sheila Gonçalves Câmara
Universidade Luterana do Brasil (ULBRA Canoas)

Simone Maria Hüning
Universidade Federal de Alagoas (UFAL)

Sonia Eugenia Coelho Paredes
Universidade Federal de Mato Grosso (UFMT)

Sueli Souza dos Santos
Centro de Estudos Psicanalíticos de Porto Alegre (CEPPOA)

Tânia Rudnicki
Universidade Luterana do Brasil (ULBRA Canoas)

Terezinha Féres-Carneiro
Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC/RJ)

Vera Regina Röhnelt Ramires
Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS)

Victor Eduardo Silva
Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)



Aletheia, Revista semestral 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 Conselho Editorial

Sumário

9 Editorial

Artigos de atualização

- 11 Chronic pain, stress and their psychoneuroimmunologic implications: A literature review
Dor crônica e as implicações psiconeuroimunológicas decorrentes do estresse: uma revisão teórica
Leonardo Machado da Silva; Raquel Vitola Rieger
- 21 Las estructuras formales del arte y del psicoanálisis. ¿Se puede tumbar el arte en el diván?
As estruturas formais da arte e do psicoanálisis. Pode-se tumbar a arte no divã? The formal structures of the art and of the psicoanalysis. Can lay the art in the divan?
Leandro Palencia Galán
- 32 Morte e vida: a dialética humana
Death and life: The human's dialectic
Leopoldo Nelson Fernandes Barbosa; Ana Lúcia Francisco; Karl Heinz Efken
- Artigos de pesquisa**
- 45 Suporte familiar e saúde mental: evidência de validade baseada na relação entre variáveis
Family support and mental health: Validity evidence based on relations between variables
Mayra Silva de Souza; Makilim Nunes Baptista; Gisele Aparecida da Silva Alves
- 60 Memória e experiência no processo de formação estética de professores(as)
Memory and experience of training teachers
Lucilene Sander; Andréa Vieira Zanella
- 77 Estudo preliminar para a construção de uma escala de agressividade para universitários
Preliminary study to the construction of an Agressivety Scale for College students
Fermino Fernandes Sisto; Daniel Bartholomeu; Acácia Aparecida Angeli dos Santos; Fabián Javier Marín Rueda; Adriana Cristina Boulhoça Suehiro
- 91 Diagnóstico e tratamento de TDAH em crianças escolares, segundo profissionais da saúde mental
Diagnose and treatment of school-aged children with ADHD by mental health professionals
Ana Lúcia Balbino Peixoto; Maria Margarida Pereira Rodrigues

- 104** Expectativas e sentimentos de mulheres em situação de reprodução medicamente assistida
Expectations and feelings of women in the context of assisted reproduction
 Paula Munimis Spotorno; Isabela Machado da Silva; Rita Sobreira Lopes
- 119** Características de validade convergente e divergente de instrumentos de avaliação da personalidade com o Inventário de Estilos de Personalidade de Millon
Characteristics of convergent and divergent validity of personality evaluation instruments with the Millon Inventory of Personality Styles (MIPS)
 João Carlos Alchieri; Janaína Castro Núñez; Clarissa Social Cervo; Cláudio Simon Hutz
- 135** A experiência emocional do estudante de psicologia frente à primeira entrevista clínica
The psychology student's emotional experience in face of his/her first clinical interview
 Diana Pancini de Sá Antunes Ribeiro; Miriam Tachibana; Tânia Maria José Aiello-Vaisberg
- 146** Fibromialgia: uma abordagem psicológica
Fibromyalgia: A psychological approach
 Cláudia Pietrângelo Lima; Cristina Vilela de Carvalho
- 159** Processo de trabalho na produção de verduras no Alvinho, em Lagoa Seca/PB: a atividade dos trabalhadores e sua relação com o processo saúde-doença
Working Process in the production of vegetables in Alvinho, Lagoa Seca/PB: The activity of the workers and its relationship with the health-disease process
 Edil Ferreira da Silva; Yldry Souza Ramos
- 174** O que leva uma mãe a abandonar um filho?
What leads a mother to abandon her child?
 Carolina Santos Soejima; Lidia Natalia Dobrianskyj Weber

Relato de experiência

- 188** Contornando as grades do manicômio: histórias de resistências esculpidas na instituição total
Circumventing the asylum metal bars: Resistance stories molded in the total institution
 Monique Araújo de Medeiros Brito; Magda Dimenstein

Resenha

- 204** Resenha do livro *El Síndrome de Quemarse por el Trabajo (burnout)*
 Paulo Cesar Porto-Martins
- 206** Instruções aos autores
- 212** Instructions to authors
- 218** Instrucciones a los autores

Editorial

É com satisfação que apresentamos à comunidade científica mais um número da revista *Aletheia*, comemorando os 25 anos de criação do curso de Psicologia em nossa universidade e os 14 anos de publicação da revista. A *Aletheia*, como meio de divulgação científica em Psicologia, possui uma árdua e complexa missão, atribuída a seus editores e, em especial, a seus autores: traduzir em palavras e em um discurso cientificamente articulado experiências reflexivas e investigativas complexas.

Enquanto representações dessas experiências complexas reduzidas à linguagem, as “histórias” de nossos autores funcionam como ferramentas simbólicas, formas de entender a experiência humana como uma implantação no tempo e no espaço. Nessa mesma linha, remetemos a Bakhtin, que desenvolveu uma teoria “dialógica”, a qual conectava a experiência de vida com a autoria e propunha que a linguagem e os gêneros se apresentam às pessoas através da participação cultural e se referenciam nas bases de significado pelas quais se interpretará e se responderá ao mundo.

As respostas que se dão às mensagens de cada momento da existência são como um processo autoral em primeira pessoa. Cada pessoa é autora de sua própria história e, como em cada ato autoral, a eleição e a interpretação são imprescindíveis. Mas também cada ato de autoria é um ato de co-autoria. As palavras e as interpretações disponíveis para as pessoas originalmente não pertencem a elas, mas suas histórias estão presentes na interação com os outros, e suas palavras e atos localizam os autores e as interpretações assertivas pelas quais respondem os autores.

Assim, trabalhos como os desenvolvidos por Leonardo Machado da Silva e Raquel Vitola Rieger (*Chronic pain, stress and their psychoneuroimmunologic implications: a literature review*), Leandro Palencia (*Las estructuras formales del arte y del psicoanálisis. ¿Se puede tumbar el arte en el diván?*), Paulo Cesar Porto-Martins (*El síndrome de quemarse por el trabajo (burnout)*) e por Leopoldo Nelson Fernandes Barbosa; Ana Lúcia Francisco e Karl Heinz Efken (*Morte e vida: a dialética humana*) apresentam-se como importantes reflexões sobre os rumos do desenvolvimento epistemológico da Psicologia na contemporaneidade, considerando tanto sua interface com áreas afins (como a Psicanálise, por exemplo), como sua perspectiva de prática socialmente construída.

Já os trabalhos de Mayra Silva de Souza, Makilim Nunes Baptista e Gisele Aparecida da Silva Alves (*Suporte familiar e saúde mental: evidência de validade baseada na relação entre variáveis*), Lucilene Sander e Andréa Vieira Zanella (*Memória e experiência no processo de formação estética de professores(as)*), Fermio Fernandes Sisto, Daniel Bartholomeu, Acácia Aparecida Angeli dos Santos, Fabián Javier Marín Rueda e Adriana Cristina Boulhoça Suehiro (*Estudo preliminar para a construção de uma escala de agressividade para universitários*), Ana Lúcia Balbino Peixoto e Maria Margarida Pereira Rodrigues (*Diagnóstico e tratamento de TDAH em crianças escolares, segundo profissionais da saúde mental*), Paula Munimis Spotorno, Isabela Machado da Silva e Rita Sobreira Lopes (*Expectativas e sentimentos de mulheres em situação de reprodução medicamente assistida*), João Carlos Alchieri, Janaína Castro

Núñez, Clarissa Social Cervo e Cláudio Simon Hutz (*Características de validade convergente e divergente de instrumentos de avaliação da personalidade com o Inventário de Estilos de Personalidade de Millon*), Diana Pancini de Sá Antunes Ribeiro; Miriam Tachibana e Tânia Maria José Aiello-Vaisberg (*A experiência emocional do estudante de psicologia frente à primeira entrevista Clínica*), Cláudia Pietrângelo Lima e Cristina Vilela de Carvalho (*Fibromialgia: uma abordagem psicológica*), Edil Ferreira da Silva e Yldry Souza Ramos (*Processo de Trabalho na produção de verduras no Alvinho em Lagoa Seca-PB: a atividade dos trabalhadores e sua relação com o processo saúde-doença*), Carolina Santos Soejima e Lídia Natália Dobrienskyj Weber (*O que leva uma mãe a abandonar um filho?*) e o de Monique Araújo de Medeiros Brito, Magda Dimenstein (*Contornando as grades do manicômio: histórias de resistências esculpidas na instituição total*) configuram-se como apresentações e discussões de pesquisas psicológicas que vão além de uma discussão epistemológica ou uma análise metodológica. Retratam e questionam novas formas de configuração dos fenômenos humanos e, em especial, como a Psicologia se organiza (instrumental e teoricamente) para descrever e analisar tais fenômenos de uma forma o mais crítica e contextual possível. Pelo menos é essa a análise que fazemos sobre a riqueza do material aqui apresentado.

Para entender melhor esse processo, referenciamos as idéias do crítico literário Wolfgang Iser: a importância está no leitor. O significado da escrita não se encontra nem no texto, nem no contexto, mas em algum ponto intermediário entre os dois. Assim, pode-se entender que o significado do texto só emerge quando é lido e, portanto, quando o leitor implícito fala.

Apenas podemos supor quem serão os leitores dos trabalhos aqui apresentados, mas temos certeza de que poderão se aproximar de uma amostra criteriosa e representativa da pesquisa e da reflexão sobre a psicologia da atualidade.

Boa leitura!

Profa. Dra. Mary Sandra Carlotto
Editora

Prof. Dr. Adolfo Pizzinato
Editor associado

Chronic pain, stress and their psychoneuroimmunologic implications: A literature review

**Leonardo Machado da Silva
Raquel Vitola Rieger**

Abstract: Clinically, patients often report depressive symptoms, stress and disruptive social lives. The association of these symptoms with pain has been leading researchers in Health Psychology to investigate the possible psychoneuroimmunologic mechanisms underpinning such interaction. This work reviews the concept of chronic pain and its physiological alterations due to the long term exposure to pain stressors, such as the compromising of the Hypothalamic-Pituitary-Adrenal Axis (HPAA), the role of cortisol and the concept of allostatic load. Conclusion: There is a current demand for a larger number of studies involving etiological aspects of the distinct mechanisms involving chronic pain and to support possible new interventions.

Keywords: chronic pain; stress; cortisol.

Dor crônica e as implicações psiconeuroimunológicas decorrentes do estresse: uma revisão teórica

Resumo: Clinicamente, as implicações da dor crônica manifestam-se em forma de estados depressivos, estresse e comprometimento da vida social. Esta alta associação tem levado pesquisadores em Psicologia da Saúde a estudarem os possíveis mecanismos psiconeuroimunológicos implicados nessa relação. Este trabalho revisa o conceito de Dor Crônica e os comprometimentos fisiológicos decorrentes da longa exposição a esta condição, como a alteração funcional do eixo Hipotálamo-Pituitária-Adrenal (HPA), o papel do hormônio cortisol e o conceito de carga alostática. Conclusão: Faz-se necessário um maior número de estudos em psiconeuroimunologia para melhor definir a etiologia dos distintos mecanismos da dor crônica e para delinear possíveis intervenções clínicas.

Palavras-chave: dor; estresse; cortisol.

Chronic pain: An overview

Chronic Pain is defined by the International Association for The Study of Pain (IASP) as an unpleasant sensory and emotional experience associated with actual or potential tissue damage, or described in terms of such damage (www.iasp-pain.org/terms). In medical settings, pain is considered chronic when it persists beyond the healing time needed for the recovery of the injury and lasts for a minimum of six months (Marks & cols., 2005).

The reduced ability to perform daily activities and work often incurs long-term disability. As the majority of chronic pain patients endure their conditions without been successfully treated, a heavy burden in the healthcare system has been increasing. In the UK, work loss caused by back pain alone cost to the NHS £481 million in 1993

(Macrae, 2005). Considering the impact of pain in palliative care, another study revealed that 70% of patients with cancer experience severe pain in the course of their illness, and between 40-60% of patients with AIDS, with increasing pain as the disease progresses (Breitbart & Payne, 2004). Other issue often referred in the medical literature involves chronic pain and work, litigation procedures such as compensations and injuries. An estimated US\$ 20 billion is spent yearly in worker's compensation in the U.S alone, not to mention the much higher costs with lost work. It is assumed that such culture has created a state of mind where chronic pain patients are often victim of stereotype caused by the disparity between expressed symptoms and levels of perceived disability (Tait, 2004). Expenditure with common types of pain like lower back pain represent more than 1.7% of Netherlands gross national product and in the US accounts for an estimated cost of US\$ 50 billion a year for the health system (Staal & cols., 2002). In a recent review, it has been reported that costs for medical treatment for chronic pain were estimated at the equivalent of £5,000 to £10,000 a year per patient in the U.S (Straus, 2002).

What is known about pain nowadays is increasingly complex. It involves complicated neural interactions, where impulses generated by the tissue damage by ascending and descending systems activated by psychological factors. Melzack and Wall, in 1965, have proposed what is considered today one of the most influential theory to explain the pain experience: the Gate Control Theory (GCT). It was a consistent and innovative concept for pain: the multidimensional aspect of both ascending and descending stimuli. For the first time the direct line of transmission of pain to the nervous system was contested by an elaborated theory whereby psychological aspects play an important role. According to the theory, the dorsal horn of the spinal cord serves as a 'gate': it receives the stimuli (from nociceptors) and transmits to the brain, and receives from the brain information about the emotional and psychological state of the individual. These segments in the spinal cord, which modulated the competing impulses, controlled the ascending physiological and descending psychological information (Dickenson, 2002; Main & Spanswick, 2000). Despite its relative simplicity (the model did not specify peripheral processes), it is still the most comprehensive overall theory of pain modulation and continues to influence the main discoveries of today (Sufka & Price, 2002). Later on, following the critics of a non-existence of a physical 'gate', the authors suggested the neuromatrix theory of pain: the multidimensional experience of pain is produced by 'neurosignature' patterns of nerve impulses generated by a neural network – the body self-neuromatrix. Pain is then produced by the output of a widely distributed neural network in the brain rather than directly by sensory input (e.g. injury). The neuromatrix, which is modified by sensory experience, is the primary mechanism that generates neural patterns that produce pain (Melzack, 1999).

GCT and neuromatrix provided an important attribution to the 'descending' impulses, opening the doors for a more psychological nature for pain. Pain experience varies significantly from individual to individual, drugs also seem to have different effect depending on individual variables; the same pathology can be experienced in terms of pain very differently and not uncommonly there are no physical explanations

to account for report of symptoms, emphasizing the multi-dimensional process involving emotional, physical and perceptual integration of noxious information (Blackburn-Munro & Blackburn-Munro, 2003).

The psychological stages of pain processing explained by Price and Bushnell (2004) is said to involve sensory and emotional dimensions. Sensory qualities are associated with the unpleasantness, just like another symptom such as nausea, which causes discomfort. However, the meaning of the unpleasant is shaped by the person's context, ongoing anticipations and attitudes, and is also associated with the situation that is threatening, such as physical trauma. Part of pain dimensions involves the emotional present feelings or the short-term future, such as fear or distress, and this is considered to be closely linked to both intensity and unique quality of painful sensation. The *extended pain effect* comprises of feelings toward the long-term implications of having pain, such as suffering and psychological stress (Price & Bushnell, 2004). Turk and Flor (1999) consider this last stage as being influenced by the meanings and perceived interference of pain in one's life and it is closely related to the operational conditioning. Contingencies of reinforcement may serve to maintain behaviours, which would explain the presence of pain even though the original nociception is healed.

Negative moods and depression are the most frequent symptoms reported in the literature in association with chronic pain (Blackburn-Munro, 2004; Young & cols., 2004; Graab & cols., 2005; McEwen 2003; Weissbecker & cols., 2006). For such psychological states, it is debateable whether depressive symptoms are a consequence of a demoralised feeling from coping with pain or if the depressive illness share similar physiological mechanisms with chronic pain (Main & Booker, 2000). In one study performed by Gureje and cols. (2001), anxiety and depressive disorder predicted the onset of persisted pain. In fact, pain is the one of the most common symptoms of depression, with the prevalence of depression increasing as the number of sites of pain in the body increases (Kroenke & Price, 1993). On the other hand, studies show that depression often follows chronic pain (Atkinson & cols., 1991; Banks and Kerns, 1996), and pain symptoms usually decrease when depression is treated (Detke & cols., 2002). The main supportive hypothesis for pain and depression to be intrinsically linked comes from the fact that many antidepressants have been used successfully in the treatment of chronic pain, which could indicate they share the same mechanistic bases (Blackburn-Munro, 2004). Recent extensive review of depression and pain by Williams & cols. (2006) reflect their mutual interaction and the implications for treatment.

According to Evans and cols. (2000), studies in psychoneuroimmunology revealed that depression is linked to behaviour, immune system or hypothalamic-pituitary-adrenal axis (HPAA), but it is not clear whether the depression might have originated in the brain (through mood change), prolonged activation of HPAA or immune system (linked to inflammatory conditions). What is known is that melancholic mood either accelerates disease progression or is a symptom of immune activation and illness.

The possible neuroendocrine interactions between pain and depression in the HPAA reveal the importance of either symptom to be considered as part the stress response mechanism. Blackburn-Munro (2004) postulates that chronic pain conditions develop primarily as a consequence of long-term maladaptive changes in sensory

processing within pain-signalling pathways. But the limited success of analgesic treatment and consequent success of anti-depressants indicates pain systems to be closely linked to mood regulation in different areas of the brain. Studies performed in rats involving early maternal separation and pinprick stimulation in premature infants revealed lower thresholds for pain during adulthood. The use of anti-depressant treatment helped reducing the symptoms in adult age and has also demonstrated to alleviate nociceptive responses in neuropathic rats and to attenuate HPA activation (Blackburn-Munro, 2004).

Physiological aspects of pain, stress and the hypothalamic-pituitary-adrenal axis

The understanding of pathways through which brain and neuroendocrine system communicate is essential for the concept of stress and how the body reacts face any stressors. According to Evans & cols. (2000), there are two main ways of communication for the brain to direct physiological responses: the neural (involving efferent neurones) and endocrine (where brain communicates targeted cells to produce hormones). The Automatic Nervous System (ANS), which runs itself without cognition (i.e., cardiac muscle), is divided in sympathetic nervous system (SNS) and parasympathetic (PNS) nervous system. SNS is involved with preparing the body to respond in emergency situations and challenges, whereas PNS mediates rest and energy conservation. The adrenal glands play an important role on the SNS by producing, in its outer layers (adrenal cortex), the hormones called glucocorticoids (GC). The body under stress usually see an increase of GC, making it an important tool for health professionals to use it as a parameter for stress.

Emotional challenge is known to activate the sympathetic adrenomedullary system (SAM), which was first described by Walter Canon (on his fight-or-flight experiments) and extensively reported in Hans Selye's experiments in acute stress (Kemeny, 2003). This system comes into play in threatening situations and results in an increase in involuntary processes that are required to respond to physical threats. Fibres of the SNS release the neurotransmitter norepinephrine at various organs sites (including adrenal medulla), causing the release of adrenaline in the bloodstream. This extremely rapid response can be activated within seconds, producing the "adrenaline boost" after an encounter with unexpected situation. As the stress response continues, the immune system is suppressed and portions of the limbic system are activated (amygdala, hippocampus).

Exposure to a variety of psychological stressors for relatively longer durations (e.g., giving a public speech, seating for an examination) also increases the level of cortisol in the body. This suggests the activation of another system already mentioned previously, the HPA. In general, neural pathways link stressful stimuli to the hypothalamus, which results in the release of corticotropin-releasing hormone (CRH), which in turn promote secretion of adrenocorticotrophin (ACTH) from the pituitary. ACTH acts in the adrenal cortex to enhance the synthesis and release of GC. The activation of this system occurs within minutes rather than seconds (as in the case of ANS) (Kemeny, 2003). Both systems, however, are known to be activated when facing

stress. The concept of stressor is more likely to involve the stimulation of the HPAA, making it almost a definitional requirement for stress (Evans & cols., 2000). This author explains that SAM axis is easily activated in laboratory experiments of acute stress, as opposed to HPAA, which requires a more elaborated and controllable conditions. In fact, time is essential to differentiate acute from chronic stress, and also emphasizes the role of HPAA in the long-term activation of psychological stressors.

The main challenge of the body in chronic stress is to maintain sensitivity to new stressors in a system already chronically over stimulated. Two ways of dealing with this situation is to increase the hormone production and release, or it becomes resistant to the effects of the already circulating GC. In either scenario the negative feedback is lost, causing either hypo or hyper function of the HPA system (Evans & cols., 2000; Melzak 1999).

Understanding the role of the stress system in chronic pain processes significantly broadens the concept of pain and our ability to understand it (Melzack, 1999). If chronic pain is considered as a stressor, it will affect the stress systems. In a prolonged activation of the stress-regulation system, some parts of the body are likely to be damaged (muscle, bones and neural tissue), which, in turn, will cause more pain and initiate a vicious cycle. The emotional aspect is encoded within the limbic system, where the hypothalamus undertakes separated and interrelated functions. Dysfunction of the HPAA has been associated with a variety of chronic pain conditions (Blackburn-Munro & Blackburn-Munro, 2003; Chapman & cols., 2008; Fries & cols., 2005; Hellhammer & cols., 2004) and might be associated with the increased risk of developing mood disorders (Eccleston, 2001; McBeth & cols., 2005; Raison & Miller, 2003).

Blackburn-Munro and Blackburn-Munro (2003) defend the argument of three major overlap points to aetiologically link HPAA and chronic pain. First is the fact that both neuroendocrine and immune systems play a crucial role of adaptation of an organism to stress; secondly, HPAA can be activated by a variety of stressors, including nociceptive stimuli (pain); and thirdly, various components of HPAA cascade have been implicated in the pain response.

The role of cortisol and allostasis

The disruptive nature of pain has been recently linked to affect body's regulation systems, producing physiological stress and initiating complex programmes to restore homeostasis. Due to the complexity of the HPAA and considering its crucial role in the response to stressors, understanding specific alterations in cortisol levels help to establish the connexions between deregulation of neuroendocrinal systems and its recuperation.

Cortisol is part of a group of hormones produced by the adrenal glands: the glucocorticoids (GC). Landys and cols. (2006) explains that GCs have a rapid increase from baseline to maximal levels within minutes of perturbation, suggesting the importance of these hormones in the immediate adjustment of physiological state. In particular, GCs seem to have a central role in suppressing non-essential life processes when in high levels and redirect effort towards survival and recovery. In animals, they

can also stimulate conservation of energy when escape is not possible and also protect organisms against the immediate defence reactions that accompany stress.

The exposure to stressors promotes immunological suppression by cortisol. It inhibits the production of certain cytokines (chemical mediators released by immune cells to regulate activities of other immune cells) and suppresses a variety of immune functions. In the other hand, other immune processes linked to inflammation may be enhanced by its secretion, perhaps to compensate the inhibition of other immune cells (Kemeny, 2003). The long-term effects of a high cortisol levels are explained by Melzack (1999). It plays a central role because it is responsible for producing and maintaining high levels of glucose for the response. At the same time, cortisol is potentially a highly destructive substance because, to ensure a high level of glucose, it breaks down the protein in muscle and inhibits the ongoing replacement of calcium in the bone.

Any site of increased inflammation in the body, including spasm of muscles and tendons, sites of strain, etc. could become the focus of cortisol action and muscle destruction. The breakdown of muscle proteins could be an explanation to fibromyalgia, a musculoskeletal type of chronic pain. It could also enhance fractures and be the basis of osteoporosis (Melzack, 1999). In other words, cortisol may not be the direct cause of chronic pain, but it may set the background, serving as contributing factor that, together with others, initiates chronic pain.

Recent studies in PNI have suggested two possible dysfunctions of cortisol due to the constant activation of the HPAA: the hypocortisolism and hypercortisolism. Hypercortisolism is well known to be associated with severe health problems, such as hypertension, abdominal obesity, diabetes II and osteoporosis, while hypocortisolism is instead associated with pain disorders, fatigue and enhanced stress sensitivity (Hellhammer & cols., 2004; Fries & cols., 2005, Anderson & cols., 2008). In a study performed by Chiodini and cols. (2006) with asymptomatic diabetes mellitus type 2 patients, basal cortisol levels were found to be over-activated by the HPAA, even though there was no direct stress associated symptom. Fries and cols. (2005) and Meeus and cols. (2008) bring hypocortisolism as preponderant in a series of conditions characterized by the triad of enhanced stress sensitivity, pain and fatigue. Another study performed by Ehlert and cols. (2005) with patients diagnosed with functional gastrointestinal disorder revealed two distinguished subgroups having different alterations in the HPAA. Patients showed both hyper and hypocortisolism depending on psychological variables, such as levels of somatization and depressive mood.

Despite the rapid expansion of plasma and salivary cortisol in the last decade in the stress research, cortisol can be considered one indicator between nine others (e.g. epinephrine, norepinephrine, systolic and diastolic blood pressure, waist-to-hip ratio, etc.) implicated in the break of homeostasis caused by psycho-physiological stress (Kinnunen & cols., 2005). The long exposure to stressors and the break of homeostasis in the body is clarified by McEwen and Wingfield (2003) with the concepts of allostasis and allostatic load. The daily routine of humans and animals include homeostatic mechanisms in place to allow individuals to maintain physiological and behavioural stability despite environmental fluctuations. Other physiologic and behavioural facultative responses are linked to unpredictable events, which require an extra energy

(from stores of fat, protein) and have the potential of becoming a stressor. Allostasis enables the body to maintain stability through change of states and is necessary for survival. The cumulative effect of allostasis could have a negative effect: the allostatic load. The pathway from allostasis to allostatic load is a long-term process consisting of individual genetic, developmental and experiential components. Kinnunen and cols. (2005) explain that whereas allostasis makes the body able to achieve stability through changes by activating different physiological regulation systems, allostatic load refers to the altered activity of regulation systems resulting in imbalance in their chemical messengers, which in long-term imbalance causes the allostatic load. Chapman and cols. (2008) review the concept of allostasis and discuss the physiological implications involved in the accumulation of stressors during the individual's lifespan.

Two main types of allostatic load have been defined by McEwen and Wingfield (2003). In the Type I, allostatic overload, energy demands of the body exceeds energy supply, leading to a limited ability to maintain health in emergency situations. Second, in the Type II, energy demands are not exceeded, but the organism continues to store more energy than it needs. Kinnunen and cols. (2005) explains that in modern societies, Type I allostatic load is rare due to excessive energy consumption. Type II, however, could be easily identified as reflecting the excesses of modern living. Despite the great volume of studies using this nomenclature to characterize the brain pathways to psychological and physiological responses to stressful events, Trevor A. Day (2005) suggests the term involving allostasis is not required. As the allostasis in McEwen and Wingfield (2003) terms represent the effort for the organism to maintain homeostasis, the correct nomenclature would involve just homeostasis and homeostatic load. Although the literature brings two different terms for the same definition, the ones utilized in this work will make reference to McEwen's definitions due to its widespread use.

The definitions of stress could be more easily defined in terms of allostasis and allostatic load. Although stress represents only one factor that could activate allostatic responses, it could be considered as events that are threatening to an individual and which elicit physiological and behavioural responses as part of allostasis in their normal life (McEwen & Wingfield, 2003). Repeated allostasis due to stress after 21 days in animal models revealed structural changes in the hippocampus and amygdala, as well as modification in behavioural, such as increased anxiety, impairment in spatial memory and aggression (McEwen, 2003).

Conclusion

Human beings are complex creatures who are capable to adapt and cope with different social and environmental factors. The stressors originated in a chronic pain condition generate an allostatic response that involves an ensemble of interdependent nervous, endocrine and immune systems. As individuals, it also needs to be taken into account a unique interaction of genetic, epigenetic and environmental factors, as well as past experiences which may increase a vulnerability to a specific organ system.

The existence of HPA dysregulations can help to clarify the nosological status in chronic pain, better understand its etiology and improve its management. Specific clinical and medical variables should be assessed in prospective studies in PNI to help differentiate chronic from musculoskeletal and inflammatory pain, especially those related to stress and allostatic load. Further researches are necessary to elucidate specific neuroendocrine mechanisms involving pain and to investigate whether these physiological alterations are also associated to other biopsychosocial variables, which are known to elucidate a physiological response. New prospective interventions with immunosuppressive medication have already started in some conditions such as terminal cancer and HIV, but for chronic pain it is still necessary to further investigate specific physiological mechanisms which would help clinicians to better manage both analgesia and stress.

References

- Anderson, R. U., Orenberg, E. K., Chan, C., Morey, A., & Flores, V. (2008). Psychometric profiles and hypothalamic-pituitary-adrenal axis function in men with chronic Prostatitis/Chronic Pelvic Pain Syndrome. *The Journal of Urology*, *179*, 956-960.
- Atkinson, J. H., Slater M. A., & Whalgren, D. R. (1991). Effects of noradrenergic and serotonergic antidepressants on chronic low back pain intensity. *Pain*, *83*(2), 137-145.
- Banks, S. M., & Kerns, R. D. (1996). Explaining high rates of depression in chronic pain: a diathesis-stress framework. *Psychology Bulletin*, *119*, 95-110.
- Blackburn-Munro, G., & Blackburn-Munro, R.E. (2003). Pain in the brain: are hormones to blame? *Trends in Endocrinology and Metabolism*, *14*, 20-27.
- Blackburn-Munro, G. (2004). Hypothalamo-pituitary-adrenal axis dysfunction as a contributory factor to chronic pain and depression. *Current Pain and Headache Reports*, *18*, 116-124.
- Breitbardt, W. S., & Payne, D. K. (2004). Psychological and psychiatric dimensions in palliative care. Em R. H. Dworking & W. S. Breitbardt (Orgs.), *Psychological aspects of pain: a handbook for health care providers* (pp. 171-179). Seattle: IASP.
- Chapman, R. C., Tuckett, R. P., & Song, C. W. (2008). Pain and stress in a systems perspective: reciprocal neural, endocrine and immune interactions. *The Journal of Pain*, *9*(2), 122-145.
- Chiodini, I., Di Lembo, S., Morelli, V., Epaminonda, P., Coletti, F., Masserini, B., Scillitani, A., Arosio, M., & Adda, G. (2006). Hypothalamic-pituitary-adrenal activity in type 2 diabetes mellitus: role of autonomic imbalance. *Metabolism Clinical and Experimental*, *55*, 1135-1140.
- Day, T. (2005). Defining stress as a prelude to mapping its neurocircuitry: no help from allostasis. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*, *29*(8), 1195-1200.
- Detke M. J., Lu Y., Goldstein, D. J., & Demitrack, M. A. (2002). Duloxetine, 60mg once daily for major depressive disorder: a randomized double-blind placebo control trial. *Journal of Clinical Psychiatry*, *63*(4), 308-315.

- Dickenson, A. H. (2002). Gate control theory of pain stands the test of time. *British Journal of Anaesthesia*, 88(6), Editorial I.
- Eccleston, C. (2001). Role of psychology in pain management. *British Journal of Anaesthetics*, 87, 144-152.
- Ehlert, U., Nater, U., & Bohmelt, A. (2005). High and low unstimulated salivary cortisol levels correspond to different symptoms of gastrointestinal disorders. *Journal of Psychosomatic Research*, 59, 7-10.
- Evans, P., Hucklebridge, F., & Clow, A. (2000). *Mind, immunity and health*. London: Free Association Books.
- Fries, E., Hesse, J., Hellhammer, J., & Hellhammer, D. (2005). A New View on Hypocortisolism. *Psychoneuroendocrinology*, 30 (10), 1010-1016.
- Fordyce, W. E. (1976). *Behavioural methods for chronic pain and illness*. Saint Louis: Mosby.
- Graab, J., Baumann, S., Budnoik, A., Gmunder, H., Hottinger, N., & Ehlert, U. (2005). Reduced reactivity and enhanced negative feedback sensitivity of the hypothalamus–pituitary–adrenal axis in chronic whiplash-associated disorder. *Pain*, 119(1-3), 219-224.
- Gureje, O., Simon G. E., & Von Korff, M. (2001). A cross-national study of the course of persistent pain in primary care. *Pain*, 92, 195-200.
- Hellhammer, J., Scholtz, W., Stone, A. A., Pirke, K. M., & Hellhammer, D. (2004). Allostatic load, perceived stress and health. *New York Academy of Sciences*, 1032, 8-13.
- Kemeny, M. (2003). The psychobiology of stress. *American Psychological Society*, 12(4), 124-129.
- Kinnunen, M.-L., Kaprio, J., & Pulkkinen, L. (2005). Allostatic load of men and women in early middle age. *Journal of Individual Differences*, 26(1), 20-28.
- Kronke, K. & Price, R. (1993). Symptoms in the Community: Prevalence, Classification and Psychiatric Comorbidity. *Archives of Internal Medicine*. 153, 2472-2480.
- Landys, M. M., Ramenofsky, M. & Wingfield, J.C. (2006). Actions of Glucocorticoids at Seasonal Baseline as Compared to Stress-related Levels in The Regulation of Periodic Life Processes. *General and Compared Endocrinology*. 148 (2), 132-149.
- Macrae, W. A. (2005). Epidemiology of pain. In: A. Holdcroft & S. Jaggard (Orgs.), *Core topics in pain* (pp. 99-102). Cambridge: Cambridge University Press.
- Main, C. J. & Spanswick, C.C. (2000). Models of Pain. In: C. J. Main & C. C. Spanswick (Orgs.), *Pain management: an interdisciplinary approach* (pp. 3-17). Glasgow: Churchill Livingstone.
- Main, C. J., & Booker, C.K (2000). The nature of psychological factors. In: C. J. Main & C. C. Spanswick (Orgs.), *Pain management: an interdisciplinary approach* (pp. 19-42). Glasgow: Churchill Livingstone.
- Marks, D. F., Murray, B. E., Willig, C., Woodwall, C., & Sykes, C. (2005). *Health psychology: theory, research and practice*. London: Sage.
- McBeth, J., Chiu, Y. H., Silman, A., Ray, D., Morriss, R., Dickens, C., Gupta, A., & Macfarlane, G. J. (2005). Hypothalamic-pituitary-adrenal stress axis function and the relationship with chronic widespread pain and its antecedents. *Arthritis Research*, 7, 992-1000.

- McCracken, L.M, Zayfert, C., & Gross, R.T. (1992). The pain anxiety symptoms scale: development and validation of a scale to measure fear of pain. *Pain*, 50(1), 67-73.
- McEwen, B. S., & Stellar, E., (1993). Stress and the individual mechanisms leading to disease. *Archive of Internal Medicine*, 153, 2093-2101.
- McEwen, B. S. (2003). Mood disorders and allostatic load. *Society of Biological Psychiatry*, 54, 200-207.
- McEwen, B. S., & Wingfield, J. C. (2003). The concept of allostasis and biomedicine. *Hormones and Behavioural*, 43, 2-15.
- Meeus, M., Nijs, J., Van de Wauwer, N., Toeback, L., & Truijen, S. (2008). Diffuse noxious inhibitory control is delayed in chronic fatigue syndrome: an experimental study. *Pain*, 139(2), 439-48.
- Melzack, R.(1999). Pain and stress: a new perspective. In: R. J. Gatchel, & D. C. Turk, *Psychosocial factors in pain – critical perspectives* (pp. 89-106). London: Guilford Press.
- Price, D.D., & Bushnell, M.C. (2004). Overview of pain dimensions and their psychological modulation In: D.D. Price & M.C. Bushnell (Orgs.), *Psychological methods of pain control: basic science and clinical perspectives* (pp. 3-18). IASP Press, Seattle, WA.
- Raison, C.L., & Miller, A. (2003). Depression in cancer: new developments regarding diagnosis and treatment. *Society of Biological Psychiatry*, 54, 283-294.
- Staal, B.J, Hlobyl, H., Van Tulder, V.W., Koke, J.A., Smid T., & Van Mechelen, W. (2002). Return-to-work interventions in lower back pain. *Sports Medicine*, 32(4), 251-268.
- Straus, B.N. (2002). Chronic pain of spinal origin: the costs of intervention. *Spine*, 27(22), 2614-2619.
- Sufka, K. S., & Price, D. D. (2002). Gate control theory reconsidered. *Brain and Mind*, 3, 277-290.
- Tait, R. C. (2004). Compensation claims for chronic pain: effects on evaluations and treatment. In: R. H. Dworking & W. S. Breitbart (Eds.), *Psychological Aspects of Pain: a Handbook for Health Care Providers* (pp.547-569). Seattle: IASP.
- Turk, D.C. & Flor, H. (1999). Chronic Pain: A Behavioural perspective. In: R.J. Gatchel & D.C. Turk (Eds.), *Psychosocial Factors in Pain: Critical Perspectives* (pp. 18-34). New York: Guilford Press.
- Weissbecker, I., Floyd, A., Dedert, E., Salmon, P., & Sephton, S. (2006). Childhood trauma and diurnal cortisol disruption in fibromyalgia syndrome. *Psychoneuroendocrinology*, 31, 312-324.
- Williams, L. J., Jacka, F., Pasco, J., Dodd, S., & Berk, M. (2006). Depression and pain: an overview. *Acta Neuropsychiatry*, 18, 79-87.
- Young, E. A., Abelson, J., & Lightman, S. (2004). Cortisol pulsatility and its role in stress regulation and health. *Frontiers in Neuroendocrinology*, 25, 69-74.

Recebido em dezembro de 2007

Aceito em julho de 2008

Leonardo Machado da Silva: psicólogo, mestre em Psicologia da Saúde (Universidade de Bath, Inglaterra), colaborador do PPG em Psicologia Clínica da PUCRS.

Raquel Vitola Rieger: psicóloga, tutora de Ensino a Distância da Universidade Aberta do Brasil, vinculada à Fundação Universidade Federal de Rio Grande.

Endereço para contato: leomdasilva@gmail.com

Las estructuras formales del arte y del psicoanálisis. ¿Se puede tumbar el arte en el diván?

Leandro Palencia Galán

Resumen: El método freudiano se propone como una aventura arqueológica del sujeto y su interpretación va análoga a la actitud del narrador del cuento fantástico: el paciente no es libre, tiene grabado su destino. Aunque a Freud le interesaba excluir una perspectiva estrictamente ontogenética ya que -entre otras cosas- las fantasías primitivas se adquieren hereditariamente (por ejemplo, el complejo de Edipo). Esta imbricación con la filogénesis permitiría encontrar las experiencias traumáticas del individuo en el espacio y el tiempo de la cultura. La cultura ancla al sujeto inconsciente frente a la interminable represión del sujeto individual. La pulsión de la muerte restauraría la dimensión trágica de su existencia. La teoría freudiana de la cultura marcó las vicisitudes del pensamiento psicoanalítico hasta convertirse en el mejor paciente del diván.

Palabras clave: psicoanálisis; arte; cultura; represión; pulsión de muerte.

As estruturas formais da arte e do psicoanálisis. Pode-se tumbar a arte no divã?

Resumo: O método freudiano se propõe como uma aventura arqueológica do sujeito e sua interpretação é análoga à atitude do narrador do conto fantástico: o paciente não é livre, tem gravado seu destino. Mesmo que para Freud interessasse excluir uma perspectiva estritamente ontogenética já que - entre outras coisas - as fantasias primitivas se adquirem hereditariamente (por exemplo, o complexo de Édipo). Esta imbricação com a filogênese permitiria encontrar as experiências traumáticas do indivíduo no espaço e o tempo da cultura. A cultura ancora ao sujeito inconsciente frente à interminável repressão do sujeito individual. A pulsão de morte restauraria a dimensão trágica de sua existência. A teoria freudiana da cultura marcou as vicissitudes do pensamento psicanalítico até converter-se no melhor paciente do divã.

Palavras-chave: psicanálise, arte; cultura; repressão; impulsão de morte.

The formal structures of the art and of the psicoanalysis. Can lay the art in the divan?

Abstract: The freudianism method sets out as an archaeological adventure of the subject and its interpretation go analogous to the attitude of the narrator of the fantastic story: the patient is not free, has engraving his destiny. Although to Freud it interested to him to exclude a strictly ontogenetic perspective since - among other things the primitive fantasies are acquired hereditarily (for example, the Oedipus Complex). This imbrication with the filogenesis would allow to find the traumatic experiences of the individual in the space and the time of the culture. The culture anchor to the unconscious subject front to the interminable repression of the individual subject. The pulsion of death would recover the tragic dimension of its existence. The Freud's theory of the culture marked the vicissitudes of the psychoanalytic thought until becoming the best patient of pullman bed.

Keywords: psychoanalysis; art; culture; repression; pulsion of death.

—¡Viviendo marcha atrás! —repitió Alicia con gran asombro—. ¡Nunca he oído una cosa semejante!
—... Pero tiene una gran ventaja y es que así la memoria funciona en ambos sentidos.
—Estoy segura de que la mía no funciona más que en uno —observó Alicia—. No puedo acordarme de nada que no haya sucedido antes.
—Mala memoria, la que sólo funciona hacia atrás —censuró la Reina.
(Carroll, 1981, p.97)

Introducción

La obra de Sigmund Freud ha influido en la práctica y la crítica del arte de los dos últimos siglos. Para Freud las obras de arte eran como todas las producciones psíquicas, simbólicas. Tan distorsionadas, por ejemplo, como un sueño, cuyo contenido latente – restos visibles- formaban síntomas, acertijos que se debían resolver en los mitos, el folclore o la religión. Si bien el arte hacía perturbadoramente consciente lo profundamente inconsciente. Aplicar el psicoanálisis al arte equivalía a desmitificarlo y desenmascararlo, desteologizarlo y desmetafísicarlo. La ambivalencia que Freud mostró respecto al arte – inofensivo o benéfico, sino una ilusión- sin duda reflejaba su famoso pesimismo ante la civilización. El psicoanálisis aplicado era un intento de comprender los problemas de la civilización, el malestar psicológico por el hecho de ser civilizado.

El gusto y la actitud de Freud hacia el arte era “característica de los más cultos ‘victorianos’ de la Europa Central” (Gombrich, 1971, p.9), quienes profesaban mayor afinidad por la literatura que por el arte visual. Lo que constituyó una depreciación de las cualidades formales o técnicas de la obra. Y eso que el propio Freud había aplicado el modelo del chiste a otras formas de creación artística que evidenciaban la importancia tanto del médium como de su maestría. Que la forma no es un simple envoltorio y determina a menudo el contenido. Que da placer -lo visual es inseparable del carácter erótico de la vista, principal vehículo de la excitación libidinosa-. En definitiva, que todo arte supone un paso del significado a la significatividad.

Esa perspectiva victoriana, centrada en la idea comunicativa de la obra de arte, condicionó al psicoanálisis del arte ya que este trató el arte visual como una forma de literatura, es decir, como algo *legible* en la estela semiótica de que era una comunicación de conocimiento. Así se desestimaba un enfoque poético del arte –v.g., la interiorización transferencial y contratransferencial de sus imágenes- y la interpretación psicoanalítica del arte poco tuvo que decir de la ilegibilidad, impenetrabilidad, densidad de la obra del arte. Del deseo, lo que no puede tener un significado objetivo, lo subjetivo.

Aún así, con la “implicación de que todo ejemplo de arte es de valor psicológico más o menos igual, igualmente útil como demostración de la profunda verdad psicológica” (Kuspit, 2003, p. 369) el psicoanálisis derogó la idea de una jerarquía del valor artístico, nivelando por igual a toda la cultura. Y en el mismo movimiento, al convertir el psicoanálisis la obra de arte en síntoma -una ejemplificación de su teoría, fuera neurosis o psicosis- al reducir su objeto de investigación a los términos de la subjetividad, la mirada psicoanalítica no pudo sostener la *sublimidad* del arte, perdiendo de vista al susodicho y a su importancia estética.

El arte del psicoanálisis

Desde sus inicios, la clínica psicoanalítica impuso una epistemología de la sospecha ante el relato de la infancia del neurótico, considerándolo no como un hecho real sino como una fantasía que poblaba su vida de fantasmas. Freud, identificándose con la deducción detectivesca al estilo de Sherlock Holmes, se fijaba en los *pequeños detalles* para reconstruir el pasado de sus pacientes, método influenciado -en 1883, como reconoce en *El "Moisés" de Miguel Ángel*- por el crítico de arte Morelli, quien publicó entre 1874-1876 (Ginzburg, 1989, p. 116) una serie de artículos en los que era capaz de descubrir las falsificaciones pictóricas atendiendo a lo marginal de la representación, como lóbulos de oreja, uñas, dedos de las manos y pies, etc., expositores de la inconsciente individualidad del autor y, por ello, difícil de imitar.

Al igual que Morelli o Holmes, la práctica freudiana dudaba de las certezas de conjunto apreciadas por la conciencia para desvelar la descripción de un mundo *inconsciente*, recuperable a través de la deducción de rasgos pocos estimados o inobservados.

Freud sentía pasión por las antigüedades y estaba fascinado por la mitología griega, explicando la vigencia de la tragedia griega porque revelaba la estructura antropológica inconsciente al proyectar y reproducir en ella el alma. Freud quería reconstruir científicamente la totalidad de las secuencias de los escenarios míticos primordiales deformados, fuera en la tragedia, la religión o el folklore, incluso en la mitología privada de los sueños y los síntomas neuróticos. Interpretando tales relatos mediante lo que parecía deformado, omitido, obstruido o censurado, escapaba del dilema entre sentido o forma, pues ambos estarían mutilados, truncados, modificados para encubrir la falta.

El método psicoanalítico se propuso como una aventura arqueológica -o si se prefiere, como una teoría del archivo, el cuál sólo proviene del afuera (lo repetitivo) y, por tanto, de la memoria- hacia los efectos inconscientes dados en las diversas estratificaciones de la memoria, lugar donde se conserva, identifica y autentifica a las personas y objetos a pesar de la organización dinámica —constante guerra dramática— de la *psique*.

Lo ontogenético exaltaría lo primitivo y primordial, favoreciendo la búsqueda de los traumatismos fechados históricamente. La interpretación iría al encuentro de ese origen (determinista) y, análogamente a la actitud del narrador del cuento fantástico, afirmaría la existencia de una relación causal entre hechos aparentemente independientes demostrando que las vidas de los sujetos seguían los moldes prefijados de una tragedia. El paciente no era libre, tenía su destino grabado. Adquirida la conciencia de ser una marioneta inocente en manos de los dioses, dejábase la vida de sufrir y de vivir.

El psicoanálisis, como la metafísica clásica y el positivismo *Aufklärer*, reconocía que la repetición -de la violencia edípica- posibilitaba el porvenir -así mismo la memoria judía era como la represión freudiana: todo ya ha ocurrido y no puede haber nada nuevo.

Sin embargo, Freud quería excluir una perspectiva estrictamente individual porque las fantasías primitivas o primordiales se adquirían hereditariamente, más allá de la disposición del sujeto, caso del complejo de Edipo:

Con la oposición de la ontogénesis y de la filogénesis... Freud introduce en el tiempo del sujeto otro tiempo que no es el mismo, que se despliega en otra parte ...es el tiempo de la memoria, el tiempo del asesinato del padre primitivo y ...el tiempo del Otro. (Green, 1970, p.155)

Además, el sujeto era un fin en sí mismo y, a la vez, perpetuador de la especie. Freud sostendrá como Haeckel la herencia de los caracteres adquiridos en la tradición de la Filosofía Zoológica de Lamarck. Lo singular permanecerá imbricado con lo universal: no existe un origen porque el programa de las huellas mnésicas está ya inscrito. La explicación psicoanalítica era una explicación genética.

Las experiencias traumáticas tempranas del individuo y del género se encontraban en el espacio y el tiempo de la cultura. En *El malestar de la cultura* Freud afirmará que “en el ámbito del alma es frecuente la conservación de lo primitivo junto a lo que ha nacido de él por transformación.” (Freud 1929/1991, p.69).

La represión (hecha sobre recuerdos, no sobre experiencia) es doble en el sujeto: producto de una represión en el desarrollo y reprimido por la constitución de la cadena significante. La cultura (principio de realidad) ancla al hombre en una realidad efectiva frente a la interminable represión del hombre individual. Conservar resiste a la progresión, permaneciendo en la regresión y la fijación. Por tanto, existen dos progresiones diferentes: la del sujeto y la del sujeto del inconsciente. La esfera de la cultura es la de la castración.

El inconsciente es intemporal, nunca olvida, resiste al cambio - que asocia a la extinción - sin aprender de la experiencia de la vida. Pero organiza en toda su trama a la experiencia consciente, con lo que la experiencia se liga a las huellas (percepción-consciente), retorno de lo reprimido (inconsciente). Más que el texto onírico, el poema establecerá una suerte de armonía preconscious-consciente-inconsciente, reconciliación que provoca una impresión de encantamiento y extrañamiento.

En la segunda tópica Freud aclarará que la percepción es inmediata porque requiere de huellas mnésicas hereditarias (la filogénesis, marca del superyó y del ideal del yo) y de la pulsión de muerte que la haga reconocible.

La artística pulsión de muerte

“Shakespeare obsesionó a Freud” (Bloom, 1995, p.383). Incluso según Bloom podría considerarse al vate como el justo inventor del psicoanálisis al concebir la *psique* humana. Los personajes de Shakespeare, al oírse a sí mismos -su ansiedad, ambivalencia, narcisismo, etc.- nos enseñarían a hablar con nosotros mismos, a meditar acerca de nuestra propia imagen, lo que posibilitaría su/nuestra transformación, lección que experimentó Freud en su autoanálisis -“Muchas de las más perturbadoras ideas de Freud provinieron de fuentes autobiográficas reconocidas o encubiertas.” (Gay, 1989, p.117)- y luego exprimió en la transferencia analítica. Freud convirtió a Shakespeare en su autoridad oculta si bien sólo le describió prosaica e insatisfactoriamente negándole su influencia (el complejo de Edipo era en verdad el complejo de Hamlet), malinterpretándolo (aunque Shakespeare tuviera auténticas

obras edípicas, como *Macbeth*) e incluso deslegitimándolo (para Freud el autor no era Shakespeare sino el conde de Oxford).

El antecedente de la noción de la pulsión de muerte de Freud se remonta a una cita de Shakespeare que envió a Wilhelm Fliess en febrero de 1899 donde anotaba que la especie humana siempre permanecería deudora de una muerte respecto a la naturaleza (Freud, 1899/1995, p. 367).

El complejo de Macbeth, que apenas oculta un deseo de autodestrucción, fue lo que Freud llamó pulsión de muerte en *Más allá del principio del placer* (1920). Macbeth sería un sanguinario bueno empujado al asesinato tanto por la ambición como por la angustia y la perversa culpabilidad de cumplir su destino, resultado del encuentro con la tentación. Shakespeare plasma en esta tragedia la angustia primordial (*Uranst*, consistente en la propia muerte) de un ser que se siente impulsado a eliminar de su camino todo lo que pueda hacerlo tropezar y caer del pedestal en que se ha colocado. Macbeth no es libre, en él se va extinguiendo el control de su voluntad consciente para dar rienda suelta al condicionamiento de su inconsciente. O sea, de su destino. Lo trágico presupone una experiencia del *fatum*, la fatalidad, poder ignoto por encima de lo divino, generalmente funesto, que nos desvía del curso previsto por nuestra rutina, ante el cual, catárticamente, la tragedia nos enseña el valor de la desesperación. Macbeth, al final de su tragedia, sentirá *amor fati*, desear el propio destino, incorporando lo externo al propio ser: “la obra maestra de la ansiedad es... el complejo de Macbeth” (Bloom, 1995, p.404). En él el miedo no puede distinguirse del deseo y la imaginación se vuelve invulnerable y maligna.

En la segunda teoría de las pulsiones Freud opondrá la pulsión de muerte a las pulsiones de vida -la mente de Freud estaba recorrida por dualidades y oposiciones, procurándole los contrarios una sensación de satisfacción y unidad. Ambas serían más principios regidores de la actividad del organismo que motivaciones de éste. Su conceptualización constituyó la mitología del psicoanálisis.

Ésta mitología proviene del Freud de estado espiritual barroco, escenificador del infinito y de la ilusión del tiempo en la inmortalidad de las pulsiones, llevando temporalmente el movimiento profundo de la filogénesis a la ontogénesis. En el Barroco¹ se sugiere lo infinito a través de lo finito -lo visible, fugaz e ilusorio- aunque lo propio del Barroco no sea caer en la ilusión ni salir de ella sino realizar algo en la ilusión misma. O comunicarle una presencia espiritual que vuelva a dar a sus piezas y fragmentos una unidad colectiva. Freud, como un héroe barroco, no cesaría de realizar la presencia en la ilusión o de convertir la ilusión en presencia.

La pulsión de muerte se expresará más allá del principio del placer siendo la meta de la vida la muerte (volver a lo real), ominosa ya que representa el retorno a lo familiar: “En Freud se trata de recuperar la verdad de la muerte para que la vida alcance valor, para restaurar la dimensión trágica, heroica, de la existencia.” (Braunstein, 1986, p. 212).

La pulsión de muerte arranca al sujeto del confort para colocarlo en la angustia, defensa última ante el contacto con el objeto imposible. Las pulsiones de muerte se evidenciaban en la melancolía y en la compulsión a la repetición.

¹ Cfr. Deleuze, G. (1989). *El pliegue*. Barcelona: Paidós.

Por ejemplo, según Freud en el melancólico se da el receso del objeto y el retraerse en sí mismo de la intención contemplativa. La melancolía suponía una capacidad fantasmática de hacer aparecer como perdido un objeto inapropiable, logrando apropiarse del objeto en la medida que afirmaba su pérdida. Al igual que el fetiche la melancolía era signo de algo y de su ausencia, apropiado y perdido a la vez. Para el manierismo toda percepción, por no tener objeto, era alucinatoria, entonces el teatro manierista se llenará de alucinaciones. En el gesto manierista, estilo estilizado del alto Renacimiento, la forma, en manos que ejecutan artificios refinados, adquiere toda la relevancia, interviniendo no sobre la percepción de los sentidos, ilusión del espacio, sino sobre el intelecto, captando lo arcano en la realidad, lo extraño, un mundo terrible alejado de lo armónico, y dando a los fenómenos del mundo el aspecto de apariciones psíquicas, de ensueño. “El Manierismo no es sólo expresión de una crisis espiritual. Es... el tomar conciencia de un mundo que se «desencaja»” (Hocke, 1961, p.101). El hombre manierista está lleno de espiritual melancolía, explicada por la necesidad de ser complicado, de amar la oscuridad. El manierismo no es sólo la expresión de un sentimiento trágico saturnino de la vida es además la manifestación de un amor a Dios en plena desgracia trágica.

En todo caso, los textos de Freud no permiten deducir un empleo absolutamente unívoco del término pulsiones de muerte ni un reparto preciso entre pulsión de muerte (identificable en las primeras fases de la vida individual con la tendencia a la “autodestrucción”) y pulsión destructiva y pulsión agresiva (dirigidas posteriormente hacia la destrucción de objetos externos). Las tres podrían ser consideradas como una pulsión de pérdida, destructora del archivo. La pulsión de pérdida, como mal de archivo -de la pulsión de archivo, pulsión de conservación- empuja al olvido, a la amnesia, a la aniquilación de la memoria, ordenando igualmente la borradura. No obstante, “no habría deseo de archivo sin la finitud radical, sin la posibilidad de un olvido que no se limita a la represión... no habría mal de archivo sin la amenaza de esa pulsión de muerte, de agresión y de destrucción” (Derrida, 1997, p. 27).

La cultura del arte

La teoría freudiana de la cultura, aún sin tener de entrada el valor de un proyecto sistemático, no fue un tema añadido sino que marcó las vicisitudes de su pensamiento hasta convertirse en el mejor paciente del diván.

Freud equiparaba la cultura con la civilización definiéndola como todo aquello que ha contribuido a que la vida humana se elevara por encima de sus condiciones animales.

A la sublimación le corresponde promover en el orden social las energías reprimidas en razón de las propias exigencias de la acumulación social. La sublimación es el mecanismo responsable de muchas actividades humanas, como la investigación científica y la creación artística que, aunque carezcan aparentemente de cualquier referencia a la sexualidad, derivan de las pulsiones sexuales parciales -en especial de aquellas que no logran integrarse en la forma definitiva de la genitalidad- y de las

pulsiones agresivas. En la segunda tónica la transformación de una actividad sexual en una actividad sublimada, dirigiéndose ambas hacia objetos externos, requerirá de un tiempo intermedio, la retirada de la libido sobre el yo, que haga posible la desexualización. Así, la energía del yo -conjunto unificado, tendente al Eros, destinado a unir y ligar- la toma del ello -toda pulsión nace de allí-. Especialmente en forma de energía desexualizada y sublimada, susceptible de ser desplazada sobre actividades no sexuales. La idea de que el yo adquiere su conocimiento y su forma en su comercio con el mundo exterior benefició al Freud que quería conectar al psicoanálisis con la cultura. Aún así, el concepto de sublimación está poco elaborado, desarrollado y analizado por Freud, limitándolo a la sublimación de las pulsiones sexuales y las más de las veces sustrayéndolo de la descripción clínica, donde es mencionada como un desenlace sin que se la muestra nunca en obra. Quizá, porque en contra de lo que planteaba Freud, no se trataba de un proceso consciente que escapara a la represión.

El duelo del pene de la madre -producto de un trabajo de significación, resultado de una pérdida- es la condición de la memoria. Y el reencuentro del pene del padre en la ley -mediado (si se levantan las resistencias) por el significante- el de la cultura. Dentro de ella el sujeto es hablado, ya no habla, es sujeto del inconsciente.

El lenguaje favorece la cultura al preexistir al sujeto. La cultura no proviene de la insatisfacción del deseo sino que es la insatisfacción del deseo (la sexualidad), efecto de la Ley, advenimiento de las grandes instituciones culturales (malestar inherente a la cultura).

Lacan señaló eso *unheimliche* del lenguaje que nos impide sentirnos en nuestra casa. Así, el deseo es *unheimliche* -no hay nada más ominoso que ver la imagen del propio deseo hecha realidad- porque no tiene en cuenta a la muerte. El deseo es indestructible, y de tal modo, arrancando y devuelto a lo familiar, a lo real.

El arte y la estética renacentista sólo pueden sugerir lo ominoso bajo la forma de ausencia quedando la representación restringida al marco de lo bello. El Barroco introduce lo infinito en la representación y el Romanticismo lo ahonda y elabora en la práctica artística, la experiencia de lo ominoso. Freud levantará el acta categorial de esa experiencia asociándola a los momentos de parálisis del deseo, de angustia concentrada, tanto en *Lo ominoso* (1919) como en *El tabú de la virginidad* (1918) y en *La cabeza de Medusa* (1922). Dos años antes de la gesta del psicoanálisis, en 1895, se anuncia la aurora de una nueva civilización visual que convertirá al cinematográfico en el arte del siglo XX y al cine clásico hecho en Hollywood en el mayor seguro contra la angustia. Pues aunque la mirada presenta a lo real, el cine clásico negará tajante la opacidad del mundo y el espesor y la ambigüedad del lenguaje². El arte contemporáneo vive esa experiencia de lo ominoso en el vértigo, llevando a visión lo que no es susceptible de

² Cfr. González Requena, J. (1997). Emergencia de lo siniestro. *Trama & Fondo*, 2, pp. 2-32. Para una aplicación en los hombres del paleolítico de la idea de Freud de que el arte y la religión son dos instrumentos importantes y expresivos de la civilización, configuradores de la consciencia cfr. González Requena, J. (2005). El Arte y lo Sagrado. En el origen del aparato psíquico. *Trama & Fondo*, 18, pp. 65-86.

visión. El adjetivo de kafkiano, en su doble acepción de desconocer de que se es culpable y como descripción de un mundo onírico, se ha convertido en el término universal para lo que Freud denominó lo ominoso.

Para Heidegger lo *unheimliche* era lo familiar que ha devenido pavoroso. Según él, la esencia del hombre era ser lo más ominoso de lo ominoso, porque el hombre, viviendo en lo ominoso, ejercía la violencia para transgredir ese ominoso.

Todo afecto de una moción de sentimientos se trasmuda en angustia por obra de la represión. Entre los casos de lo que provoca angustia existirá un grupo en que pueda demostrarse que eso angustioso es algo reprimido que retorna: “Esta variedad de lo que provoca angustia sería... lo ominoso.” (Freud 1919/1991, p.240). De ahí que lo ominoso no sea algo nuevo o ajeno “sino algo familiar de antiguo a la vida anímica, sólo enajenado de ella por el proceso de la represión.” (Freud 1919/1991, p.241).

Lo ominoso es lo familiar antiguo que retorna reprimido. Existirá lo ominoso que uno vivencia y lo ominoso que uno meramente se representa o sobre lo cual lee. El sentimiento de lo ominoso (de lo extraño) depende tanto de la muerte como de la castración. Las relaciones del significante y el deseo van más allá de la historia individual.

El psicoanálisis estaría en disposición de arrojar luz sobre los orígenes de nuestras instituciones culturales (religión, ética, derecho, filosofía, etc.) siendo capaz, en la medida en que restablece a partir de sus huellas, las situaciones psíquicas primitivas que han impulsado tales creaciones. El momento de la significación se alcanzaba en la transferencia, permitiendo una interpretación constructiva y no reconstructiva.

El interés de Freud por las otras artes

Freud escribió en *Esquema del psicoanálisis* en 1938, que el objeto y el saber del psicoanálisis era esa noción que con anterioridad perteneció al mito, la religión y la metafísica: el alma humana. Lo más valioso que hay en el hombre mientras está vivo. Aunque en su obra no precisó cómo la definía, quizá tan sólo la manejó debido a su resonancia emocional.

Freud tenía un interés personal por los temas humanísticos, “afirmó que consideraba la significación cultural y humana del psicoanálisis más importante que la significación médica” (Bettelheim, 1983, p.56). No le importaba tanto lo que podía aprender de las disciplinas humanísticas como lo que ellas podían aprender de él: “sus estudios de artes plásticas y literatura, de religión y prehistoria, no hicieron más que fortalecer su confianza en que las leyes de la psicología, tan persuasivamente presentadas en sus historiales, eran válidas para todo” (Gay, 1989, p.348).

Freud, como buen burgués, modeló su gusto hacia lo tradicional y conservador -v.g., ignoraba qué era o qué quería el surrealismo-. Aunque también reconocía que él estaba alejado del arte, que el psicoanálisis no podía arrojar luz sobre la creatividad, tan solo rastrear los diversos modos en que la lectura, la audición y la visión generaban placer estéticos sin pretender juzgar el valor de la obra, de su autor o de su recepción. En cualquier caso, para Bloom, Freud es la inteligencia de nuestra época junto con Marcel Proust, James Joyce y Frank Kafka y el escritor clave del siglo XX. La literatura psicoanalítica de Freud, como toda obra canónica, se caracterizaría por la extrañeza y

belleza que desprende la creación de su mitología, haciéndote sentir extraño en tu propia casa. Es precisamente en el texto donde se analiza Macbeth, *Algunos tipos de carácter dilucidados por el trabajo psicoanalítico* (1916), el que expone Bloom para recordar porqué Freud es un autor canónico.

El placer estético, como otros, sería un modo de dominar el mundo o de disfrazar el fracaso subsiguiente -aplicar el psicoanálisis a las artes suponía buscar deseos ocultos satisfechos o deseos ocultos frustrados- pero Freud admiraba y envidiaba a los artistas porque estos sabían de los contenidos del inconsciente mientras que él debía descubrirlos mediante la laboriosa observación de sus pacientes. El artista (novelista y poeta) al observar su propio inconsciente era un psicoanalista aficionado. Además, el arte daba placer, hacia la vida más tolerable.

En el arte, los chistes, los sueños, los rituales obsesivos e histéricos, Freud descubre un saber, el del inconsciente, estructurado como lenguaje demostrando que el destino del hombre está profundamente marcado por el significante, es decir, que la esencia estructural del hombre es efecto del lenguaje.

Hay muchas preguntas que permanecen abiertas en la teoría de Freud sobre el arte. Limitó sus observaciones sobre lo estético a artículos y monografías, aunque se le ha criticado que siempre dejara de lado el hecho estético. Quizá tal evasión fuera deudora de la tradición goethiana donde lo primero era expresar el “contenido espiritual” de una obra, lo adecuado de su representación -con ello se la reducía a síntoma como vía para penetrar en el inconsciente del autor proyectado en la obra- antes que hablar sobre la composición estética.

Un recuerdo infantil de Leonardo da Vinci (1910) fue el primer ensayo en aplicar el psicoanálisis a la biografía y aunque a partir de 1913 (*El interés del psicoanálisis*) se afirmó el intento de dar luz sobre los orígenes de la cultura, *El creador literario y el fantaseo* (1907) supuso el primer intento de aplicar a la cultura las ideas psicoanalíticas. El impulso a la creación artística arranca de fuerzas instintivas reprimidas que buscan satisfacción en la producción artística, fantaseándose una realidad más grata. El *dichter* (novelista, dramaturgo y poeta) es el verdadero objeto de estudio, al que se refiere mediante representaciones inconscientes y reprimidas conectadas a vivencias infantiles. Los artistas eligen con frecuencia los motivos del complejo de Edipo porque la dinámica instintiva está en las relaciones libidinosas y agresivas infantiles respecto a sus padres.

La obra artística es una expresión de los conflictos psíquicos infantiles y el arte lo es en general del antiguo conflicto —insoluble— de la humanidad con el padre primitivo (asesinato del padre que da origen al sentimiento de culpabilidad, v.g., el héroe trágico griego). El arte se dirige al inconsciente, siendo el psicoanálisis quién explicaría tal deseo buceando en la influencia de la vida infantil del artista.

El arte determina en qué condiciones pueden atribuirse un estatuto de actualidad a las fantasías relegadas en la imaginación en razón de la negativa que opone la realidad a la exigencia impulsiva de placer. La producción de la obra del artista construye una vía de retorno a la realidad. La tarea cultural del *dichter* es dar a conocer, asimiladas bajo la forma estética, las fantasías secretas de sus contemporáneos -marca del destino pulsional de un creador singular daedor de la verdad histórica- útil para reducir las tensiones acumuladas en la mente del público.

Freud igualmente reconocía que una obra de arte debía plegarse a la realidad de su forma, siendo la forma la que podía determinar el contenido -v.g., *El chiste y su relación con lo inconsciente* (1905): placer de los juegos de combinaciones y permutaciones de las palabras (asociaciones libres).

Las investigaciones de las artes, aun siendo fragmentarias, abordan las tres dimensiones de la experiencia estética: 1) la psicología de los personajes -sin embargo, aparte de ser una visión burguesa, analizar un personaje como si fuera real es confundir realidad y ficción-, 2) la psicología del creador -si bien un artista no tiene porqué experimentar las emociones que retrata (especulaciones fantásticas, apoyadas por Freud, Ernst Jones y Karl Abraham en la aplicación del psicoanálisis a las artes que, en cualquier caso, no pertenecerían a la crítica artística sino a la biografía), además de que las más de las veces el autor aparecería como un simple neurótico, astuto y elocuente, que embaucaba con sus invenciones-, y 3) la psicología del público -enfoque novedoso frente a los otros dos decimonónicos, aunque los deseos inconscientes del público no tienen porqué ser uniformes, además, este enfoque sólo se impone allí donde no aparece un creador determinado (v.g., el cine).

En definitiva, el psicoanálisis no explica los aspectos formales del arte, si no la producción artística y la psicología del artista. Así, los estudios sobre estética sacarán más provecho de los escritos psicoanalíticos referentes a las estructuras inconscientes del sujeto que de los que tratan de arte y literatura, siendo el ensayo sobre el chiste su mayor contribución al psicoanálisis del arte: las técnicas de expresión invitan al inconsciente a manifestarse. En todo caso, es indudable la influencia del psicoanálisis, directa o indirecta, en las artes. Así, si en el siglo XIX las perversiones tenían cabida a través de lo fantástico, la aparición del psicoanálisis desplazó los tabúes, y “reemplazó (y por ello mismo volvió inútil) la literatura fantástica” (Todorov, 1982, p.190) ya que en el siglo XX se trató a aquellas directamente.

Conclusiones

Para Freud la arqueología era la metáfora para el proceso del psicoanálisis. Freud se sirvió del psicoanálisis como procedimiento clínico y como método de interpretación cultural. Ambos subrayaron la importancia del pasado para el presente. El analista francés Jacques Lacan intentó integrar el enfoque estructural y lingüístico del simbolismo con el psicoanálisis con la afirmación de que el inconsciente está estructurado como un lenguaje³. Freud admiraba y envidiaba la intuición psicológica de muchos artistas como ilustraciones acientíficas de las ideas psicoanalíticas. De hecho, si Freud se volvió a la cultura no fue tan sólo para confirmar sus ideas sino también para encontrarlas. Aplicó el psicoanálisis al arte en cuatro campos: simbolismo,

³ Para un abordaje complementario de la problemática que plantea este texto de que el psicoanálisis sea un arte, una praxis del lenguaje, puede consultarse Bento, V.E.S. (2006). Sería a semiologia de Saussure fundamento e justificativa para o método de pesquisa de revisão de literatura em psicanálise? *Estudos de Psicologia*, 23 (4), 407-423. Bento, V.E.S. (2007). Totem e Tabu: uma “semiologia psicanalítica” em Freud? *Estudos de Psicologia*, 24 (3), 397-406. Bento, V.E.S. (2007). Existiria uma “semiologia psicanalítica” em Lacan? *Aletheia*, (25), 177-190.

sublimación, creatividad y la psicobiografía. Freud nunca se atribuyó la posesión de una respuesta en sus escritos sobre estos temas.

Referencias

- Bettelheim, B. (1983). *Freud y el alma humana*. Barcelona: Crítica.
- Bloom, H. (1995). *El canon occidental. La escuela y los libros de todas las épocas*. Barcelona: Anagrama.
- Braunstein, N.A. (1986). Nada que sea más siniestro (*unheimlich*) que el hombre. En N.A. Braunstein (Org.), *A medio siglo de el malestar en la cultura de Sigmund Freud* (pp.137-168). México D.F.: Siglo XXI.
- Carroll, L. (1981). *A través del espejo y lo que Alicia encontró al otro lado*. Madrid: Alianza.
- Derrida, J. (1997). *Mal de archivo. Una impresión freudiana*. Madrid: Trotá.
- Freud, S. (1995). *Edición crítica de la correspondencia de Freud establecida por orden cronológico. Tomo II: 1887-1909. El descubrimiento del inconsciente*. Madrid: Quipú Ediciones.
- Freud, S. (1991). Duelo y melancolía. En *Obras completas, XIV*. Buenos Aires: Amorrortu. (Original publicado en 1917).
- Freud, S. (1991). Lo ominoso. En: *Obras completas, XVII*. Buenos Aires: Amorrortu. (Original publicado en 1919).
- Freud, S. (1991). El malestar en la cultura. En *Obras completas, XXI*. Buenos Aires: Amorrortu. (Original publicado en 1929).
- Gay, P. (1989). *Freud. Una vida de nuestro tiempo*. Barcelona: Paidós.
- Ginzburg, C. (1989). Morelli, Freud y Sherlock Holmes: Indicios y método científico. En U. Eco & T. Sebeok (Orgs.), *El signo de los tres. Dupin, Holmes, Peirce*. (pp.116-163). Barcelona: Lumen.
- Gombrich, E.H. (1971): *Freud y la psicología del arte. Estilo, forma y estructura a la luz del psicoanálisis*. Barcelona: Barral.
- Green, A. (1970). La diacronía en el freudismo. En L. Althusser y otros (Orgs.), *Estructuralismo y Psicoanálisis* (pp.139-176). Buenos Aires: Nueva Visión.
- Hocke, G-R. (1961). *El mundo como laberinto. El manierismo en el arte europeo de 1520 a 1650, y en el actual*. Madrid: Guadarrama.
- Kuspit, D. (2003). *Signos de psique en el arte moderno y posmoderno*. Madrid: Akal.
- Laplanche, J., & Pontalis J.-B. (1996). *Diccionario de psicoanálisis*. Barcelona: Paidós.
- Todorov, T. (1982). *Introducción a la literatura fantástica*. Barcelona: Buenos Aires S.A.

Recebido em setembro de 2007

Aceito em de março de 2008

Leandro Palencia Galán: licenciado em Ciências da informação; mestre em Teoria Psicanalítica Filosofia; doutor em filosofia (Universidad Complutense de Madrid).

Morte e vida: a dialética humana

Leopoldo Nelson Fernandes Barbosa

Ana Lúcia Francisco

Karl Heinz Efken

Resumo: Este ensaio tem como objetivo trazer reflexões sobre a prática do psicólogo hospitalar junto a pacientes e familiares, os quais, diante do processo do adoecimento, vivenciam sentimentos intensos e conflitos despertados pela possibilidade de morte. Embora a morte e o morrer sejam fenômenos inevitáveis e inerentes a nossa condição humana, refletir sobre a finitude humana é algo desafiador. Na nossa sociedade, encarar a possibilidade da nossa própria morte e das pessoas que amamos é quase da ordem do insuportável, sobretudo quando se leva em consideração o atual contexto cultural em que vivemos. No caso do adoecimento, ou mesmo da vivência de hospitalização, observamos que esta situação nos aproxima de reflexões internas mais intensas e que, em muitos momentos, pessoas mudam todo um modo de viver. Cada um reage a essas situações de uma maneira singular e nos faz refletir sobre a padronização de técnicas e conceitos a respeito da doença e do doente que podem tanto aprisionar a nossa forma de ver a pessoa que sofre quanto nos impedir de ouvir o que realmente se passa; ouvir um ser em devir.

Palavras-chave: adoecimento; morte; finitude; condição humana.

Death and life: The human's dialectic

Abstract: This essay has as objective to bring reflections on the practical one of the hospital psychologist next to patients and family, which, ahead of the process of the adoecimento, live deeply intense feelings and conflicts despertados for the death possibility. Although the death and dying are inevitable and inherent phenomena our human condition, to reflect on the finitude human being is something challenging. In our society, to face the possibility of our proper death and the people who we love is almost not support, over all when if it takes in consideration the current cultural context where we live. In the case of the suffering, or of the hospitalization experience, we observe that this situation in approaches them to more intense internal reflections and that, at many moments, people all change a way of living. Each one reacts to this situations of way singular and in standardization makes them to reflect on of techniques and concepts regarding illness and of sick person that can in such a way imprison our form to see the person who suffers how much in hindering them to hear what it is really transferred; to hear a being in devir.

Keywords: suffering; death; finitude; human condition.

Introdução

Vida e morte constituem os limites extremos da existência humana nesta terra. Acostumamo-nos tanto com a sua presença que nos desacostumamos a falar e refletir sobre elas. Fazem parte da normalidade do cotidiano, mas quando irrompem assustam e geram espanto, pois a vida desafia a morte e a morte desafia a vida. Nascemos para morrer e morremos para viver.

Desde o instante em que nascemos, começamos a morrer e cada dia vivido, torna-se um dia a menos no calendário da existência. Essa é a nossa condição humana, a nossa marca existencial. Porém, ainda que a morte e o morrer sejam fenômenos inevitáveis, refletir sobre a finitude humana é algo desafiador, principalmente quando se trata de pacientes em situação de risco de vida, cuja morte, senão iminente, de alguma forma está anunciada. Na nossa sociedade, encarar a *possibilidade* da nossa própria morte e das pessoas que amamos é quase da ordem do insuportável, sobretudo quando se leva em consideração o atual contexto cultural em que vivemos. Como destaca Elias (2001), muito embora possamos observar o aumento da expectativa de vida da população, o progresso médico e a luta pelo prolongamento da vida, a morte é um aspecto que aponta os limites do homem sobre o controle da natureza. Parece paradoxal, sermos seres finitos e não aceitarmos a nossa própria condição humana. Talvez, esse sentimento de inconformidade venha atrelado a outras questões, mas, de um modo geral, percebemos que não é o medo da morte propriamente que se tem, mas é do sofrimento físico e emocional decorrente dela: medo de dor, de incapacidade física, de ausência de liberdade, de incompreensão e, principalmente, da solidão.

Essa é uma reflexão que procuraremos trazer sob a ótica da psicologia hospitalar, a qual, como nos lembra Bruscato (2004), ultrapassa a conotação de um simples lugar de atuação e passa a ser vista como um campo de conhecimento que ainda vem sendo definido e dimensionado. Corroborando com este pensamento, Ismael (2005) destaca que entre as principais dificuldades encontradas pelos profissionais interessados por essa área, está a deficiência do instrumental teórico para a sua atuação. Nesse sentido, considerando que o adoecimento, atravessado por internações, procedimentos cirúrgicos invasivos, ou mesmo o diagnóstico de algumas doenças estigmatizadas na nossa cultura, como o câncer, as doenças cardíacas, a AIDS, entre outras, comumente nos convida a refletir sobre essa condição trágica do humano, justificando o interesse para a realização desse ensaio.

Com o objetivo, portanto, de contribuir para o aprofundamento teórico e a prática do psicólogo hospitalar junto a pacientes e familiares que vivem o processo de adoecer, inicialmente buscamos discutir temas relativos à morte e o morrer, relacionando-os às possibilidades de seu enfrentamento. Para tanto, recorremos a um caso clínico com o intuito de ilustrar as dificuldades vividas neste processo e as possibilidades de intervenção clínica para minorar o sofrimento das pessoas envolvidas.

A morte como limite

Na atualidade, o medo da morte nos impede de viver bem não somente pela angústia que provoca, mas porque nos atinge em níveis muito profundos (Elias, 2001). Diante da irreversibilidade no curso das coisas, a morte nos arrasta para uma dimensão do tempo passado, onde estão presentes os grandes corruptores da felicidade: a nostalgia e a culpa, o arrependimento e o remorso. Entretanto, fixar-se apenas nas lembranças felizes pode nos arrancar do real, depositando-nos no passado e nos impedindo de aproveitar o presente (Ferry, 2007). Este autor também afirma que era

assim que os filósofos gregos pensavam: passado e futuro eram dois centros que vinham estragar a única e exclusiva dimensão da existência que vale a pena viver, simplesmente porque ela é a única real, a única do presente.

As religiões e crenças assumem um papel relevante e, também, irão exercer influência no modo de concepção e enfrentamento dessa realidade. Salvação, castigo, céu, inferno, continuação da vida em um outro plano, entre outras formas de conceber a morte, nos convidam a considerar todo o contexto social em torno do paciente, mesmo que isso implique em divergências pessoais ou teóricas.

O adoecimento é vivido com um verdadeiro ‘golpe do destino’, sinaliza a possibilidade de, prematuramente, romper ou nos separar do real e chega a nos interrogar sobre o que fazemos, fizemos e/ou poderíamos ter feito da nossa vida. Resgatar o humano, nesse contexto, nos convoca a encarar a nossa ‘curta’ vida e refletir sobre o hoje para que o amanhã não seja apenas preenchido de ‘nunca mais’, paralisando, impedindo ou limitando a existência.

Assistimos na contemporaneidade, a emergência de um projeto de dominação e controle de toda a espécie humana. Os documentários e livros que mais estão em evidência abordam questões associadas a: ‘tudo é possível’, ‘você pode’, ‘só depende de você’ ou, ainda, ‘o seu desejo é uma ordem’. Homens e mulheres travam verdadeiras batalhas em prol de manter as suas aparências jovens chegando a cometer atrocidades com o seu próprio corpo; Dietas de todas as partes do mundo, rotinas exaustivas de exercícios ou programas de cirurgias plásticas que esticam, puxam e paralisam. Afinal, de que vale tanta pressa?

As crianças parecem miniadultos e apresentam uma agenda semanal de compromissos similar a de qualquer adulto extremamente ocupado. Elas acordam, vão para a escola, o judô, a natação, o balé, depois têm aula de línguas estrangeiras e a infância passa a ser vivida como a vida adulta, corrida, atropelada e estressada. A ciência avança e já se trabalha com a possibilidade de implantar *microchips* no cérebro para que as crianças possam dispor de grande conhecimento de maneira rápida e automática. Não se pode perder tempo!

Nas últimas décadas, reflexões a respeito do sentido da vida ou de como ela deve ser, vêm apoiando-se, cada vez mais, em razões de mercado e menos em questões de natureza filosófica (Kehl, 2002). As palavras perdem o seu verdadeiro sentido e a felicidade, mesmo que de modo artificial, passa a ser a nova norma. Em nome de uma nova ideologia, que trata a infelicidade como uma doença, os tratamentos são moldados a produzir uma felicidade artificial, estagnando as pessoas “[...] em um charco de falsa felicidade, e sacrificam qualquer possibilidade de cair na realidade”, afirma Dworkin (2007, p.15). Compartilhando dessa perspectiva, Melman (2003), aborda as repercussões desse modo de vida ressaltando a presença de ‘uma nova economia psíquica’, regida pela satisfação de necessidades de maneira plena e a qualquer preço.

Estes mesmos autores, atentos a novas formas de subjetivação e suas repercussões, nos possibilitam pensar como isto se manifesta nos consultórios de psicólogos e médicos frente a diferentes facetas do sofrimento, psíquico e/ou físico. Percebemos o predomínio de uma busca para a cura imediata de qualquer tipo de

sofrimento, como se houvesse possibilidade de se libertar de todo o mal-estar e das angústias próprias da vida.

Bauman (2007) resgata a idéia de que vivemos em uma ‘sociedade aberta’, a qual traz a nossa mente a experiência aterrorizante de uma população heterônoma, infeliz, vulnerável, confrontada e sobrepujada por forças que não controla e nem entende totalmente, estando exposta, assim, aos ‘golpes do destino’. Vale ressaltar que considerar ‘destino’ implica em encarar a imprevisibilidade da vida, na medida em que, ao longo de toda a história da humanidade, nenhum dos ambientes sociais jamais ofereceu um seguro infalível contra golpes do destino; verdadeiros sismos existenciais sempre estiveram presentes.

Para Bauman (2007), na nossa sociedade, ‘aberta’, o medo é reconhecido como um demônio e é alimentado tanto pela insegurança do presente, quanto pela incerteza do futuro, produzindo um profundo sentimento de impotência frente à percepção de que não estamos no controle, seja de modo individual ou coletivo.

Elevam-se os muros dividindo o que está dentro e o que está fora; novas drogas são fabricadas em linhas de montagem para manter artificialmente a felicidade; o mundo passa a ser superaquecido e a peste de antigamente ainda continua a sua devastação, mas com uma outra roupagem, a roupagem da fome, da miséria, da violência. Nunca foram tão discutidos temas ligados aos direitos humanos, ética e bioética. Estas discussões nos mostram que, apesar de inadmissível, o descaso com o que é humano já deixou marcas profundas em todos os âmbitos da nossa existência. Parece que há uma lógica da exterioridade expressa em: ‘só acontece com o outro’, até que, de modo inesperado, o destino dá sinal de vida e, como a figura de Tântatos, com a sua faca ataca em um único golpe.

Ainda que percebida como um golpe, a morte é inerente à condição humana. Somos seres finitos, angustiados frente ao fato de que a vida nos escapa, apesar de todas as tentativas de controle como fuga a essa condição. De acordo com Simons (2006), a busca para o sentido da vida não é uma interrogação entre outras, mas é a interrogação por excelência, de onde emergem todas as outras porque implica a busca de si mesmo e de seu porvir. Para o autor, o sentido da vida afeta todo o entorno da vida do ser humano, contendo um amplo significado que pode ser dividido em três aspectos principais.

O primeiro deles refere-se à coerência que tem os múltiplos acontecimentos que configuram a nossa vida; isto supõe que a vida humana, cada frase e cada gesto contém uma significação sem a qual ela seria simplesmente incompreensível. O segundo associa a imagem e a direção ao sentido de uma corrente, como o curso de um rio que representa a vida como uma sucessão de momentos orientados em um antes e um depois, uma espera e um cumprimento, uma possibilidade e uma realização; é a história de cada um, formada por acontecimentos que se iluminam uns aos outros e são orientados de acordo com um início e um fim. O terceiro faz com que ‘sentido’ seja sinônimo de ‘valor’; deve haver algo na vida que a torne digna de ser vivida.

Nada é permanente na existência humana. A busca de sentido e o confronto com a questão do vazio existencial são inerentes a todo ser humano. Como preencher esse

‘vazio’ que nos assombra? Que sentido estamos dando às nossas vidas? Ainda a esse respeito, Haour (2006) aborda o fato de que o sentido engloba duas dimensões: uma que encontramos e outra que elegemos. Assim, dar sentido é algo que elegemos como sentido. Somente considerando a nossa temporalidade e historicidade, temos a possibilidade de encontrar ou dar sentido à nossa vida. Vale destacar que o ‘tempo’, aqui considerado, não corresponde a uma trajetória linear regida por um determinismo de causa e efeito, mas como uma experiência original, na qual o ser humano dá uma orientação ao mundo, um antes e um depois. Por exemplo, um mesmo momento, vivido por pessoas diferentes, pode apresentar sentidos distintos. Desse modo, a temporalidade engloba a compreensão de diferentes experiências humanas, crises, mudanças, outras interpretações de mundo e as suas inter-relações.

A tragédia da modernidade, segundo Ferry (1997), é marcada pelo fato de nós existirmos no mundo sob a forma de projeto, ou seja, tudo passa como se não pudéssemos viver sem fixar metas e objetivos a serem atingidos, como se pudéssemos controlar os nossos destinos e sermos livres na nossa autonomia. Simons (2006) complementa ao afirmar que um projeto de vida é uma opção real a respeito do sentido da própria vida e da vida pela qual optamos o que, em geral, responde aos questionamentos pessoais. Mas, também, se pode dizer que é a forma própria de compreender, viver e atuar em um mundo; é o que integra e o que se configura como uma opção fundamental de cada ser humano.

Um projeto de vida implica o compromisso com valores prioritários que têm o poder de unificar e dar coerência às experiências das pessoas no mundo, articulando os aspectos pessoais e histórico-sociais na perspectiva de uma dinâmica temporal e de desenvolvimento futuro. Neste sentido, a construção de um futuro pessoal compreende todas as esferas da vida, o afetivo, o sócio-cultural, o político, o econômico e o profissional (Simons, 2006).

Ferry (2007) evidencia, ainda, que além do campo, do conhecimento do mundo e da história, devemos nos interessar pelos outros humanos, atuantes e coadjuvantes no momento em que nossa existência acontece. Não estamos sós e nem tampouco poderíamos nascer e subsistir sem a ajuda dos outros humanos. A ética, nesse contexto, é o que nos permite adotar regras de “como nos comportar de modo ‘vivível’, útil, digno, de maneira ‘justa’ em nossas relações com os outros (...)” (p. 33).

Muitas pessoas se vêem como indivíduos isolados, independentes e dispostos a seguir os seus próprios interesses; nesses casos, a tarefa mais importante parece ser a busca de sentido apenas para si mesmo e, dessa forma não é surpresa alguma que essas pessoas possam perceber as suas vidas como absurdas (Elias, 2001). Encontrar sentidos para a vida e os motivos pelos quais vale a pena viver, no nosso cotidiano, não é uma tarefa fácil, principalmente quando nos deparamos com situações críticas, de vulnerabilidade e de exposição a dores e sofrimentos físicos e/ou emocionais.

No caso do adoecimento, ou mesmo da vivência de hospitalização, observamos que esta situação nos aproxima de reflexões internas mais intensas e que, em muitos momentos, pessoas mudam todo um modo de viver. Cada paciente reage a essas situações de uma maneira diferenciada, colocando sob discussão a padronização de

técnicas e conceitos a respeito da doença e do doente, podendo aprisionar a nossa forma de ver a pessoa que sofre, impedindo-nos de ouvir o que realmente se passa; ouvir um ser em devir. Afinal, como dito por Schwartz (2005), o melhor modo de se viver bem consiste em estar pronto para morrer a qualquer instante, porque a morte iminente torna claro aquilo que realmente importa, nos faz prestar atenção ao que valorizamos, especialmente nos relacionamentos com pessoas próximas.

O adoecimento como marca da finitude humana

O modo de encarar a morte, assim como outros aspectos da nossa cultura vêm mudando no decorrer do tempo. Segundo Ariès (1989), a atitude antiga, em que a morte era próxima e familiar, opõe-se à atual e nos causa tanto medo a ponto de, em muitos momentos, sequer ousarmos falar o seu nome. A negação da morte, na cultura contemporânea, está tão incorporada aos nossos costumes que dificilmente podemos imaginá-la ou compreendê-la.

Boff (1999) também se pergunta a respeito da temática sobre a morte para os nossos tempos. O que restará depois que diluírem todas as referências estáveis de sentido, submeterem as religiões a suspeitas, conscientizarem os mitos e relativizarem todos os modelos de leitura do mundo? A morte foi relegada a um problema da subjetividade individual e cada um tenta lhe conferir algum significado ou negar qualquer esperança para além desse mundo. Para o autor vivemos entregues a nós mesmos, numa imensa orfandade espiritual.

O modo de se encarar a morte pode contribuir para melhor compreender os rituais que a acompanham e as suas formas de enfrentamento, haja vista que apesar de muitas dessas práticas e atitudes terem a sua origem na Idade Média, ainda hoje podemos ver suas manifestações (Kovács, 2003).

Até a era do progresso científico, os homens admitiam a continuação da vida após a morte e, ainda hoje, essas idéias continuam a constituir um fundo comum a todas as religiões antigas e ao cristianismo (Ariès, 1989). Percebe-se, ainda, que nas sociedades desenvolvidas, na medida em que os perigos que ameaçam as pessoas são mais previsíveis – a morte inclusive –, a demanda por poderes sobrenaturais diminui (Elias, 2001). Entretanto, o lidar com a morte e a angústia da finitude permanecem como condições a precariedade da existência humana tanto no passado quanto no presente.

Idéias da morte e dos seus rituais tornam-se um aspecto da sociedade que podem unir pessoas ou separar grupos. Como nos diz Gadamer (2006), não foi apenas o cortejo fúnebre que desapareceu da paisagem urbana, haja vista o processo de anonimização do morrer na contemporaneidade que, ao lado da perda de representação pública desse acontecimento, afasta doente e seus familiares de um ambiente doméstico e familiar. Nesse aspecto, Elias (2001) é enfático quando aponta modos de se lidar com a morte tais como: mitologizar o fim da vida com a idéia de uma outra vida, afastar a idéia de morte assumindo o ideal de imortalidade – que se percebe como forte tendência nas sociedades atuais –, e por fim, encará-la como inerente à nossa condição humana, um fato da nossa existência. Para o autor, o medo de morrer é, sobretudo, o medo da

perda e da destruição daquilo que é considerado significativo. Consideramos esses aspectos fundamentais para o seguimento dessa reflexão.

Segundo Macieira (2001), ao adoecer, o indivíduo não necessita apenas de médicos que avaliem os seus sintomas, mas busca, também, suporte emocional para o seu reequilíbrio frente a novos sentimentos despertados pelo sofrimento. Entretanto, o que se observa é um apelo nem sempre reconhecido. Para além da dor física, um apelo que envolve o sofrimento causado pelo diagnóstico ou pela expectativa deste, por fracassos no decorrer dos tratamentos, pela sensação de impotência, pelas tensões, angústias e medos sobre a evolução da doença.

Compreender a doença, suas representações culturais e estigmas parece ser indispensável, haja vista as associações diretamente ligadas a verdadeiras sentenças de morte que algumas doenças trazem. Nesse contexto percebemos que, entre os diversos aspectos vivenciados em uma situação de sofrimento, dor e vulnerabilidade, comumente atrelados ao adoecimento, o confronto com a possibilidade de morte é um dos principais focos de desequilíbrio emocional do paciente. Muitas vezes, esses sentimentos são mantidos em segredo ou interditados pela família, pela equipe de saúde ou pelo próprio paciente, chegando quase a ser proibido falar sobre a morte em um hospital. Em muitos casos, essa “pressão interna” pode causar reações, tais como insônia, falta de apetite, revolta, ansiedade excessiva ou humor deprimido, as quais tornam a vivência da hospitalização ainda mais atroz. Para melhor ilustrar o contexto ao qual estamos nos referindo, recorreremos ao relato e discussão de um caso clínico, decorrente do desenvolvimento de um projeto de pesquisa do Mestrado em Psicologia Clínica da Universidade Católica de Pernambuco, aprovado pelo Comitê de Ética do Hospital do Câncer de Pernambuco.

Apresentação do caso

Chegou ao serviço de psicologia uma solicitação da equipe médica para acompanhar um paciente que, apesar de ainda não saber, havia recebido o diagnóstico de um câncer pulmonar em estágio avançado. Antes do contato com o paciente, alguns familiares relataram que o mesmo desconhecia o seu diagnóstico e demandavam-nos uma orientação: ‘contar ou não contar’. Os familiares presentes, esposa, filha e genro pareciam muito assustados, principalmente a esposa que chorava bastante e preferia não afastar-se do hospital. A filha parecia estar paralisada e olhava atentamente para o seu marido que relatava a situação. Claramente, toda a família denunciava o seu desespero frente à possibilidade de morte próxima do paciente.

No primeiro atendimento, de pronto, o paciente falou que sentia que algo não estava bem. Afinal, ele sempre teve uma ‘saúde de ferro’ e, de repente, após uma crise de asma, veio para o hospital e já estava lá há quase um mês. Para ele, o pior era ter a sensação de que estava atrapalhando toda a rotina da sua família que se desdobrava para permanecer unida nesse momento. Queixava-se do seu cansaço e falava devagar, o que tornava os atendimentos bem demorados.

Logo após este encontro, conversamos com os familiares e questionamos a organização familiar no acompanhamento ao paciente no hospital. Surpreendentemente, fomos informados que dormiam a esposa e a filha todas as noites no quarto com o paciente. O lugar não tinha conforto adequado e como todos os familiares estavam visivelmente cansados, o paciente demonstrava incômodo com a situação. Na medida em que estas questões foram discutidas, chegamos à conclusão de que seria melhor um revezamento para dormir, muito embora, durante o dia, o paciente recebesse visitas de amigos e netos, considerado, por ele, como o melhor momento do dia.

Durante um dos atendimentos, o paciente relatou um sonho. Ele estava em um trem, que andava muito rápido, porém não parava na estação em que estavam os seus familiares. No sonho, ficava muito angustiado porque via os familiares, mas não conseguia descer do trem para ficar com eles. E, apesar de não saber, a princípio, o que este sonho queria dizer, relatava que, talvez, tivesse a ver com a sensação que tinha de que o médico estava lhe escondendo alguma coisa. Não era possível que ele tivesse que ficar internado tanto tempo se não fosse algo grave.

Após o final de semana, percebemos no atendimento realizado que a esposa estava muito angustiada. Relatou-nos que o marido ficara agressivo, não queria comer e tinha brigado com os familiares porque sentia que estavam escondendo alguma coisa dele. Ela, repensando a sua forma de cuidar, achou que ocultar o diagnóstico parecia não estar sendo a estratégia adequada, razão pela qual a família resolveu convocar o médico para conversar com o paciente. Caracterizou a conversa como muito triste, tristeza que agora estendia-se ao marido que além de calado, mantinha a foto dos netos embaixo do travesseiro, alegando não querer mais dormir com medo de não acordar.

Em nosso contato com o paciente após o seu diagnóstico, ele só chorava e dizia: 'Eu não disse! Eu não disse!'. Foi necessário algum tempo para que ele começasse a falar do medo e da revolta que sentia; afinal, sempre tinha sido um bom marido, um pai exemplar e não se lembrava de nada que tivesse feito de ruim para alguém. Afirmava que Deus, naquele momento, estava sendo muito injusto com ele. Pediu-nos desculpas por estar chorando tanto, alegando que não agüentava mais chorar escondido enquanto as pessoas dormiam. Percebemos que era necessário intervir para permitir que essa família falasse abertamente sobre as suas preocupações e até mesmo chorar junto.

Com o agravamento do seu estado de saúde, necessitou ficar alguns dias na UTI. Já estava fazendo quimioterapia e o seu tratamento era considerado paliativo. Com a relativa melhora do seu quadro clínico, retornou para o quarto e, segundo as sugestões da equipe médica, a quimioterapia poderia ser realizada em casa. Essa situação despertou a vivência de um sentimento ambíguo: de felicidade por sair do hospital; e de insegurança porque caso não se sentisse bem, não teria os cuidados adequados; mesmo assim, o sentimento de felicidade por ir para casa parecia predominar também nos familiares.

Antes de sua alta hospitalar, o paciente relatou que o sonho do trem agora parecia – lhe fazer sentido. Estava claro que o sonho falava da dificuldade que ele e a família estavam tendo para se comunicar. Ele tinha plena consciência da gravidade da

sua doença e, apesar de revoltado com essa situação, se dizia mais calmo, pois sabia que a sua família estaria sempre por perto.

Quase duas semanas depois o paciente precisou retornar ao hospital e estava em pânico. Voltar significava uma reaproximação com a iminência de sua morte, sentimento compartilhado pela família que também demandava apoio e suporte psicológico. O paciente demonstrava ser muito culto, gostava de ler, de ouvir música e, costumeiramente, utilizava metáforas e dava risadas de si mesmo, dizendo-nos que, na sua profissão de advogado, estava acostumado a deixar as coisas ‘no ar’ e lamentava, naquele momento, não poder deixar ‘suas coisas’ no ar. Dessa vez, fez exigências à família e à organização hospitalar, solicitando permissão para ouvir música e deixar fotos dos netos em seu quarto, pois isto o ajudava a lembrar dos momentos em que era mais feliz e assim a família o fez.

Apesar de toda a gravidade da situação, falta de ar, desconforto e dor, havia um clima de serenidade. Retomou aspectos do seu antigo sonho, relatando-nos que agora parecia estar viajando junto com a família no trem. A paisagem continuava linda, mas ele sabia, no sonho, que em um determinado momento ele teria que continuar a viagem só. Como as suas metáforas, o sonho vinha repleto de significados e estava claro que a morte anunciada estava sendo compreendida. Contava histórias da sua vida com muito cuidado, fazia questão dos detalhes e a pediu para que sua esposa participasse das ‘nossas conversas’; era como se ele estivesse fazendo uma retrospectiva da sua vida. Do mesmo modo, essas conversas foram sendo compartilhadas pelos filhos e netos.

O agravamento do seu quadro clínico era sinalizado pelo cansaço e dificuldade para falar e, nesse momento, pedia para que os outros contassem histórias para ele ouvir. Uma das suas últimas ‘exigências’ foi que a família sempre ficasse no quarto conversando, mesmo quando ele estivesse dormindo, para que ele não tivesse a sensação de que estava só. E assim foi até o seu último dia. Mesmo inconsciente pela medicação, a família continuava a conversar no quarto e a foto dos seus netos continuava embaixo do seu travesseiro.

A arte da compreensão e a ética do humano

Todas as formas de adoecimento nos parecem momentos preparatórios para a morte. Cada faceta envolvida neste processo deve ser entendida como uma situação que pede interpretação e apela por um sentido. São momentos de desamparo, pois são acompanhados por especialistas que observam, registram, ministram remédios, injetam, perfuram, invadem, desnudam..., mas não conseguem esgotar o sentido do momento, pois este não está à disposição apenas da objetividade e de atitudes taxométricas.

A técnica da medicina seduz, sobretudo quando o paciente está com a sua vida posta em questão. Nas palavras de Gadamer (2006), a vivência de uma situação crítica coage o paciente a considerar os meios mágicos da ciência moderna como tudo o que resta e, diante disto, esquece que para além de uma aplicação que requer responsabilidades e exigências, possui as mais amplas dimensões humanas e sociais.

Nessa perspectiva, a arte da compreensão, que lida com o incompreensível e com a compreensão da imprevisibilidade da vida recebe o nome de hermenêutica.

Na perspectiva desse autor, seguramente, a arte da compreensão desempenha papel importante em diversas áreas do saber, principalmente, “quando a simples aplicação de regras não basta, e isso é válido para toda a esfera da vida e de experiência do convívio humano” (p. 167). Apenas um olhar desprovido de pretensões é capaz de “ver” o que o olho do especialista não vê, aliás, muitas vezes não quer ver. Todos os profissionais de saúde que estão diretamente envolvidos em uma relação de cuidar do paciente, devem aprender a assumir uma nova forma de relacionamento. Enquanto exigência com a ética do humano, pedir permissão para entrar na situação existencial e de desamparo do outro. À medida que compartilhamos as nossas situações existenciais de desamparo, de aparente falta de sentido e de finitude, nos permitimos um encontro de dois seres humanos na vivência de um acontecimento profundamente humano, é o verdadeiro compartilhar do nosso modo de ser.

A sustentação (ou *holding*) é entendida como um cuidado básico proporcionado pela mãe ao seu bebê, cuja falta, leva à vivência de ansiedades terríveis, tais como a sensação de espedaçar-se ou morrer. Encontrar sustentação significa poder transformar esses sentimentos ‘terríveis’ em experiências positivas em que a desintegração transforma-se em relaxamento e o morrer transforma-se em uma boa sensação de estar vivo. A sustentação é viável, na medida em que proporciona ao indivíduo confiança na realidade e nos contatos humanos, sendo representado na clínica pelo *setting* e pela atitude atenta do psicólogo (Safra, 1995).

No caso de um processo de adoecimento, parece-nos válido fazer analogias com a ansiedade vivida pelo bebê frente à ausência da mãe; o adoecer conduz o paciente a uma perda de contornos que lhe são familiares (mudanças decorrentes da doença e da hospitalização) e que demandam por uma ação profissional que acolha os sentimentos decorrentes dessa perda e que ofereça uma morada (*ethos*) para que o paciente se situe.

Não lidamos com máquinas que por algum motivo quebram e precisam de conserto. Nosso trato é com humanos, levando em consideração a sua subjetividade e singularidade. Com o adoecimento, o paciente pode precisar de ‘algo a mais’, entendido aqui simplesmente como cuidar, estar junto e a disposição de. No caso citado anteriormente, essas questões aparecem de maneira clara. O paciente parecia assustado e impactado diante do anúncio da possibilidade próxima da sua morte e precisou do apoio e envolvimento de outros humanos para a vivência dessa experiência fosse menos dolorida.

A assistência psicológica estende-se a pacientes, familiares e também a toda a equipe envolvida no processo de cuidar. Recorremos a Winnicott (1999) para melhor entender esse aspecto que, diferentemente de outros teóricos, considera a capacidade de se envolver como uma manifestação de saúde. Além de uma importante característica social, o envolvimento implica diretamente maior integração e crescimento na medida em que se relaciona de modo positivo com o fato de o indivíduo importar-se ou preocupar-se, demonstrando certo senso de responsabilidade consigo mesmo e com o outro. Importa abordar o fato de que, a maioria dos processos psíquicos e emocionais,

apesar de serem iniciados nos primeiros meses de vida, nunca se estabelecem completamente e continuam prosseguindo em todas as etapas da vida mantendo uma estreita relação com o ambiente externo.

O sofrimento emocional causado pelo adoecimento repercute, na maioria das vezes, em uma intensa sensação de desalojamento que demanda a necessidade de um ambiente protetor que possa proporcionar estabilidade e acolhimento, sendo continente na medida em que se propõe à escuta desse sofrimento.

Ainda a esse respeito, o conceito de *placement*, proposto inicialmente por Winnicott, nos parece bastante adequado na medida em que se dispõe a oferecer fundamentalmente um “lugar” de sustentação para a pessoa que sofre. Segundo Safra (2006), enquanto modalidade de intervenção, busca-se a possibilidade de colocar o indivíduo em uma situação que possa dar contorno as suas necessidades, antes satisfeitas no seu ‘lugar’ originário. Vale salientar que não se trata de favorecer uma experiência emocional corretiva, mas de possibilitar uma nova forma de se posicionar frente ao ocorrido. Para isso, se faz necessário um diagnóstico rigoroso acerca das reais necessidades do paciente naquele momento, levando em consideração a sua singularidade e todo o contexto em que está inserido.

Para além de um modelo de intervenção clínica, o *placement* é permeado pelo encontro entre humanos (Safra, 2006) e, no caso do confronto humano com as adversidades da vida e principalmente em relação a sua condição de finitude, a sustentação parece apenas ser doada através da relação com o outro. No caso do psicólogo, nada mais que um gesto ético que possa proporcionar um horizonte possível enquanto ‘sentidos’ são criados ou re-significados.

No percurso da vida, determinadas situações, como é o caso do adoecimento e da iminência de morte, produzem verdadeiras rupturas, como dito por Safra (2004), rupturas no seu ethos, na sua morada. Ao ser humano é dada a possibilidade de existir em um mundo paradoxal: ‘estar’ para nascer, ‘estar’ para morrer; ‘estar’ ao encontro, ‘estar’ ao desencontro. O adoecimento e a hospitalização retiram o indivíduo do ‘seu’ lugar de segurança trazendo a iminência de rupturas traumáticas e a morte escancarada intensifica a vivência desses sofrimentos.

Em sua essência, as contribuições advindas do *placement* nos fazem pensar sobre a importância de, em detrimento a uma clínica da técnica, possamos propor e problematizar uma clínica de rigor, mas com o foco na ética e não apenas em uma teoria. Afinal, como dito por Figueiredo (1995) resgatar a dimensão ética na clínica implica englobar considerações acerca das metas da própria ação humana e, pensar a clínica nessa perspectiva, implica refletir sobre o uso da técnica apenas para mera adequação dos meios a fins.

A experiência do adoecimento é extremamente rica de sentido e revela a sua capacidade de realizar uma espécie de redução fenomenológica da situação de crise, des-armando, des-pre-ocupando para ocupar-se com o que interessa e realmente está presente no aqui e agora, pedindo espaços de amparo onde o abdicar de si implica em abrir-se para outro. A morte só tem a última palavra quando a entregamos ao poder da palavra última. Deve ser falada, dita por nós. Somos nós que morreremos, a nossa palavra levamos conosco e, ao mesmo tempo, a deixamos com aqueles dos quais nos despedimos, com saudade.

Referências

- Ariès, P. (1989). *O homem diante da morte*. (L. Ribeiro, Trad.) Rio de Janeiro: Francisco Alves.
- Bauman, Z. (2007). *Tempos líquidos* (C. A. Medeiros, Trad.). Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.
- Boff, L. (1999). *Ética da vida*. Brasília: Letraviva.
- Bruscato, W. L. (2004). A psicologia no hospital da misericórdia: um modelo de atuação. Em W.L. Bruscato, C. Benedetti & S.R.A. Lopes (Orgs.), *A prática da psicologia hospitalar na Santa Casa de São Paulo: novas páginas de uma antiga história* (pp. 17-31). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Dworkin, R. W. (2007). *Felicidade artificial: o lado negro da nova classe feliz*. (P. A. S. Barbosa, Trad.). São Paulo: Editora Planeta do Brasil.
- Elias, N. (2001). *A solidão dos moribundos, seguido de envelhecer e morrer* (P. Dentzien, Trad.). Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed.
- Ferry, L. (1997). *O homem-deus: ou o sentido da vida*. Lisboa: Edições ASA.
- Ferry, L. (2007). *Aprender a viver: filosofia para novos tempos*. (V. L. dos Reis, Trad.). Rio de Janeiro: Objetiva.
- Figueiredo, L. C. M. (1995). *Da epistemologia à ética nas práticas e discursos psicológicos*. São Paulo: Vozes.
- Gadamer, H-G. (2006). *O caráter oculto da saúde*. (A. L. Costa, Trad.). Petrópolis, RJ: Vozes.
- Haour, B. (2006). Dar sentido a la vida. Em: R. Antoncich, M.D. Mateos, G. Gamio, B. Haour, B. Romá, V. Santuc & A. Simons (Orgs.), *Cuidar de lo humano: buscando un sentido a la vida* (pp. 43-56). Peru: Fondo Editorial Universidad Antón Ruiz de Montoya.
- Ismael, S. M. C. (2005). A inserção do psicólogo no contexto hospitalar. Em: S.M.C. Ismael (Org.), *A prática psicológica e sua interface com as doenças* (pp. 17-35). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Kehl, M. R. (2002). *Sobre ética e psicanálise*. São Paulo: Companhia das Letras.
- Kovács, M. J. (2003). *Educação para a morte: desafio na formação de profissionais de saúde e educação*. São Paulo. Casa do Psicólogo: Fapesp.
- Macieira, R. C. (2001). *O sentido da vida na experiência de morte: uma visão transpessoal em psico-oncologia*. São Paulo: Casa do psicólogo.
- Melman, C (2003). *O homem sem gravidade: gozar a qualquer preço*; Entrevistas por Jean-Pierre Lebrun (S. R. Felgueiras, Trad.). Rio de Janeiro: Companhia de Freud.
- Safra, G. (1995). *Momentos mutativos em psicanálise*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Safra, G. (2004). *A pó-ética na clínica contemporânea*. Aparecida, SP: Idéias & Letras.
- Safra, G (2006). Placement: modelo clínico para o acompanhamento terapêutico. *Psychê*, 18, 13-20.
- Simons, A. (2006). El ser humano como pregunta. Em: R. Antoncich, M.D. Mateos, G. Gamio, B. Haour, B. Romá, V. Santuc & A. Simons (Orgs), *Cuidar de lo humano: buscando un sentido a la vida* (pp. 9-21). Peru: Fondo Editorial Universidad Antón Ruiz de Montoya.

- Schwartz, M. S. (2005). *Lições sobre amar e viver: reflexões do professor da última grande lição*. (W. Barcellos, Trad.). Rio de Janeiro: Sextante.
- Winnicott, D. W. (1999). *Privação e delinquência*. (3ª ed.). (Á. Cabral, Trad.). São Paulo: Martins Fontes.

Recebido em outubro de 2007

Aceito em janeiro de 2008

Leopoldo Nelson Fernandes Barbosa: psicólogo, especialista em Psicologia Hospitalar (Santa Casa de São Paulo); bolsista (PROSUP/CAPES) do Mestrado em Psicologia Clínica (Universidade Católica de Pernambuco – UNICAP).

Ana Lúcia Francisco: psicóloga, doutora em Psicologia Clínica (PUC/SP), docente da graduação e pós-graduação do departamento de Psicologia da Universidade Católica de Pernambuco (UNICAP).

Karl Heinz Efken: filósofo, teólogo, mestre e doutor em Filosofia (UFPE), docente da graduação do departamento de filosofia e do Mestrado em Psicologia Clínica (Universidade Católica de Pernambuco – UNICAP).

Endereço para correspondência: lnfbpsi@uol.com.br

Suporte familiar e saúde mental: evidência de validade baseada na relação entre variáveis

Mayra Silva de Souza
Makilim Nunes Baptista
Gisele Aparecida da Silva Alves

Resumo: O presente estudo objetivou buscar evidência de validade baseada na relação com outras variáveis entre o Inventário de Percepção de suporte Familiar (IPSF) e o Questionário de Saúde Geral de Goldberg (QSG). Participaram desta pesquisa 530 estudantes de uma universidade particular de São Paulo (SP), com faixa etária de 17 a 54 anos. Para avaliar a percepção de suporte familiar foi utilizado o IPSF e o QSG foi utilizado para avaliar a saúde mental. Como resultado, a maioria das dimensões dos dois instrumentos correlacionaram-se significativamente. Esse resultado indica que o instrumento em questão pode ser considerado adequado para avaliar a percepção de suporte familiar. Nas análises secundárias, foram encontradas diferenças entre sexo, raça e nível econômico com relação ao suporte familiar percebido e ao estado de saúde mental dos participantes.

Palavras-chave: suporte familiar; saúde mental; evidências de validade.

Family support and mental health: Validity evidence based on relations between variables

Abstract: The present study had the objective of searching for validity evidence based on relations to other variables among the Inventário de Percepção de Suporte Familiar (IPSF) and the Goldberg's General Health Questionnaire (GHQ). 530 students from a private university in SP, aging from 17 to 54 years old participated of this research. In order to assess the perception of family support the IPSF was used and GHQ was used to assess mental health. As a result, the majority of the dimensions in both instruments were significantly correlated. This result indicates that the IPSF may be considered an accurate instrument when assessing the perception of family support. In a second analysis, differences between gender, race and economical level related to family support and mental health were found.

Keywords: family support; mental health; validity evidences.

Introdução

A família se constitui como um dos principais pilares da vida psíquica das pessoas, pois é base da construção de um modelo relacional que permite criar outras relações, desde as laborais, de amizade, de parentesco, até a construção de uma nova família. Pautas, normas, funções, mandatos são assimilados em cada um de seus membros que, por oposição ou similaridade, se identificam com seu grupo familiar. Tais identificações não implicam somente na construção cognitiva e de personalidade, também reproduzem pautas de interação, jogos relacionais e formas de manifestar afetos e emoções (Ceberio, 2006). É por intermédio da família que o indivíduo se constrói

psicologicamente, passando gradativamente de um estado de indiferenciação, no qual ele ainda não se vê como ser único, dependendo da família, para um estado de individualização, no qual ele torna-se independente, um indivíduo pronto para viver em sociedade (Andolfi, Ângelo, Nicolo-Corigliano & Menghi, 1994).

De acordo com Campos (2004), a família exerce funções como proteção, afeição e formação social, que são determinantes no desenvolvimento de seus filhos. Para Lidchi e Eisenstein (2004), o desenvolvimento da confiança em um membro da família acontece na medida em que as funções autonomia e proteção lhes são oferecidas equilibradamente pelos seus familiares. O efeito do cumprimento dessas funções familiares pauta-se na medida em que os membros da família percebem-na como predominantemente afetuosa, coesa, com boa comunicação e regras flexíveis, desde que os limites e fronteiras estejam claros, provendo recursos necessários ao crescimento individual e apoio diante de dificuldades ou doenças intercorrentes.

Baptista e Oliveira (2004) entendem suporte familiar como manifestação de atenção, carinho, diálogo, liberdade, proximidade afetiva, autonomia e independência existente entre os integrantes da família (características psicológicas) e dessa forma, diferenciam-no do conceito de estrutura familiar, referente ao número de pessoas pertencentes a uma família, sua disposição e composição (características físicas).

Para Campos (2004), o principal efeito do suporte se dá na proporção em que o receptor percebe esse apoio como satisfatório, sentindo-se amado, valorizado, compreendido, reconhecido, acolhido, protegido e cuidado e ainda, participando de uma rede de recursos e informações. Na medida em que o indivíduo percebe esse suporte, encontra forças para enfrentar situações adversas, o que traz conseqüências positivas para seu bem estar, como redução do estresse, aumento da auto-estima e do bem estar psicológico.

São fundamentais na dinâmica familiar a comunicação congruente, direcional, funcional e com carga emocional; regras coerentes e flexíveis; liderança compartilhada com filhos de forma democrática; auto-estima; relação conjugal integrada, porém de forma que possibilite à família atuar como um todo, preservando a individualidade de cada um. Quando a família desempenha esse papel facilitador, ela passa a funcionar como um sistema de suporte para seus membros funcionando como facilitadora da saúde mental de seus membros, dificultando o surgimento de uma doença mental. (Féres-Carneiro, 1992).

O conceito de doença mental vem sofrendo alterações em cada momento da história, variando de acordo com a reação da sociedade diante das “anormalidades”, entendidas como comportamentos desviantes, dependendo dos seus valores e suposições sobre o comportamento e vida humana. Assim, várias concepções já se traçaram ao longo desta trajetória (Holmes, 1997).

A Organização Mundial de Saúde (2000) define saúde como sendo um estado de completo bem-estar físico, mental e social, não consistindo apenas em ausência de doença ou enfermidade. Sendo assim, a manutenção da saúde mental constitui-se como parte fundamental da saúde geral, permitindo ao indivíduo o aproveitamento pleno de suas capacidades cognitivas, relacionais e afetivas, o enfrentamento de dificuldades na vida, a produção no trabalho e a contribuição para ações em sociedade.

Pesquisas apontam que pessoas com baixo nível sócio-econômico, que são discriminadas racialmente, pessoas do sexo feminino e também pessoas que convivem em grupos familiares instáveis e não suportivos constituem fatores de risco para o desenvolvimento de doenças mentais (Baptista, 2004; Baptista, Borges & Biagi, 2004; Basic Behavioral Science Task Force of the National Advisory Mental Health Council, 1996; Ludermir & Melo Filho, 2002; Miranda-Sá Jr., 2001; Organização Mundial da Saúde, 2001; Pasquali, Gouveia, Andriola, Miranda & Ramos, 1996).

O relacionamento que os pais ou cuidadores estabelecem com a criança durante a infância é de suma importância. O afeto, a atenção e o cuidado constante dispensado permite que a criança se desenvolva normalmente. Já a não transmissão destes cuidados pode aumentar a probabilidade desta criança de manifestar distúrbios mentais e comportamentais, tanto durante a infância quanto em outras fases posteriores da vida (Organização Mundial de Saúde, 2001).

Quanto maior afeto o indivíduo receber no início da vida, maior será sua disponibilidade de enfrentar e superar os eventos estressantes de vida. O afeto é construído na memória da criança e pode protegê-la dos estressores internos e externos. O afeto inseguro é uma vulnerabilidade central para a criança que cresce e pode levar também a problemas sociais. Além da resiliência, o afeto inicial na vida fornece uma base para o domínio das tarefas de desenvolvimento e a competência nas relações entre os amigos, trabalho acadêmico e auto-controle (Weinman, Buzi, Smith & Mumford, 2003).

O suporte adequado oferecido pela família aos seus membros favorece a superação das crises vitais, da desestabilização que tais crises acarretam (Castro, Campero & Hernández, 1997). De maneira igual, extrema frieza, abertura à hostilidade, ou rejeição por cuidados frequentemente contribuem para o estresse emocional da criança. Em contraste, altos níveis de cuidado são associados com crianças que tem elevada auto-estima, condescendente com demandas de cuidado, internalização de padrões morais, competência cognitiva e ajustamento social (Basic Behavioral Science Task Force of the National Advisory Mental Health Council, 1996).

Martin, Rozanes, Pearce e Allison (1995) investigaram associações entre percepções da dinâmica familiar, depressão, pensamentos e tentativas de suicídio em adolescentes. Além dos instrumentos utilizados para medir depressão (*Beck Depression Inventory* – BDI) e disfunção familiar (*McMaster Family Assessment Device* – FAD), os estudantes foram questionados sobre pensamentos, planejamento e tentativas suicidas e experiências de vida. A análise dos dados indicou que a disfunção da família influencia indiretamente os pensamentos, comportamentos de suicídio e a sintomatologia depressiva.

Um outro estudo investigou a associação entre desesperança, perdas e suporte social em adolescentes pacientes psiquiátricos que tiveram sérias tentativas de suicídio. A desesperança é melhor preditora da intenção suicida que a depressão global. Especificamente neste estudo, as ideias suicidas estiveram altamente correlacionadas com as tentativas de suicídio. Experiências de perda e baixo suporte familiar foram os melhores preditores de tentativas de suicídio nos adolescentes. O valor do suporte familiar como protetor frente às vulnerabilidades é sugerido. Nesse caso, o baixo suporte

dos membros da família poderia aumentar a vulnerabilidade dos adolescentes frente aos eventos estressantes, tais como perdas (Morano, Cisler & Lemerond, 1993).

A percepção e o recebimento dos suportes sociais, incluindo o familiar, pelas pessoas, são fontes fundamentais na manutenção da saúde mental, no enfrentamento de situações estressantes, na promoção de benefícios nos processos fisiológicos (sistema endócrino, cardiovascular e imunológico) e no alívio dos estresses físico e mental. Problemas na infância que consistem em práticas pobres de cuidado, tais como estresse emocional e problemas de conduta, são fortes preditores de desordens mentais na idade adulta. Achados como tais sublinham porque a compreensão da dinâmica familiar é uma base importante para desenvolver programas de prevenção e intervenção para desordens mentais (Basic Behavioral Science Task Force of the National Advisory Mental Health Council, 1996); Uchino, Cacioppo & Kiecolt-Glaser, 1996).

Os eventos de vida negativos têm sido considerados como preditores da insônia, assim como os distúrbios psicopatológicos sérios, fisiológicos e hereditários. Um total de 345 pacientes respondeu a um levantamento sobre o sono e a uma entrevista semi-estruturada. Como parte da avaliação, os eventos de vida específicos precipitadores da insônia foram identificados. Subsequentemente, esses fatores foram categorizados (trabalho-escola, família, doença física e psicopatológica, ou indeterminado), e sua valência afetiva (negativa, positiva ou indeterminada) foram codificadas. O fator mais comum precipitador da insônia foram os eventos relatados para a família, saúde, e trabalho-escola. Um total de 65% dos eventos precipitadores tiveram valência negativa. Para a categoria família, os resultados foram parcialmente coniventes com a literatura pesquisada, uma vez que os eventos sugeridos (dificuldades no casamento, divórcio, ou separação, ou morte da pessoa amada) consideraram as relações disfuncionais entre os membros da família, enquanto outros eventos familiares não pesquisados podem estar relacionados à insônia (Bastien, Vallières & Morin, 2004).

Diante de tais estudos que associam o desenvolvimento de distúrbios mentais e as relações com família, é possível considerar de acordo com Bray (1995) importantes construtos utilizados nas avaliações familiares, a saber: comunicação, conflito, resolução de problemas, vínculo/coesão, afeto e emoção, intimidade, diferenciação e individualização, triangulação, estresse, e papéis familiares. O contexto da avaliação familiar no Brasil limita-se a instrumentos que avaliam construtos tais como estilo parental, percepção dos pais, dinâmica familiar e satisfação com a família, porém, nenhum deles avalia a percepção de suporte familiar. Foi baseado nessa justificativa que Baptista (2005) criou o Inventário de Percepção de Suporte Familiar (IPSF). Para que se possa garantir que o teste mede o construto desejado, faz-se necessário investigar sua validade.

Quando um teste não possui evidências de validade, não há segurança de que as interpretações sugeridas são legítimas, pois não se sabe o que o instrumento avalia realmente. Enquanto conceito psicométrico que tem como função confrontar as interpretações que são feitas a partir dos resultados dos testes psicológicos, a validade é entendida como sendo o grau com que evidências teóricas ou empíricas sustentam as interpretações que são feitas a partir dos escores dos testes. Sendo assim, pode-se dizer que um teste psicológico é válido em determinadas circunstâncias que descrevem um tipo específico de uso, para as quais os dados teóricos ou empíricos encontraram

sustentação para suas interpretações (American Educational Research Association [AERA], American Psychological Association [APA], e National Council on Measurement in Education [NCME], 1999).

As evidências buscadas em pesquisas que avaliam a validade dos testes são divididas em cinco categorias: 1) evidências baseadas no conteúdo, que buscam a representatividade dos itens do teste, investigando se eles se constituem em amostras abrangentes do domínio que se pretende avaliar com o teste; 2) evidências baseadas nas relações com outras variáveis, que buscam os padrões de correlação entre os escores do teste e outras variáveis que meçam o mesmo construto ou construtos relacionados e com variáveis que meçam construtos diferentes; 3) evidências baseadas na estrutura interna, um procedimento que se constitui em fonte de validade para as interpretações de um teste; 4) evidências baseadas no processo de resposta, que buscam os processos mentais envolvidos na realização das tarefas propostas pelo teste e atribui significado psicológico para a realização correta do item a partir das relações entre seus componentes cognitivos; e 5) evidências baseadas nas conseqüências da testagem, que examinam as conseqüências sociais intencionais e não intencionais do uso do teste para verificar se sua utilização está tendo os efeitos desejados de acordo com os objetivos para o qual foi criado (AERA, APA & NCME, 1999).

Na presente pesquisa, pretendeu-se buscar evidência de validade baseada na relação com outras variáveis, correlacionando o Inventário de Percepção do Suporte Familiar (IPSF), que avalia o suporte familiar, com o Questionário de Saúde Geral de Goldberg (QSG), que avalia a saúde mental. Ainda buscou-se diferenças entre sexo, raça e nível econômico dos participantes de acordo com a percepção de suporte familiar percebido e sintomatologia em saúde mental.

Método

Participantes

Participou deste estudo um total de 530 estudantes de uma universidade particular da cidade de São Paulo. Desse total, foram excluídos os participantes que deixaram de responder 10% ou mais itens dos dois instrumentos (IPSF e QSG), restando assim 520 estudantes, o que significa uma perda amostral de 1,88%. A faixa etária variou de 17 a 54 anos, com média de 25,04 e desvio padrão de 6,29 anos. A maioria da amostra (67,5%) concentrou-se entre as idades de 18 a 27 anos. Dos 520 estudantes, 191 (36,7%) eram do sexo masculino.

Quanto à posição econômica, a maioria dos participantes situa-se nas classes B (304 participantes correspondendo a 58,5% da amostra), seguidos de 125 (24,0%) participantes da classe C, 86 (16,6%) participantes nas classes A, e apenas 4 (0,8%) na classe D. Nenhum participante encontra-se na classe E. Nesta amostra, um estudante (0,2%) não respondeu às questões necessárias ao cálculo do critério econômico.

Na declaração de cor/raça, 357 (68,7%) dos participantes consideram-se brancos, 113 (21,7%) pardos/ mulatos, 26 (5,0%) negros, 20 (3,8%) amarelo, de origem oriental e

apenas um participante (0,2%) declarou-se indígena. Três estudantes (0,6%) não responderam essa questão.

Instrumentos

Questionário de identificação

Foi criado um instrumento fechado com o objetivo de identificar o participante, obtendo-se dados tais como: sexo, idade, cor/ raça, características econômicas, com base no Critério de Classificação Econômica Brasil – CCEB (ANEP, 2000).

Inventário de Percepção do Suporte Familiar (IPSF)

Para a validade de construto deste instrumento utilizou-se a análise dos componentes principais, análise fatorial exploratória com rotação *varimax* (com o objetivo de se obter uma análise da ortogonalidade dos fatores), além do cálculo do Alfa de *Cronbach* (para a precisão). Nesse procedimento, utilizou-se o SPSS, versão 11,5 para as análises descritivas e inferenciais. Foram consideradas apenas as dimensões acima do *eigenvalue* 1,5, ou seja, quatro dimensões no inventário, explicando variância total de 42,798%. Essas quatro dimensões receberam as seguintes denominações: Inadequação Familiar (14 itens), Afetividade (10 itens), Consistência (11 itens) e Autonomia (8 itens) (Baptista, 2005).

Realizou-se posteriormente uma pesquisa com 1064 estudantes com idade entre 17 e 64 anos, de instituições particulares e públicas de São Paulo. As dimensões do IPSF foram analisadas segundo a rotação *equamax*, *quartimax* e *oblimin*, para saber qual destas análises respondia melhor ao construto em questão. Calculou-se também a precisão do instrumento, fazendo uso do Alfa de *Cronbach*. Observou-se que os quatro fatores já não se mostraram satisfatórios, já que 10 itens do primeiro fator (Afetividade), aglutinaram-se com seis itens da dimensão Consistência Familiar. Solicitou-se então a uma análise com três dimensões, com cargas fatoriais acima de 0,30 *eigenvalues* acima de 1,0 para saber se essas dimensões se agrupariam novamente em uma só. O instrumento final por Baptista (2007) constou de três dimensões.

A primeira dimensão é denominada Afetivo-Consistente, contém 21 itens e evidencia as relações afetivas positivas intra-familiares, desde o interesse pelo outro, até a expressão verbal e não-verbal de carinho, clareza nos papéis e regras dos integrantes da família, bem como a habilidade nas estratégias de enfrentamento de situações-problema. Esse fator apresentou o valor do Alfa de *Cronbach* de 0,91. A segunda é chamada de Adaptação Familiar, com 13 itens que expressam sentimentos negativos em relação à família, como isolamento, exclusão, raiva, vergonha, relações agressivas de brigas e gritos, irritação, incompreensão, e ainda percepção de competição na família, interesse e culpabilidade entre os membros em situações de conflito. Sendo assim, os itens desse fator foram invertidos para que pudessem ser calculados com valência igual aos itens das outras duas dimensões. Esse fator apresentou o valor do Alfa de *Cronbach* de 0,90. Por fim, o terceiro fator é chamado de Autonomia Familiar, sendo composto por 8 itens, se refere à percepção de autonomia que o indivíduo tem

de sua família, o que denota relações de confiança, privacidade e liberdade entre os membros da família. Para esse fator, foi encontrado Alfa de *Cronbach* de 0,77.

Questionário de Saúde Geral de Goldberg (QSG)

O QSG foi inicialmente desenvolvido por Goldberg em 1972 e adaptado por Pasquali e cols. (1996) e escolhido por ser um instrumento que objetiva fornecer uma perspectiva de pacientes não-psicóticos sobre o seu estado de saúde mental. Esse questionário consiste de 60 itens, aferidos conforme uma escala com 4 graus, do tipo *Likert*, que varia de 1) “ não absolutamente”, 2) “ não mais do que de costume”, 3) “ um pouco mais do que de costume” até 4) “ muito mais do que de costume”. A pontuação para essa escala é feita de acordo com a formulação do item. Parte dos itens expressa sintomas e outra parte expressa comportamento normal, sendo, por vezes, necessário inverter a pontuação da escala. O grau de severidade da ausência de saúde mental é definido em relação a sintomas desviantes da população. Apenas o fator geral (escore total) foi utilizado para se referir à saúde mental e para sua interpretação, o autor considera que quanto maior for o escore, maior será o nível de distúrbios psiquiátricos.

Além do escore geral, os resultados do QSG originaram 5 fatores: a) tensão ou estresse psíquico (experiências de tensão, irritação, impaciência, cansaço e sobrecarga, tornando a vida uma luta constante, desgastante e infeliz); b) desejo de morte (vida sem sentido, inútil e sem perspectivas); c) desconfiança no próprio desempenho (consciência da capacidade de desempenhar ou realizar tarefas diárias de forma satisfatória – escala invertida); d) distúrbios do sono (insônia e pesadelos); e) distúrbios psicossomáticos (dores de cabeça, fraqueza e calafrios).

Procedimento

Após a aprovação deste projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa, buscou-se o consentimento dos universitários que participaram da pesquisa mediante Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), impresso em duas vias, no qual constam todas as informações pertinentes da pesquisa em questão.

A aplicação dos instrumentos se deu de forma coletiva. Foi entregue um caderno contendo as duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, depois o questionário de identificação, seguido do Inventário de Percepção de Suporte Familiar (IPSF) e do Questionário de Saúde Geral de Goldberg (QSG). Em média, a aplicação durou uma hora.

Resultados e discussão

Para a análise estatística dos dados foi utilizado o programa *Statistical Package for Social Sciences for Windows*, SPSS, versão 12.0. Utilizou-se a técnica estatística não-paramétrica, que independe do conhecimento da distribuição da variável na população, geralmente usada para comparar distribuições de dados quanto à locação, quanto à variabilidade ou ainda para avaliar a correlação entre variáveis (Callegari-Jacques, 2003). Dentre as variadas técnicas não-paramétricas utilizou-se: o coeficiente

de correlação de *Spearman* (r_s), o teste *U* de *Mann-Whitney*, para comparação dos postos médios de duas amostras independentes e o teste de *Kruskal-Wallis* (*K*), para comparação dos postos médios de três ou mais amostras independentes. O nível de significância adotado para tais análises foi o de $p \leq 0,05$.

Buscou-se correlacionar as percepções dos participantes quanto ao suporte familiar recebido com os seus respectivos estados de saúde mental. A pontuação do instrumento que mede a percepção do suporte familiar (IPSF) assinala que, quanto maior o escore, melhor a percepção do suporte familiar, e em contrapartida, o instrumento que mede o estado de saúde mental (QSG) indica que quanto maior o escore, pior o estado de saúde mental do indivíduo. Assim, as correlações buscadas entre esses dois instrumentos (IPSF e QSG) são negativas, uma vez que a pontuação destes é inversa. Como esperado, a maioria das correlações entre as dimensões do Inventário de Percepção do Suporte Familiar (IPSF) com as dimensões do Questionário de Saúde Geral (QSG) foram negativas e significativas, pontuando que quanto maior o suporte familiar percebido, menores manifestações de para doença mental, ou vice-versa. Estas correlações encontram-se a seguir, na Tabela 1.

Tabela 1 – Correlação de *Spearman* entre as Dimensões do Questionário de Saúde Geral (QSG) e as Dimensões do Inventário de Percepção do Suporte Familiar

	IPSF Afetivo-Consistente	IPSF Autonomia Familiar	IPSF Adaptação Familiar	IPSF Suporte Familiar Total
QSG -Estresse Psíquico	$r_s = -0,15^{**}$ $p = 0,000$	$r_s = -0,11^{**}$ $p = 0,008$	$r_s = -0,16^{**}$ $p = 0,000$	$r_s = -0,17^{**}$ $p = 0,000$
QSG -Desejo de morte	$r_s = -0,14^{**}$ $p = 0,000$	$r_s = -0,12^{**}$ $p = 0,004$	$r_s = -0,13^{**}$ $p = 0,001$	$r_s = -0,15^{**}$ $p = 0,000$
QSG -Desconfiança no próprio desempenho	$r_s = -0,15^{**}$ $p = 0,000$	$r_s = -0,08$ $p = 0,063$	$r_s = -0,16^{**}$ $p = 0,000$	$r_s = -0,16^{**}$ $p = 0,000$
QSG – Distúrbios do sono	$r_s = -0,12^{**}$ $p = 0,006$	$r_s = -0,09^*$ $p = 0,032$	$r_s = -0,12^{**}$ $p = 0,004$	$r_s = -0,13^{**}$ $p = 0,002$
QSG –Distúrbios Psicossomáticos	$r_s = -0,09^*$ $p = 0,026$	$r_s = -0,06$ $p = 0,170$	$r_s = -0,11^{**}$ $p = 0,008$	$r_s = -0,10^{**}$ $p = 0,015$
QSG – Severidade de Doença Mental	$r_s = -0,17^{**}$ $p = 0,000$	$r_s = -0,11^{**}$ $p = 0,008$	$r_s = -0,16^{**}$ $p = 0,000$	$r_s = -0,18^{**}$ $p = 0,000$

* significante ao nível 0,05

**significante ao nível 0,01

Os resultados encontrados na correlação entre o Estresse Psíquico (QSG) e as dimensões Afetivo-Consistente, Autonomia Familiar, Adaptação Familiar e Suporte Familiar Total do IPSF, estão de acordo com a literatura. Essas relações demonstram que quanto menor a percepção nas demonstrações de afeto, cuidado, carinho, emoção por parte da família e ainda, na configuração das regras familiares, na eficácia na resolução das situações-problema, na autonomia outorgada, na adaptação do indivíduo na família, maior o estresse psíquico. Coerente com essa correlação, como apontado no Basic Behavioral Science Task Force of the National Advisory Mental Health Council (1996), extrema frieza, abertura à hostilidade ou rejeição por cuidados frequentemente contribuem para o estresse psíquico da criança. Ainda, para Féres-Carneiro (1992), são indispensáveis na dinâmica familiar, dentre outras características, uma comunicação congruente, direcional, funcional e com carga afetiva, regras coerentes e flexíveis. Para Campos (2004), é a percepção do apoio recebido pela família que empresta forças para que o indivíduo enfrente as situações-problema, reduzindo o estresse e aumentando a auto-estima e o bem-estar psicológico.

Andolfi e cols. (1994) acreditam que o indivíduo constrói seu psiquismo mediado pela família, se desvinculando e tornando-se independente desta, estando pronto para viver em sociedade. Complementando, Féres-Carneiro (1996) levanta a possibilidade potencial de promoção à saúde mental do indivíduo quando as funções familiares primordiais são cumpridas, e dentre essas funções, ressalta proteção, afeição, formação social e autonomia.

Segundo Campos (2004), o principal efeito do suporte familiar se dá na medida em que o indivíduo percebe esse apoio como satisfatório, sentindo-se amado, valorizado, compreendido, reconhecido, acolhido, protegido e cuidado e ainda, participando de uma rede de informações que são com ele partilhadas. E é esse suporte que vai ajudar o indivíduo a enfrentar as adversidades do ambiente, trazendo conseqüências positivas para o seu bem-estar, reduzindo o estresse. A percepção e o recebimento de suporte, pelas pessoas, são fontes fundamentais na manutenção da saúde mental, no enfrentamento de situações estressantes e no alívio dos estresses físico e psíquico (Uchino, Cacioppo & Kiecolt-Glaser, 1996).

A correlação entre a dimensão Desejo de Morte (QSG) e as dimensões Afetivo-Consistente, Autonomia Familiar, Adaptação Familiar e Suporte Familiar Total, indicando que quanto mais expressões de afeto (verbais e não-verbais), proximidade, interesse, comunicação, clareza das regras familiares, habilidade no enfrentamento de situações-problema, autonomia e mais sentimentos positivos em relação à família, menor o desejo de morte, também se confirma com a literatura. A dimensão Desejo de Morte refere-se ao desejo de acabar com a própria vida, com expressões de que a vida apresenta-se como inútil, sem perspectivas e sem sentido. Condizente com a afirmação, o estudo de Martin, Rozanes, Pearce e Allison (1995), indicou que a disfunção da família influencia indiretamente a sintomatologia depressiva, assim como os pensamentos e comportamentos de suicídio. Para Lidchi e Eisenstein (2004), uma família disfuncional seria aquela percebida como não-afetuosa, com falta de comunicação, com regras inflexíveis, não sendo capaz de oferecer as funções autonomia e proteção, e por tudo

isso, não provendo os recursos necessários para o desenvolvimento individual e apoio frente às dificuldades na vida.

Ainda o estudo de Morano, Cisler e Lemerond (1993), no qual as ideias suicidas e as tentativas de suicídio estiveram altamente correlacionadas, revelou que as experiências de perda e baixo suporte familiar foram os melhores preditores de tentativas de suicídio nos adolescentes. O suporte familiar é sugerido como protetor frente às vulnerabilidades, ao passo que o baixo suporte dos membros da família poderia aumentar a vulnerabilidade dos adolescentes frente aos eventos estressantes.

Quanto à correlação entre a dimensão Desconfiança no Próprio Desempenho e as dimensões Afetivo-Consistente, Adaptação Familiar e Suporte Familiar Total, justificam-se na literatura pesquisada apenas a parte da afetividade, como postulam Weinman, Buzi, Smith e Mumford (2003), o afeto inseguro é uma vulnerabilidade central para a criança que cresce e pode levar também a problemas sociais. Além da resiliência, o afeto inicial na vida fornece uma base para o domínio das tarefas de desenvolvimento e a competência nas relações entre os amigos, trabalho acadêmico e autocontrole. A relação entre a Desconfiança no Próprio Desempenho com a Adaptação Familiar, assinala que assim como o afeto, os sentimentos positivos em relação à família são essenciais ao desenvolvimento da criança; e com o Suporte Familiar Total, que vem dizer da soma de todas as dimensões, e assim, traduz-se em afeto, compreensão, inclusão, independência e habilidade na resolução de problemas. A tendência encontrada para a correlação significativa entre o Desconfiança no Próprio Desempenho e a Autonomia Familiar pode ser compreendida assim como descrevem os autores Lidchi e Eisenstein (2004), que o desenvolvimento da confiança em um membro da família acontece na medida em que lhe são oferecidas equilibradamente as funções autonomia e proteção.

Em relação à dimensão Distúrbios do Sono e as correlações encontradas para todas as dimensões do IPSF, a literatura corrobora com os resultados encontrados. No estudo de Bastien, Vallières e Morin (2004), os eventos na família, no que diz respeito ao relacionamento disfuncional entre seus integrantes, são os maiores preditores da insônia. Pra Lidchi e Eisenstein (2004), uma família funcional é aquela percebida como afetuosa, com boa comunicação, que cumpre funções de autonomia e proteção, desempenhando o papel de apoiar seus membros diante das dificuldades da vida. Essas colocações traduzem as relações encontradas entre os Distúrbios do Sono com a Afetivo-Consistente, Autonomia Familiar e Adaptação Familiar, que sugerem que quanto maior afetividade, habilidade na resolução de situações-problema, independência e sentimentos positivos em relação à família, menor a sintomatologia para os distúrbios do sono. Pensando ainda no relacionamento disfuncional da família enquanto precipitadora de insônia, uma vez que a família funciona mais enquanto fonte de estresse, ela não está cumprindo sua função de suporte, pois, o suporte adequado oferecido pela família aos seus membros favorece a superação dos eventos estressantes, da desestabilização que tais eventos acarretam (Castro, Campero & Hernández, 1997). Esse argumento explica a correlação entre os Distúrbios do Sono e o Suporte Familiar Total, que indica que quanto maior o suporte percebido, menor a sintomatologia para os distúrbios do sono.

Os Distúrbios Psicossomáticos correlacionaram significativamente com as dimensões Afetivo-Consistente, Adaptação Familiar e Suporte Familiar Total. Essa relação indica que quanto maior afetividade, acolhimento, habilidades na resolução de problemas, inclusão familiar e suporte percebido, menores as manifestações de distúrbios psicossomáticos. Para Uchino, Cacioppo e Kiecolt-Glaser (1996), são fontes fundamentais na manutenção da saúde mental, a percepção e o recebimento de suporte familiar no que tange à promoção de benefícios nos processos fisiológicos, ligados aos sistemas endócrino, cardiovascular e imunológico. A dimensão Autonomia Familiar não se encontrou significativamente correlacionada com os Distúrbios Psicossomáticos, talvez porque esta dimensão expresse sentimentos de independência da família, autonomia, e em situações de enfermidades físicas a expressão se dê ao contrário, como dependência da família, no oferecimento de recursos (físicos e psíquicos) para proteger o indivíduo dos efeitos patogênicos do estresse (Castro, Campero & Hernández, 1997).

A correlação significativa entre a Severidade de Doença Mental e as dimensões do IPSF (Afetivo-Consistente, Autonomia Familiar, Adaptação Familiar e Suporte Familiar Total), sugere que quanto mais afetividade, proximidade, comunicação, consistência de comportamentos, habilidade na resolução de problemas, compreensão, inclusão, independência da família, menor a severidade de doença mental. Esses resultados corroboram com a concepção de que a família é uma importante fonte de relações que contribui na produção de saúde e doença mental. Assim, a desintegração e ruptura na comunicação podem denunciar maior probabilidade à enfermidade mental, e o cumprimento de funções primordiais pela família, tais como proteção, afeição, autonomia e formação social, acusam um potencial de promoção à saúde mental (Féres-Carneiro, 1996). Ainda para a OMS (2001), o afeto, atenção e o cuidado constante dispensados permitem que a criança se desenvolva normalmente, ao passo que a não transmissão destes cuidados pode aumentar a probabilidade desta criança de manifestar distúrbios mentais e comportamentais, tanto durante a infância, quanto em outras fases posteriores da vida.

Em relação às análises secundárias, a percepção dos participantes quanto ao suporte familiar percebido e seu estado de saúde foram comparados entre os sexos, para verificar se haveria diferenças. Em relação às dimensões do IPSF, não foram encontradas diferenças significativas. Para o QSG, foram verificadas diferenças para as dimensões Estresse Psíquico ($U = 26494,000, p = 0,003$), Desconfiança no Próprio Desempenho ($U = 24954,500, p = 0,000$), Distúrbios do sono ($U = 27875,500, p = 0,031$), Distúrbios Psicossomáticos ($U = 23686,500, p = 0,000$) e Severidade de Doença Mental ($U = 25744,500, p = 0,001$). As participantes do sexo feminino apresentam maior estresse psíquico, mais desconfiança no próprio desempenho, mais distúrbios do sono, mais distúrbios psicossomáticos e maior severidade de doença mental, quando comparadas aos participantes do sexo masculino. Estes resultados apresentam-se semelhantes ao resultado do estudo que deu origem à adaptação brasileira do QSG, no qual as mulheres apresentam escores maiores que o dos homens, indicando que estas possuem maior nível de vulnerabilidade as doenças mentais (Pasquali & cols., 1996). Ainda, para a OMS (2001), na atualidade, a mulher desempenha múltiplos papéis na sociedade, tais

como esposa, mãe, educadora e trabalhadora. Além dessa multiplicidade de papéis, que por si só já podem gerar muitos conflitos, a mulher ainda sofre significativamente com a discriminação sexual, abuso e violência doméstica e sexual.

Na comparação da declaração de cor/raça grupos de negros, pardos, mulatos e indígenas diferiram de brancos e amarelos em relação à percepção do suporte familiar e ao estado de saúde mental. Em relação ao IPSF, apenas a Autonomia Familiar ($U = 23296,000$, $p = 0,039$) mostrou-se significativa na diferença entre os grupos. Os participantes que se declararam brancos e amarelos apresentaram maior independência da família quando comparados com os negros, pardos, mulatos e indígenas. Não foram encontradas evidências na literatura que fundamentem tal relação. Em relação ao QSG, apenas a dimensão Distúrbio do sono ($U = 23316,500$, $p = 0,040$) diferenciou os grupos. Os participantes que se declararam negros, pardos, mulatos e indígenas apresentaram mais distúrbios do sono quando comparados com os que se declararam brancos e amarelos. Para a OMS (2001), as pessoas que são discriminadas racialmente têm risco aumentado tanto para o surgimento quanto para o agravamento de doenças mentais. Para Miranda-Sá Jr. (2001), a importância desse fator na psicopatologia se justifica a partir de seu caráter psicossocial, uma vez que circunstâncias culturais e socioeconômicas podem estar envolvidas.

Buscou-se correlacionar o nível econômico com a percepção do suporte familiar e o estado de saúde mental dos participantes. Mostraram-se significativamente correlacionadas as dimensões Afetivo-Consistente ($r_s = 0,13$, $p = 0,002$) e Suporte Familiar Total ($r_s = 0,11$, $p = 0,008$), do IPSF. Esses resultados sugerem que quanto maior o nível econômico, maior a afetividade, consistência e suporte familiar. Esse resultado é discutível, uma vez que a dificuldade financeira pode ser entendida como um evento estressor que a família enfrenta como um todo, podendo acarretar uma desestabilização no grupo familiar, e desfavorecendo o suporte que deveria ser oferecido. Por outro lado, a falta de recursos econômicos não impede que os pais proporcionem suporte emocional aos filhos. Neste sentido, Carvalho e Almeida (2003) ressaltam que a pobreza não se encontra relacionada diretamente com a ausência de suporte familiar e que esse suporte da família pode proteger o indivíduo de situações adversas, como dificuldades financeiras. Para as correlações com o QSG, mostraram-se correlacionadas significativamente as dimensões Estresse Psíquico ($r_s = -0,09$, $p = 0,028$) e Distúrbios Psicossomáticos ($r_s = -0,09$, $p = 0,026$). Foram encontrados resultados limítrofes para correlação significativa, quais sejam: Desejo de Morte ($r_s = -0,08$, $p = 0,057$), Desconfiança no Próprio Desempenho ($r_s = -0,07$, $p = 0,077$) e Severidade de Doença Mental ($r_s = 0,08$, $p = 0,069$). Esses dados sugerem que quanto melhor o nível econômico dos participantes, menos estresse psíquico, distúrbios psicossomáticos e ainda que tendenciosamente, menor desejo de morte, desconfiança no próprio desempenho e severidade de doença mental. Segundo a OMS (2001), as pessoas com baixo nível sócio-econômico estão mais expostas aos riscos físicos, químicos, biológicos e psicológicos que afetam a saúde, além de possuírem menos acesso ao sistema de saúde. Além da falta de recursos em si, essa relação explica-se também pela eventual mudança de status socioeconômico dos doentes mentais, dada a quantidade de

cuidados dispensados com esses indivíduos, como tratamento médico, farmacológico, e os custos embutidos nesses cuidados.

De acordo com o estudo realizado, com o objetivo de buscar evidência de validade baseada na relação entre variáveis, o Inventário de Percepção de Suporte Familiar mostrou-se satisfatório para avaliar a percepção do suporte familiar recebido, já que não se buscavam correlações médias ou tampouco altas, por tratar-se de construtos diferentes que estão relacionados. É importante ressaltar a viabilidade de tal instrumento, que é prático, simples e auto-aplicável, o que pode facilitar sua utilização em outras pesquisas, nas relações com outras variáveis.

As evidências de validade encontradas por este estudo vêm a corroborar com outros estudos que também encontraram evidências de validade para o Inventário de Percepção do Suporte Familiar (Baptista, 2005), baseadas na relação com outras variáveis, e correlacionavam o suporte familiar com vulnerabilidade ao estresse laboral (Aquino, 2007), traços de personalidade (Santos, 2005), suporte social e auto-conceito (Rigotto, 2006). Diante das correlações encontradas no presente estudo, entende-se que a percepção de demonstrações de afeto, carinho, expressões verbais e não-verbais, habilidade na resolução de situações problemas, sentimentos positivos, além do estabelecimento de relações de confiança, liberdade e privacidade entre os membros da família, estão associadas à menor sintomatologia de estresse psíquico, desejo de morte, desconfiança no próprio desempenho, distúrbios do sono, distúrbios psicossomáticos e severidade de doença mental.

Mostraram-se relevantes na avaliação desses dois construtos, a investigação do sexo, raça e nível econômico. Uma limitação encontrada foi a não obtenção de uma variação considerável para se avaliar diferenças na idade dos participantes com relação à percepção do suporte familiar recebido e ao estado de saúde mental. A presente pesquisa limitou-se ainda a estudar a relação entre o suporte familiar percebido, o estado de saúde mental, e dados sócio-demográficos, quando outras variáveis se mostram relacionadas a tais construtos como: estratégias de enfrentamento (*coping*), personalidade, resiliência, lócus de controle e auto-eficácia. Todas essas variáveis podem ser compreendidas, de modo geral, como variáveis que podem diferenciar os sujeitos quanto à percepção do suporte familiar e quanto ao estado de saúde mental.

Destaca-se a importância em suprir tais limitações e ainda dar continuação aos estudos com o Suporte Familiar, aos estudos com diferentes tipos de validade, com diversas outras variáveis, em grupos com diferentes idades, diferentes culturas, em diferentes contextos.

Referências

- American Educational Research Association [AERA], American Psychological Association [APA], & Nacional Council on Measurement in Education [NCME] (1999). *Standards for educational and psychological testing*. Washington, DC: American Educational Research Association.
- Andolfi, M., Ângelo, C., Nicolo-Corigliano, A. N., & Menghi, P. (1994). O indivíduo e a família: dois sistemas em evolução. Em: M. Andolfi, C. Ângelo, A. N. & Nicolo-

- Corigliano (Orgs.), *Por trás da Máscara familiar* (pp.17-39). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Aquino, R. R. (2007). *Inventário de Percepção de Suporte Familiar (IPSF) e Escala de Vulnerabilidade ao Estresse no Trabalho (EVENT): evidência de validade*. Dissertação de mestrado em Psicologia. Programa de Pós-Graduação Stricto-Sensu em Psicologia da Universidade São Francisco, Itatiba, SP.
- Associação Nacional de Empresas de Pesquisa (ANEP) (2000). *Critério de classificação econômica brasil*. Disponível: <www.anep.org.br> Acessado: 27/03/2005.
- Baptista, M. N. (2007). Inventário de Percepção de Suporte Familiar (IPSF): estudo componencial em duas configurações. *Psicologia Ciência e Profissão*, 27(3), 496-509.
- Baptista, M. N. (2005). Desenvolvimento do Inventário de Percepção de Suporte Familiar (IPSF): estudos psicométricos preliminares. *Psico-USF*, 10(1), 11-19.
- Baptista, M. N. (2004). Depressão: histórico, epidemiologia, fatores de risco e modelos integrativos. Em: M. N. Baptista, *Suicídio e depressão: atualizações* (pp. 35-49). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Baptista, M. N., Borges, A., & Biagi, T. A. T. de. (2004). Pesquisa de Suicídios no Brasil. Em: M. N. Baptista, *Suicídio e depressão: atualizações* (pp. 35-49). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Baptista, M. N., & Oliveira, A. A. (2004). Sintomatologia de depressão e suporte familiar em adolescentes: um estudo de correlação. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, 14(3), 58-67.
- Basic Behavioral Science Task Force of the National Advisory Mental Health Council (1996). Basic behavioral science research for mental health: family processes and social networks. *American Psychologist*, 51, 622-630.
- Bastien, C. H., Vallières, A., & Morin, C. M. (2004). Precipitating Factors of Insomnia. *Behavioral sleep medicine*, 2(1), 50-62.
- Bray, J. H. (1995). Family assessment: current issues in evaluating families. *Family Relations*, 44, 469-477.
- Callegari-Jacques, S. M. (2003). Testes Não-Paramétricos. Em: S. M. Callegari-Jacques, *Bioestatística: princípios e aplicações* (pp.165-184). Porto Alegre: Artmed.
- Campos, E. P. (2004). Suporte Social e Família. Em: J. Mello Filho (Org.), *Doença e família* (pp. 141-161). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Carvalho, I. M. M. de, & Almeida, P. H. de. (2003). Família e Proteção Social. *São Paulo em Perspectiva*, 17(2), 109-122.
- Castro, R., Campero, L., & Hernández, B. (1997). La investigación sobre apoyo social em salud: situación actual y nuevos desafíos. *Revista de Saúde Pública*, 31(4), 425-35.
- Ceberio, M. R. (2006). Vejas y nuevas familias: La transición hacia nuevas estructuras familiares. *Interpsiquis*. Disponível: <<http://www.psiquiatria.com>> Acessado: 18/02/2006
- Féres-Carneiro, T. (1992). Família e Saúde Mental. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 8, (supl.), 485-493.
- Féres-Carneiro, T. (1996). *Família: diagnóstico e terapia*. Petrópolis: Vozes.
- Holmes, D. S. (1997). História e Definições. Em: S. David Holmes (Org.), *Psicologia dos transtornos mentais* (pp. 25-35). Porto Alegre: Artes Médicas.

- Lidchi, V., & Eisenstein, E. (2004). Adolescentes e Famílias no Contexto Médico. Em: J. Mello Filho (Org.), *Doença e família* (pp. 217-231). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Ludermir, A. B., & Melo Filho, D. A. de (2002). Condições de vida e estrutura ocupacional associadas a transtornos mentais comuns. *Revista de Saúde Pública*, 36(2), 213-221.
- Martin, G., Rozanes, P., Pearce, C., & Allison, S. (1995). Adolescent suicide, depression and family dysfunction. *Acta Psychiatrica Scandinávica*, 92(5), 336-344.
- Miranda-Sá Jr., L. S. de (2001). Etiologia Geral das Enfermidades Psiquiátricas. Em: L. Salvador de Miranda-Sá Jr., *Compêndio de psicopatologia e semiologia psiquiátrica* (pp. 339-359). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Morano, C. D., Cisler, R. A., & Lemerond, J. (1993). Risk factors for adolescent suicidal behavior: Loss insufficient familial support and hopelessness. *Adolescence*, 28(112), 851-865.
- Organização Mundial de Saúde (OMS) (2001). *Relatório mundial da saúde: saúde mental: nova concepção, nova esperança*. Disponível: <http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_po.pdf> Acessado: 20/11/2005.
- Organização Mundial de Saúde (OMS) (2000). *Conselho Executivo – 107ª sessão*. Disponível: <www.saudemental.med.br/OMS.htm> Acessado: 21/03/2005.
- Pasquali, L., Gouveia, V. V., Andriola, W. B., Miranda, F. J., & Ramos, A. L. (1996). *Questionário de Saúde Geral de Goldberg: Manual Técnico*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Rigotto, D. M. (2006). *Evidências de validade entre suporte familiar, suporte social e auto conceito*. Dissertação de mestrado em Psicologia. Programa de Pós Graduação Stricto-Sensu em Psicologia. Universidade São Francisco, Itatiba, SP.
- Santos, T. M. M. (2005). *Evidência de validade entre percepção de suporte familiar e traços de personalidade*. Dissertação de Mestrado em Psicologia, Programa de Pós-Graduação Stricto-Sensu em Psicologia. Universidade São Francisco, Itatiba, São Paulo.
- Uchino, B.N., Cacioppo, J.T., & Kiecolt-Glaser, J.K. (1996). The relationship between social support and physiological processes: A review with emphasis on underlying mechanisms and implications for health. *Psychological Bulletin*, 119, 488-531.
- Weinman, M. L., Buzi, R., Smith P. B., & Mumford, D. M. (2003). Associations of family support, resiliency, and depression symptoms among indigent teens attending a family planning clinic. *Psychological Reports*, 93 (1), 719-31.

Recebido em maio de 2007

Aceito em maio de 2008

Mayra Silva de Souza: mestre em Psicologia (Universidade São Francisco – USF- Itatiba/SP), docente da Universidade José do Rosário Vellano (UNIFENAS) – Varginha/MG.

Makilim Nunes Baptista: psicólogo, mestre em Psicologia (PUC Campinas), doutor em Psiquiatria e Psicologia Médica (Universidade Federal de São Paulo/ UNIFESP), docente do Programa de Pós-Graduação Stricto Sensu em Psicologia da Universidade São Francisco (USF) –Itatiba/SP; Bolsista produtividade CNPq.

Gisele Aparecida da Silva Alves: Graduanda de Psicologia (Universidade São Francisco – USF- Itatiba/SP), bolsista PROBAIC-USF do PIC (Programa de Iniciação Científica).

Endereço para contato: makilim.baptista@saofrancisco.edu.br

Memória e experiência no processo de formação estética de professores(as)

Lucilene Sander
Andréa Vieira Zanella

Resumo: É objetivo deste trabalho refletir sobre a memória e a experiência a partir da análise das produções discursivas de professoras de séries iniciais do ensino fundamental, participantes de um curso de formação continuada. Com os referenciais de Bakhtin e do enfoque histórico-cultural em psicologia, entende-se que a memória se constitui nas relações sociais e emerge nos processos de significação. Com esse pressuposto, analisou-se o discurso das professoras produzido no decorrer de uma das atividades desenvolvidas na última oficina do curso de formação continuada. Nessa atividade foi proposto um (re)encontro, um (re)olhar, um passeio pelos materiais que foram utilizados e/ou produzidos nas oficinas anteriores de modo a possibilitar sua (re)vivência. Constatou-se que nos cenários reproduzidos as memórias emergem diante do que remete à prática pedagógica ou às vivências da vida pessoal. A palavra, o ver e o ouvir trabalhados no decorrer do curso capturaram a atenção das professoras que produziram, nesse encontro, memórias discursivas sobre o vivido.

Palavras-chave: memória; experiência; formação continuada de professores.

Memory and experience of training teachers

Abstract: The objective of this work is to reflect about the memory and experience that are thought by the analysis of the discursive productions of teachers from the initial grades on basic school in respect of activities in a course of continued education. The Bakhtin's references and the historical-cultural approach in psychology, understands that the memory is constituted in the social relations and emerges in the process of meaning. By these presupposes, the teachers' discourses produced during an activity on the last workshop of the continued education course was analyzed. In this activity, a (re)union, a (re)looking, a stroll through the materials utilized and/or produced in the previous workshops was proposed, so it's (re)experience would be possible. It has been verified that, in the reproduced scenarios, the memories emerge in front of what reminds the pedagogic practice or the immediate apprehensions of personal living. The word, the seeing and hearing, worked during the course, caught the attention of the teachers who produced, in this meeting, discursive memories about the lived.

Keywords: memory; experience; continued education of teachers.

Introdução

O que te escrevo não tem começo: é uma continuação. Das palavras deste canto que é meu e teu, evola-se um halo que transcende as frases, você sente? Minha experiência vem de que eu já consegui pintar o halo das coisas. O halo é mais importante que as coisas e as palavras. O halo é vertiginoso. Finco a palavra no vazio descampado: é uma palavra como fino bloco monolítico que projeta sombra. E é trombeta que anuncia. (Lispector, 1973 p.57)

Reflexões sobre memória, vivência e experiência são desenvolvidas neste trabalho a partir da análise das produções discursivas de professoras de séries iniciais do ensino fundamental acerca de atividades desenvolvidas em um curso de formação continuada. O curso, intitulado “*Oficinas Estéticas: atividade criadora e prática pedagógica*”¹, teve por objetivo “refletir sobre as (im)possibilidades de educação estética e de se engendrar processos de criação em contextos de ensinar e aprender” (Maheirie & cols., 2006, p.239) e destinava-se a formação continuada dos professores da rede pública de ensino de Florianópolis/SC. Foi desenvolvido em duas edições: a primeira, de maio a julho de 2004, e a segunda, de abril a dezembro de 2005, e pautou-se na noção de sujeito enquanto produto e produtor da realidade, ou seja, constituinte do contexto social e expressão deste. Atividades imaginativas e criadoras foram privilegiadas na medida em que se entende que estas possibilitam a reflexão e reinvenção das práticas profissionais, a criação de novas possibilidades e formas de existência para si e para as pessoas com as quais se (com)vive (Maheirie & cols., 2006).

Na edição de 2004 foram realizados oito encontros semanais, com aproximadamente 3 horas/aula cada um. Participaram desses encontros cerca de 30 professoras de séries iniciais do ensino fundamental da rede municipal de ensino e organizadas em dois grupos, compostos inicialmente por 18 e por 12 professoras. Os encontros dessa edição foram realizados sob a forma de oficinas estéticas e criadoras, almejando que estas subsidiassem a reflexão e ressignificação das práticas docentes cotidianas e das relações estabelecidas entre essas professoras e o contexto educacional. Com esse fim as oficinas aconteceram por meio de atividades mediadas por diversas linguagens artísticas. Os focos dessas oficinas eram o *ver*, o *ouvir*, a *palavra* e o *corpo*², uma vez que estas temáticas relacionam-se diretamente ao modo como o mundo é vivido, significado e experienciado pelas professoras, bem como ao modo como elas se percebem. É por meio do ver, do ouvir, da palavra e do corpo que tais compreensões e a trajetória de formação estética de cada uma, podem ser (re)inventadas.

A última oficina foi organizada em cinco atividades. Na segunda delas foi proposto um (re)encontro, um (re)olhar, um passeio pelos materiais que foram utilizados e/ou produzidos nas oficinas anteriores de modo a possibilitar sua (re)vivência. Buscava-se, com esse passeio, a produção da memória discursiva sobre o vivido, necessária à produção de sentidos de modo a que a vivência estética pudesse ser alçada à condição de experiência.

O passeio, de acordo com Zanella (2006a), quando estético, é um importante movimento na medida em que contribui para a (re)/(des)educação do olhar, pois

¹ O referido curso foi proposto por um grupo de pesquisadoras que integram o Núcleo de Pesquisa em Práticas sociais, relações estéticas e processos de criação, pesquisadoras estas dos Departamentos de Psicologia e Estudos Especializados em Educação da Universidade Federal de Santa Catarina. É objetivo do núcleo investigar as temáticas relações estéticas, atividade criadora e constituição do sujeito, tendo como referenciais o enfoque histórico-cultural em psicologia e a teoria bakhtiniana.

² A descrição detalhada de cada oficina encontra-se em Maheirie e cols. (2006). Para análises pormenorizadas de atividades específicas, ver Zanella (2006b), Maheirie (2006), Da Ros (2006), entre outros.

constitui-se num exercício de sair do lugar ocupado e produzir outros sentidos e formas de admirar a realidade. Olhares estéticos dependem da visão e, principalmente, das relações concretas estabelecidas entre as pessoas e a realidade (Zanella, 2006a). São, portanto, histórica e socialmente produzidos, o que provoca a reflexão sobre os contextos que se apresentam como condição de possibilidade para os olhares que são ali forjados, (trans)formados, (re)criados (Zanella, 2006b).

Junto com os olhares advêm às palavras que vivificam vivências negadas, afirmadas, revividas nas narrativas que (re)inventam, pintam o halo das coisas, como na epígrafe que abre esse texto. São justamente olhares e as palavras proferidas nesse último encontro – o passeio estético – que selecionamos como foco para as reflexões aqui apresentadas. Delimitou-se, portanto, como objetivo deste trabalho refletir sobre a memória e a experiência a partir da análise das produções discursivas de professoras de séries iniciais do ensino fundamental acerca de atividades desenvolvidas em um curso de formação continuada.

Breves considerações teóricas sobre memória, experiência e vivência

Há muito se busca compreender a memória, como esta se constitui e processa nas relações cotidianas. Para os gregos, a memória era uma deusa, a *Mnemosyne*, que inspirava os poetas, anunciadores da história e da *Paidéia* grega, homens considerados com acesso ao divino (Braga, 2000; Smolka, 2000). Entretanto, tal visão transformou-se historicamente em razão dos lugares que a narrativa passa a ocupar nas relações interpessoais. De acordo com Smolka (2006), o discurso passa a ser considerado lócus de memória e, a partir da obra de Bakhtin, permeado por vozes do que foi dito e de quem fala. Passou a ser espaço interdiscursivo (Smolka, 2000).

Diferentes campos de conhecimento, como a psicologia, a neurociência, a antropologia, a filosofia e a sociologia buscam explicar a memória, que processos a permeiam e a constituem. Braga (1997, 2000) aponta que as ciências biológicas de um modo geral focam a localização da memória no cérebro, sendo este a sede da memória. De acordo com os fisiologistas Helene e Gilberto (2003), o sistema nervoso, ao longo de seu processo histórico de interação com o ambiente, reage a estímulos e também às contingências temporais e espaciais entre estes e destes com suas respostas, estabelecendo um processo de aprendizagem que influencia e modifica seu funcionamento, tendo, assim, um acúmulo de registros das experiências, o que constitui a memória. Esta, por sua vez, de acordo com esses autores, pode ser distinguida entre memória de longo prazo e memória operacional, sendo que “compreende um conjunto de habilidades mediadas por diferentes módulos do sistema nervoso, que funcionam de forma independente, porém cooperativa.” (Helene & Gilberto, 2003, p.13).

Segundo Braga (1997), muitos modelos de explicação da memória com base na neurociência subordinam seu estudo unicamente ao desenvolvimento celular; outros consideram as causas e efeitos dos comportamentos, mas a partir da anatomia celular. Há também modelos que, conforme a autora, consideram o ambiente, mas esse é meramente um fornecedor de estímulos e eventos a serem representados e armazenados. Esse modelo é apresentado por Helene e Gilberto (2003) como reducionista, pois entende

o processo de recordar como algo unicamente biológico e a memória como uma capacidade individual, embora, de acordo com Braga (1997, 2000), esse modelo não negue a importância dos fatores sociais.

Sacks (1995), renomado neurologista, contrapõe-se às perspectivas localizacionistas predominantes nos estudos das ciências biológicas e mostra ser possível compreender danos neuronais e seus efeitos também sobre a memória indo além da anatomia e considerando a história e as experiências sociais das pessoas, o que é consoante com as contribuições da psicanálise sobre o tema.

Segundo Chnaiderman (2003), a teoria psicanalítica constrói-se a partir de uma questão colocada pela memória, visto que a psicanálise busca uma prática que permita o acesso das lembranças esquecidas à consciência. A memória para a psicanálise está relacionada ao processo de análise ao pretender permitir, de acordo com Rauter (2000), retomar o passado para melhor viver o presente, sendo para tanto importante ter, além de muitas lembranças, o passado como foco.

Rauter (2000) reflete também sobre outra concepção de memória, baseada na teoria do esquecimento³ de Nietzsche, e na obra de Deleuze. A memória intensiva, concepção tratada pela autora, diverge do posicionamento da psicanálise, uma vez que acontecimentos passados devem ser resgatados com a finalidade de criar e que o excesso de história e de lembranças limita a ação e a criação, apontando para a incapacidade de agir e de esquecer (Rauter, 2000).

Outro autor que contribui com as reflexões sobre memória é Henry Bergson. Conforme Bosi (1994), a memória na perspectiva de Bergson poderia ser compreendida como memória-hábito, relacionada aos esquemas comportamentais cotidianos e muito utilizada pelo homem ativo, e a memória-sonho, relacionada às lembranças puras que evocam momentos únicos vivenciados por um indivíduo e que estavam latentes no que Bergson nomeia inconsciente, sendo, portanto, uma memória espontânea e mais evocada pelo homem maduro, velho. Bosi (1994) aponta que nas considerações sobre memória que Bergson faz este não reflete sobre ela como um fenômeno social. Essa reflexão é feita por Bartlett e por Halbwachs a partir dos estudos até então desenvolvidos sobre memória (Bosi, 1994; Braga, 1997, 2000).

Bartlett considera a experiência social de um grupo para compreender a memória e o processo que leva à lembrança (Bosi, 1994). Halbwachs, por sua vez, afirma que a memória de uma pessoa depende da tradição e do grupo com qual aquela pessoa convive e se relaciona (Bosi, 1994). Este autor afirma que as lembranças podem parecer criações puras e individuais, mas são símbolos ou representações de situações que se deram em grupo e que não são revividas por meio da lembrança, entendendo que a memória individual se dá pelo encontro de várias correntes de pensamento, da memória coletiva (Halbwachs citado por Braga, 1997). Concordando com Bartlett e Halbwachs, Bosi (1994) destaca que é preciso duvidar da sobrevivência do passado na memória tal como foi vivido, uma vez que lembrar é reconstruir e repensar as experiências do

³ Nessa outra concepção os momentos de plenitude da vida, como a paixão, são momentos de esquecimento (Rauter, 2000).

passado a partir de imagens atuais, sendo a vida atual, desse modo, inerente ao processo de reconstrução do passado.

Outros autores que estudaram a memória foram os representantes do enfoque Histórico-Cultural em Psicologia. Estes contribuíram ao questionarem a compreensão de memória como uma capacidade mental preexistente, entendendo-a como emergente nos processos de significação e elaborada no contexto social (Braga, 1997).⁴

Para o enfoque histórico-cultural a memória humana é mediada pelas relações estabelecidas com a realidade, produto dos entrecruzamentos das experiências sociais, das condições do desenvolvimento histórico e social, das significações (Braga, 1997, 2006). Luria (1999) indaga-se sobre os efeitos que a memória e sua capacidade podem ter sobre a personalidade de uma pessoa, sobre as relações que estabelece com outras pessoas e, portanto, sobre sua constituição enquanto sujeito, pois essa perspectiva entende que a memória é constituidora das subjetividades, das relações humanas e do social. É um processo ativo de (re)construção das experiências, influenciando, desse modo, as informações de ordem ideológica, as configurações de valores (Braga, 2000).

De acordo com Pino (2006), a memória é uma função humana e lembrar é uma função da memória; é, portanto, um processo psicológico caracteristicamente humano e, portanto, é uma obra humana, social, e não da natureza (Vigotski, 1995; Pino, 2006).

Segundo Vigotski (2000), todo processo psicológico é social e foi uma relação entre pessoas antes de se tornar singular; nesse sentido, toda possibilidade psicológica é social e historicamente produzida. Ou seja, a memória é social e se constitui como processo psicológico pela apropriação de significações de experiências no decorrer da história humana (Vigotski, 1991). A memória coletiva, para Vigotski, abarca as memórias individuais, uma vez que as recordações individuais são envolvidas pelas noções e imagens dos meios sociais dos quais fazemos parte (Braga & Smolka, 2005).

De acordo com Smolka (2000), o discurso organiza e/ou institui recordações, constitui esquecimentos e lembranças se tornando um *locus* do público e do privado, da recordação partilhada, sendo, então, fundamental para a socialização da memória e das experiências por meio da linguagem. Esta é constitutiva da memória, remete a fatos, objetos, a imagens, cria modos de ação e de relação, ou seja, forja e (trans)forma a memória que se inscreve no discurso (Smolka, 2000).

Pino (2006) acrescenta que o esquecimento e a lembrança auxiliam na compreensão da história humana, visto que apontam para a impossibilidade de excluir desta o indesejável, uma vez que esquecer, para este autor, é “fazer de conta” que uma dada experiência não existiu, pois ela não pode ser apagada ou substituída.

A compreensão da memória na perspectiva do enfoque histórico-cultural em psicologia está ligada, portanto, à experiência. Esta, de acordo com a obra de Vigotski, media os processos de memória e determina a consciência, visto que para ser experiência esta deve ser significada (Vigotski, 1996). “Falar de experiência é falar de corpo/sujeito afetado pelo outro/signo. É falar da vida impregnada de sentido” (Smolka, 2006, p.125).

⁴ Braga (1997) afirma que o modo de entender a memória desse grupo difere do modo de compreensão de Bartlett e Halbwachs na medida que aqueles dão importância ao signo na constituição do sujeito.

A experiência, segundo Vigotski (1996), é social na medida em que esta se produz na relação com um outro, e também histórica, uma vez que, ao longo da história humana, transmite-se a experiência das gerações anteriores.

Mas aquilo que se institui como experiência se funda no vivido. Vivência⁵ enquanto acontecimento que, uma vez significado, uma vez objeto do discurso que o relembra, revive e reinventa, é alçado à condição de experiência. Geraldi (2006, p.12) afirma que “*Todo acontecimento que eu vivencio se transforma em uma experiência. Todo acontecimento que eu não vivencio, só vivo, não é experiência, é vivido. (...) Experiência é aquilo que ‘se nos passa’, que nos toca, que se passa em nós, que mexe em nós.*” Experiência e vivência, portanto, são entrelaçadas através de produções discursivas que se reinventam como memória na relação com outros discursos cuja origem e autoria nos escapam: são vozes várias a ecoar tempos, contextos e condições reinventados nos encontros com outros onde ao mesmo tempo as pessoas ali se reinventam.

Método

A oficina foco de análise foi intitulada ‘*Juntando supostos fragmentos e suas possibilidades de devir*’ e objetivou integrar as vivências estéticas e os sentidos experienciados ao longo do processo de formação estética de professores. Dessa oficina, selecionamos para análise a proposta da segunda atividade, o passeio, que consistiu numa retrospectiva geral das oficinas anteriores, momento em que as participantes socializaram lembranças em relação ao vivido e, de certa forma, foram convidadas a refletir sobre as atividades desenvolvidas.

A oficina aconteceu com a presença de sete professoras. Para o passeio estético os materiais e portfólios das oficinas anteriores foram distribuídos e organizados, na ordem cronológica em que foram propostos nos encontros, em duas salas de grupos do Serviço de Atendimento Psicológico (SAPSI) da Universidade Federal de Santa Catarina, local onde as oficinas foram realizadas.

Alguns materiais estavam dispostos de acordo com o local que ocuparam durante a oficina da qual fizeram parte. Como muitos foram produzidos ao longo de oficinas ou então se tratavam de cartões e cartazes, estes estavam dispostos de modo a serem visíveis, assim, estavam afixados nas paredes, dispostos sobre um biombo, no chão ou sobre mesas escolares.

A atividade se deu pela visitação de cenários que possibilitavam às pessoas lembrar suas vivências, que provocavam o deslocamento em relação ao supostamente experienciado e a expressarem o discurso sobre o vivenciado ou falarem sobre o que foi somente vivido. Esse discurso foi evocado pelos materiais expostos ou, então, em resposta à mediação das pesquisadoras que organizaram o curso de formação

⁵ De acordo com Fariñas León (1999), Vigotski é precursor de um novo pensamento que reflete sobre o lugar do conceito de vivência, sendo esta, para Vigotski, a unidade onde está representado o que a pessoa experimentou e as relações afetivas dela com o meio, suas habilidades cognitivas e sociais.

continuada, mediação essa que ocorreu por meio de perguntas como: ‘Eles estavam todos na parede, lembram?’, ‘O que a gente trabalhou aqui?’

O ‘passeio’ foi registrado em imagens com o auxílio de uma câmera digital móvel. Essas imagens foram assistidas várias vezes, o que permitiu identificar os cenários que mais mobilizaram as participantes e para os quais houve significativa produção discursiva. O cenário que suscitou a maior produção discursiva foi o referente à oficina 7, que objetivou a leitura corporal e a compreensão do corpo como signo⁶. O cenário da oficina 6, que tratava da palavra enquanto signo, capturou também o olhar das professoras e suscitou discursos sobre a prática pedagógica. Diante do cenário da oficina 5 houve a re-vivência do encontro. O cenário 4 evocou poucos e dispersos discursos. O cenário 3, por sua vez, evocou muitos discursos, mas esses eram fragmentados. O cenário 2 trouxe discursos sobre o ambiente da oficina, este colocado como produzido, elaborado com diferentes materiais que suscitavam outros significados. Já o cenário 1 suscitou poucos discursos sobre o vivido e muitos como: ‘Eu não lembro dessa impressão digital’, ‘O desenho a gente não viu’. São discursos sobre o não visto, o não lembrado e o passeio por esse cenário possibilitou o contato, por parte das professoras, com o material não significado.

Os discursos produzidos foram transcritos e analisados, buscando-se evidenciar como se (re)produziram na dialogia com outros discursos e as lembranças do processo de formação que, com a mediação daquele passeio e seus diferentes cenários, foram produzidos. Ao mesmo tempo, problematizou-se nas análises as situações ‘despercebidas’, os cenários que se constituíram como meros lugares de passagem e que não provocaram discursos. Para análise neste trabalho, foram destacados dizeres que exemplificam o (re)significar, o (re)conhecer, o lembrado, o vivido e o experienciado.

O caminho a ser percorrido é delimitado por almofadas e, ao seu lado, como paisagem aos que caminham, encontram-se cenários compostos com os materiais produzidos e/ou utilizados nas oficinas. Esses materiais foram afixados nas paredes e/ou distribuídos no chão, de modo a ocupar cada cenário o espaço relativo a meia parede de uma sala de aula convencional. O primeiro cenário diz respeito à primeira oficina e assim sucessivamente, sendo, conforme já mencionado, os participantes convidados a transitar cronologicamente por cada paisagem, acompanhados pelo coordenador.

O estudo dos discursos produzidos pelas professoras no passeio proposto se deu a partir da análise do discurso na perspectiva trabalhada por Bakhtin (2004), especificamente em sua teoria enunciativa. Segundo este autor, a linguagem é um fenômeno sócio-ideológico, e somente se compreendida assim pode ser analisada em sua complexidade. Deste modo, só pode ser apreendida em seu vínculo com a vida, com a materialidade social concreta, ou seja, no fluxo da história (Bakhtin, 2004), pois a língua é o constante movimento que segue a vida social e não uma petrificação desta

⁶ As oficinas são descritas detalhadamente em Maheirie e cols. (2006), enquanto as temáticas são revisadas e as atividades específicas são analisadas pormenorizadamente em Zanella (2006b), Maheirie (2006), Da Ros (2006), entre outros.

(Zanella, Werner & Sander, 2006). De acordo com Bakhtin (1993), o enunciado só se realiza quando se compreende a situação social que o provoca.

Ao referir-se aos aportes teórico-metodológicos bakhtinianos, Freitas (2005, p.98) afirma que podemos “pensar que o olhar extraposto a partir do qual [o autor] via a linguagem lhe permitiu valorizar o discurso múltiplo, dialógico, a compreensão de que todo discurso recolhe o discurso alheio”. De acordo com Bakhtin (2004), o produto do ato de fala, ou seja, a enunciação, não pode ser considerada como individual, uma vez que a enunciação é a interação de pelo menos duas enunciações, é diálogo, é de natureza social. Faraco (2006) citando Bakhtin (1984) afirma que o discurso é a língua em sua totalidade viva e concreta. Deste modo, a análise do discurso busca apreender a dimensão do outro na produção e leitura de um enunciado, assim como a relação dialógica que constitui o discurso, pois a significação e a direção dada à palavra é social e historicamente mutante. O discurso é sempre dirigido ao outro, e este, o interlocutor, participa de forma ativa na elaboração do dito e do não dito (Zanella & cols., 2006).

A compreensão das práticas discursivas na perspectiva bakhtiniana abrange as múltiplas vozes que as caracterizam, as intenções não necessariamente explicitadas, os subtextos, enfim, as condições materiais, expressas em signos, que as constroem, e não somente seus elementos formais e normativos, caracteristicamente ligados à lingüística tradicional (Zanella, Werner & Sander, 2006). Bakhtin (2004, p.95) destaca, nesse sentido, que “*Não são palavras o que pronunciamos ou escutamos, mas verdades ou mentiras, coisas boas ou más, importantes ou triviais, (...) a palavra está sempre carregada de um discurso ideológico e vivencial*”.

Resultados

A revisitação do cenário da sétima oficina mobilizou as professoras. Esta oficina foi intitulada ‘*Corpo em que se imprimem e se expressam histórias*’ e nela as participantes, divididas em pequenos grupos, foram convidadas a representar, a partir de uma imagem, cenas corporais através das quais se trabalhou a noção de corpo como signo e que, portanto, fala. A imagem consistia em uma gravura fotográfica onde se via uma moça sentada com as mãos no rosto e os cotovelos apoiados nas coxas; havia também uma menina em segundo plano, de costas, e próxima a ela um homem também sentado e com as palmas das mãos unidas a sua frente.

O contato com o cenário onde essa imagem se destacava foi a situação que mais produziu discursos, sendo esses também provocados pela pesquisadora que acompanhava o grupo e mediava o passeio.

Pesquisadora – “Vocês lembram esse dia?”

*Alice*⁷ – “Ahã. Todo mundo viu uma gravura e falou o que entendeu. Ela fez de conta que cada um tinha uma gravura (...)”

⁷ Todos os nomes aqui apresentados, das professoras participantes das oficinas, são fictícios.

Carla – “Que bárbaro pra se fazer com os alunos!”

Pesquisadora – “E foi bem interessante, né? E aí, o que que a Marlene estava dizendo que todo mundo viu?”

Marlene – “É, um velório, né? Que teve aquele... enterro”

Alice – “É, nós também. Acharmos que... tinha... alguém veio e deu uma notícia ruim... que já tava esperando, a mulher ali já sabia, a menininha foi consolar ali o cara...”

Berenice – “Nós já demos, né, (...) uma criança carente (...) é a nossa preocupação... O pai absorto nos seus problemas, a mãe (...)”

Pesquisadora – “E vocês lembram o que mais a gente fez naquele dia? Porque isso da história ficou bem marcante, né? (...) O que que a gente tava trabalhando nisso?”

Alice – “Ih, caramba... Tinha o ver, o ouvir...” (*apontando para os cenários já visitados e que tratavam respectivamente do ver e do ouvir*)

Pesquisadora – “(...) É bem isso: o ver, o ouvir, a palavra... (*apontando para os cenários já visitados e que tratavam desses temas*) E aqui?”

Eliane – “As emoções?”

Pesquisadora – “Vocês lembram a brincadeira que a gente fez?”

Várias – “Aaah!!!”

Alice – “Das mímicas, não?”

Marlene – “Dos bonequinhos de... de... de fantoche.”

Pesquisadora – “Isso... A gente trabalhou o corpo, a questão da leitura do corpo (...) ler o corpo e aí ler a emoção como tudo... (...) e aí trabalhamos a questão do corpo como signo.”

O que os discursos produzidos diante do cenário que relembra a oficina 7 nos revela? A partir das lembranças de Alice, Carla reconhece a riqueza da atividade realizada como uma possibilidade pedagógica quando afirma ser “(...) *bárbara para se fazer com os alunos*”. Sua fala sugere que ela fez uma relação entre a atividade realizada e sua prática docente, porém guardou essa relação para si, não a compartilhou naquele momento. Por que não o fez? Pode-se considerar que o mercado de trabalho foca a capacitação e o destaque individual como meio de crescimento e ascensão profissional. Desse modo, há que se considerar que essas professoras buscaram um curso de formação continuada com essas vozes permeando seus fazeres, e o não compartilhar de Carla sugere a presença dessa lógica.

Alguns outros discursos lembram o que viram, o que foi vivido no dia da atividade. Esses são pontuais e suscitam novos discursos sobre o visto. Outros dizeres são provocados pelas perguntas da pesquisadora e se apresentam como respostas à atividade de leitura de imagem. Essas perguntas, portanto, suscitam lembranças, produzem discursos. Percebe-se, no entanto, que as lembranças não são sobre o objetivo da atividade, sobre a intencionalidade teórica que orientou a proposição da oficina, sobre a leitura do corpo enquanto signo. Alice e Eliane tateiam em busca de respostas às perguntas que as provocam, mas o que emerge são lembranças do vivido que deixaram escapar as reflexões teóricas pretendidas, necessárias à emergência de

outra relação com a atividade proposta. Reflexões necessárias à transcendência do vivido à condição de experiência.

Na sexta oficina, intitulada ‘*Palavras que inscrevem, escrevem e descrevem sujeitos*’, foram lidas a clássica história infantil ‘*A galinha vermelha*’ e o livro ‘*A galinha xadrez*’, de autoria de Rogério de Stacchini Terezza (1996) e que consiste em uma releitura e recriação da história clássica. A partir dessas leituras, as professoras foram convidadas a empreender o mesmo movimento de releitura e recriação de uma história infantil e, com suas produções, a refletir a respeito do signo lingüístico e de sua influência na constituição da realidade. Durante o passeio, o cenário deste encontro apresentava as histórias lidas e as histórias produzidas pelas professoras. Essas se detiveram por dois minutos e trinta segundos lendo os materiais e conversando a respeito do vivido e da prática pedagógica, tempo esse relativamente longo considerando o tempo em que se dedicavam a admirar os outros cenários. Apesar disso, poucos discursos foram produzidos sobre a atividade realizada, e estes eram denotativos, como: ‘*Ah! O nosso desenho é aquele!*’ (*Berenice*), ou referentes às práticas pedagógicas. Pode-se afirmar que as professoras foram capturadas pela palavra cotidianamente utilizada por elas como ferramenta e objeto de ensino.

Intitulada como ‘*Sons, ritmos e tons: possibilidades acústicas daqui e dacolá*’, a oficina de número cinco trabalhou a temática do ouvir através do (des)conforto na escuta de ritmos e estilos musicais variados, o que foi feito concomitantemente à exploração e produção de sons por meio de diversos tipos de papel. O cenário dessa atividade, reproduzido para o ‘passeio’, expunha os vários tipos de papel utilizados e um aparelho de som. Diante do cenário a re-vivência da atividade ficou evidente nos discursos, principalmente por parte de Marlene que, por meio de uma memória cinestésica/acústica, re-viveu a experiência estética que a escuta de uma determinada música provocou:

Pesquisadora – “E esse aqui, vocês lembram?”

Fernanda – “Ahã.”

Marlene – “Esse eu lembro. Já olhei e já me deu até um arrepio. É aquela da música...”

Pesquisadora – “Ah... Da música! Deixa até eu colocar, a gente trouxe de novo pra vocês escutarem.”

Carla – “Eu lembro que tinha uma música que eu não queria ouvir...” (*afasta-se*)

Pesquisadora – “Qual música que te arrepia Marlene?”

Marlene – “Aquela música que ela, ela tinha... Tinha um ritmo e ela misturava com outro, aquela que deu uma sensação, assim, de... Me trouxe lembranças de momentos, assim, horríveis da minha vida. (...) Eu não consegui nem ficar com o papel que eu tinha na mão. Até aquilo estava me incomodando! Estava... Foi assim bem... Espero nunca mais ouvir aquela música, bota uma melhorzinha. (riso)” (*afasta-se e fica conversando com Berenice, as demais professoras ouvem partes de músicas*)

Marlene expressa o desconforto sentido e vivenciado no momento da oficina e, pela sua expressão e por sua produção discursiva, re-vive as sensações daquele dia.

Marlene viveu, sentiu e significou essa oficina. Esta consistiu uma experiência e Marlene, ao rever o cenário, sente um arrepio, pois este é signo que media sua lembrança do vivenciado, ali revivido, reinventado.

Carla diz *'que tinha uma música que não queria ouvir'*, mas não fala sobre as sensações e impressões que possa ter sentido/tido, parece não ter refletido sobre o porquê do incômodo. Parece que naquele dia, naquela atividade, viveu, não vivenciou e tampouco experienciou. Fernanda responde à pergunta da pesquisadora com um *'ahã'* e as demais professoras não se expressam. Esse não dizer sugere que as músicas foram ouvidas, algumas consideradas estranhas outras não, mas não significaram e, provavelmente, não fizeram sentido, não foram relacionadas com os papéis que manuseavam.

Nesse cenário, as respostas às perguntas da pesquisadora também suscitam lembranças fragmentadas sobre a atividade, não discursos sobre a temática trabalhada e os objetivos da oficina.

Pesquisadora – “E vocês lembram que no final, daí, a gente fez uma...”

Alice – “(...) vários papéis. De todas, de texturas diferentes...”

Pesquisadora – “(...) a gente fez uma orquestra de papel.”

Fernanda – “Ah... Foi legal!”

Pesquisadora – “Foi, foi, foi gostoso...”

Berenice – “Tem muito caminho pela frente?”

Pesquisadora – “Tem bastante... Tem alguns ainda.”

São lembranças fragmentadas sobre o que foi realizado e, depois de provocadas pela pesquisadora, Berenice pergunta se *“Tem muito caminho pela frente?”*. Expressa incômodo, o desejo de seguir em frente, ver o que mais há para ver e, ao que parece, não se envolver. Passeio em seu caso é simplesmente passar pelos lugares. Mas que pressa é essa? É uma pressa porque ela também se mobilizou diante do cenário, mas, ao contrário de Marlene, não quer falar sobre o vivido? Ou é uma pressa em razão de outros motivos? Será que o que a trouxe ali foi a necessidade de ter mais um certificado de conclusão de curso emoldurado na parede? Pode também a atividade ter sido considerada enfadonha, e aí cabe problematizar: que relações Berenice estabelece com a vida, com os outros? Que relações estabeleceu naquele contexto, com aquelas pessoas, cenários e atividades?

Destaca Peixoto (1988) que contemporaneamente o indivíduo é como um passageiro metropolitano que passa rapidamente e em movimento permanente, sendo que, quanto mais rápido ele passa, mais achatadas e menos profundidade as paisagens têm. Para este autor, os habitantes e as cidades passam por um processo de superficialização que determina tanto o modo de olhar quanto o modo com que as coisas se apresentam. Serão relações sem profundidade que Berenice estabeleceu? Como o curso se apresentou para ela e como ela o percebeu?

A oficina quatro, intitulada *“Olhar estético: serão os olhos a ‘Janela da alma’?”*, visou refletir a respeito da constituição social e histórica do olhar. Nessa oficina, coordenada por um artista plástico, a discussão foi mediada pela produção e análise de desenhos e do questionamento sobre a cristalização de traços. A oficina foi rica e

suscitou relevantes reflexões a exemplo do que aconteceu com acadêmicos de Psicologia que passaram por experiência semelhante (Reis, Zanella, França & Ros, 2004). Entretanto, o cenário relativo a esse encontro em que estavam expostos os desenhos produzidos não engendrou memórias discursivas do vivido. Duas professoras expressaram discursos rápidos e superficiais a respeito:

Alice – “Você (pesquisadora) não estava.”

Pesquisadora – “Eu que não estava. E como é que foi?”

Alice – “Foi ótimo.”

Berenice – “A nossa figura aqui. Ah meu Deus...”

Lembranças do vivido, das pessoas, das ausências; registro de algo agradável, mas nenhum outro dizer foi naquele momento proferido que pudesse indicar algum possível eco, que pudesse transcender o vivido ao nível de experiência e, portanto, significativo para situações outras.

Na oficina três, intitulada “*Memórias e histórias: as experiências estéticas na constituição da educadora*”, buscou-se trabalhar e refletir sobre a formação estética de professores. Cada educadora trouxe um objeto que representasse alguma memória docente ou acadêmica. Num segundo momento, elas foram convidadas a se estetizarem com roupas e adereços, visando representar o que julgavam ser e, depois, tomando emprestados objetos de colegas, o que desejariam ser.

O cenário do passeio apresentava alguns objetos disponibilizados e utilizados pelas professoras nas atividades; todos tinham como suporte um biombo, também utilizado na oficina. Esse cenário suscitou os seguintes discursos:

Pesquisadora – “(...) Lembra desse dia!?”

(risos)

Alice – “Lembro... ahã... O chapéu dela, a peruca da outra”

Eliane – “O chapéu era dela”

Carla – “Aquele chapéu vermelho eu não lembro”

Eliane – “O chapéu com laço, a peruca da... da... o microfone...”

Marlene – “Ah! O boné que ela usou, né?”

Alice – “O chapéu todo mundo queria”

Pesquisadora – “O que que nesse dia a gente... Vocês lembram...”

Carla – “Aquele dia eu fotografei um monte!”

No entanto, a produção discursiva suscitada por esse cenário, como se pode perceber, foi fragmentada. Não há discursos sobre o tema trabalhado e sim sobre os objetos que cada uma escolheu. Lembrar do objeto escolhido por si ou pelas colegas, e das relações ali estabelecidas sugere que as imagens de si e dos seus desejos de vir a ser não significaram, uma vez que não são proferidos, não revividos. As produções discursivas foram vagas, desconexas, ainda que na relação com o discurso da outra algum sentido tenha sido ali produzido.

Essa oficina, de acordo com Maheirie et. al (2006), tendo como base entrevistas realizadas com as professoras depois do término do curso de formação, foi percebida pelas professoras como a mais significativa do curso de formação. Curioso isso, o que de

certa forma relativiza o próprio olhar que ora tecemos sobre o dito e o não dito, sobre os discursos desconexos. Porém, mesmo quando provocadas pela pesquisadora, o discurso permanece fragmentado e não relacionado com os objetivos ou o tema trabalhado:

Pesquisadora – “Lembram desse dia que a gente trabalhou, né? (...) E o que mais que a gente fez no começo (...) antes de vocês representarem, de vocês se vestirem... Vocês lembram?”

Eliane – “Tinha os objetos, né? Da... objetos da...”

Carla – “Da nossa vida pessoal...”

Eliane – “Da nossa memória...”

Se esta foi a oficina mais significativa, por que o cenário que lhes foi oferecido nesse passeio estético não provocou discursos sobre o vivido? Há não ditos? As professoras parecem lembrar da oficina, lembram de detalhes (de quem era o boné, quem o usou, etc.), mas não das relações estabelecidas com aqueles objetos e os significados que supostamente teriam sido atribuídos a eles. Isso sugere que não ficou claro o objetivo da oficina, as reflexões que as atividades pretendiam provocar e, assim, não há o que ser dito além de enunciados vagos, fragmentados. Também se pode afirmar que seus desejos de vir a ser não se tornaram projetos de vir a ser, que talvez tenham cumprido a solicitação da atividade, mas sem uma reflexão sobre suas práticas cotidianas, sejam pedagógicas ou não. Deste modo, a atividade não significaria, não seria experienciada, nem vivenciada. O que impediu tal movimento? O que as impede de questionar, de agir como desejam, quais são as vozes que dizem não? Quais discursos foram tornados próprios e quais relações dialógicas essas professoras engendram com os discursos sociais?

Intitulado “*Vidas de professoras(es): o trajeto pedagógico*”, o encontro dois, a partir do texto de Ziraldo “*Professora Maluquinha*”, trabalhou a identificação de características pessoais e da prática pedagógica semelhantes e diferentes das professoras com a protagonista do texto. O cenário visitado apresentava a imagem da Professora Maluquinha fixada na parede.

Pesquisadora – “O outro encontro nosso foi esse aqui, oh...”

Carla – “Esse eu lembro”

Pesquisadora – “É? O que foi significativo? Vocês lembram?”

Carla – “Assim, aquela televisão com um espelho, bem interessante, né? E a sala tava produzida, assim, com um monte de... de... de sucata em volta, assim, na televisão, né? (...) as coisas tendo outro significado, né? (...) e a Professora Maluquinha. E foi bem legal ouvir a história por que assim, a gente ficou bem à vontade, deitada e tal. E depois a gente fez os trabalhos em cima dele (da história). Com o que que a gente se identificava e o que a gente faz (...)”

Marlene – “A partir desse dia eu comecei a fazer a chamada diferente... (risos)”

Pesquisadora – “Ah é?”

(Troca de experiências pedagógicas)

Com a mediação da pesquisadora, Carla descreve, re-apresenta o ambiente onde foi realizada a oficina. Ela amplia o cenário visitado resgatando o contexto da oficina tal

como originalmente produzido, do que experienciou. Pode-se afirmar que esse cenário e o que ali foi vivido foi significativo. Ela afirma que os objetos presentes no ambiente tinham outro significado, mas que significado era esse? Foi um significado que ela construiu?

Carla, em seu discurso, descreve também as atividades realizadas e vai além, fala sobre como se sentiu, como foram para ela aquelas atividades. Ela diz sobre suas sensações, sobre como seu corpo estava naquela oficina. Percebe-se um envolvimento com as atividades realizadas. Qual o motivo desse envolvimento? Essas atividades eram relacionadas ao pedagógico e à prática docente. Isso sugere que o que tem relação com o cotidiano faz sentido mais facilmente e, portanto, atividades como essa são significadas e valoradas, a exemplo das trocas pedagógicas feitas diante do cenário da sexta oficina que tratava da palavra.

Marlene conta sobre a mudança em sua prática pedagógica a partir daquela oficina. Ela percebe possibilidades e as projeta em sua vida. Há produção a partir do que foi trabalhado, deste modo, o discurso mostra que participar daquela atividade produziu um efeito na prática docente.

A primeira oficina teve objetivos de sistematização e de estabelecimento de contratos de trabalho, bem como a autorização à filmagem das atividades e consentimento de participação da pesquisa. O cenário desse encontro apresentava gravuras, cartazes, textos que, juntamente com o material explicativo da proposta do curso de formação continuada, foram expostos no cenário do passeio. Estes elementos do cenário não foram lembrados pelas participantes que, no momento do passeio, entraram em contato com eles, os contemplaram e os leram.

Eliane – “Desse texto... Eu não me lembro desse texto aqui...”

Pesquisadora – “Isso aí a gente colocou como transparência, lembra? Pra explicar mais ou menos o que a gente ia trabalhar...”

Várias participantes – “Hmmm...”

Carla – “Eu não lembro dessa impressão digital”

Alice – “Também não”

Carla – “O desenho a gente não viu...”

Pesquisadora – “Tava na parede também”

Alice – “Hmmm...”

Os discursos produzidos sobre esse encontro afirmam a não lembrança daqueles materiais. Por que não foram lembrados? Segundo os discursos, por não terem sido vistos. Mas que olhar é esse que não tateia um ambiente estranho? Que olhar é esse que não ousa descobrir, que prefere ficar na inércia do lugar da segurança? Que educação recebeu esse olhar e a quem interessa que formadoras o (re)produzam? Ampliar as possibilidades de perceber e ler o mundo realmente era necessário para esse grupo de professoras. Retomando Peixoto (1988), questiona-se a que velocidade essas professoras estavam e passaram para que no primeiro dia do curso todo o ambiente fosse visto achatado, plano, sem profundidade. O que buscavam naquele encontro? O que viam, o que ouviam, o que sentiam? O que as levou a perceberem o contexto desse modo? Em seus discursos a respeito da oficina elas não acrescentam lembranças sobre o que foi

trabalhado naquele dia, sobre os compromissos e combinados assumidos, nem sobre a proposta do curso de formação que foi apresentada. Mais uma vez: o que elas buscavam? Importava o objetivo ou a temática do curso? O que será que foi vivenciado e experimentado num curso cuja proposta não é lembrada?

Conclusões

O transitar pelos cenários das vivências de formação continuada foi utilizado, nesta pesquisa, como dispositivo a provocar novos olhares e uma memória discursiva. O passeio, porém, não foi suficiente para produzir as lembranças esperadas – a (re)produção discursiva dos objetivos das oficinas propostas, as reflexões teóricas pretendidas. Fez-se necessária a mediação do discurso de um outro, uma das proponentes das oficinas, co-produtora do discurso teórico proposto e que aparentemente não foi apropriado.

A memória discursiva evocada com os cenários e as perguntas, quando emergiu, foi fragmentada, ou então visceral, como no caso de uma das professoras que sequer pôde pensar na possibilidade de voltar a ouvir uma determinada música. Vivido no corpo cuja imagem engendrou a re-vivência. É possível dizer que, de modo geral, as professoras estabeleceram relações entre o visto e o vivido diante dos cenários que evocam imagens do processo de formação continuada. Estas relações são, em sua grande maioria, relacionadas às práticas pedagógicas cotidianas. O pedagógico traz a memória da prática, ou seja, o pedagógico é o dispositivo e o investimento no pedagógico é a preocupação das professoras.

Entretanto, a oportunidade do curso de formação parece não significar um momento que venha ao encontro dessas preocupações, pois o foco não era a prática docente, mas sim as vivências e experiências estéticas. A busca das professoras era por dicas de como “ensinar melhor”, busca compreendida posto que remete à lógica social que preza por um investimento de retorno direto e imediato, preferencialmente que não exija a reflexão e a ampliação do ver, do sentir, do ouvir, que não invista na compreensão da expressão corporal e sim na instrumentalização deste para o trabalho e a produção. Isso é corroborado ao perceber-se que a memória se apresenta em atividades que envolvem leitura e escrita, “ferramentas” do trabalho educacional, que são significadas e (re)lembradas.

Percebe-se também que os discursos são mais presentes nas últimas oficinas, ou seja, as mais recentes ao passeio. Entretanto, tanto esses discursos quanto os produzidos frente aos cenários das oficinas mais antigas, apresentam-se fragmentados, uma vez que falam das atividades e dos ambientes das oficinas, mas não se reportam aos objetivos e aos aspectos teóricos destas. Por que isso aconteceu? Difícil responder, porém é importante refletir sobre a proposta do curso e sua efetividade. Ainda que essa seja uma tarefa para outro momento, arriscamos afirmar a necessidade de um maior esclarecimento das professoras sobre os objetivos pretendidos com as vivências para que estas e seus objetivos sejam compreendidos e significados, ou seja, que se objetivem em memórias discursivas a possibilitar um processo contínuo de reflexão e reinvenção de novos saberes e fazeres na prática educacional.

Referências

- Bakhtin, M. (1993). La construcción de la enunciación. Em: A. Silvestri & G. Blanck (Orgs.), *Bajtín y Vigotski: la organizacion semiótica de la conciencia* (pp.245-277). Barcelona: Anthropos.
- Bakhtin, M. (2004). *Marxismo e filosofia da linguagem* (11ª ed.). São Paulo: Hucitec,.
- Bosi, E. (1994). *Memória e sociedade: lembranças de velhos* (3ª ed.). São Paulo: Companhia das Letras.
- Braga, E. dos S. (1997) Vídeo, escrita, leituras, recordações: cultura e memória na sala de aula. Em: M. C. R. Góes & A. L. B. Smolka (Orgs.), *A significação nos espaços educacionais: interação social e subjetivação* (pp.87-109). Campinas: Papirus.
- Braga, E. dos S. (2000). *A constiuição social da memória: uma perspectiva histórico-cultural*. Ijuí: Ed.UNIJUÍ, Coleção Educação.
- Braga, E. dos S. (2006). Apontamentos sobre a memória de futuro. Em: S. Z. da Ros, K. Maheirie & A.V. Zanella (Orgs.) *Relações estéticas, atividade criadora e imaginação: sujeitos e (em) experiência* (pp.177-193). Florianópolis: NUP/CED/UFSC, Coleção Cadernos CED, v.11.
- Braga, E. dos S., & Smolka, A. L. B. (2005). Memória, imaginação e subjetividade: imagens do outro, imagens de si. *Horizontes*, 23(1), 19-28.
- Chnaiderman, M. (2003). Esfarelando tempos não ensimesmados. *Ágora*, 6, 235-250.
- Ros, S. Z. da (2006). Imagem, discursos e dialogismo: questões metodológicas. Em: S. Z. da Ros, K. Maheirie, & A.V. Zanella (Orgs.) *Relações estéticas, atividade criadora e imaginação: sujeitos e (em) experiência* (pp.221-238). Florianópolis: NUP/CED/UFSC, Coleção Cadernos CED, 11.
- Faraco, C. A. (2006). *Linguagens e diálogo: as idéias lingüísticas do Círculo de Bakhtin* (2ª ed.). Curitiba: Criar.
- Fariñas León, G. (1999). Acerca del concepto de vivencia en el enfoque histórico-cultural. *Revista Cubana de Psicología*, 16 (3), 222-226.
- Fornazari, S. K. (2004). O bergsonismo de Gilles Deleuze. *Trans/Form/Ação*, 27(2), 31-50.
- Freitas, M. T. de A. (2005). Sites construídos por adolescentes: novos espaços de leitura/escrita e subjetivação. *Caderno Cedes*, 25(65), 87-101.
- Geraldí, J. W. (2006). *Curso sobre estética em Bakhtin*, ministrado para alunos do Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina. Transcrição não publicada.
- Helene, A. F., & Gilberto, F. X. (2003). A construção da atenção a partir da memória. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 25(Supl II), 12-20.
- Lispector, C. (1973). *Água Viva* (2.ª ed.). Rio de Janeiro: Artenova.
- Luria, A. R. (1986). *Pensamento e linguagem: as últimas conferências de Luria*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Luria, A. R. (1999). *A mente e a memória: um pequeno livro sobre uma vasta memória* (C.Berliner, Trad.). São Paulo: Martins Fontes.
- Maheirie, A. K. (2006). Subjetividade e temporalidade: a atividade criadora em objetivações discursivas. Em: S. Z. da Ros, K. Maheirie & A.V. Zanella (Orgs.), *Relações estéticas, atividade criadora e imaginação: sujeitos e (em) experiência*. (pp.145-155). Florianópolis: NUP/CED/UFSC, Coleção Cadernos CED, 11.
- Maheirie, K., & cols. (2006). O desenho de uma proposta de formação continuada de

- professores com oficinas estéticas. Em: S. Z. da Ros, K. Maheirie & A.V. Zanella (Orgs.), *Relações estéticas, atividade criadora e imaginação: sujeitos e (em) experiência* (pp.239-254). Florianópolis: NUP/CED/UFSC, Coleção Cadernos CED, 11.
- Peixoto, N. B. (1988). O olhar estrangeiro. Em: A. Novaes (Org.), *O olhar* (pp.361-365). São Paulo: Companhia das Letras.
- Pino, A. (2006). Construindo a memória. Em: L. Schlindwein & A. Pino (Orgs.), *Estudos sobre estética e pesquisa na formação de professores* (pp.81-93). Itajaí/SC: Ed. da UNIVALI/Ed. Maria do Cais.
- Reis, A. C. dos, Zanella, A. V., França, K. B., & Ros, S. Z. da (2004). Mediação pedagógica: reflexões sobre o olhar estético em contexto de escolarização formal. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 17(1), 51-60.
- Sacks, O. W. (1995). *Um antropólogo em Marte: sete histórias paradoxais* (B. Carvalho, Trad.). São Paulo: Companhia das letras.
- Smolk, A. L. B. (2000). A memória em questão: uma perspectiva histórico-cultural. *Educação e Sociedade*, 21(71), 166-193.
- Smolka, A. L. B. (2006). Experiência e discurso como lugares de memória. Em: S. Z. da Ros, K. Maheirie & A.V. Zanella (Orgs.), *Relações estéticas, atividade criadora e imaginação: sujeitos e (em) experiência* (pp.117-130). Florianópolis: NUP/CED/UFSC, Coleção Cadernos CED, 11.
- Terezza, R. de S. (1996). *A Galinha Xadrez*. São Paulo: Brinque-Book.
- Vigotski, L. S. (1990). *La imaginación y el arte na infancia*. Madrid: AKAL.
- Vigotski, L. S. (1991). *A formação social da mente* (2ª ed.). (J.L Camargo, Trad.). São Paulo: Martins Fontes.
- Vigotski, L.S. (1995). *Obras escogidas III: problemas del desarrollo de la psique*. Madrid: Visor Distribuciones.
- Vigotski, L. S. (1996). *Teoria e método em Psicologia*. São Paulo: Martins Fontes.
- Vigotski, L. S. (2000). Manuscrito de 1929. *Educação e sociedade*, XXI, 71, 21-44.
- Zanella, A. V. (2006a). Sobre olhos, olhares e seu processo de (re)produção. Em: L. H. C. Lenzi, S. Z. da Ros, A. M. A. de Souza & M. M. Gonçalves (Orgs.), *Imagem: intervenção e pesquisa* (pp.139-150). Florianópolis: Editora da UFSC: NUP/CED/UFSC.
- Zanella, A. V. (2006b). “Pode até ser flor se flor parece a quem o diga”: reflexões sobre Educação Estética e o processo de constituição do sujeito. Em: S. Z. da Ros, K. Maheirie & A.V. Zanella (Orgs.), *Relações estéticas, atividade criadora e imaginação: sujeitos e (em) experiência*. (pp.33-48). Florianópolis: NUP/CED/UFSC, Coleção Cadernos CED, v.11.
- Zanella, A. V., Werner, F. W., & Sander, L. (2006) Discursos em movimento e o movimento dos discursos: a criatividade como foco em um contexto de formação continuada de professores. Em: L. Schlindwein & A. Pino (Orgs.), *Estudos sobre estética e pesquisa na formação de professores* (pp.167-183). Itajaí/SC: Editora da UNIVALI/Ed. Maria do Cais.

Recebido em dezembro de 2007

Aceito em maio de 2008

Lucilene Sander: acadêmica da graduação do curso de Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina; bolsista do Programa PIBIC/CNPq -BIP/UFSC 2006/2007.

Andréa Vieira Zanella: mestre e doutora em Psicologia da Educação (PUC-SP); professora do Departamento e do Programa de Pós-Graduação de Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina e bolsista em produtividade do CNPq.

Endereço para contato: lucilene.sander@yahoo.com.br

Estudo preliminar para a construção de uma escala de agressividade para universitários

Fermino Fernandes Sisto

Daniel Bartholomeu

Acácia Aparecida Angeli dos Santos

Fabián Javier Marín Rueda

Adriana Cristina Boulhoça Suehiro

Resumo: Esta pesquisa teve como objetivo analisar fatorialmente dois instrumentos para mensurar agressividade. Foram estudados 445 alunos, de ambos os sexos, dos cursos de Engenharia e Psicologia. A construção dos itens da escala para captar a agressividade em universitários teve como base critérios do CID-10 e DSM-IV. Os itens para a escala masculina foram separados da escala feminina por meio de uma análise do funcionamento diferencial dos itens. O estudo fatorial foi realizado separadamente por sexo, por meio de análise por componentes principais, com rotação Varimax. Na escala feminina foram encontrados três fatores e na masculina quatro, sendo os fatores condutas anti-sociais e condutas manipuladoras semelhantes em ambas as escalas e o fator irritabilidade característico da escala feminina e os fatores irresponsabilidade e negligência da escala masculina. A precisão por consistência interna forneceu índices, na maior parte, bons

Palavras-chave: comportamentos agressivos; ensino superior; avaliação psicológica.

Preliminary study to the construction of an Agressivety Scale for College students

Abstract: This study aimed to factorially analyze two tests to measure aggressiveness. Protocols of both sexes 445 students, attending at the courses of Engineering and Psychology of a private university of a city of the interior of the state of São Paulo were studied. In this research the criteria of the CID-10 and DSM-IV were used as base for the construction of a scale to assess the aggressiveness. The items of the male scale were separated from the female scale by means of an analysis of the items differential functioning, and they were analyzed using the principal components analysis with varimax rotation, The female scale showed three factors and the male ones presented four, being the antisocial and manipulative behaviors common of both scales, irritability factor characterized the female scale, and irresponsibility and neglected behaviors characterized the male scale. The reliability measured by internal consistence were predominantly good.

Keywords: aggressive behaviors; higher education; psychological assessment.

Introdução

O termo agressividade confunde-se, não só no linguajar coloquial, mas também na ciência, com o termo violência. Assim, muitos estudos que tratam sobre o tema, aparentemente evidenciam essa indiferenciação entre os dois termos, chegando por

vezes a utilizá-los para indicar um único fenômeno, o que indicaria falta de consenso quanto ao significado de agressividade (Grisci, 1991; Moreira, 1982; Sisto, 2003, 2005; Sisto & Bazi, 2000).

A agressividade há muito vem sendo objeto de estudo da psicologia, embora seja ainda incipiente a preocupação em diferenciar o comportamento agressivo como uma energia positiva, que conduz o indivíduo na busca de soluções para seus problemas, de uma energia que redunde em alguma manifestação hostil seja bastante relevante. As pesquisas sobre o tema priorizam aspectos relacionados a ações hostis e destrutivas, enquanto poucos pesquisadores o investigaram sob a perspectiva de atividades voltadas, por exemplo, para o mundo exterior e à afirmação de si (Aquino, 1996; Fedeli, 1997). Como lembram Morais (1995) e Dadoun (1998), alguns autores como Wundt, James e Mc Dougall consideravam a agressividade como um instinto primitivo atrelado à sobrevivência da espécie, estreitamente ligado à nutrição.

Na literatura sobre o tema encontraram-se estudos sobre uma ampla gama de aspectos concernentes à agressividade. Grisci (1991) investigou associações entre acidentes de trânsito e agressividade. A busca por influências de filmes considerados violentos sobre o comportamento de crianças, adolescentes e mesmo de adultos também caracterizou algumas pesquisas encontradas como as de Gomide, (2000) e Costa e Romanowski (1980). Foram encontradas também pesquisas que abordaram a agressividade do ponto de vista dos protagonistas e/ou das vítimas das agressões (Schraiber, D'Oliveira, França-Júnior & Pinho, 2002). Noutra perspectiva, algumas investigações verificaram a faixa etária em que se encontrava o sujeito ou a vítima de agressões (Araújo, 2002; Lordelo, Bastos & Alcântara, 2002; Meneguel, Giugliani & Falceto, 2000). Finalmente, alguns autores analisaram os efeitos da banalização da violência sobre a sociabilidade de alunos (Abramovay, Rua, Waiselfisz & Andrade, 1999; Córdia, 1997; Meneghel & cols., 2000).

É importante destacar que a agressividade tem sido mais freqüentemente abordada no âmbito escolar, com um enfoque maior na violência tanto no cenário nacional como internacional (Sisto, 2003, 2005). A esse respeito, Spósito (2001) verificou que no Brasil, de 1980 a 1998, somente nove trabalhos de pós-graduação entre mestrados e doutorados, de um total de 8667 realizados, focalizaram a violência na escola. Isso indica uma enorme lacuna na literatura nacional no que tange a esse tema.

Estudando as situações comumente encontradas por professores nas escolas, Codo (1999) constatou que as depredações, furtos ou roubos em relação à escola, agressões físicas entre alunos e as agressões de alunos contra professores foram as que apresentaram maior prevalência. Corroborando este resultado, Tavares (1999) verificou que os episódios de violência na escola e os maiores índices de agressões foram contra a pessoa (professor e aluno), e incluíam lesões corporais, roubo (carros, dinheiro), brigas e invasões no espaço escolar.

Por sua vez, Camacho (2000) concluiu que os alunos de escolas de elite caracterizam-se por práticas de agressão, sobretudo verbais, realizadas em sala de aula e de maneira dissimulada, sendo que os negros, gordos, 'feios', e os suspeitos de homossexualidade foram os principais focos de tais agressões. Já os alunos de escolas públicas, manifestavam agressões verbais e físicas, em sua maioria, no horário do

intervalo das aulas, sendo que os autores de tais condutas caracterizaram-se predominantemente por grupos com diferentes estilos e membros de gangues que se agrupavam para executar tais atos. Os resultados obtidos por Maldonado e Williams (2005) com meninos de escolas públicas localizadas em bairros considerados violentos em cidade do interior de São Paulo apontaram que a ocorrência de violência doméstica é mais freqüente e severa no grupo de crianças agressivas previamente identificadas como agressivas pelas professoras. As diferenças identificadas, entretanto, não foram tão acentuadas como seria esperado.

Ainda, Sisto (2003) utilizou o Teste Sociométrico para identificar se crianças rejeitadas percebiam-se como agressivas, utilizando, para isso, a Escala de Agressividade para Crianças e Jovens (Sisto & Bazi, 2000) que focaliza as situações familiar, escolar e geral. Dentre os resultados verificou-se que as meninas agressivas foram mais aceitas que os meninos. Observou-se também que as crianças mais velhas são mais agressivas, dada a correlação da agressividade com a idade. Os estudantes mais aceitos relataram menos comportamentos agressivos em situação escolar e no geral que os rejeitados, o que foi corroborado também pela análise de grupos extremos em relação à aceitação-rejeição. Entretanto, os coeficientes de correlação entre as medidas foram baixos, indicando que nem todas as crianças agressivas são rejeitadas.

Poucos estudos que objetivaram a construção e investigação das qualidades psicométricas de instrumentos para avaliar a agressividade foram recuperados em diferentes bases de dados. No entanto, alguns dos trabalhos encontrados merecem destaque entre os que foram desenvolvidos no exterior e também aqueles identificados no Brasil.

Investigando a validade de medidas de aprendizagem social para crianças agressivas por meio do procedimento multitraço-multimétodo de Campbell, Waksman (1978) constatou que as categorias de queixar-se, chorar e destrutividade forneceram evidência de validade convergente. Por sua vez, Bakker, Bakker e Breit (1978) desenvolveram um inventário de avaliação da assertividade-agressividade. O instrumento consistia de itens de auto-relato e mostrou correlações entre a agressividade, o nível de ocupação e o desempenho escolar, o que não foi observado na medida de assertividade.

Interessados em construir uma escala multidimensional de agressão para crianças pré-escolares, Abramson, Abramson, Wohlford e Berger (1974) analisaram as respostas de crianças a um questionário composto de uma entrevista estruturada que mensurava três dimensões de agressão quais sejam, intensidade, agente e direção. A correlação de Spearman obtida com um sistema de pontuação equivalente foi de 0,92, enquanto a precisão entre avaliadores foi de 0,83. Buss e Perry (1992) construíram um questionário de agressão para crianças, cuja análise fatorial forneceu quatro escalas, a saber: agressão física, verbal, raiva e hostilidade. Os autores concluíram que a raiva seria a ponte entre os demais tipos de comportamentos agressivos. As escalas mostraram consistência interna por alfa de *Cronbach* e estabilidade temporal satisfatórias. Sugeriram também que a agressividade não seja avaliada somente de forma geral, mas em seus componentes específicos.

Por sua vez, Rani (1994) desenvolveu medidas de expressão da agressão com mulheres indianas, abrangendo desde a infância até a velhice. Foram gerados 25 itens

que foram agrupados pela análise fatorial em três fatores, agressão direta, indireta e agressão verbal. O instrumento apresentou ainda precisão por teste-reteste adequada.

Também Choyowski (1995) ocupou-se com o desenvolvimento de um inventário para mensurar agressividade como um traço de personalidade em adolescentes por meio da análise fatorial. As análises foram feitas com base nas respostas de adolescentes de ambos os sexos de escolas secundárias da Cidade do México e forneceram 13 escalas. A análise fatorial de segunda ordem resultou em 4 grandes fatores. O primeiro fator informava a respeito de não conformidade, agressão verbal, negativismo e crueldade e foi denominado *rebeldia*. O segundo, *agressividade espontânea* consistiu de fatores que incluíam agressão física, audácia, desonestidade e agressão explícita. O terceiro grande fator foi *intra-agressividade* e abarcou as subescalas de auto-agressão, ressentimento e desonestidade. Finalmente, *irritabilidade*, consistia de escalas de autocontrole. Os quatro fatores explicaram 64,75% da variância total.

No Brasil, Sisto e Bazi (2000) construíram uma escala de agressividade para crianças e jovens por meio da análise fatorial por componentes principais. Os resultados obtidos apontaram para uma estrutura de dois fatores, um referente à agressividade em situação escolar e outra na situação familiar. A soma das pontuações dessas duas subescalas fornece uma medida de agressividade geral. Esse instrumento possui 16 itens, sendo oito para a escala referente a agressividade escolar e oito para a familiar. Os valores de alfa obtidos variaram de 0,71 a 0,80, podendo serem considerados adequados.

Ainda, Sisto, Bartholomeu, Rueda e Granado (2005), pesquisando estudantes universitários procuraram diferenciar suas manifestações agressivas em razão do sexo, por meio de um instrumento de auto-relato. Nos resultados, encontraram que os homens tenderam a importunar mais as outras pessoas, destruírem coisas que não lhes pertenciam. Demonstraram ainda serem enganadores e violarem regras, desrespeitando a segurança própria e alheia. Também culpavam vítimas por coisas que fizeram, praticavam coação para obter favorecimentos, além de não demonstrarem arrependimento pelos seus atos e agredirem pessoas e animais, entre outras manifestações.

Em contrapartida, as mulheres caracterizaram-se por serem mais manipuladoras e irritadiças que os homens, fazendo uso de ataques de birra para conseguirem o que desejavam além de brigarem excessivamente. Apresentaram, ainda, mais humor deprimido bem como baixa tolerância a frustrações. Os autores concluíram que existe a possibilidade de que certos critérios possam caracterizar os indivíduos mais agressivos em relação ao gênero (Sisto & cols., 2005).

Finalmente, Sisto, Bartholomeu, Santos, Rueda e Suehiro (no prelo) investigaram o funcionamento diferencial de itens (DIF) em relação ao sexo de indicadores de condutas agressivas, constituídos com base nas definições dos transtornos de conduta do DSM-IV e CID-10, consubstanciados em um instrumento de auto-relato. Os participantes foram estudantes universitários de uma universidade particular. Foi constatada a existência de itens que favoreciam o sexo masculino e feminino, sugerindo que a construção de um instrumento para mensurar a agressividade deveria ser feita tendo por base o fato de que há uma diferença nas manifestações agressivas de homens e mulheres.

É interessante constatar que em muitas pesquisas brasileiras as avaliações são feitas com base nas informações fornecidas por professores, pais e/ou responsáveis. Nesse sentido, é importante ressaltar que a agressividade não possui uma forma única de expressão, havendo variações que vão desde manifestações públicas violentas até condutas bastante veladas. Nesse sentido, detectar uma ampla gama de condutas agressivas é bastante complicado, principalmente por observadores que ou não convivem todo o tempo com os observados e quando se considera que pessoas tendem a exercer certo controle nas atitudes agressivas de outras em determinadas situações sociais (Sisto, 2005). Nesse sentido, Ollendick, Oswald e Francis (1989) encontraram que as indicações de estudantes agressivos feitas por professores e pelos seus pares foram incongruentes, concluindo que a percepção de professores a esse respeito não seria precisa.

Outro fato que se pôde notar ao analisar mais detidamente a literatura nacional é o de que os trabalhos sobre agressividade, em sua maioria, utilizaram alunos do ensino fundamental e médio, havendo muito poucos que tratam dessa temática com adultos ou alunos do ensino superior (Sisto, Noronha & Santos, 2006; Sisto & cols, no prelo). Desse modo, estudos com essa população revelam-se pertinentes no sentido de se obter uma melhor caracterização das condutas agressivas para esses sujeitos.

Outro dado a se considerar consiste em que dos instrumentos publicados pelas editoras brasileiras, não se encontrou nenhum específico para avaliar agressividade. Desse modo, as informações sobre agressividade ou são aferidas indiretamente ou por meio de coletas não caracterizadas dentro das normas da psicometria. Esse fato é ainda mais contundente quando se pensa no contexto universitário, no qual nenhuma pesquisa tem sido feita em relação à essa variável. Assim, considerou-se necessário o desenvolvimento de instrumentos com características psicométricas adequadas que possibilitassem mensurar a agressividade de forma mais sistemática e criteriosa.

Método

Participantes

Participaram do estudo 445 estudantes universitários voluntários dos cursos de Engenharia e Psicologia de uma universidade particular de uma cidade do interior do estado, com idades entre 18 e 65 anos (média=25, DP=7,13), sendo que 57,2% dos indivíduos tinham até 23 anos. Do total de alunos, 57,3% eram do sexo feminino e 42,7% do sexo masculino.

Instrumento

Nesta pesquisa os critérios do CID-10 (Organização Mundial de Saúde, 1993) e DSM-IV (American Psychiatric Association, 1995) foram a base para a construção de uma escala para captar a agressividade em universitários. Nesses Manuais, essa variável é tida como uma nomenclatura técnica incluída em determinados tipos específicos de transtorno, como os Transtornos da Personalidade Anti-Social, Transtornos da

Personalidade *Borderline* e Transtornos de Conduta que aludem diretamente para os comportamentos agressivos.

As condutas consideradas mais relevantes nesses tipos de transtornos foram destruir algo que não lhe pertence, importunar os outros, roubar, praticar contravenção, enganar, manipular, mentir, usar nomes falsos, violação de regras, ludibriar, fingir, desrespeitar a segurança própria, desrespeitar a segurança alheia, demonstrar indiferença pela consequência de seus atos, culpar as vítimas, atos de coação para obter favorecimento, não se arrepender, crueldade/agressão, minimizar consequências danosas de suas ações, ser incapaz de tolerar o tédio, baixa tolerância à frustração, auto-suficiência, fazer fofoca, irresponsabilidade persistente, ser provocativo e desafiador, usar termos técnicos para impressionar os outros, humor deprimido, manter relação sexual com menor de idade, fugir, violar regras, brigas excessivas, ataques de birra, irritabilidade persistente, impulsividade, não possuir simpatia, usar substâncias danosas.

Com base nessas condutas, foram elaborados 81 itens em forma de frases assertivas, em escala *likert* de três pontos variando entre, nunca (1), às vezes (2) e sempre (3). Assim, ao responder a escala, a pessoa assinalaria a frequência com que tinha aquela conduta. A pontuação mínima que se poderia obter era de 81 pontos e a máxima 243.

Esse instrumento foi previamente estudado com vistas a analisar o funcionamento diferencial dos itens (DIF). Os resultados indicaram itens mais comuns às mulheres, outros itens que foram mais comuns aos homens e um conjunto de itens, cujo funcionamento não se diferenciava em razão do sexo. Para a construção dos instrumentos, os itens sem DIF fizeram parte de ambas as escalas, acrescidos dos mais comuns aos homens, no caso da escala masculina (total de 59 itens) e dos mais comuns às mulheres, no caso da escala feminina (total de 66 itens).

Procedimento

Tendo sido aprovado o projeto pelo comitê de ética, o instrumento foi aplicado em sala de aula, após a assinatura do termo de consentimento informado e esclarecido. Foi explicado aos participantes que se tratava de uma pesquisa, sendo solicitado que todos respondessem de forma sincera às questões.

Resultados

Estudo da escala feminina

A medida de adequação da amostra de Kaiser-Meyer-Olkin (KMO=0,81) e o teste de esfericidade de Bartlett ($X^2 = 1800,99$, $p=0,000$) indicaram a possibilidade de extração de mais de um fator para os 59 itens da escala feminina. Recorrendo-se à análise de componentes principais, com rotação *varimax* e *eigenvalue* igual ou superior a 1,0, foram extraídos dois, três e quatro fatores para análise heurística, buscando a solução que fornecesse uma boa interpretação para os fatores. Em decorrência dessa análise, optou-se pela configuração de três fatores. Em seguida, foram usados os critérios de saturação (0,35) e consistência interna, por meio do coeficiente alfa de *Cronbach*, para eliminação de itens. O resultado encontrado pode ser visto na Tabela 1.

Tabela 1 – Fatores, itens, saturação, comunalidade, *eigenvalues* da escala feminina.

Itens	Componentes			h ²
	1	2	3	
24	0,66			0,48
61	0,64			0,48
56	0,61			0,50
25	0,55			0,35
18	0,49			0,26
8	0,48			0,28
72	0,48		0,40	0,39
23	0,45			0,25
69	0,43	0,37		0,35
37	0,42			0,21
19	0,42			0,31
30	0,40			0,16
3	0,38			0,23
33		0,68		0,47
42		0,64		0,41
48		0,62		0,47
6		0,61	0,41	0,54
14	0,38	0,46		0,41
60	0,38	0,43		0,37
54	0,35	0,42		0,31
57			0,64	0,45
77			0,58	0,43
58			0,56	0,40
78			0,56	0,35
35			0,49	0,25
73			0,42	0,29
10			0,38	0,28
79			0,38	0,15
65			0,35	0,15
Eigenvalues	3,99	3,01	2,96	

Nessas condições, o instrumento ficou composto por 29 itens, distribuídos em três fatores, explicando 34,34% da variância. O Fator 1, com 13 itens, refere-se à irritabilidade (Ex. de item: *Quando não fazem a minha vontade sinto-me irritado*) e explicou 13,74% da variância; o Fator 2 com 7 itens relaciona-se a condutas manipuladoras (Ex. de item: *Intimido as pessoas para que cedam aos meus objetivos*) e foi responsável por 10,38% da variância total. Finalmente, o Fator 3 com 9 itens

concerne a condutas anti-sociais (ex. de item: *Quebro ou arranco plantas de jardins*) e foi responsável por 10,21% da variância total.

Com a escala resultante, foram calculados os coeficientes de consistência interna de *Cronbach*, cujos valores de alfa foram de 0,80 para a subescala irritabilidade, de 0,70 para a subescala condutas manipuladoras e de 0,69 para a escala de condutas anti-sociais. Esses valores podem ser considerados satisfatórios, considerando que as subescalas de condutas anti-sociais e de condutas manipuladoras ficaram com menor número de itens.

Estudo da escala masculina

A medida de adequação da amostra de Kaiser-Meyer-Olkin ($KMO=0,75$) e o teste de esfericidade de Bartlett ($c^2= 1827,90, p=0,000$) indicaram a possibilidade de extração de mais de um fator para os 66 itens da escala masculina. Novamente foi usada a análise de componentes principais, com rotação *varimax* e *eigenvalue* igual ou superior a 1,0 e foram extraídos dois, três e quatro fatores. A análise heurística possibilitou inferir que a solução de quatro fatores forneceu uma boa interpretação. Em seguida, para eliminação de itens foram usados os critérios de saturação (0,30) e consistência interna, estudada por meio do coeficiente alfa de *Cronbach*. Os itens e suas cargas fatoriais, bem como a variância explicada encontram-se na Tabela 2.

Tabela 2 – Fatores, itens, saturação, comunalidade, *eigenvalues* para a escala masculina.

Itens	Componentes				h ²
	1	2	3	4	
17	0,68				0,51
4	0,66				0,46
28	0,66				0,45
65	0,64	0,44			0,60
81	0,61				0,47
12	0,58	0,40			0,52
31	0,57				0,39
35	0,50				0,31
79	0,43				0,30
9	0,40				0,21
43	0,38				0,14
76		0,64			0,48
29		0,63			0,44
30		0,62			0,41
34		0,62			0,46
13		0,58			0,40
55		0,52	0,43		0,47
20		0,51			0,34
37		0,45			0,30
38		0,40			0,17
66		0,33			0,19
58			0,66		0,49
57	0,33		0,64		0,56
33			0,62		0,42
56			0,61		0,41
6			0,45		0,28
77			0,40		0,28
23			0,35		0,16
39			0,33		0,23
71				0,79	0,64
70				0,71	0,52
74				0,54	0,35
44				0,46	0,28
Eigenvalues	3,96	3,73	2,94	2,00	

Nessas condições o instrumento ficou com 33 itens, distribuídos em quatro fatores, os quais explicaram 37,35% da variância. O Fator 1, com 11 itens, refere-se a condutas anti-sociais (Ex. de item: *Estaciono o carro numa vaga para deficiente físico*) e explicou 11,99% da variância; o Fator 2, com 10 itens, relaciona-se à

irresponsabilidade (Ex. de item: *Dirijo após a ingestão de bebidas alcoólicas*) e abarcou 11,30% da variância total; o Fator 3, com 8 itens, concerne a condutas manipuladoras (Ex. de item: *Gosto de controlar informações para os outros fazerem o que eu quero*) e explicou 8,91% da variância; e, finalmente, o Fator 4, com 4 itens, diz respeito à inescrupulosidade (Ex. de item: *Não sinto peso na consciência quando faço algo errado*) e foi responsável por 6,07% da variância total.

Com o instrumento resultante desse estudo foram calculados os coeficientes de consistência interna de *Cronbach*, cujos valores de alfa foram de 0,78 para a subescala de condutas anti-sociais; de 0,77 para a subescala de irresponsabilidade; de 0,65 para a subescala de condutas manipuladoras; e de 0,59 para a subescala de inescrupulosidade. Os dois últimos valores podem ser considerados baixos, entretanto, novamente, há que se considerar o fato de o número de itens para essa subescala ser pequeno.

Discussão

As formas de construção das escalas masculina e feminina dificultaram a comparação com outros estudos já que, via de regra, as diferenças entre os sexos são analisadas *a posteriori*. No caso do presente estudo, foram consideradas duas escalas, cada uma com condutas mais típicas de um sexo em particular, como também com itens comuns.

A escala feminina englobou três fatores que foram interpretados como irritabilidade (fator 1), condutas manipuladoras (fator 2) e condutas anti-sociais (fator 3). Por sua vez, a escala masculina possibilitou a extração de quatro fatores, a saber, condutas anti-sociais (fator 1), irresponsabilidade (fator 2), condutas manipuladoras (fator 3) e escrupulosidade (fator 4). Dois dos fatores de ambas as escalas ficaram muito semelhantes e puderam ser interpretados com o mesmo nome, quais sejam, condutas anti-sociais e condutas manipuladoras. Entretanto, diferenças ficaram nítidas em relação ao fator irritabilidade, comum às mulheres e aos fatores irresponsabilidade e inescrupulosidade, comum aos homens.

Em relação à escala feminina, o primeiro fator refere-se à irritabilidade e envolve condutas relacionadas a uma condição do indivíduo de reagir aos estímulos do ambiente, irritando-se facilmente e executando comportamentos dissimulados para favorecê-lo em situações não favoráveis. Caprara (1986) chegou a conclusões similares em seu trabalho para desenvolver uma escala de agressividade, sugerindo que um fator de irritabilidade explicaria uma parte das manifestações agressivas das pessoas, sendo esse definido como tendência para reagir ofensivamente a provocações. O autor também encontrou nesse estudo um outro fator relativo à susceptibilidade emocional, que indica sentimentos de inadequação associados com baixo controle emocional, aspecto também evidenciado em alguns itens da subescala irritabilidade na presente pesquisa. Também, de forma congruente com os resultados aqui obtidos, a pesquisa desenvolvida por Choynowski (1995) indicou a existência de um fator de irritabilidade em suas análises dos comportamentos agressivos de adolescentes.

O segundo fator encontrado na escala feminina referiu-se a condutas manipuladoras já que os itens referem-se a comportamentos feitos em relação a outrem com o intuito de fazer sempre a vontade própria e prejudicar os demais. Finalmente, o terceiro fator foi denominado comportamentos anti-sociais, englobando condutas que causassem algum tipo de dano a outrem. Essa questão da manipulação e comportamentos anti-sociais não foram identificados nas pesquisas analisadas, sendo que a maior parte delas indicou manifestações agressivas no sentido de sua intensidade, agente, agressão direta ou indireta, explícita entre outras (Abramson & cols., 1974; Choynowski, 1995).

No que concerne à escala masculina, o primeiro fator está relacionado a condutas anti-sociais e apresenta itens que caracterizam condutas que trazem danos a outras pessoas; o segundo fator concerne à irresponsabilidade, e envolve comportamentos emitidos em situações que oferecem algum tipo de perigo; o terceiro fator foi denominado condutas manipuladoras, já que os itens referem-se a comportamentos em relação a outrem com o intuito de fazer sempre a vontade própria e prejudicar os demais; finalmente, o quarto fator caracteriza a inescrupulosidade, sendo que indivíduos com altas pontuações neste fator mostram-se relapsos e insensíveis. Em seu estudo, Choynowski (1995) identificou um componente de crueldade em alguns itens do fator denominado Rebeldia, esse componente também foi identificado em algumas questões do fator relacionado a comportamentos anti-sociais. Além disso, o autor identificou um outro componente de desonestidade no fator de Agressividade espontânea, que foi aferido em algumas questões do fator de comportamentos manipuladores.

A consistência interna encontrada tanto para a escala masculina, como para a feminina e a cada subescala em particular, foi estimada pelo alfa de *Cronbach*. Essas análises forneceram índices que podem ser considerados dentro dos parâmetros usuais e aceitos.

No que concerne à diferença encontrada nos itens em relação ao sexo, verificou-se que, Sisto e colaboradores (2005), num estudo para captar tais diferenças nesses grupos, observaram que as manifestações agressivas tipicamente masculinas seriam referentes à tendência a importunar os demais, destruição de algo que não lhes pertence, tendência a serem enganadores e violarem regras, desrespeito a segurança própria e alheia. Além disso, culpavam outros por coisas que fizeram, praticam coação, e não demonstram arrependimento pelos atos. Nesses termos, identificam-se comportamentos que são característicos de alguns dos fatores encontrados e já mencionados para a população da presente pesquisa.

Já as mulheres, caracterizam-se como manipuladoras e irritadiças, usando de ataques de birra para conseguirem o que querem e brigam freqüentemente. Têm ainda mais humor deprimido e baixa tolerância a frustrações. Esse último componente também foi identificado em alguns itens do fator de irritabilidade da escala feminina. Já condutas manipuladoras também foram evidenciadas nos homens integrantes desta amostra, não se podendo afirmar que seja específico das mulheres. Este dado convida a novos estudos.

Comparando-se os resultados encontrados pelos autores mencionados aos do presente trabalho, percebem-se pontos comuns, como por exemplo, a tendência dos

homens a manifestarem mais comportamentos anti-sociais, que, no estudo de Sisto e colaboradores (2005), é evidenciada em manifestações como importunar os demais, destruição de algo que não lhes pertence, tendência a serem enganadores e violarem regras, desrespeito a segurança própria e alheia, culpar outros por coisas que fizeram, praticam coação, e não demonstrar arrependimento. Entretanto, esse fator também foi encontrado nas mulheres, não se podendo afirmar que seja específico dos homens.

A questão da agressão física e verbal foi evidenciada ainda noutras pesquisas encontradas na literatura como é o caso de Buss, Fisher e Simons (1962) e Choynowski (1995). No entanto, são atribuídos ou fatores específicos para cada uma delas ou incluídas em outros fatores com mais variáveis como desonestidade, sendo denominada de outras maneiras. Na presente pesquisa, esse tipo de comportamento foi designado como anti-social, mas também foi observado.

Vale ressaltar ainda uma diferença encontrada no presente trabalho em relação ao de Sisto e Bazi (2000) no qual a agressividade foi tomada de forma geral e especificamente nos contextos escolares e familiares, sendo esses os fatores obtidos pelos autores. Aqui, embora a pesquisa tenha sido feita com universitários, esse aspecto contextual não foi investigado, tendo sido dado realce a comportamentos diversos que essa população poderia cometer. Todavia, seria interessante que novos estudos buscassem extrair fatores de segunda ordem dos encontrados ou mesmo analisar a unidimensionalidade dos itens da escala.

Não obstante a essas considerações, os resultados ora obtidos podem ser considerados satisfatórios, e indicam que as escalas apresentaram algumas características psicométricas básicas que as habilitam para o uso em pesquisas. Entretanto, devem ser feitos ainda outros trabalhos no sentido de se verificar até que ponto essa estrutura fatorial é estável, devendo ser reaplicado e re-analisado em uma amostra com um maior número de participantes. Além disso, outras evidências de validade devem ser buscadas por meio de correlação com outros testes, por exemplo, procurando aumentar as possibilidades de inferência de interpretações dos resultados alcançados.

Referências

- Abramovay, M., Rua, M. G., Waiselfisz, J. J., & Andrade, C. (1999). *Gangues, galeras, chegados e rappers*. Rio De Janeiro: Garamond.
- Abramson, P. R., Abramson, L. C., Wohlford, P., & Berger, S. E. (1974). The multidimensional aggression scale for the structured doll play interview. *Journal of Personality Assessment*, 38 (5), 436-440.
- American Psychiatric Association (1995). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM-IV*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Aquino, J. R. G. (1996). *Confrontos na sala de aula – uma leitura institucional da relação professor-aluno*. São Paulo: Summus Editorial.
- Araújo, M. F. (2002). Violência e abuso sexual na família. *Psicologia em Estudo*, 7, 3-11.
- Bakker, C. B., Bakker, R. M. K., & Breit, S. (1978). The measurement of assertiveness and aggressiveness. *Journal of Personality Assessment*, 42 (3), 277-284.

- Buss, A.H., Fisher, H., & Simons, A.J. (1962). Aggression and hostility in psychiatric patients. *Journal of Consulting Psychology*, 26 (1), 84-89.
- Buss, A. H., & Perry, M. (1992). The aggression questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63, 452-459.
- Camacho, L. I. (2000). *Violência e indisciplina nas práticas escolares de adolescentes*. Tese de Doutorado (não-publicada). Curso de Pós-Graduação da Faculdade de Educação. Universidade de São Paulo. São Paulo: SP.
- Caprara, G. V. (1986). Indicators of aggression: the dissipation/umination scale. *Personality and Individual Differences*, 7(6), 763-769.
- Cárdia, N. (1997). Violência urbana e a escola. *Revista Contemporaneidade e Educação*, 2, 26-69.
- Choynowski, M. (1995). Does aggressiveness have a factorial structure? *Personality and Individual Differences*, 18(2), 167-187.
- Codo, W. (Org.), (1999). *Educação: carinho e trabalho*. Petrópolis: Editora Vozes.
- Costa, G. S., & Romanowski, R. (1980). Dynamic aspects of aggression in "Brother Sun, Sister Moon". *Revista Brasileira de Psicanálise*, 14(2), 217-234.
- Dadoun, R. (1998). *A violência*. Rio De Janeiro: Difel.
- Fedeli, M. (1997). *Temperamento, caráter, personalidade: ponto de vista médico e psicológico*. São Paulo: Paulus.
- Gomide, P. I. C. (2000). A influência de filmes violentos em comportamento agressivo de crianças e adolescentes. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 1(13), 127-141.
- Grisci, C. L. I. (1991). Relações entre acidentes de trânsito e as variáveis de agressividade, atuação e culpa. *Psico*, 1(21), 103-117.
- Lordelo, L. R., Bastos, A. C. S., & Alcântara, M. A. R. (2002). Vivendo em contexto de violência: o caso de um adolescente. *Psicologia em Estudo*, 7(2), 31-40.
- Maldonado, D. P. A. G., & Williams, L. C. A. (2005). O comportamento agressivo de crianças do sexo masculino na escola e sua relação com a violência doméstica. *Psicologia em Estudo*, 10(3), 353-362.
- Meneghel, S. N., Giugliani, E.J., & Falceto, O. (2000). Relações entre violência doméstica e agressividade na adolescência. *Cadernos de Saúde Pública*, 14(2), 327-335.
- Morais, R. (1995). *Violência e educação*. Campinas: Papirus.
- Moreira, M. S. (1982). A violência dos grandes centros urbanos. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 3(31), 179-184.
- Ollendick, T., Oswald, D., & Francis, G. (1989). Validity of teacher nominations em identifying aggressive, withdrawn, and popular children. *Journal of Clinical Child Psychology*, 18, 221-229.
- Organização Mundial da Saúde (1993). *CID-10 – Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento: Descrições Clínicas e Diretrizes Diagnósticas*. Porto Alegre, Artes Médicas.
- Rani, M. V. U. (1994). Development of age measures as expression of aggression among Indian women. *Journal of the Indian Academy of Applied Psychology*, 20(1), 51-55.
- Schraiber, L. B., D'Oliveira, A. F. PL., França-Júnior, I., & Pinho, A. A. (2002). Violência contra a mulher: estudo em uma unidade de atenção primária à saúde. *Revista de Saúde Pública*, 36(4), 470-477.

- Sisto, F.F. (2003). Rejeição entre colegas e agressividade na infância. *Cadernos de Psicologia, 13*, 83-98.
- Sisto, F. F. (2005). Aceitação-rejeição para estudar e agressividade na escola. *Psicologia em Estudo, 10*(1), 117-125.
- Sisto, F. F., Bartholomeu, D., Rueda, F. J. M., & Granado, J. I. (2005). Condutas agressivas e gênero: uma questão de estilo de agressividade. Em: M. C. R. A. Joly, A. A. A. Santos & F. F. Sisto (Orgs.), *Questões do cotidiano universitário* (pp. 141-158). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Sisto, F. F., Bartholomeu, D., Santos, A. A. A., Rueda, F. J. M., & Suehiro, A. C. B. (no prelo). Funcionamento diferencial de itens para avaliar a agressividade de universitários. *Psicologia: Reflexão e Crítica*.
- Sisto, F. F., & Bazi, G. A. P. (2000). *Escala de agressividade para crianças e jovens*. Relatório Técnico. Faculdade de Educação. Universidade Estadual de Campinas. São Paulo.
- Sisto, F. F., Noronha, A. P. P., & Santos, A. A. A. (2006). *Bender - Sistema de Pontuação Gradual B-SPG*. São Paulo: Vetor Editora.
- Spósito, M. P. (2001). Um breve balanço da pesquisa sobre violência escolar no Brasil. *Educação e Pesquisa, 27*(1), 87-103.
- Tavares, A. C. R. (1999). *As leituras do mundo e as leituras das palavras: buscando significados na escolarização de jovens e adultos*. Dissertação de Mestrado (não-publicada). Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre: RS.
- Waksman, S.A. (1978). An application of a multitrait multimethod test to validity data of a social learning treatment for aggressive children. *Journal of Abnormal Child Psychology, 6*(1), 1-10.

Recebido em agosto de 2007

Aprovado em abril de 2008

Fermino Fernandes Sisto: pedagogo, doutor em Pedagogia (Universidad Complutense de Madrid), livre-docente (Unicamp), docente do curso de Psicologia e do Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Psicologia da Universidade São Francisco, *campus* Itatiba-SP.

Daniel Bartholomeu: psicólogo, mestre em Psicologia pela Universidade São Francisco e docente do curso de Psicologia da Unianhaguera e do UNISAL, *campus* Americana-SP.

Acácia Aparecida Angeli dos Santos: psicóloga, doutora em Psicologia Escolar e Desenvolvimento Humano (USP), docente do curso de Psicologia e do Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Psicologia, da Universidade São Francisco, *campus* Itatiba-SP.

Fabián Javier Marín Rueda: psicólogo, mestre em Psicologia, doutorando do Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Psicologia da Universidade São Francisco e bolsista da Capes.

Adriana Cristina Boulhoça Suehiro: psicóloga, mestre em Psicologia, doutoranda do Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Psicologia da Universidade São Francisco e bolsista da Capes.

Endereço para contato: fermino.sisto@pq.cnpq.br

Diagnóstico e tratamento de TDAH em crianças escolares, segundo profissionais da saúde mental*

Ana Lúcia Balbino Peixoto
Maria Margarida Pereira Rodrigues

Resumo: Este estudo teve como objetivo levantar os critérios de diagnóstico e de tratamento de crianças escolares com TDAH utilizados por profissionais da área de saúde mental que atuavam em consultórios privados na região da Grande Vitória/ES. Os participantes foram 10 psicólogos, 10 psiquiatras e 10 neurologistas, entrevistados em seus locais de trabalho. Os resultados encontrados indicaram que o diagnóstico de TDAH baseava-se, principalmente, nas informações obtidas na consulta com os pais, sem adesão aparente aos critérios recomendados pela literatura especializada. A maioria dos profissionais adotava a medicação como forma principal de tratamento e não possuía equipe multidisciplinar, apesar de reconhecerem a necessidade de combinar a intervenção medicamentosa com outras modalidades, principalmente intervenção psicoterápica.

Palavras-chave: TDAH; adesão aos critérios; criança escolar

Diagnose and treatment of school-aged children with ADHD by mental health professionals

Abstract: The purpose of this study was to describe the use of criteria to diagnose and treat school-aged children with ADHD by mental health professionals, who attended in private offices in Vitoria/ES. The participants included 10 neurologists, 10 psychiatrics, 10 psychologists, who were interviewed in their offices. The results showed that the diagnosis of ADHD was primarily based on the parent's interview, showing no adherence to the criteria recommended by the specialized literature on this subject. Despite a recognized need to combine medication intervention with others type of therapy specially the psychotherapy, the majority of participants adopted medication as the principal form of treatment and don't work together as a team.

Keywords: ADHD; guideline adherence; school-age children.

Introdução

O Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) há muitas décadas, vem sendo objeto de estudo de pesquisadores principalmente das áreas de Psicologia, Educação e Medicina. Nos últimos 20 anos, de acordo com a Academia Americana de Pediatria, os critérios de diagnóstico e tratamento desse Transtorno foram revisados em várias ocasiões (AAP, 2000). O DSM IV, Manual Estatístico e Diagnóstico publicado

* Este artigo é parte da dissertação defendida pela primeira autora em 2006, no Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Espírito Santo.

pela Associação Americana de Psiquiatria, define o TDAH como um problema de saúde mental, considerando-o um distúrbio bidimensional, que envolve a atenção e a hiperatividade/impulsividade (DSM-IV, 1994). Ademais, a Academia Americana de Pediatria o considera o transtorno neurocomportamental mais freqüente na infância (AAP, 2000).

O TDAH é um diagnóstico clínico fundamentado na presença de sintomas comportamentais determinados pelo DSM-IV e, portanto, é importante reconhecer as limitações do mesmo. A própria AAP afirma, em seu Guia Prático, que a maioria dos testes e avaliações foi desenvolvida em ambientes psiquiátricos e pouco se sabe sobre o seu uso por pediatras e médicos generalistas (AAP, 2000). Os critérios de DSM-IV permanecem como um consenso sem dados empíricos claros que justifiquem o número de itens requisitados para o diagnóstico de TDAH. Além disso, segundo a AAP (2000), os critérios não diferenciam os gêneros nem valorizam as variações de desenvolvimento comportamental. Em função da complexidade do diagnóstico do TDAH, recomenda-se que os profissionais utilizem em seu julgamento clínico os critérios do DSM-IV juntamente com informações obtidas junto aos pais e professores, buscando conhecer o comportamento da criança em diferentes contextos, seu desempenho acadêmico, seu rendimento escolar em relação à sua idade cronológica e série escolar, suas relações sociais e familiares, seus interesses, suas habilidades, sua autonomia e independência na rotina diária do lar, entre outros.

No que concerne ao sexo, as pesquisas mostram que a proporção entre meninos e meninas afetados varia de aproximadamente 2:1, em estudos populacionais, até 9:1 em estudos clínicos (Rohde & Halpern, 2004). Segundo Biederman e cols.(2002), apesar das razões para a aparente subidentificação em meninas não serem claras, as diferenças de gênero na expressão do transtorno podem estar levando ao encaminhamento de mais meninos do que meninas, pela atribuição de hiperatividade ao comportamento típico dos meninos. Os estudos mostram que os meninos, em situação de recreação livre, preferem as brincadeiras e jogos de atividade física mantendo um padrão de atividade motora mais agitada que o das meninas de mesma série escolar e faixa etária (Maccoby, 2000, Souza & Rodrigues, 2002).

O DSM-IV (1994) subdivide o TDAH em três tipos: TDAH com predomínio de sintomas de desatenção; TDAH com predomínio de sintomas de hiperatividade/impulsividade; TDAH combinado. No sexo feminino predominam os sintomas de desatenção que, juntamente com o tipo combinado, acarretam uma taxa mais elevada de prejuízo acadêmico. Um bom desempenho escolar, segundo Benczik (2002), depende, cada vez mais, da criança permanecer sentada e quieta, de longos períodos de concentração e de fazer as lições escolares. Para atender às exigências desse ambiente a criança necessita ter controle e ajustar seu comportamento para responder satisfatoriamente a essas demandas (Ciasca, 2003). Crianças com TDAH têm esse ajuste prejudicado pela falta de controle da impulsividade e, freqüentemente, apresentam em seu histórico escolar registros de suspensão, de expulsão e de reprovação (Ciasca, 2003).

Em entrevistas com mães canadenses e inglesas, cujos filhos tinham diagnóstico de TDAH, Malacrida (2004) verificou que a maioria percebeu o início ou o agravamento dos problemas dos filhos a partir do ingresso na escola. Segundo Sax e Kautz (2003),

os professores ou outros profissionais da escola foram os que primeiro sugeriram o diagnóstico de TDAH em crianças, segundo os médicos de família, pediatras e psiquiatras infantis entrevistados.

De acordo com Benczik (2002), na coleta de informações com pais e professores são utilizados questionários, entrevistas e escalas. Rohde e Halpern (2004) reafirmam a necessidade de contato e coleta de dados com os professores para a avaliação de sintomas no contexto escolar; uma vez que os pais tendem a generalizar informações sobre os sintomas que se manifestam no ambiente doméstico para o ambiente escolar.

Quanto ao tratamento proposto para crianças com TDAH, a literatura revela o uso de intervenção medicamentosa, eventualmente acompanhada de intervenção psicoterapêutica. Segundo Schachar e cols. (2002), a quantidade de medicamentos prescritos para tratar crianças com TDAH, especialmente o metilfenidato, aumentou quatro vezes, na última década, nos países da América do Norte. A maioria desses medicamentos são estimulantes prescritos, principalmente, para crianças em idade escolar. Um dos prováveis fatores que contribuiu para aumento do uso dos estimulantes pode ser o fato de seu uso ser apresentado como efetivo, relativamente seguro e com poucas contra-indicações. Outro fator pode ser a maior divulgação e acesso a informações, possibilitando que pais e professores considerem determinados comportamentos isolados das crianças como sintomas do TDAH.

Segundo Cramer e cols. (2002), há mais estudos publicados com resultados positivos do que negativos e, quanto maior o efeito do tratamento, maior a chance desse estudo ser publicado. Os resultados podem estar valorizando os benefícios do tratamento medicamentoso, de acordo com esse autor, devido às falhas metodológicas e/ou existência tendenciosa nessas publicações, não negando, entretanto, a redução de alguns dos sintomas do TDAH nas crianças. Além disso, a maioria desses relatos demonstra a eficácia dos estimulantes principalmente nos meninos e poucos estudos revelam o mesmo nível de eficácia em meninas (Crammer & cols., 2002).

Rhode e Halpern (2004), apesar de reafirmarem a eficácia da medicação, relatam que a modalidade psicoterápica com melhores resultados em crianças com TDAH é a cognitivo-comportamental. A terapia comportamental representa uma série de intervenções específicas com o objetivo de modificar o ambiente físico e social e assim transformar ou alterar o comportamento (AAP, 2001). A AAP (2001), em seu guia de tratamento, registrou melhores resultados nas mudanças de comportamento das crianças dentro da sala de aula com a adoção da terapia familiar. Concanon e Tang (2005) também revelaram benefício nessa intervenção, especialmente na presença de comorbidades e stress familiar.

Segundo o Guia Prático (AAP, 2001), a combinação de tratamentos (medicação e psicoterapia), apesar de não apresentar significância estatística, é apontada por pais e professores como significativa, especialmente no desempenho acadêmico e em alguns sintomas específicos das crianças com TDAH. A AAP também recomenda que os pais e profissionais da escola sejam cuidadosamente orientados para o cuidado do escolar com diagnóstico de TDAH, não só pela grande prevalência desse transtorno na infância como, também, pela possibilidade da persistência dos sintomas, em torno de 60 a 80%, na adolescência (AAP, 2001).

Nos Guias Clínicos e parâmetros publicados há unanimidade sobre a necessidade da avaliação de crianças com TDAH e a importância da inclusão da escola e da família para a elaboração do plano de tratamento. Portanto, os profissionais envolvidos no diagnóstico e tratamento dessas crianças devem ser conhecedores dos principais domínios do desenvolvimento das crianças, fazer coleta de dados com os pais e professores, conhecer o comportamento nos ambientes familiar, escolar e demais ambientes sociais, identificar os fatores de risco na história gestacional e pré-natal, saber sobre o desenvolvimento neuromotor/social e cognitivo, assim como as possíveis doenças psicopatológicas familiares.

A não ser que a criança resida em um local onde haja um centro de atendimento especializado para TDAH, com equipe formada, é no consultório do psicólogo e do médico que as famílias vão buscar ajuda e informações sobre como lidar com o comportamento dessas crianças. Considerando os problemas, detectados e discutidos pelos pesquisadores, e as recomendações dos especialistas para o diagnóstico e o tratamento, fazem-se necessários estudos com profissionais, que atuam na área de saúde mental, sobre o diagnóstico e o tratamento dessas crianças no seu cotidiano de prática clínica. Por isso, a presente pesquisa teve como objetivo levantar os critérios e instrumentos utilizados no diagnóstico e tratamento de crianças por neurologistas, psiquiatras e psicólogos.

Método

Os participantes da pesquisa foram 10 neurologistas, 10 psiquiatras e 10 psicólogos, que exerciam suas atividades, principalmente, em clínicas e consultórios privados na região da Grande Vitória, ES. Os psicólogos entrevistados trabalhavam com Terapia cognitivo-comportamental ou Terapia sistêmica familiar. A maioria dos entrevistados já havia se graduado há mais 10 anos (76,7%), sendo 3 anos o menor tempo de graduação, e atuava com TDAH, também, há mais de 10 anos (57%).

Para a seleção dos participantes foram utilizados os seguintes critérios: experiência mínima de 2 anos no atendimento, em estabelecimentos privados, de crianças, em idade escolar, com problemas comportamentais e com a suspeita diagnóstica de TDAH.

A coleta de dados foi realizada pela primeira autora, que é profissional da área. Alguns dos profissionais que atendiam os critérios explicitados já eram conhecidos da primeira autora, outros foram indicados por colegas e conhecidos e pediu-se também aos entrevistados que indicassem colegas que poderiam ser entrevistados. Tratou-se de amostra selecionada por conveniência (Turato, 2003), que cumpria os critérios de experiência no atendimento de crianças escolares com suspeita de TDAH em estabelecimentos privados.

Optou-se pela escolha de profissionais que atendem em estabelecimentos privados porque nos Serviços de Saúde Pública da Grande Vitória há poucos profissionais que atendem os critérios estabelecidos. Além disso, as longas filas de espera para agendar a consulta e o retorno interferem no acompanhamento e tratamento dessas crianças.

Não há informação sobre o número de profissionais (psicólogos, psiquiatras e neurologistas) que atendem crianças com TDAH na Grande Vitória. Por isso, não é possível fazer afirmações sobre a representatividade da amostra. No entanto, durante a coleta de dados verificou-se que as indicações de profissionais a serem entrevistados, feitas pelos entrevistados e por outros profissionais da área de saúde mental, eram repetitivas – de profissionais já entrevistados ou que já estavam na lista dos que seriam entrevistados – ou de profissionais que não atendiam os critérios. Esses acontecimentos permitem a inferência de que a amostra pode ser representativa, considerando-se o subconjunto estabelecido pelos critérios.

Foram realizadas entrevistas semi-estruturadas, norteadas por um roteiro de entrevista, que abordavam os seguintes assuntos: dados pessoais e profissionais dos entrevistados; número de crianças com o diagnóstico de TDAH na faixa etária escolar, atendidas mensalmente ou semanalmente; características das crianças atendidas; os critérios diagnósticos usados; o tipo de intervenção sugerida; e dificuldades no tratamento. Preferiu-se a entrevista, em detrimento do questionário, para evitar problemas tais como: o baixo índice de devolução, a possibilidade de indução de respostas, no caso de perguntas fechadas e as respostas genéricas, no caso de perguntas abertas.

As entrevistas foram realizadas individualmente, nos ambientes de trabalho dos profissionais e no período de agosto a outubro de 2005. Todos os entrevistados assinaram Termo de Consentimento e permitiram a gravação em áudio das entrevistas.

A partir da transcrição das entrevistas o material foi organizado nas categorias, que já estavam presentes no roteiro de entrevista, e calculadas as suas frequências. Em função da natureza do instrumento de coleta utilizado não foi necessário elaborar novas categorias.

Resultados

Diagnóstico

As respostas variaram entre os profissionais em relação ao número de crianças atendidas, com suspeita do diagnóstico de TDAH. Os números relatados pelos psicólogos foram de 5 a 10 crianças por mês. Os atendimentos dos psiquiatras e neurologistas variaram de 5 a 10 crianças por semana até mais de 25 crianças por semana, no caso de 2 neurologistas e 2 psiquiatras.

Todos os psicólogos, psiquiatras e metade dos neurologistas participantes informaram o atendimento de crianças entre 6-12 anos. Cinco dos 10 neurologistas relataram que também diagnosticam crianças entre 3 e 6 anos de idade. Noventa por cento dos profissionais das três categorias também revelaram que perceberam a prevalência dos sintomas comportamentais nos meninos.

Tabela 1 – Instrumentos e critérios de avaliação

Instrumentos e Critérios de Avaliação	Neurologistas	Psicólogos	Psiquiatras	Total
Anamnese	1	4	7	12
Questionários	2	3	2	7
Critérios do DSM-IV	4	1	2	7
Laudos da Escola	4	1	2	7
Avaliação Psicológica	1	4	1	6
Avaliação de Inteligência	1	4	1	6

A Tabela 1 apresenta os instrumentos e critérios mais citados pelos entrevistados. Os demais critérios e instrumentos – CID-10, Questionário de Conners, Avaliação Neuropsicológica e Critérios Clínicos inespecíficos – foram pouco citados e, por isso, não foram incluídos na Tabela.

Como mostra a Tabela 1, os critérios e instrumentos mais utilizados, pelos entrevistados, para o diagnóstico foram: anamnese (entrevista com pais e a criança), seguida de questionários (sem denominação específica), laudo da escola e os critérios do DSM-IV. A maioria dos psiquiatras baseia o diagnóstico do TDAH na anamnese, enquanto apenas 2 psiquiatras relataram utilização dos critérios do DSM-IV.

Os laudos provenientes das escolas, segundo informações dos entrevistados, não têm um formato padrão e contêm apenas informações sobre o rendimento escolar e comportamento dessas crianças em sala de aula. Esses laudos foram citados principalmente pelos neurologistas e usados em caso de dúvida. O único questionário específico citado (por 2 psicólogos e 1 psiquiatra) foi o de Conners. Os questionários citados pelos entrevistados eram não específicos e, em sua maioria, não padronizados.

Quando questionados sobre o número de profissionais envolvidos no diagnóstico, ou seja, se era realizado em equipe ou individualmente nos consultórios privados, 16 entrevistados afirmaram que fazem o diagnóstico sem a participação de outros profissionais. Apenas 2 psicólogos, 1 psiquiatra e 1 neurologista disseram realizar esse diagnóstico em equipe.

Os encaminhamentos para outros profissionais, como complemento do diagnóstico, foram citados principalmente pelos médicos (neurologistas e psiquiatras), com 7 encaminhamentos para avaliação psicológica e 4 para avaliação psicopedagógica. Entre os psicólogos, 2 responderam que encaminhavam para os neurologistas para certificação desse transtorno, e 4 relataram receber as crianças com o diagnóstico já estabelecido por outro profissional. Porém, nenhum desses profissionais que encaminham as crianças possuía uma equipe formada.

Perguntou-se também aos profissionais entrevistados qual o número de consultas necessárias e o tempo considerado suficiente para o diagnóstico. Obteve-se o seguinte: 5 neurologistas disseram que uma consulta de 20-40 minutos é suficiente e 5 necessitam de mais de uma consulta (em torno de duas ou três); 6 psicólogos necessitam de mais de 5 consultas e 3 menos de 5 consultas e 1 respondeu depende do caso; 3 psiquiatras

disseram necessitar em torno de 1 consulta, 1 psiquiatra de duas consultas, 4 em torno de 3 consultas e 2 mais de 5 consultas.

Tratamento

As questões relacionadas ao tratamento referiram-se ao tipo de tratamento indicado (medicamentoso, psicoterapia, apoio pedagógico), tempo de uso da medicação e idade ideal para início da medicação, como é sugerido o acompanhamento das crianças nas escolas e junto a seus pais, ao retorno dos pacientes, e diferenças nos tratamentos empregados.

Tabela 2 – Tratamento

Tratamento mais eficaz	Neurologistas	Psicólogos	Psiquiatras	Total
Intervenção Medicamentosa	5	-	5	10
Combinada (psicoterapia+medicação)	2	4	3	9
Combinada (psicoterapia+medicação+psicopedagogia)	2	3	2	7
Combinada (medicação+intervenção pedagógica)	2	1		3
Psicoterapia	-	1	-	1
Psicoterapia+intervenção pedagógica	-	1	-	1

Como mostra a Tabela 2, a Intervenção Medicamentosa, como intervenção única ou combinada com outros tipos de intervenção, foi a mais recomendada. Os resultados foram compatíveis com a atividade profissional dos entrevistados; ou seja, os médicos, tanto os neurologistas quanto os psiquiatras, recomendam, como forma primária de tratamento, a intervenção medicamentosa para todas as crianças diagnosticadas com TDAH.

Metade dos neurologistas e metade dos psiquiatras recomendou a medicação como única forma de intervenção. Os psicólogos apontaram a psicoterapia como uma das principais formas de tratamento para o TDAH; no entanto, apenas 2 não recomendaram medicação.

Os profissionais que apontaram mais de uma forma de tratamento citaram encaminhamentos para outros profissionais, quando percebem que determinadas queixas não são de sua competência, ou se sentem incapazes de tratá-las sozinhos. Esses encaminhamentos são, principalmente, para psicólogos com o objetivo de intervenção junto às crianças e suas famílias. Embora os profissionais relatem as queixas escolares trazidas pelos pais no momento do diagnóstico, foram pouco frequentes as indicações para apoio pedagógico e acompanhamento psicopedagógico.

Entre os médicos entrevistados, 12 iniciam a medicação em crianças abaixo de 6 anos, e 5 dos psicólogos informaram já terem atendido crianças com menos de 6 anos que já estavam medicados. Observa-se que, os psicólogos e psiquiatras entrevistados,

na questão relacionada à idade dos pacientes assistidos por eles em seus consultórios privados, responderam que atendiam crianças maiores de 6 anos. Contudo, quando questionados sobre o tempo de uso e idade ideal para início da medicação disseram atender crianças com menos de 6 anos.

Sobre o tempo de uso da medicação, os entrevistados médicos foram os que mais se manifestaram sobre esse assunto, mesmo porque a prescrição de medicamentos não faz parte da clínica diária dos psicólogos. Sete profissionais recomendam mais de 2 anos de uso, 5 por tempo indeterminado, 5 até a adolescência, 2 para a vida toda, 2 depende, e 1 para menos de 1 ano. Os psicólogos entrevistados acreditam que a associação da psicoterapia ao tratamento medicamentoso pode abreviar o tempo de uso da medicação.

Ao serem questionados diretamente sobre o tipo de orientação passada aos pais e à escola, a orientação aos pais foi valorizada por todos os participantes, mesmo para aqueles que não incluíram tal orientação como parte do tratamento. Essa orientação segundo eles consiste na sugestão de leitura de livros e de uso de sítios especializados na internet e distribuição de folder, que, na opinião desses profissionais, podem ajudar os responsáveis a compreenderem os sintomas de seus filhos. E, ainda, orientam sobre cooperação, compreensão e apoio dos pais sobre o próprio TDAH e seu prognóstico. Os psicólogos relataram que orientam os pais quanto à necessidade de: reavaliação da dinâmica familiar, colocar limites para seus filhos, ouvirem mais a criança, terem mais paciência e compreensão das diferenças e entenderem as limitações da idade.

As orientações aos educadores foram também mencionadas pelos participantes como um meio de tratamento e, descritas como sugestões verbais dadas aos pais para transmitir ao professor, ou através de laudos escritos ou mesmo através de contato telefônico com a escola, que visam beneficiar essas crianças.

Em relação ao retorno desses pacientes e suas famílias, com a finalidade de manter o acompanhamento indicado, todos os neurologistas (10), 8 psicólogos e 9 psiquiatras afirmaram que há retorno. Os entrevistados médicos, neurologistas e psiquiatras, também afirmaram que os motivos principais do retorno dos pacientes e suas famílias são a melhora dos sintomas com a medicação e a necessidade do receituário apropriado para a aquisição do medicamento. Os psicólogos relataram certa ansiedade das famílias quanto aos resultados do acompanhamento psicológico, por não serem tão imediatos quanto os efeitos das medicações usadas no tratamento do TDAH; o que faz, muitas vezes, as famílias desistirem desse tipo de intervenção.

Apesar dos médicos participantes admitirem bons resultados no retorno e na adesão, no que se referem às dificuldades enfrentadas no tratamento as dificuldades relacionadas à família foram as mais citadas por todos os profissionais. Dentre as dificuldades associadas à família, foram relatadas: dificuldade de adesão e persistência ao tratamento, dificuldade do profissional em lidar com a dinâmica familiar, pressão por resultados imediatos e resistência ao uso da medicação.

Três neurologistas e 2 psiquiatras citaram as co-morbidades como uma das dificuldades do tratamento. As Co-morbidades incluem respostas relacionadas à presença de distúrbios comportamentais secundários ao TDAH, tais como: transtorno desafiador de oposição, transtorno de conduta, transtorno bipolar e depressão.

Os psiquiatras citaram como dificuldade a falta de compreensão do diagnóstico por parte das famílias, da escola e de alguns profissionais de saúde mental. Neurologistas, psicólogos e psiquiatras mencionaram as dificuldades das escolas em lidar com o comportamento dessas crianças e a ausência de projetos pedagógicos especiais que atendam suas necessidades.

Não participar de equipe interdisciplinar foi citado como uma dificuldade apenas pelos neurologistas e, apenas um 1 psicólogo e 1 psiquiatra falaram das dificuldades em lidar com as características comportamentais da criança, tais como: impulsividade, inquietude, dificuldade em aceitar regras.

Discussão

Pode-se considerar que os profissionais entrevistados eram experientes no diagnóstico e tratamento desse transtorno, uma vez que 57% dos entrevistados afirmaram ter mais de dez anos de atuação com crianças com TDAH e 76,7% estavam formados há mais de dez anos. No entanto, a maioria desses profissionais não incorporou à sua prática o conhecimento – instrumentos, critérios e recomendações – produzidos, na última década, sobre o TDAH.

Os Guias Práticos desenvolvidos pela Academia Americana de Pediatria sobre diagnóstico e tratamento do escolar com TDAH (AAP, 2000; 2001), foram desenvolvidos por vários especialistas neste tema procedentes de diferentes áreas, sem vinculação com a AAP, entre eles, psiquiatras, neurologistas e psicólogos. Os critérios desses guias são extensos e norteiam profissionais de diferentes áreas.

Os entrevistados não fizeram qualquer referência aos Guias da AAP nem aos cuidados e procedimentos recomendados nesses Guias. Para o diagnóstico os entrevistados utilizaram a anamnese (entrevista com pais), seguida de questionários (sem denominação específica), laudos das escolas e os critérios do DSM-IV. Vale lembrar que dos sete profissionais que citaram os critérios do DSM-IV, apenas dois eram psiquiatras.

Por ser um diagnóstico clínico e haver discrepâncias entre a avaliação dos pais e dos professores, segundo Rohde e cols. (2000), o conhecimento do comportamento dessa criança nos dois ambientes principais de seu desenvolvimento, casa e escola, é de grande importância, sendo a impressão do professor fundamental nesse diagnóstico (AAP, 2000; Malacrida, 2004; Rohde & Halpern, 2004). Ainda assim, as informações que os entrevistados nesta pesquisa obtiveram sobre o comportamento e desempenho da criança na escola foi, principalmente, através de relatos dos pais.

A parceria com outros profissionais, talvez fosse um recurso que facilitaria o diagnóstico do TDAH. Entretanto, os encaminhamentos relatados pelos entrevistados para outro profissional com objetivo de complementação diagnóstica, só ocorrem em caso de dúvida. Além disso, 27% dos profissionais (5 neurologistas e 3 psiquiatras), fazem o diagnóstico em uma consulta, com o tempo estimado de 20-40 minutos. Considerando alguns fatores que envolvem o diagnóstico do TDAH, associado a um grande número de crianças atendidas e a falta de uma equipe especializada, provavelmente o tempo de uma consulta pode ser insuficiente para avaliar

critérios os sintomas apresentados por essas crianças em diferentes contextos ambientais e ainda compará-los com a fase de desenvolvimento que a criança se encontra, como se recomenda na literatura. (AAP, 2000; Rohde & cols., 2000).

Em relação às características das crianças, a maioria dos entrevistados identificou em maior frequência o TDAH em meninos, entre 6-12 anos, principalmente nas primeiras séries do ensino fundamental. Essas características das crianças diagnosticadas com TDAH encontradas na pesquisa quanto ao sexo, idade e série escolar, são compatíveis com os resultados de estudos sobre esse tema (AAP, 2000; Rohde & Halpern, 2004; Rohde & cols., 2000).

O fato dos meninos receberem mais diagnóstico de TDAH que as meninas, poderia ser explicada pela atribuição de hiperatividade ao comportamento típico dos meninos. A socialização dos meninos pode ser, pelo menos em parte, responsável por esse padrão de atividade motora (Maccoby, 2000; Souza & Rodrigues, 2002). Ao iniciar a vida escolar, estas características comportamentais ficam mais evidentes em razão da disciplina exigida, chamando atenção dos professores, que então sugerem aos pais a busca de uma opinião profissional (AAP, 2000; Malacrida, 2004; Sax & Kautz, 2003).

Segundo Biederman e cols. (2002), as meninas com TDAH têm menos problemas de disciplina na escola e são mais velhas, na ocasião do diagnóstico, que os meninos. O reconhecimento tardio desse diagnóstico nas meninas pode decorrer tanto da insegurança dos professores em suas opiniões como pela falta de critérios específicos sobre gênero no diagnóstico de TDAH (Quinn & Wigal, 2004). O reconhecimento do subtipo desatento, após a revisão do DSM-IV em 1994, tem contribuído, segundo Cramer e cols. (2002), para o aumento de prevalência do TDAH nas crianças escolares, especialmente nas meninas. O aumento recente da prevalência em meninas também foi relatado por alguns dos profissionais entrevistados.

Os Guias Práticos (AAP, 2000; 2001) recomendam a idade escolar, como ideal para confirmação do diagnóstico de TDAH, mesmo na presença de algumas características deste transtorno em pré-escolares (AAP, 2000; DSM-IV, 1994). Entre os profissionais entrevistados, os neurologistas realizaram com maior frequência o diagnóstico em pré-escolares.

A intervenção medicamentosa para o tratamento do TDAH foi recomendada por todos os médicos entrevistados. Os psicólogos percebem como eficazes a psicoterapia isolada ou associada ao medicamento e acreditam que através desta associação seja abreviado o tempo de uso da medicação. Concannon e Tang (2005), porém, referiram que a vantagem dessa associação seria a diminuição da dose do remédio usado, e não a diminuição do tempo de uso do medicamento. A melhora da auto-estima foi também um dos objetivos da psicoterapia citados por alguns dos psicólogos entrevistados; o que vai ao encontro do proposto por Ciasca (2003) sobre as repercussões da auto-estima na vida social, pessoal e acadêmica dessas crianças.

Com eficácia comprovada sobre os sintomas do TDAH, segundo o Multimodal Treatment Study of Children with ADHD, MTA (1999), os efeitos imediatos dos estimulantes podem estar valorizando os benefícios do tratamento medicamentoso,

colocando-o como superior às outras modalidades de tratamento. Além disto, segundo Cramer e cols. (2002), os efeitos colaterais descritos destes medicamentos são geralmente leves, ocorrendo no início do tratamento e desaparecendo com diminuição da dose prescrita. Ressalve-se, que a grande maioria dos estudos é de curto prazo, revelando uma eficácia de dias ou semanas. Os efeitos em longo prazo, ainda não são claros (AAP, 2001, Bjornstad & Montgomery, 2006).

Malacrida (2004) afirma que o TDAH está conectado com uma forte estratégia de marketing por parte das indústrias farmacêuticas. Estas pretendem muitas vezes, em suas propagandas sobre medicamentos usados na saúde mental, dar a idéia de que o uso destes restaura o equilíbrio, dando ao individuo condições de uma vida produtiva, integrando-o plenamente à sociedade (Rodrigues, 2003). Ademais, segundo Vasconcelos e cols. (2005), com milhares de artigos publicados sobre o uso de estimulantes no tratamento de TDAH, a venda desses medicamentos, especialmente da Ritalina, tem aumentado em muitos países.

Esses fatores podem estar contribuindo para que os participantes médicos desta pesquisa apontem o uso da medicação, usada isoladamente ou de forma combinada, como opção mais eficaz de tratamento das crianças com diagnóstico de TDAH. A prescrição de tais medicamentos para crianças abaixo de 6 anos admitida por alguns dos médicos contraria a recomendação de Bjornstad e Montgomery (2006), baseada nas informações do Instituto Nacional de Excelência Clínica, de limitar o uso do metilfenidato a crianças acima de 6 anos.

Mesmo que a medicação demonstre certo impacto em alguns sintomas do TDAH não tem bons resultados na presença de deficiências acadêmicas e sociais, que são as maiores preocupações dos pais (Cramer & cols., 2002). As insatisfações dos pais australianos na pesquisa de Concanon e Tang (2005), em relação ao tratamento dos filhos com TDAH, estão relacionadas à percepção de que os médicos têm como único interesse a prescrição de medicamentos e os profissionais da educação são pouco envolvidos e parecem não compreender os problemas dessas crianças.

Deve-se considerar que, a maior procura por ajuda profissional para as crianças com problemas comportamentais ocorre no início do ensino fundamental, sendo os professores os primeiros a sugerirem o diagnóstico de TDAH (Sax & Kautz, 2003, Malacrida, 2004). E, por essa razão, eles devem estar envolvidos desde o momento do diagnóstico até o tratamento. Benczik (2002) descreve a importância da intervenção no ambiente escolar e o máximo possível de atendimento individualizado. Crianças que receberam esse tipo de atendimento e apoio nas deficiências acadêmicas, segundo Concannon e Tang (2005), têm menos chance de desenvolver co-morbidades e mais de 80% dos pais aprovam esse tipo de intervenção.

Finalizando, já final da década de noventa o MTA recomendava aos médicos consultas regulares, durante o tratamento da criança com diagnóstico de TDAH, visando: a prescrição do medicamento, quando for necessário; maior entrosamento do profissional com a família; ajudar o paciente a aderir às orientações; monitorar os progressos ocorridos e oferecer o suporte necessário (MTA, 1999).

Considerações finais

Os resultados desta pesquisa revelaram que os profissionais entrevistados realizam o diagnóstico de TDAH nas crianças escolares baseados, principalmente, nos dados colhidos na entrevista com os pais, sem um critério definido que os ajude avaliar corretamente o contexto escolar, que é o local descrito como responsável pelas principais queixas relacionadas ao comportamento da criança..

Em regiões onde não há centros especializados, como a desta pesquisa, o julgamento clínico do profissional torna-se imprescindível. É fundamental para esse diagnóstico o conhecimento das fases do desenvolvimento da criança e das características dos ambientes que ela frequenta, provavelmente exigindo do profissional maior tempo ou maior número de consultas.

As diferenças entre os médicos participantes se restringiram à idade da criança atendida e ao número de consultas necessárias para a realização desse diagnóstico. Além de exibirem conceitos similares de TDAH, esses profissionais não relataram o uso sistemático dos critérios diagnósticos sugeridos pela literatura especializada.

A literatura especializada aponta dificuldades no processo de diagnóstico do TDAH e discute prevalência de estudos que valorizam o uso de estimulantes em detrimento da psicoterapia. Mesmo na ausência de evidências que relacionem o uso de medicamentos à redução dos riscos de desenvolvimento de co-morbidades e à melhora no desempenho acadêmico, os profissionais médicos participantes elegeram o tratamento farmacológico como forma mais eficaz no tratamento deste transtorno por um longo período de tempo.

Medicamentos são instrumentos de tratamento valiosos para várias patologias mentais, mas devem ser questionadas as noções de normal e patológico estabelecidas, especialmente na criança, que não deve ser responsabilizada pelas deficiências existentes no atual sistema de saúde e educação. Ao contrário, aquelas criteriosamente identificadas com qualquer necessidade especial, incluindo o Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade, deveriam participar de projetos que visassem potencializar suas habilidades e trabalhar com suas dificuldades.

Referências

- AAP American Academy of Pediatrics (2000). Clinical Practice Guideline: Diagnosis and Evaluation of the Child with ADHD. *Pediatrics*, 5, 1158-1170.
- AAP American Academy of Pediatrics (2001). Clinical Practice Guideline: Treatment of the School-Aged Child With ADHD. *Pediatrics*, 4, 1033-1044.
- Benczik, E. B. P. (2002). *Transtornos do Déficit de Atenção/Hiperatividade: atualização, diagnóstico e terapêutica*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Biederman, J., Mick, E., Faraone, S., Braaten, E., Doyle, A., Spencer, T., Wilens, T., Frazier, E., & Johnson, M. (2002). Influence of Gender on ADHD in Children Referred to a Psychiatric Clinic. *American Journal of Psychiatry*, 159, 36-42.
- Bjornstad, G., & Montgomery, P. (2006). Family therapy for ADHD in children and adolescents. *The Cochrane Library*, 1. Oxford: Update Software

- Ciasca, S. M. (2003). *Distúrbios de aprendizagem: proposta de avaliação interdisciplinar*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Concannon, P & Tang, Y. (2005). Management of ADHD: A parental perspective. *Pediatrics & Child Health.*, 41, 625-630.
- Cramer, K., Miller, A., Page, J., Hartling, L., Crumley, E., & Klassen, T. (2002). Is the methylphenidate effective in reducing symptoms of ADHD in school-aged children? *Pediatrics & Child Health.*, 7, 673-674.
- DSM-IV American Academy of Psychiatry (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Washington: American Psychiatric Association.
- Maccoby, E. E. (2000). Perspectives on gender development. *International Journal of Behavioral Development*, 24, 398-406.
- Malacrida, C. (2004). Medicalization, ambivalence and social control: mothers' descriptions of educators and ADD/ADHD. *Health*, 8, 61-80.
- MTA: The MTA Cooperative Group. (1999). A 14-Month randomized clinical trial of treatment strategies for ADHD. *Archives of General Psychiatry*, 56, 1073-1086.
- Quinn, P., & Wigal, S. (2004). Perception's of girls and ADHD: results from a national survey. *Medscape General Medicine*, 6, 2-2.
- Rodrigues, J. T. (2003). A medicação como única resposta: uma miragem do contemporâneo. *Psicologia em Estudo*, 8 (1), 13-22.
- Rohde, L. A., Barbosa, G., Tramontina, S., & Polanczyk, G. (2000). Transtorno de Déficit de atenção/Hiperatividade. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22, 7-1.
- Rohde, L. A., & Halpern, R. (2004). Transtorno de Déficit de atenção/Hiperatividade atualização. *Jornal de Pediatria*, 80, 61-70.
- Sax, L. & Kautz, K. J. (2003) Who First Suggests the Diagnosis of ADD/ADHD. *Annals of Family Medicine*, 1, 171-174.
- Schachar, R., Jadad, A.R., Gauld, M, Boyle, M., Booker, L., Snider, A., Kim, M., & Cunningham, C. (2002). ADHD: critical appraisal of extended treatment studies. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 47, 337-349.
- Souza, F., & Rodrigues, M.M.P. (2002). A Segregação Sexual na Interação de Crianças de 8 e 9 anos. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 15, 489-496.
- Turato, E.R. (2003). Decidindo quais indivíduos estudar. Em: E.R. Turato (Org.), *Tratado de metodologia da pesquisa clínico-qualitativa* (pp.351-368). Petrópolis, RJ: Vozes.
- Vasconcelos, M, M., Malheiros, A. F. A., Werner, J. J., Brito, A. R., Barbosa, J. B., Santos, I. S.O., & Lima, D. F. (2005). Contribuição dos Fatores de Risco Psicossociais para o TDAH. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, 63, 68-44.

Recebido em junho de 2007

Aceito em março de 2008

Ana Lucia Balbino Peixoto: médica pediatra; mestre em Psicologia (Universidade Federal do Espírito Santo – UFES).

Maria Margarida Pereira Rodrigues: psicóloga, doutora em Psicologia Experimental (USP), docente do Programa de Pós-Graduação em Psicologia (Universidade Federal do Espírito Santo – UFES).

Endereço para contato: aluciabp@terra.com.br

Expectativas e sentimentos de mulheres em situação de reprodução medicamente assistida

Paula Munimis Spotorno
Isabela Machado da Silva
Rita Sobreira Lopes

Resumo: O presente estudo investigou as expectativas e sentimentos de mulheres em situação de reprodução medicamente assistida. Participaram do estudo seis mulheres com idades entre 22 e 37 anos. As participantes, selecionadas em um hospital público, responderam a uma entrevista semi-estruturada. Os dados foram analisados através da análise de conteúdo qualitativa e revelaram que a infertilidade é uma experiência dolorosa para o casal, gerando sentimentos de incapacidade, frustração, vergonha, baixa auto-estima, ansiedade e tristeza. As participantes demonstraram solidão frente à longa duração do tratamento, reclamando do pouco envolvimento do cônjuge no processo de tratamento. Os resultados sugerem a necessidade de se incluir profissionais de saúde mental nos serviços de reprodução assistida, pois se observa que esta experiência abala o narcisismo dos sujeitos envolvidos, evidenciando a importância dos aspectos inconscientes relacionados ao desejo de ter um filho.

Palavras-chave: **infertilidade; reprodução assistida; fertilização *in vitro*.**

Expectations and feelings of women in the context of assisted reproduction

Abstract: The present study investigated women's expectations and feelings in the context of assisted reproduction. Six women, aged 22 to 37, took part in the study. The participants, selected from a public hospital, answered a semistructured interview. Data were analyzed through qualitative content analysis and revealed that infertility is a painful experience for couples, generating feelings of being incapable, frustration, low self-esteem, anxiety and sadness. Participants showed loneliness because of the long duration of the treatment, complaining about the partner's little involvement in the treatment process. The results suggest the need to include mental health professionals in the assisted reproduction services, since this experience affects the narcissism of those involved, showing the importance of unconscious aspects in the desire to have a child.

Keywords: infertility; assisted reproduction; *in vitro* fertilization.

Introdução

O desejo de ter filhos habita o ser humano desde muito cedo. Diversos autores afirmam que esse desejo é alimentado por muitos motivos e impulsos diferentes, tanto de ordem consciente como inconsciente (Brazelton & Cramer, 1992; Maldonado, 1997; Szejer & Stewart, 1997). No entanto, para muitas mulheres, nem sempre o desejo de ser mãe pode ser concretizado facilmente. As tentativas de engravidar se sucedem, o tempo vai passando, o filho não vem e elas se defrontam com um quadro de infertilidade.

Surge, então, a necessidade de embarcar no caminho de diagnósticos e tratamentos, por vezes longos, desgastantes e cheios de frustrações.

Define-se infertilidade como a impossibilidade para alcançar uma gravidez ou mantê-la a termo, que persiste por um período superior a um ano, apesar de o casal manter relações regulares sem o uso de contraceptivos (Passos & cols., 2006). Estudos mostraram que cerca de 10% dos casais se deparam com a existência de algum problema de infertilidade (Maldonado, Dickstein & Nahoum, 1996). A partir de levantamento realizado (Passos, Freitas, Facin, & Cunha-Filho, 1997), constatou-se que, dos casos que chegam ao ambulatório do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), 66,6% são de causa feminina. O restante divide-se entre causas masculinas (18,3%), a combinação de causas masculinas e femininas (3,3%) e causas desconhecidas (11,6%). No entanto, de acordo com dados apresentados por autores estrangeiros (Kumar, Ghadir, Eskandari & DeCherney, 2007), a predominância de causas femininas não seria, de forma geral, tão elevada e os fatores femininos e masculinos responderiam por parcelas semelhantes de casos.

Segundo Burns (2007), existem atualmente mais de 40 tipos de tratamentos voltados à infertilidade. A fertilização *in vitro* (FIV) é um desses métodos, sendo indicada quando há comprometimento da função tubária, endometriose e infertilidade por causa masculina ou desconhecida (Gratão e cols., 2003). Geralmente, quando chegam para se submeter a esse tratamento, os casais já vivenciaram uma série de procedimentos diagnósticos e de tentativas para engravidarem, de forma que esse momento é mais uma parte da longa trajetória percorrida até então (Hammarberg, Astbury, & Baker, 2001). Por alguns desses casais, a FIV pode ser vista como a última possibilidade de ter um filho biológico (Callan, 1987, Hammarberg & cols., 2001; Verhaak & cols., 2007).

Embora os diversos tratamentos disponíveis permitam aos casais atingidos por algumas formas de infertilidade vislumbrarem uma gravidez, também apresentam a eles uma série de desafios, tais como as injeções diárias, as amostras de sangue, as coletas de espermatozoides e as ultra-sonografias (Eugster & Vingerhoets, 1999). Viagens para a realização do tratamento, custos elevados, falta de privacidade e reorganização da rotina são outras questões com que esses casais necessitam lidar (Redshaw, Hockley, & Davidson, 2007). A FIV tem sido descrita, portanto, como um estressor multidimensional, uma vez que envolve tanto questões características da própria experiência de infertilidade como aquelas referentes ao tratamento em si (Verhaak & cols., 2007). Constitui-se, assim, um contexto em que é difícil separar o impacto da infertilidade das reações ao tratamento (Eugster & Vingerhoets, 1999).

Ao constatarem a infertilidade, os casais se deparam com uma situação inesperada, que representa a perda do controle de parte de suas vidas (Daniluk, 2001; Leiblum & Greenfeld, 1997) e um obstáculo à realização de metas pessoais (Melamed, 2006). O impacto da infertilidade tem sido relacionado a sentimentos de sofrimento (Borlot & Trindade, 2004; Miranda, Larrazábal, & Labán, 1995; Palácios, Jadresic, Palácios, Miranda, & Dominguez, 2002), raiva (Miranda & cols., 1995; Palácios & cols., 2002), ansiedade (Miranda & cols., 1995), menos-valia (Melamed, 2006; Palácios &

cols., 2002), desesperança (Miranda & cols., 1995), medo e insegurança (Melamed, 2006; Miranda & cols., 1995), culpa (Melamed, 2006; Miranda & cols., 1995; Palácios & cols., 2002), fracasso (Ulrich & Weatherall, 2000) e frustração (Palácios e& cols., 2000). A esses sentimentos, somam-se, ainda, as cobranças sociais (Callan, 1987). Esses casais tendem a perceberem-se como diferentes daqueles com quem convivem (Borlot & Trindade, 2004; Ulrich & Weatherall, 2000), o que pode favorecer sentimentos de inveja (Miranda e cols., 1995), vergonha (Borlot & Trindade, 2004; Redshaw & cols., 2007) e solidão (Leiblum & Greenfeld, 1997; Palácios & cols., 2002). No entanto, dadas todas as questões envolvidas, Ulrich e Weatheral (2000) destacam que esses sentimentos são uma resposta adequada àquilo que esses indivíduos vivenciam.

Alguns estudos têm se voltado à investigação das diferenças demonstradas por casais inférteis, comparando-os a grupos controles ou normas (Greil, 1997). A partir de uma ampla revisão, Greil (1997) constatou que os resultados obtidos por esses estudos – os quais, em sua maioria, utilizaram escalas e análises quantitativas – sugerem que casais inférteis de fato tendem a apresentar maiores índices de sofrimento emocional, explicitados principalmente através de medidas de depressão, ansiedade e auto-estima. No entanto, essas dificuldades não atingiriam, na maioria das vezes, níveis de significância clínica, de forma que os efeitos da infertilidade relatados por esses estudos não se mostram tão impactantes como os observados em estudos descritivos. Ao iniciarem o tratamento, esses casais mostram-se, de forma geral, bem ajustados, apresentando poucas diferenças em relação à população em geral (Eugster & Vingerhoets, 1999; Holter, Anderheim, Bergh & Möller, 2006; Verhaak & cols., 2001; Verhaak & cols., 2007). No entanto, o posterior contato com o fracasso das tentativas tenderia a afetar seu bem-estar psicológico (Verhaak & cols., 2007).

Sugere-se, no entanto, a existência de uma grande variabilidade nas formas como cada indivíduo reage à experiência da infertilidade (Leiblum & Greenfeld, 1997). Questões como gênero (Jordan & Revenson, 1999), causa da infertilidade (Lee, Sun, & Chao, 2001), auto-estima e ocorrência de conflitos interpessoais (Abbey, Andrews, & Halman, 1992), *locus* de controle (Abbey & cols., 1992; Sabatelli, Meth & Gavazzi; 1988), estratégias de *coping* empregadas (Sabatelli & cols., 1988) e relação conjugal (Andrews, Abbey & Halman, 1991) são alguns dos fatores que parecem influenciar essas respostas. Autores identificaram, inclusive, possíveis benefícios que podem surgir em decorrência da experiência da infertilidade. Uma maior união do casal, o fortalecimento da relação (Schmidt, Holstein, Christensen & Boivin, 2005) e a percepção de aumento no apoio emocional oferecido pelo parceiro (Sabatelli & cols., 1988) seriam alguns deles.

O impacto da infertilidade na relação conjugal é justamente um dos maiores exemplos dessa variabilidade, de forma que se afirma que o casal tanto pode vivenciar aumento nos conflitos como maior união (Borlot & Trindade, 2004; Sharf & Weinschel, 2001). A vivência conjunta de toda essa experiência e a necessidade de tomar uma série de decisões podem favorecer aspectos como a sensibilidade ao outro, a comunicação e o comprometimento, embora os cônjuges possivelmente tenham que lidar com diversos desapontamentos (Leiblum, 1997). Em estudo do qual participaram 117 casais que realizavam sua primeira FIV, Holter e cols. (2006) constataram que a maioria dos

participantes avaliou positivamente a compreensão e o apoio oferecido pelo parceiro, assim como o impacto do tratamento na relação. No entanto, os autores destacaram a existência daqueles que relataram uma piora da relação e que necessitam do apoio dos profissionais.

Considerando que o próprio tratamento exerce impacto sobre os indivíduos, estudos (Daniluk, 2001; Hammarberg & cols., 2001; Redshaw & cols., 2007) investigaram como essa experiência é vivenciada, a partir de análise qualitativa de entrevistas realizadas com indivíduos que já haviam terminado seu tratamento. O início desse processo foi descrito como um período de grande otimismo, em que os casais sentem estar se movimentando rumo à solução de seu problema (Daniluk, 2001). Com o passar do tempo, sentimentos de medo, incerteza, perda de controle, frustração, despersonalização e angústia, assim como alterações no humor podem ser experienciados (Redshaw & cols., 2007). Os participantes referiram sentirem-se presos a essa situação e impulsionados a não desistir (Daniluk, 2001). No entanto, os casais também relataram ganhos advindos dessa experiência, tais como a percepção de seu crescimento pessoal e o sentimento de superação das dificuldades (Redshaw e cols., 2007). De forma geral, esta tende a ser uma experiência que muda a vida dos casais e que, muitas vezes, mostra-se mais desgastante emocionalmente do que fisicamente (Redshaw & cols., 2007), em função dos altos e baixos vivenciados através da sucessão de expectativas e frustrações (Daniluk, 2001).

Portanto, para os casais inférteis e suas famílias, a biologia da reprodução não é um processo simples, pois pode envolver perda e tristeza traumáticas, sentimentos de inadequação e inveja, além de um período quase sempre longo de interação com médicos, que se tornam extremamente envolvidos com a vida do casal (McDaniel, HepWorth & Doherty, 1994). A sexualidade perde um pouco de sua espontaneidade e de seu sentido lúdico de prazer em meio aos gráficos de temperatura, testes e tratamentos. Os tratamentos intensificam a perda do controle sobre um aspecto privado da vida do casal: a sua relação sexual.

Os casais que experienciam dificuldades com a reprodução enfrentam dilemas complexos e desafiadores que, muitas vezes, abalam o núcleo da vida familiar. Embora as novas tecnologias de reprodução sejam métodos modernos e científicos de luta contra a infertilidade, o impacto psicossocial da infertilidade ainda precisa ser muito investigado no sentido de compreender melhor as repercussões dessa experiência. Nesse sentido, o presente estudo buscou examinar os sentimentos de mulheres em situação de reprodução medicamente assistida.

Método

Participantes

Participaram desse estudo seis mulheres, com idades entre 22 e 37 anos, casadas, sem filhos, que se encontravam em diferentes momentos do processo de FIV no HCPA. O nível de escolaridade variou desde o Ensino Fundamental incompleto (uma

participante), passando pelo Ensino Médio completo (três participantes) e pelo Ensino Superior (duas participantes). As mulheres residiam em diferentes cidades do interior do estado do Rio Grande do Sul e trabalhavam fora de casa. As causas para a infertilidade dividiam-se em feminina (três), masculina (uma), combinada (uma) e de causa desconhecida (uma).

Delineamento e procedimentos

Realizou-se um estudo de caso coletivo (Stake, 1994), em que se examinaram as semelhanças e particularidades presentes nas falas das mulheres sobre os sentimentos vivenciados na situação de reprodução medicamente assistida. Após autorização do chefe do Setor de Reprodução do Serviço de Ginecologia e Obstetrícia do HCPA, as pacientes foram abordadas na sala de espera enquanto aguardavam a consulta. Nessa ocasião, a entrevista era agendada para um horário anterior à próxima consulta. As entrevistas foram realizadas pela pesquisadora responsável, numa sala reservada para este fim e tiveram duração de, aproximadamente, uma hora e trinta minutos. Na entrevista, foram dadas informações sobre o objetivo do estudo e procedimentos. Diante disso, as participantes assinaram um *Termo de Consentimento Livre e Esclarecido*, que informa os objetivos do estudo, os procedimentos de coleta e tratamento dos dados e os direitos da participante. Em seguida, responderam à *Entrevista de dados sócio-demográficos* (NUDIF – UFRGS, 1998) e, posteriormente, à *Entrevista sobre as expectativas e sentimentos de mulheres em situação de reprodução medicamente assistida* (Munimis & Lopes, 2003). Todas as entrevistas foram gravadas em áudio e posteriormente transcritas. Os dados foram submetidos à análise de conteúdo qualitativa (Bardin, 1979; Laille & Dione, 1999), sendo que as categorias de análise foram definidas *a priori* a partir de temas determinados pela revisão da literatura: *projeto de ter um filho, expectativas em relação à maternidade, tentativas de gravidez, tratamento da infertilidade, sentimentos em relação ao tratamento, vida conjugal e rede de apoio*. O presente estudo foi submetido à avaliação do Comitê de Ética do HCPA e aprovado em seus aspectos éticos e metodológicos.

Instrumentos

A *Entrevista de dados sócio-demográficos* (NUDIF-UFRGS, 1998) obteve informações tais como idade, escolaridade, profissão, estado civil, religião e salário. A *Entrevista sobre as expectativas e sentimentos de mulheres em situação de reprodução medicamente assistida* (Munimis & Lopes, 2003) consiste de uma entrevista semi-estruturada, adaptada da *Entrevista sobre o desejo de ter filhos e o impedimento da gestação* (Krahl & Piccinini, 2002) e da *Entrevista sobre a gestação e as expectativas e sentimentos das gestantes* (NUDIF-UFRGS, 1998). Esse instrumento teve como objetivo investigar a história do casal em relação ao desejo de ter filhos (ex: decisão de ter filhos, representação do filho, opinião do marido frente à decisão de ter filhos), as expectativas e os sentimentos em relação à maternidade (ex: significado da maternidade, expectativas de sua relação com o bebê, modelo de maternidade), as tentativas de gravidez (ex: tentativas anteriores, alternativas frente à impossibilidade de gravidez), o

tratamento da infertilidade (ex: método adotado, motivo da escolha do método, causa da infertilidade), os sentimentos em relação ao tratamento (ex: preocupações relativas ao tratamento, sentimentos em relação aos procedimentos, dificuldades relacionadas ao tratamento), além de questões sobre o relacionamento conjugal (ex: sentimentos do marido frente à decisão de tratamento, percepção de mudanças no marido e no relacionamento) e a rede de apoio (apoio recebido, reação dos familiares frente ao tratamento).

Resultados e discussão

Através do contato com essas mulheres, foi possível observar o quanto a infertilidade é uma experiência extremamente dolorosa, que gera sentimentos de incapacidade, vergonha, baixa auto-estima e ansiedade, afetando todos os aspectos da vida do indivíduo. A falta da capacidade de procriar é vivenciada como um verdadeiro drama para a mulher, porque ela vive tal circunstância como uma falha no papel que ela própria e a sociedade esperam que seja designado à parte feminina do casal.

A vergonha sentida pela dificuldade em conceber impele, muitas vezes, as mulheres a omitirem a realização do tratamento. Em função da certeza do resultado, as duas participantes que passavam por essa experiência pela primeira vez compartilharam a situação com outras pessoas, ao passo que aquelas há mais tempo em tratamento preferiram manter segredo. A cobrança pela falta de filhos era sentida pelas participantes. Relataram que as pessoas queriam saber o motivo pelo qual elas ainda não tinham filhos. Sentiam-se invadidas e tristes por terem que conversar sobre esse assunto. Aquelas que estavam há mais tempo em tratamento, optaram por não comentar com familiares e amigos, pois sentiam-se desconfortáveis com o fato de as pessoas perguntarem sobre o resultado do tratamento e elas contarem que não obtiveram sucesso. Isto pode ser ilustrado nas seguintes vinhetas: *“As pessoas querem saber demais da tua vida, querem saber por que tu não tem filho, ficam perguntando muito”* (Marcela); *“Todo mundo pergunta (...) e isso machuca bastante. Fica uma coisa difícil, é uma cobrança muito grande, então por isso que eu preferi esconder de todo mundo”* (Juliana). A situação de infertilidade parece promover ou reativar uma profunda ferida narcísica nos casais, revelada por intensos sentimentos de inferioridade diante dos outros, de vergonha e baixa auto-estima. Tais sentimentos estão presentes neste tipo de paciente, já que o projeto de ter um filho é carregado de investimentos narcísicos (Ribeiro, 2004). A decisão pelo segredo se deve ao fato de que a informação sobre a incapacidade de conceber é considerada muito privada e embaraçosa, em parte porque a infertilidade envolve o comportamento sexual, assunto que nem todas se sentem confortáveis para discutir com familiares e amigos. Somado a isso, as expectativas e pressões dos familiares para que o casal tenha um descendente são recorrentes e promovem desconforto, que se sentem incomodadas por qualquer forma de questionamento a respeito de filhos. A pressão familiar pode estar relacionada ao desejo de se transmitir a herança genética aos descendentes de modo a dar continuidade à existência da família através das gerações.

As entrevistadas revelaram diversos sentimentos desencadeados pela decisão de realizar o tratamento, tais como: ansiedade, frustração, nervosismo, grande expectativa de gravidez, vontade desesperada de ter um filho, tristeza frente aos resultados, ter de lidar com a dor do marido e familiares. Diversas manifestações emocionais associadas com a condição de infertilidade, como as apresentadas pelas participantes, são apontadas na literatura (Borlot & Trindade, 2004; Daniluk, 2001; Kusnetzoff, 1997; McDaniel & cols., 1994; Miranda & cols., 1995; Palácios & cols., 2002; Redshaw & cols., 2007; Serafini & cols., 1998). Estas podem ser verificadas no relato das participantes, como por exemplo: “*Ansiosa, essa é a palavra (...) tem que ficar tranqüila, mas a gente fica bastante ansiosa, né*” (Maria); “*É que é meio frustrante, né. Tu faz, faz, faz, aí dá tudo certinho, tudo ok, fica esperando o resultado, né(...)ele é frustrante. Não é que o tratamento seja frustrante, os resultados são frustrantes. Não, agora pronto, agora vai dar tudo ok, tudo certinho, vai dá né. E não acontece”...*; “*Tu tens que abdicar de algumas coisas tuas para estar aqui. É mais um cansaço físico!*” (Elaine). Quanto ao tratamento, destaca-se a expectativa quanto ao sucesso do mesmo, como por exemplo: “*Eu me sinto feliz, eu me sinto realizada só de poder estar aqui fazendo. Estou mais tranqüila, mais confiante*” (Clara); “*Eu acho que eu tô na expectativa e esperando que tudo dê certo e se não der, bola pra frente, a gente vai tentar tudo de novo*” (Marcela).

Apesar dos sentimentos negativos, perceberam-se mudanças significativas desde a tomada de decisão pelo tratamento. Dentre essas, destaca-se uma diminuição da irritação e das dores corporais: “*Eu fiquei mais calma, parou a minha dor de cabeça, a minha dor muscular. Eu tinha muita dor aqui (ombros) (...) irritação, muitas vezes eu descontava nas pessoas, nas crianças da escola e agora eu já tô mais calma*” (Marcela); além de uma maior preocupação por parte da família, mais vontade de viver: “*Eu notei que agora eu tenho mais vontade de viver porque eu quero esse filho mesmo. Porque antes eu andava assim, sem motivo, andava triste e tudo*”. (Juliana); modificações quanto à idéia da adoção: “*E daí se não acontecer, vou partir para adoção, que é uma forma de preencher, mas sabe é uma coisa que vai ficar meia (...). Daí quando chega da metade para o final tu já vai pensando que adotar não é tão ruim assim*” (Elaine) e uma sensação de tranqüilidade por saber o diagnóstico correto. A fala de uma das participantes traduz esses sentimentos: “*Eu tô me sentindo bem melhor agora do que quando eu tava lá na minha cidade que eu ia de médico em médico, cada um me dizia uma coisa, e ninguém sabia me orientar direito. Eu ficava perdida sem saber, sem ter um caminho, sem saber que caminho seguir, daí agora eu sei que caminho que eu tenho que seguir*” (Marcela). Depoimentos como este podem ser relacionados à idéia de que o tratamento é visto como um movimento em direção à solução do problema da infertilidade (Daniluk, 2001).

No que se refere aos procedimentos inerentes ao tratamento, as participantes mencionaram incômodo com o uso excessivo de medicamentos e cansaço físico. Por outro lado, relataram aceitar a necessidade de afastarem-se de casa para comparecer às consultas e estarem acostumadas com os inúmeros procedimentos realizados. Uma participante mencionou uma sensação de perda da liberdade sexual, ilustrada na seguinte

vinheta: *“Quando vai fazer coleta a gente fica meio assim, a gente perde um pouco a liberdade sexual”* (Elaine). Essa verbalização corrobora a literatura existente. Kusnetzoff (1997) destaca que os procedimentos diagnósticos costumam ser vividos como invasivos da intimidade pessoal ou do casal, mobilizando sentimentos primitivos de vergonha e humilhação que, muitas vezes, são fontes de estresse e conflitos. Em um caso, a entrevistada transmitiu uma sensação de cansaço “suportável”, no sentido de mostrar que a busca incessante pelo filho vale a pena: *“É um monte de coisa, mas, sabe, consola saber que a gente vai poder ter um filho passando por isso tudo. Isso é um cansaço assim diferente, mas vai valer a pena tudo, com certeza vai ser muito gratificante”* (Clara) ou *“Acho que a gente só sente o que a gente sente passando mesmo, tendo essa dificuldade, lutando, só assim pra gente saber o que é esse significado de ser mãe mesmo. Quem tá de fora não imagina o quanto isso é difícil, as chances são poucas”* (Elaine).

Neste estudo, constatou-se que as duas mulheres que estavam na primeira tentativa de gravidez acreditavam de tal forma no resultado positivo que as informações dadas pelos médicos eram irrelevantes. Essa confiança aparece no discurso das mulheres apenas na primeira tentativa de tratamento: *“Mas eu acho que eu consigo, eu tenho pensamento positivo, tenho fé que eu vou conseguir. A gente tem que vir com esse pensamento”* (Clara). Aquelas que já estavam há mais tempo em tratamento se mostraram desesperançosas quanto à possibilidade de gravidez. Isso pode ser observado na fala de uma delas: *“Porque logo que tu inicias, tu já começa cheia de esperança, que daí tu, bah, fecundou! Porque, assim, a gente nunca sabe onde é que tá falhando...”* No entanto, mesmo essas participantes ainda traziam, em seus relatos, confiança e esperança quanto à possibilidade de gravidez, acreditando na capacidade de conceberem um filho biológico. Em todos os casos, percebeu-se uma crença mágica de que se o pensamento for positivo o tratamento dará certo. O controle mágico e onipotente da situação aparece, tentando dar conta do desespero, do impensável. Esse afã por um filho biológico, às vezes buscado por anos a fio, com sacrifícios extremos, pode exibir uma supervalorização da herança genética que está fixada no narcisismo (Freud, 1914), e denota o desejo de se reproduzir, custe o que custar. A busca pelo filho vem motivada pelo desejo da mulher de dar continuidade a sua existência através da criança. Essa idéia pode ser ilustrada com a fala de uma das participantes: *“A vontade de ter um filho é maior do que tudo. Não pensamos em gasto, não pensamos em nada, somente, sabe, em ter um filho. Eu já me sinto mãe!”* (Clara)

O resultado negativo, por sua vez, é considerado o momento mais difícil do tratamento. Sem dúvida, a decepção é mais evidente quando se trata da primeira tentativa de gravidez via FIV. Geralmente, as pacientes chegam com uma expectativa de obter sucesso logo no início. *“É difícil (...) que nem quando deu a primeira vez errado, né. É um baque pra gente, é uma decepção assim”* (Juliana). O resultado negativo obtido a cada tratamento remete essas mulheres ao fato de que o corpo é um obstáculo para a concepção do filho. A cada nova tentativa, elas depositam todas as expectativas no médico, aquele de quem se espera saber sobre o mistério do corpo e da vida, acreditando que este lhes dará o filho esperado. No entanto, a infertilidade envolve

fatores imunológicos, psicológicos, sociais e biológicos, também responsáveis pelo sucesso do tratamento.

A ausência do marido no tratamento parece ser uma reclamação constante da maioria das participantes. Embora a compreendam e a justifiquem em função do trabalho, na realidade gostariam que eles pudessem estar mais presentes. Em cinco casos, os maridos não participavam do tratamento. Em apenas um caso, foi mencionado o envolvimento do marido, que acompanhava a mulher frequentemente nas consultas e pesquisava alternativas para o problema do casal. Tubert (1996) sugere que a presença dos maridos se impõe fundamentalmente através do silêncio. Habitualmente eles só se fazem presentes no processo da FIV para trazerem o sêmen no momento necessário. Para eles, a infertilidade é um problema da mulher, diante do qual se situam quase como observadores passivos, juntando-se às iniciativas que tomam suas esposas. É notável a vontade por parte das mulheres de terem uma presença mais constante dos maridos no tratamento, pois se sentem muito sozinhas. A fala de uma delas traduz este sentimento: *“Ele se preocupa comigo, mas ele tem o trabalho dele, né. Não que fica só mais comigo, (...) mas ele tem as coisas dele”* (Lídia). Atualmente, o pai tem sido solicitado a se envolver mais no cuidado de filhos desde a gestação (Piccinini, Silva, Gonçalves, Lopes & Tudge, 2004). No entanto, os dados revelaram que não há uma participação dos cônjuges no que se refere à concepção assistida de um filho, evidenciando pouca disponibilidade emocional para esta experiência. É possível que esta apareça diante da possibilidade de um bebê real. O não envolvimento no tratamento parece ser uma forma de negar sua participação nesta experiência, uma vez que a infertilidade pode estar relacionada à impotência sexual, tabu que ameaça a sua masculinidade e virilidade. Segundo Costa (2001), a paternidade instaura uma nova condição de homem adulto e provedor que é rompida, nos casos de infertilidade, impedindo o homem de perceber-se produtivo e criativo.

Apesar desse sentimento de solidão, as participantes notaram outro tipo de mudanças em seus maridos frente ao tratamento. Elas os perceberam como mais confiantes e esperançosos quanto à possibilidade de ter um filho, além de mais atenciosos no dia-a-dia. Observaram que eles estavam mais carinhosos, organizados e que essa situação promoveu uma melhoria na relação do casal. Por exemplo: *“Eu acho que ele quer, ele faz de tudo para me agradar daí agora. Ele tá cuidando pra não brigar comigo, entendeu, não discutir e tal. Acho que ele mudou mesmo”* (Juliana). Tem-se afirmado que a experiência da infertilidade tanto pode favorecer a aproximação do casal como seu distanciamento (Borlot & Trindade, 2004; Sharf & Weinshel, 2001). Alguns autores (Kraft, Palombo, & Mitchell, 1980; McDaniel & cols., 1994; Ribeiro, 2004; Schaffer & Diamond, 1994) salientaram os efeitos negativos que essa experiência pode exercer sobre a relação conjugal. Enfatizaram o potencial da infertilidade para danificar ou arruinar a intimidade de um casal, podendo causar tensões sexuais, financeiras, emocionais e até mesmo comprometer o próprio vínculo matrimonial. O casamento pode ser atingido, especialmente se estiver fortemente sustentado pelo conceito de parentalidade, isto é, quando o “tornar-se pais” passa a ser uma meta prioritária compartilhada pelo casal, a impossibilidade de gerar filhos pode levar a um

rompimento da relação conjugal por não conseguir realizar este desejo construído ao longo de suas trajetórias de vida. As participantes deste estudo, no entanto, relataram mudanças positivas nos companheiros, bem como no relacionamento conjugal frente ao tratamento. Os resultados revelaram que o relacionamento conjugal tornou-se mais fortalecido após o diagnóstico de infertilidade, devido a uma maior aproximação do casal para enfrentar a situação. Parece evidente que a presença do cônjuge proporcionaria maior confiança para as mulheres se manterem em tratamento, fortalecendo o senso de responsabilidade do casal (Leiblum, 1997).

A adoção foi citada como uma das alternativas para a infertilidade, mas somente viria após o que a paciente considerasse um limite para continuar tentando um filho biológico, ou seja, é preciso elaborar a impossibilidade do filho biológico, para que o filho adotivo encontre um lugar de pertencimento e não de estranheza. Algumas participantes afirmaram considerar a idéia de adoção frente à impossibilidade de gravidez: “(...) *Se eu não puder ser mãe assim naturalmente, vou partir pra adoção, porque eu acho que eu vou ter um período que vai faltar, sabe, então eu vou preencher aquela lacuna*” (Elaine). Tubert (1996) refere que o discurso das mulheres que esperam a FIV mostra que elas oscilam entre as posições subjetivas (paixão e renúncia), considerando em certos momentos a possibilidade do fracasso e de substituir a exigência inquestionável do filho próprio para dar lugar ao recurso da adoção de uma criança. Observa-se claramente na fala dessas mulheres esperança quanto a ter seu próprio filho e dúvida constante sobre partir logo para a adoção. Elas demonstram um desejo de esgotar as tentativas possíveis, para, a partir daí, se permitirem pensar em adotar uma criança.

Os resultados obtidos a partir deste estudo demonstram a complexidade da experiência da infertilidade e de seu tratamento. Sentimentos tais como incapacidade, vergonha, baixa auto-estima, ansiedade e solidão convivem lado a lado com a percepção de melhorias na relação conjugal, de maior preocupação por parte da família e de esperança e otimismo. Tais dados demonstram a necessidade de os profissionais evitarem a realização de julgamentos *a priori* e perspectivas unidimensionais.

Cabe destacar algumas limitações do presente estudo, as quais podem contribuir para a elaboração de outras pesquisas sobre essa temática. A realização da coleta de dados em apenas um encontro não favorece o desenvolvimento de uma relação de confiança entre duas pessoas, o que pode ter feito com que as participantes não se sentissem à vontade para exporem suas questões mais íntimas. Examinar sentimentos e expectativas é complicado, pois o ser humano utiliza muitas defesas em seu discurso, principalmente tratando-se de um tema extremamente complexo. Um maior número de encontros entre as mulheres e o pesquisador propiciaria o estabelecimento de um vínculo mais estreito, contribuindo para que elas pudessem falar de sua situação de maneira mais espontânea. Esse contato mais íntimo também permitiria ao pesquisador ter acesso a representações e sentimentos mais profundos, bem como fazer inferências mais sistemáticas, viabilizando uma melhor compreensão dos casos.

Outro ponto importante é que talvez um maior número de participantes neste estudo pudesse trazer resultados mais abrangentes e consistentes, esclarecendo

outros aspectos relevantes para o entendimento das expectativas em relação à parentalidade. Nesse contexto, a inclusão dos maridos também permitiria obter uma outra perspectiva.

Por se tratar de um assunto ainda pouco difundido no Brasil, sugere-se a realização de mais pesquisas na área que abordem o relacionamento entre pais e filhos nascidos através de reprodução assistida. Nesse sentido, seria interessante investigar os estilos parentais, as práticas educativas maternas, a interação mãe-bebê, o papel do marido no tratamento, entre outros.

A variabilidade de efeitos que a experiência da infertilidade pode provocar sobre a relação conjugal é outro assunto que merece maiores estudos. Alguns autores (Schmidt & cols., 2005), por exemplo, investigaram quais fatores podem favorecer a experiência de fortalecimento da relação e de maior união entre os cônjuges em decorrência da infertilidade, constatando que o segredo, as estratégias de *coping* e a comunicação do casal são questões que podem fazer diferença na percepção dos homens, mas não na de suas esposas. Pesquisas que busquem ampliar a compreensão dessa questão, considerando fatores como a história dos próprios indivíduos e do casal, têm muito a contribuir.

Considerações finais

Nos últimos anos, houve um grande progresso na área de reprodução humana, decorrente das novas técnicas de reprodução assistida. Vários casos de infertilidade, antes insolúveis, podem agora ser tratados com sucesso. As Técnicas de Reprodução Assistida, como a FIV, supõem uma tentativa de satisfazer a demanda da mulher que manifesta querer ter um filho e não pode. A medicina da procriação responde, reduzindo o fenômeno a uma manipulação de substâncias. É dada uma atenção ao casal e seu projeto parental, desconsiderando os aspectos inconscientes relacionados ao desejo de ter um filho.

A parentalidade geralmente é um dos mais importantes projetos de vida para o indivíduo e para o casal, e um dos alicerces a partir do qual se constrói o relacionamento. Devido a sua importância, a infertilidade pode ser uma situação potencialmente traumática, estimulando e/ou reativando conflitos estruturais do psiquismo, promovendo um forte abalo na estrutura psíquica dos casais. Na situação de infertilidade, as defesas podem se tornar menos efetivas, em virtude do excesso de angústia mobilizado (Ribeiro, 2004).

A vida das mulheres fica limitada às sucessivas tentativas de engravidar. Tudo fica direcionado para esse projeto, de modo que as outras conquistas tornam-se desinteressantes. A situação de infertilidade promove um tipo de concentração de todos os investimentos pessoais, ficando a vida da paciente mobilizada, na espera de um desenlace. Sentimentos de inferioridade diante dos outros, baixa auto-estima e vergonha são frequentes, já que o projeto de ter um filho é carregado de investimentos narcísicos. O fato de o casal não conseguir ter filhos sem intervenções médicas, como seus pais, reabre e intensifica a ferida narcísica associada ao desejo de ter um filho

(Ribeiro, 2004). Conceber e ter um filho podem ser uma nova oportunidade de elaborar conflitos experimentados na infância.

Por outro lado, este estudo também corroborou a idéia apresentada por alguns autores (Borlot & Trindade, 2004; Leiblum, 1997; Redshaw & cols., 2007; Sharf & Weinschel, 2001) de que a experiência da infertilidade e de seu tratamento, apesar de todo o sofrimento e das dificuldades envolvidas, não é necessariamente portadora de significados exclusivamente negativos. A maior proximidade do casal em decorrência dessa vivência foi um aspecto destacado pelas participantes.

Dada a complexidade da experiência da infertilidade, parece imprescindível que se ampliem os espaços de atendimento para essa população. Sem dúvida, não se pode pensar na infertilidade somente pelo vértice biológico e desconsiderar sua configuração psicossocial. O tratamento da infertilidade requer a atuação de um profissional da saúde mental para avaliar todos os aspectos psicológicos que possam contribuir ou atrapalhar o caminho do casal. As pesquisas vêm demonstrando que um número significativo de homens e mulheres desejaria mais apoio e informação durante os tratamentos prolongados de infertilidade.

Assim, os programas de atendimento precisam incluir uma cuidadosa preparação psicológica, com detalhada discussão sobre os aspectos médicos, pessoais e psicossociais (Daniluk, 1988; Schaffer & Diamond, 1994). Quando a concepção de um filho não é possível, há um rompimento na cadeia de gerações, ruptura acompanhada de um intenso sofrimento, vivido pela impossibilidade de realizar o mais comum dos desejos: ter um filho.

Referências

- Abbey, Andrews, F. M., & Halman, J. (1992). Infertility and subjective well-being: the mediating roles of self-esteem, internal control, and interpersonal conflict. *Journal of Marriage and the Family*, 54(2), 408-417.
- Andrews, F. M., Abbey, A., & Halman, L. J. (1991). Stress from infertility, marriage factors, and subjective well-being of wives and husbands. *Journal of Health and Social Behavior*, 32(3), 238-253.
- Bardin, L. (1979). *Análise de conteúdo*. São Paulo: Edições 70/Livraria Martins Fontes. (Original Publicado em 1977).
- Borlot, A. M. M., & Trindade, Z. A. (2004). As tecnologias de reprodução assistida e as representações sociais de filho biológico. *Estudos de psicologia*, 9(1), 63-70.
- Brazelton, T. B., & Cramer, B. G. (1992). *As primeiras relações*. São Paulo: Martins Fontes.
- Burns, L. H. (2007). Psychiatric aspects of infertility and infertility treatments. *Psychiatric Clinics of North America*, 30(4), 689-716.
- Callan, V. J. (1987). The personal and marital adjustment of mothers and of voluntarily and involuntarily childless wives. *Journal of Marriage and the Family*, 49(4), 847-856.
- Costa, R. G. (2001). Sonho do passado versus plano para o futuro: gênero e representação acerca da esterilidade e do desejo por filhos. *Cadernos Pagu*, 17, 105-130.

- Daniluk, J. C. (1988). Infertility: intrapersonal and interpersonal impact. *Fertility and Sterility*, 49(6), 982-990.
- Daniluk, J. C. (2001). "If we had it to do over again...": Couples' reflections on their experiences of infertility treatment. *The Family Journal*, 9(2), 122-133.
- Eugster, A., & Vingerhoets, A. J. J. M. (1999). Psychological aspects of *in vitro* fertilization: A review. *Social Science & Medicine*, 48(5), 575-589.
- Freud, S. (1987). Sobre o narcisismo: Uma introdução. Em J. Salomão (Org.), *Edição standart brasileira de obras completas de Sigmund Freud* (Vol XIV, pp.85-119). Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1914).
- Gratão, A. A., Facin, A. C., Faller, M. S., Cunha-Filho, J. S. L., Freitas, F., & Passos, E. P. (2003). Fertilização *in vitro*. Em: E. P. Passos, F. Freitas & J. S. L. Cunha-Filho (Orgs.), *Rotinas em infertilidade e contracepção* (pp. 159-171). Porto Alegre: Artmed.
- Greil, A. L. (1997). Infertility and psychological distress: a critical review of the literature. *Social Sciences & Medicine*, 45(11), 1679-1704.
- Hammarberg, K., Astbury, J., & Baker, H. W. G. (2001). Women's experience of IVF: a follow up study. *Human Reproduction*, 16(2), 374-383.
- Holter, H., Anderheim, L., Bergh, C., & Möller, A. (2006). First IVF treatment – short term impact on psychological well-being and the marital relationship. *Human Reproduction*, 21(12), 3295-3302.
- Jordan, C., & Revenson, T. A. (1999). Gender differences in coping with infertility: a meta-analysis. *Journal of Behavioral Medicine*, 22(4), 341-358.
- Kraft, A. D., Palombo, J., & Mitchell, D. (1980). The psychological dimensions of infertility. *American Journal of Orthopsychiatry*, 50(4), 618-628.
- Krahl, S., & Piccinini, C. A. (2002). *Entrevista sobre o desejo de ter filhos e o impedimento da gestação*. Instrumento não publicado, Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, Brasil.
- Kumar, A., Ghadir, S., Eskandari, N., & DeCherney, A. H. (2007). Reproductive endocrinology & infertility. Em: A. H. DeCherney, T. M. Goodwin, L. Nathan & N. Laufer (Orgs.), *Current diagnosis & treatment: obstetrics & gynecology* (pp. 917-925). New York: Lange Medical Books/McGraw-Hill.
- Kusnetzoff, J. C. (1997). Aspectos emocionais do casal infértil. Em: M. Badalotti, A. Petracco & C. Teloken (Orgs.), *Fertilidade e infertilidade humana* (pp.19-29). Rio de Janeiro: Médica e Científica.
- Laville, C., & Dionne, J. (1999). *A construção do saber: manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Lee, T. Y., Sun, G. H., & Chao, S. C. (2001). The effect of an infertility diagnosis on the distress, marital and sexual satisfaction between husbands and wives in Taiwan. *Human Reproduction*, 16(8), 1762-1767.
- Leiblum, S. R. (1997). Love, sex, and infertility: the impact of infertility on couples. Em S. R. Leiblum (Org.), *Infertility: psychological issues and counseling strategies* (pp. 149-166). New York: John Willey & Sons.
- Leiblum, S., & Greenfeld, D. (1997). The course of infertility: Immediate and long-term reactions. Em: S. R. Leiblum (Org.), *Infertility: psychological issues and counseling strategies* (pp. 83-102). New York: John Willey & Sons.

- Maldonado, M. T. (1997). *Psicologia da gravidez: parto e puerpério*. São Paulo: Saraiva.
- Maldonado, M. T., Disckstein, J., & Nahoum, J. C. (1996). *Nós estamos grávidos*. São Paulo: Saraiva.
- McDaniel, S. H., HepWorth, J., & Doherty, W. J. (1994). *Terapia familiar médica: um enfoque biopsicossocial às famílias com problemas de saúde*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Melamed, R. M. M. (2006). Infertilidade: sentimentos que decorrem. Em: R. M. M. Melamed & J. Quayle (Orgs.), *Psicologia em reprodução assistida: experiências brasileiras* (pp. 71-90). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Miranda, C., Larrazábal, F., & Labán, P. (1995). Orientación familiar en parejas infértiles. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecologia*, 60(2), 75-78.
- Munimis, P., & Lopes, R.C. S. (2003). *Entrevista sobre as expectativas e sentimentos de mulheres em situação de reprodução medicamente assistida*. Instrumento não publicado. Instituto de Psicologia – UFRGS, Porto Alegre, Brasil.
- NUDIF – UFRGS: Núcleo de Infância e Família. (1998a). *Entrevista de dados demográficos do casal*. Instrumento não publicado. Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, Brasil.
- NUDIF – UFRGS: Núcleo de Infância e Família. (1998b). *Entrevista sobre a gestação e as expectativas da gestante*. Instrumento não publicado, Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, Brasil.
- Palácios, E., Jadresic, E., Palácios, F., Miranda, C., & Domingues, R. (2002). Estudio descriptivo de los aspectos emocionales asociados a la infertilidad y su tratamiento. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecologia*, 67(1), 19-24.
- Passos, E. P. P., Freitas, F., Facin, A. C., & Cunha-Filho, J. S. L. (1997). Infertilidade: investigação e tratamento. Em F. Freitas, C. H. Menke, W. A. Rivoire & E. P. Passos (Orgs.), *Rotinas em Ginecologia* (pp. 317-326) (3ª edição). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Passos, E. P. P., Freitas, F., Cunha-Filho, J. S. L., Facin, A. C., Serrano, Y. L. G. S., Souza, C. A. B., & Salazar, C. C. (2006). Infertilidade: investigação e tratamento. Em F. Freitas, C. H. Menke, W. A. Rivoire & E. P. Passos (Orgs.), *Rotinas em Ginecologia* (pp. 529-541) (5ª edição). Porto Alegre: Artmed.
- Piccinini, C. A., Silva, M. R., Gonçalves, T. R., Lopes, R. S., & Tudge, J. (2004). O envolvimento paterno durante a gestação. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 17(3), 303-314.
- Redshaw, M., Hockley, C., & Davidson, L. L. (2007). A qualitative study of the experience of treatment for infertility among women who successfully became pregnant. *Human Reproduction*, 22(1), 295-304.
- Ribeiro, M. F. R. (2004). *Infertilidade e reprodução assistida: desejando filhos na família contemporânea*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Sabatelli, R. M., Meth, R. L., & Gavazzi, S. M. (1988). Factors mediating the adjustment to involuntary childlessness. *Family Relations*, 37(3), 338-343.
- Schaffer, J., & Diamond, R. (1994). Infertilidade: Dor pessoal e estigma secreto. Em E. Imber-Black (Org.), *Os segredos na família e na terapia familiar* (pp. 113-127). Porto Alegre: Artes Médicas.

- Scharf, C. N., & Weinshel, M. (2001). Infertilidade e gravidez tardia. Em P. Papp (Org.), *Casais em perigo: novas diretrizes para terapeutas* (pp. 119-144). Porto Alegre: Artmed.
- Schmidt, L., Holstein, B., Christensen, U., & Boivin, J. (2005). Does infertility cause marital benefit? An epidemiological study of 2250 men in infertility treatment. *Patient Education and Counseling*, 59, 244-251.
- Serafini, P., White, J., Petracco, A., & Motta, E. (1998). *O bê a bá da infertilidade*. São Paulo: Organon.
- Stake, R. E. (1994). Case studies. Em: N. Denzin & Y. Lincoln (Orgs.), *Handbook of Qualitative Research*. Londres: Sage.
- Szejer, M., & Stewart, R. (1997). *Nove meses na vida da mulher: uma abordagem psicanalítica da gravidez e do nascimento*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Tubert, S. (1996). *Mulheres sem sombra: maternidade e novas tecnologias reprodutivas* (G. Rodriguez, Trad.). Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos.
- Ulrich, M., & Weatherall, A. (2000). Motherhood and infertility: viewing motherhood through the lens of infertility. *Feminism & Psychology*, 10(3), 323-336.
- Verhaak, C. M., Smeenk, J. M. J., Evers, A. W. M., Kremer, J. A. M., Kraaimaat, F. W., & Braat, D. D. M. (2007). Women's emotional adjustment to IVF: a systematic review of 25 years of research. *Human Reproduction Update*, 13(1), 27-36.
- Verhaak, C. M., Smeenk, J. M. J., Eugster, A., Minnen, A., Kremer, J. A. M., & Kraaimaat, F. W. (2001). Stress and marital satisfaction among women before and after their first cycle of *in vitro* fertilization and intracytoplasmic sperm injection. *Fertility and Sterility*, 76(3), 525-531.

Recebido em março de 2008

Aceito em agosto de 2008

Paula Munimis Spotorno: psicóloga, especialista em Psicoterapia da Infância e Adolescência.

Isabela Machado da Silva: psicóloga, mestranda em Psicologia pela UFRGS.

Rita de Cássia Sobreira: doutora em Psicologia (Universidade de Londres), professora do PPG-Psicologia da UFRGS e Pesquisadora do CNPq.

Endereço para correspondência: paulamunimis@yahoo.com.br

Características de validade convergente e divergente de instrumentos de avaliação da personalidade com o Inventário de Estilos de Personalidade de Millon

**João Carlos Alchieri
Janaína Castro Núñez
Clarissa Social Cervo
Cláudio Simon Hutz**

Resumo: Este estudo procura verificar as condições de validade nos aspectos convergentes e divergentes na estrutura de um inventário de personalidade, o Inventário Millon de Estilos de Personalidade (MIPS), e a relação com quatro instrumentos de características objetivas utilizados por psicólogos no Brasil, na verificação de aspectos da personalidade: Inventário Fatorial de Personalidade, Escala de Personalidade de Comrey, Escalas Beck e Questionário de Saúde Geral de Golberg. Participaram do estudo 4864 sujeitos dos sexos masculinos e femininos, com idades a partir dos 18 anos, domiciliados e distribuídos nas regiões norte e sul. Observou-se uma maior frequência de fatores identificados na subescala Relações Interpessoais (MIPS), com 17 fatores do IFP (Desejabilidade social, Deferência, Afiliação, Dominância, Desempenho, Exibição, Agressão, Mudança e Autonomia) com valores que variaram de 0,30 a 0,44. Na validade divergente os fatores Retraimento, Vacilação, Discrepância, Submetimento, Controle e Insatisfação são diretamente associados ao incremento de pontos no BDI, uma possível relação quanto à expressão de sentimentos comuns de afeto depressivo.

Palavras-chave: MIPS; Millon; validade divergente; validade convergente.

Characteristics of convergent and divergent validity of personality evaluation instruments with the Millon Inventory of Personality Styles (MIPS)

Abstract: This study seeks to verify the validity conditions of convergent and divergent aspects in the structure of a personality inventory, the Millon Inventory of Personality Styles (MIPS), and its relation with four of the objective characteristics instruments used by Brazilian psychologists in the verification of personality aspects: Factorial Personality Inventory (IPF), Comey Personality Scale, Beck Scale, and Golberg's General Health Questionnaire. The basis of the study was 4864 individuals, male and female, aged 18 years or more, from the northern and southern regions of Brazil. The test results were distributed in four groups: the first and second to evaluate the concurrent validity and the third and fourth to evaluate the divergent validity. It was observed a greater frequency of factors identified in the Interpersonal Relations subscale of the MIPS, with 17 factors of the IPF (social desirability, deference, affiliation, dominance, fulfillment, exhibition, aggression, change and autonomy) with values from 0.30 to 0.44. As for divergent validity (BDI and MIPS), we identified a greater number of associated factors, with greater magnitude in the Interpersonal Relations subscale (-0.25 to 0.62), with content similarity. The values of the retreat, vacillation, discrepancy, submission, control and dissatisfaction factors are directly associated with greater points on the BDI, demonstrating a possible relation as to the expression of common depressive affection feelings.

Keywords: MIPS; Millon; divergent validity; convergent validity.

Introdução

Apresentam-se os resultados referentes às análises de validade convergente e divergente do Inventário de Estilos de Personalidade de Millon (MIPS) com instrumentos objetivos muito utilizados por psicólogos brasileiros na avaliação de características da personalidade e respaldados pelo Conselho Federal de Psicologia (2003). O Inventário de Estilos de Personalidade de Millon (Alchieri, 2004) foi pareado com o Inventário Fatorial de Personalidade (IFP) e as Escalas de Personalidade de Comrey em aplicações coletivas. Da mesma forma empregaram-se dois testes amplamente utilizados no Brasil e com a anuência do CFP quanto as suas condições técnicas, o Questionário de Saúde Geral de Goldberg (QSG) e o Inventário Beck de Depressão, para verificar a possibilidade de avaliação de efeitos falsos positivos quanto a expressão de anormalidade por parte dos respondentes quanto aos seus resultados.

A avaliação psicológica voltou a ter importância e *status* enquanto atividade de atuação do psicólogo nas diversas áreas de ação, conforme demonstram as crescentes publicações internacionais, ou nacionais. A Comissão de Testes do Colégio Oficial de Psicólogos (COP) e a Comissão Européia sobre Testes da Federação Européia de Associações Profissionais de Psicólogos (EFPPA), em um recente relatório apontam diretrizes internacionais para o estabelecimento de políticas quanto ao uso dos testes psicológicos. Cabe destacar dentre os diversos aspectos apresentados, o papel de responsabilidade dos profissionais em promover a escolha adequada dos testes a serem usados, juntamente com sua qualidade e atualização (ITC, 2001).

Não mais se questiona a utilidade desta prática, que no país é privativa do psicólogo, e representa um aspecto da ciência psicológica na sociedade. A atualização de normas e procedimentos operacionais é uma constante nos diferentes países, como na América do Norte, onde recentemente foi publicada uma revisão dos Standards for Educational and Psychological Tests (American Educational Research Association, American Psychological Association & National Council on Measurement in Education, 1999); tomada como referência dos parâmetros dos instrumentos utilizados na avaliação psicológica. No Brasil, na reunião da Associação Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Psicologia (ANPPEP) em 2000, o grupo de trabalho (GT) em avaliação psicológica discutiu a sistematização sobre os processos de avaliação da qualidade dos instrumentos comercializados. Todavia, mesmo com as resoluções do CFP (2001) e a ação de pesquisas em grupos no país, pouco foi desenvolvido na abordagem e na condução de processos de avaliação da validade concorrente e divergente dos instrumentos no Brasil. Assim sendo questiona-se, se os indicadores de validade do Inventário Millon (MIPS) apresentam equivalências compatíveis aos preceitos metodológicos (validade convergente e divergente) apresentados por testes de avaliação (Inventário fatorial de personalidade, Escalas de Comrey, Inventário Beck de depressão e Questionário de saúde geral) na avaliação da personalidade normal e patológica, de forma a assegurar seu uso no Brasil?

Caracterizaram-se os principais aspectos dos estudos de validade convergente e divergente, na tentativa de observância de indicadores seguros quanto ao uso dos inventários de personalidade, na avaliação psicológica de aspectos normais.

Especificamente utilizaram-se os quatro instrumentos por seus aspectos metodológicos envolvidos na base teórica, ou seja, os Testes de Comrey e o Inventário Fatorial de Personalidade (Pasquali & cols., 1997). Através destes tem-se a representação de dois testes com aspectos metodológicos na avaliação da personalidade similares entre si, embora distintos teoricamente ao proposto por Millon (Alchieri, 2004). Outro aspecto que fundamentou o presente estudo é a ausência de análises de validade convergente que envolvesse os testes amplamente utilizados por profissionais, de forma a estabelecer um processo de equivalência para nortear seu uso. Os estudos de validade divergente foram conduzidos com dois instrumentos, o Questionário de Saúde Geral de Goldberg (QSG) de Pasquali e cols. (1996) e o Inventário Beck de Depressão (BDI) adaptado ao Brasil por Cunha (2001).

Método

Instrumentos

Inventário Millon de Estilos de Personalidade (MIPS) – O Inventário Millon é composto de 180 itens, respondidos em uma escala dicotômica, preconizado para sujeitos de idade superior aos 18 anos. Contém 24 escalas agrupadas em 12 pares, representando as três áreas com cada um dos pares sendo composto por duas escalas justapostas (Aiken, 1997). O MIPS em sua composição inclui 165 itens pertencentes as 24 escalas, 5 itens da escala de consistência, 10 da escala de impressão positiva e 10 da escala de impressão negativa. O processo de seleção e avaliação dos itens foi elaborado por Millon através de um modelo interno-estrutural de validação dos itens das 24 escalas (Millon, 1994; 1996). Além das 12 escalas, o MIPS possui três indicadores de validade: a Impressão Positiva (IP), a Impressão Negativa (IN) e a Consistência (C). O primeiro está redigido com o propósito de identificar os sujeitos que tenham como intenção causar uma impressão demasiadamente favorável ao responder o teste. Por sua vez a escala IN pretende identificar as pessoas cuja resposta tende a ser relacionada com uma auto-percepção generalizadamente negativa. O ponto de corte que Millon propõe para considerar o sujeito como respondendo uma IP ou IN diferencia-se segundo o nível de instrução; para escolaridade alta o ponto de corte tanto da escala IP como IN é de 5 pontos ou mais em cada uma, enquanto que para uma escolaridade baixa fica em 4 ou mais para IP e 6 ou superior para IN. Assim, se um sujeito com nível de instrução alto apresenta 7 pontos na escala IN se interpretará como tendo uma autopercepção demasiada negativa de si mesmo. O Inventário, MIPS, procura descrever a dominância de um ou outro estilo e sua composição facetada tem como objetivo avaliar a personalidade normal, através das manifestações da conduta que estão de algum modo, relacionadas às metas que uma pessoa possui para sua vida e seu estilo particular em processar as informações que recebe do meio, resultando assim, em uma configuração dinâmica de interações.

Inventário Fatorial de Personalidade (IFP) – O instrumento é de origem nacional, de autoria de Luiz Pasquali, Maria Mazzarello Azevedo e Ivânia Ghesti, e

editado pela Casa do Psicólogo Ltda., desde 1997. O IFP fundamenta-se no Edwards Personal Preference Schedull (EPPS) desenvolvido por Allem L. Edwards, e é baseado na teoria das necessidades básicas formuladas por Henry Murray e, em uma adaptação modificada do EPPS. É composto de 155 itens e visa avaliar o indivíduo normal em 15 necessidades ou motivos psicológicos: Assistência (As.), Dominância (Dom.), Ordem (Or.), Denegação (Den.), Intração (Int.), Desempenho (Dese.), Exibição (Ex.), Heterossexualidade (Het.), Afago (Af.), Mudança (Mud.), Persistência (Pers.), Agressão (Ag.), Deferência (Def.), Autonomia (Aut.) e Afiliação (Afi.). Há ainda duas escalas de verificação Validade (V) e Desejabilidade Social (DS). De acordo com os autores, o teste pode ser aplicado em sujeitos entre 18 e 60 anos de idade, sendo o material constituído por manual, caderno de aplicação, folha de resposta, folha de apuração, crivo e apuração. A aplicação pode ser individual e coletiva, e embora o teste seja aplicado sem limite de tempo, normalmente não deve passar de 45 min. A apuração dos resultados pode ser manual ou informatizada através de uma rotina descrita no manual. Foram listados os seguintes fatores como passíveis de serem obtidas correlações quanto ao MIPS, devido à semelhança conceitual e de conteúdo com os fatores relativos principalmente as Relações interpessoais: assistência, dominância, ordem, intração, desempenho, exibição, mudança, persistência, agressão, autonomia e afiliação.

Escalas de Personalidade de Comrey (CPS) – Elaborada por Andrew L. Comrey e adaptada no Brasil por Aroldo Rodrigues e atualizada por Flávio Costa em 1997, tem como indicação avaliar a personalidade do indivíduo normal e expressa por 8 fatores. As CPS são instrumentos do tipo verbal de auto-relato e pretende medir as principais características da personalidade. De fato, elas avaliam oito dimensões da personalidade, a saber: T – Confiança versus Atitude defensiva; O – Ordem versus Falta de compulsão; C – Conformidade social versus Rebeldia; A – Atividade versus Passividade; S – Estabilidade emocional versus Neuroticismo; E – Extroversão versus Introversão; M – Masculinidade versus Feminilidade, e P – Empatia versus Egocentrismo. O instrumento CPS contém ao todo 100 itens. Cada uma das oito escalas é composta por 20 itens e duas outras foram introduzidas para fins de controle: V – Escala de validade com oito itens e uma R – Escala de tendenciosidade da resposta com 12 itens. Em cada escala, a metade dos itens é formulada positivamente e a outra metade negativamente, objetivando controlar a possível tendenciosidade a um tipo sistemático de resposta. As oito escalas de personalidade medem traços de personalidade. A escala V verifica se o sujeito respondeu aleatoriamente ou mentiu; a escala R verifica se o sujeito tentou responder ao instrumento de uma forma socialmente desejável. Cada escala produz um escore padronizado em termos do escore T. Para a avaliação da validade convergente, planejou-se a correlação dos fatores do MIPS com as escalas Ordem, Conformidade social, Rebeldia; Atividade, Passividade; Extroversão, Introversão.

Inventário de Depressão Beck (BDI) – As Escalas Beck (Cunha, 2001) são divididas em quatro medidas escalares que são o Inventário de Depressão (BDI), o Inventário de Ansiedade (BAI), a Escala de Desesperança (BHS) e a Escala de

Ideação Suicida (BSI). Foram todas desenvolvidas por Beck e seus colegas no Center Cognitive Therapy (CCT) da Universidade de Pennsylvania, na Philadelphia, Estados Unidos. O BDI é a sigla pela qual é universalmente conhecido o instrumento para medida da intensidade da depressão, foi originalmente criado por Aaron Beck e seus colaboradores do Centro de Terapia Cognitiva em 1961 e revisado em 1979 a 1982. As Escalas Beck são indicadas para sujeitos entre 17 e 80 anos de idade, contudo, na literatura há registros de pesquisas cujas amostras incluíam sujeitos que se situavam aquém ou além desse período etário, principalmente com o BDI, BAI e o BHS. Não era intenção dos autores construir um instrumento para diagnóstico de quadros específicos, mas sim, criar uma medida escalar com itens descritivos de atitudes e sintomas que podem ser encontrados em diferentes categorias nosológicas. Foi inicialmente desenvolvido para uso com pacientes psiquiátricos, passando a ser amplamente utilizado, tanto na área clínica como na de pesquisa e mostrando-se um instrumento útil também para a população geral, sendo indicado para avaliação do nível de intensidade da depressão e para triagem de sintomas depressivos. Trata-se de uma escala de auto-relato, de 21 itens, cada um com quatro alternativas, subentendendo graus crescentes de gravidade da depressão com escores de 0 a 3, sendo o escore total o resultado da soma dos escores individuais dos itens, permitindo assim a classificação de níveis de intensidade da depressão. Ou seja, obtêm-se o escore total do BDI, somando os escores de cada item correspondente as alternativas assinaladas pelos examinados nos 21 itens. Cada grupo apresenta quatro alternativas que podem ter escore 0, 1, 2 ou 3. O maior escore possível é 63, porque, no caso de o examinando ter marcado mais de uma opção, se usa a afirmativa com a avaliação mais alta para calcular o escore total. Contudo, se o examinando indicou que deliberadamente está tentando perder peso, então, o escore desse item não é somado no escore total. Para Beck (Cunha, 2001), o BDI é indicado para sujeitos de 17 a 80 anos, embora cite a existência de pesquisas desenvolvidas aquém ou além dessa faixa etária. Com a versão brasileira foram desenvolvidos estudos com sujeitos de 12 a 17 anos e com sujeitos da terceira idade. Com relação à administração o vocabulário do BDI é adequado a um nível de leitura atingido em cinco anos escolares o equivalente a 5ª série. De acordo Cunha, (2001), a estimativa de tempo para realização do teste é de 5 a 10 minutos para forma auto-administrada em aproximadamente 15 minutos para administração oral, embora pacientes obsessivos possam levar até 30 minutos. Para auto-administração entrega-se o protocolo do BDI ao examinando e além de lhe solicitar que preencha as informações requeridas, deve-se ler em voz alta as instruções, que estão impressas na parte superior do protocolo.

Questionário de Saúde Geral (QSG) – O Questionário de Saúde Geral (QSG), (Pasquali, Azevedo & Ghesti, 1997) cujo nome no original era “General Health Questionnaire” (GHQ), foi desenvolvido para identificar a severidade do distúrbio psiquiátrico do respondente. O QSG é composto de 60 itens sobre sintomas psiquiátricos não psicóticos e são apresentados em um caderno e respondidos em uma escala de quatro pontos tipo Likert, numa folha de respostas em separado. A

tarefa do respondente ao tomar o teste é de marcar um dos pontos da escala Likert para cada um dos itens do questionário. Os resultados obtidos definem estão o estado de saúde mental ou de desvio da saúde mental. A verificação das respostas do QSG é realizada conforme uma expressão padrão: dar aos pontos 1 e 2 da escala o valor 0 e aos pontos 3 e 4 o valor 1, resultando num escore máximo de 60 pontos. Para interpretação do escore no fator geral, o autor considera que quanto maior for este escore, maior será o nível de distúrbios psiquiátricos. O ponto de corte do sintomático vs. não sintomático, no sistema padrão de apuração, corresponde a faixa igual ou superior ao percentil 90, segundo resultados da amostra descrita por Pasquali e cols. (1996).

Participantes

O participaram deste estudo 4.864 adultos, de idades a partir dos 18 anos, domiciliados e distribuídos nas regiões norte (Roraima), e região sul (Rio Grande do Sul). As regiões foram tomadas tendo em vista a conveniência de obtenção das respostas dos protocolos da mesma forma que possibilitou também uma maior diversidade sócio-cultural. Os resultados dos testes foram distribuídos em quatro grupos: o primeiro e o segundo para avaliação da validade concorrente (convergente) e o terceiro e quarto para avaliação da validade divergente.

Validade convergente

O primeiro grupo foi avaliado pelos instrumentos IFP e o MIPS, aplicados a 4504 pessoas com a seguinte distribuição de sexo e escolaridade; para o sexo feminino (N=865), sendo nível fundamental (n=10), Médio (n=817) e superior (n=38). Para o sexo masculino (N=3639), destes 74 possuíam o nível fundamental, 3535, o nível médio e 30 o superior.

O segundo grupo, avaliado pelo MIPS e o Comrey (CPS) foi composto por 260 participantes conforme a descrição quanto ao sexo e a escolaridade; o sexo feminino (N=75), sendo nível médio (n=34) e superior (n=41). O sexo masculino com 185 participantes estava dividido em dois grupos com o mesmo nível de instrução 109 no ensino médio e 76 no superior.

Validade divergente

O terceiro grupo foi avaliado com a Escala de Beck para Depressão (BDI) e o MIPS, sendo composto por pessoas de escolaridade fundamental dos sexos masculino (n=35) e feminino (n=14).

O quarto grupo respondeu ao MIPS e o QSG e foi composto por 38 participantes, cujo sexo (feminino n=24, destes sendo 10 de nível médio e 14 de nível superior de escolaridade); o sexo masculino (n= 12) tinha 05 com nível médio e 7 com nível superior de escolaridade.

Procedimento

A aplicação dos instrumentos em todos os grupos foi conduzida por psicólogos em na sua maioria professores universitários de disciplinas de avaliação psicológica. As aplicações foram conduzidas em sessões coletivas com no máximo de 50 participantes dos sexos masculinos e femininos por sala. As instruções semelhantemente às apresentadas no primeiro estudo, possibilitaram aos sujeitos responderem o inventário MIPS imediatamente após, ou antes, ao outro instrumento, (IFP, CPS, BDI e QSG) sem tempo determinando.

Uma vez que os inventários tiveram a aplicação realizada através dos seus cadernos originais e em folhas de leitura óptica, os resultados obtidos foram imediatamente processados na devolução dos protocolos pelos participantes. Uma vez verificados os resultados, estes foram tabulados e digitados em uma base de dados possibilitando assim, sua análise agrupada, com os resultados do Inventário de Estilos de Personalidade. Os resultados dos quatro testes forma corrigidos através de aplicativos informatizados, elaborados conforme as orientações dos manuais (IFP, CPS e QSG) ou desenvolvidos a partir do manual (BDI) sendo comparados em avaliações tradicionais para certificar-se da exatidão dos resultados.

Resultados

Validade convergente

IFP e MIPS

A verificação dos resultados referentes ao teste IFP (Tabela 1) permite identificar o número de fatores, cuja magnitude da correlação fosse média ou mesmo elevada, tomando-se como limite um coeficiente de $r > 0,30$. A maior frequência de fatores semelhantes aos dois instrumentos pode ser identificada na subescala Relações interpessoais, com 17 fatores (Desejabilidade Social, Deferência, Afiliação, Dominância, Desempenho, Exibição, Agressão, Mudança e Autonomia) cujos valores variaram de 0,30 a 0,44. A significância das correlações foi significativa (0,001) embora com uma magnitude média e fraca. Salienta-se que os valores com maiores correlações possuam uma expressão teórica semelhante ao conteúdo dos fatores para ambos os testes, por exemplo, nos fatores Dominância x Controle; Afiliação x Comunicabilidade. A escala Metas motivacionais foi a que apresentou um menor número de fatores associados ao IFP (5), mas com igualdade de conteúdo verificado (Assistência x Proteção; Afiliação x Proteção, e Individualismo x Autonomia), com valores de r oscilando de 0,10 a 0,38.

Tabela 1 – Coeficientes de correlação entre o IFP e os fatores do MIPS

Fatores	V.	D.S.	S.	Int.	Af.	Def.	Afi.	Dom.	Den.	Desc.	Ex.	Ag.	Or.	Pers.
Abertura	0,04	0,18	0,16	0,13	0,05	0,19	0,17	0,15	-0,04	0,2	0,12	-0,07	0,14	0,15
Preservação	-0,09	-0,24	-0,06	-0,02	0,04	-0,1	-0,1	-0,05	0,15	-0,07	0,07	0,23	-0,06	-0,11
Modificação	-0,03	0,12	0,22	0,24	0,17	0,26	0,24	0,39	0,05	0,36	0,27	0,13	0,28	0,25
Acomodação	-0,04	-0,17	-0,09	-0,11	-0,04	-0,16	-0,1	-0,25	0,06	-0,22	-0,07	0,05	-0,17	-0,17
Individualismo	-0,04	-0,08	-0,1	0,01	-0,08	-0,07	-0,1	0,15	-0,03	0,15	0,16	0,25	0,04	0,04
Proteção	0,01	0,08	0,34	0,2	0,26	0,25	0,35	0,07	0,2	0,12	0,12	-0,04	0,16	0,17
Extroversão	0,01	0,11	0,28	0,19	0,27	0,27	0,41	0,19	0,03	0,2	0,19	0	0,14	0,15
Introversão	-0,09	-0,18	-0,11	-0,01	-0,08	-0,09	-0,2	0	0,13	0,01	0,07	0,22	0	-0,04
Sensação	0	0,1	0,01	-0,04	0	0,03	0,01	0,03	0,01	0,05	-0,03	0	0,09	0,09
Intuição	-0,04	-0,018	0,16	0,019	0,21	0,12	0,18	0,13	0,15	0,12	0,26	0,22	0,03	0,02
Reflexão	0,08	0,16	-0,03	0,06	-0,11	0,07	-0,1	0,18	0	0,15	0,03	0,05	0,11	0,17
Afetividade	-0,03	-0,06	0,26	0,14	0,28	0,16	0,29	0	0,18	0,05	0,14	0,05	0,08	0,05
Sistemização	0,06	0,28	0,16	0,1	0,07	0,21	0,14	0,09	0,02	0,18	0	-0,12	0,36	,29
Inovação	-0,07	-0,2	0,14	0,17	0,2	0,12	0,22	0,26	0,09	0,18	0,34	0,3	-0,03	-0,01
Retratamento	0,02	-0,05	-0,19	-0,08	-0,24	-0,15	-0,3	0,07	0,04	-0,06	-0,08	0,1	-0,04	-0,03
Comunicabilidade	0	0,09	0,29	0,26	0,26	0,33	0,36	0,39	0,08	0,35	0,31	0,1	0,22	0,21
Vacilação	-0,07	-0,21	-0,06	-0,07	0,03	-0,14	-0,1	-0,14	0,16	-0,14	-0,02	0,15	-0,07	-0,12
Firmeza	0,08	0,17	0,18	0,22	0,07	0,26	0,16	0,38	0,01	0,38	0,23	0,1	0,22	0,25
Discrepância	-0,12	-0,32	-0,05	0,01	0,04	-0,08	0	0,04	0,09	0,02	0,2	0,34	-0,06	-0,08
Conformidade	0,07	0,31	0,2	0,13	0,1	0,24	0,18	0,11	0,08	0,21	0,03	-0,08	0,28	0,28
Submissão	-0,1	-0,18	0,01	-0,02	0,05	-0,04	0,01	-0,2	0,19	-0,13	0,01	0,08	-0,06	-0,09
Controle	0,05	0,02	0,05	0,17	0,03	0,14	0,01	0,44	0,02	0,31	0,26	0,29	0,11	0,17
Insatisfação	-0,11	-0,24	-0,06	0,03	0,07	-0,05	-0,1	0,09	0,14	0,07	0,19	0,34	-0,01	-0,05
Concordância	0,02	0,07	0,15	-0,02	0,09	0,05	0,14	-0,28	0,1	-0,16	-0,15	-0,24	0,03	-0,01

Nota: Validade (V), Desejabilidade Social (DS), Assistência (As), Dominância (Dom.), Ordem (Or), Denegação (Den.), Intração (Int.), Desempenho (Dese.), Exibição (Ex.), Heterossexualidade (Het.), Afago (Af.), Mudança (Mud.), Persistência (Pers.), Agressão (Ag.), Deferência (Def.), Autonomia (Aut.) e Afiliação (Afi.)

CPS e MIPS

Em relação às Escalas de Comrey observaram-se resultados muito inferiores e aquém ao esperado para os 10 fatores; somente na escala V verificou-se resultados mais pronunciados ($r > -0,30$), sendo as demais inferiores a 0,30 (positivo ou negativo), conforme Tabela 2.

Tabela 2 – Coeficientes de correlação entre as escalas de Comrey e os fatores do MIPS

Fatores	Escala V	Escala R	Escala T	Escala O	Escala C	Escala A	Escala S	Escala E	Escala M	Escala P
Abertura	-0,47	-0,15	-0,16	-0,06	-0,13	0,1	0,11	-0,01	-0,17	-0,01
Preservação	-0,13	-0,05	-0,05	0	-0,02	-0,08	-0,01	-0,07	-0,01	0
Modificação	-0,21	0	-0,15	0	0	0,14	0,1	0,07	-0,07	0,06
Acomodação	-0,021	-0,11	0,01	0,02	-0,1	-0,14	0,03	-0,04	-0,07	-0,08
Individualismo	-0,12	-0,04	-0,11	-0,07	-0,03	0	0,03	0,03	-0,09	0
Proteção	-0,29	-0,08	-0,07	0,09	-0,13	0,11	0,05	-0,02	-0,15	0,02
Extroversão	-0,38	-0,05	-0,2	0	-0,07	0,15	0,13	0,06	-0,13	0,01
Introversão	0	-0,08	0,07	0,03	-0,03	-0,12	-0,03	-0,06	0,02	0,04
Sensação	-0,35	-0,07	-0,21	0,03	-0,16	-0,01	0,06	0,01	-0,19	-0,07
Intuição	-0,09	-0,04	-0,04	-0,05	-0,01	0,09	0,05	-0,01	0,01	0,06
Reflexão	-0,26	-0,06	-0,05	0,02	-0,03	0,03	0,06	0,03	-0,01	0,07
Afetividade	-0,22	-0,08	-0,05	0,01	-0,13	0,08	0,04	-0,04	-0,14	0
Sistematização	-0,26	-0,05	-0,19	-0,02	-0,06	0,1	0,11	0,05	-0,06	0,08
Inovação	-0,2	0,01	-0,01	0,01	-0,01	0,1	0,12	0,15	-0,07	0,06
Retraimento	-0,17	-0,06	-0,01	0,06	-0,06	-0,14	0,03	-0,11	-0,05	-0,02
Comunicabilidade	-0,25	-0,03	-0,16	-0,05	-0,05	0,13	0,09	0,14	-0,09	0,1
Vacilação	-0,13	-0,04	0,01	0	-0,01	-0,09	-0,04	-0,08	0,04	-0,07
Firmeza	-0,33	-0,07	-0,19	0,02	-0,08	0,13	0,12	0,06	-0,1	0,08
Discrepância	-0,16	-0,12	-0,1	-0,01	-0,04	-0,04	-0,03	-0,05	-0,08	-0,09
Conformidade	-0,32	-0,02	-0,15	0,02	-0,1	0,13	0,07	0,04	-0,11	0,05
Submissão	-0,33	-0,09	-0,02	0,06	-0,17	-0,08	-0,02	-0,07	-0,12	-0,1
Controle	-0,33	-0,09	-0,02	0,06	-0,17	-0,08	0,02	-0,07	-0,12	-0,1
Insatisfação	-0,14	-0,02	-0,06	0	-0,05	-0,15	-0,03	-0,06	-0,04	-0,03
Concordância	-0,45	-0,1	-0,08	0,08	-0,17	0,01	0,02	-0,08	-0,18	-0,05

Todos os valores foram negativos, de $-0,30$ a $-0,48$ evidenciando uma correlação inversa, relacionadas em um número maior de fatores à subescala Relações interpessoais, como exemplo Concordância x Escala V, Abertura x Escala V, e Extroversão x Escala V. A verificação dos conteúdos dos fatores da escala V, torna possível relacionar os conteúdos teoricamente como inversos os descritos pelo MIPS.

Na subescala Estilos cognitivos, segunda em número de fatores associados (2), os fatores Introversão e Sensação foram relacionados à Escala V com magnitudes negativas de $-0,38$ e $-0,53$ respectivamente.

Observa-se que os resultados do estudo, quanto à validade convergente, embora com valores aceitáveis entre fatores para ambos os testes, mostram-se insatisfatórios no que tange a apresentação de semelhanças entre os instrumentos objetivos de avaliação da personalidade normal. Mesmo que o conceito de validade na elaboração de instrumentos de medida psicológica (Pasquali, 2003) seja amplo permitindo também a verificação fatorial do teste, a representação do constructo e da teoria que embasa o modelo, a validade empírica, quanto à concordância com outros testes, é igualmente importante. A necessidade de preservar o modelo teórico e a expressão de concordância com outros testes assegura o uso de um teste associado com outros instrumentos, na medida em que amplia o poder de identificação das características e, concomitantemente, da avaliação.

Um aspecto a salientar é a inexistência de estudos de validade convergente com instrumentos em uso no Brasil, de forma a assegurar aos profissionais a demonstração de um grau de concordância entre as avaliações. Nos dois instrumentos utilizados, IFP e CPS, os estudos dos autores e revisores, limitavam-se aos propostos pelo modelo original do teste. Sem nenhum dado quanto a uma possível relação entre ambos os instrumentos utilizados na avaliação do MIPS, foi impossível verificar uma possível associação entre determinadas variáveis. Sem estes dados, somente foi possível assinalar uma relação teórica entre os conteúdos dos fatores analisados, procedimento limitado pela expressão teórica distinta dos testes.

Validade divergente

BDI e MIPS

Foram utilizados instrumentos cuja capacidade de identificar sinais e sintomas de ansiedade, depressão, tensão, presença de distúrbios psicossomáticos e ideação suicida inviabilizariam uma expressão adaptada, normal, a personalidade dos participantes. Muito embora a frequência de participantes na avaliação clínica fosse menor que as demais modalidades, era importante para estabelecer a presença dos sintomas descritos acima.

Na Tabela 3 são apresentados os resultados na relação entre os testes BDI e MIPS quanto aos resultados brutos dos fatores. É possível identificar (Tabela 3) que um maior número de fatores associados em uma maior magnitude, encontra-se no MIPS na subescala Relações interpessoais ($-0,25$ a $0,62$), cuja descrição quanto ao

conteúdo é igualmente possível de ser relacionada. Os valores dos fatores Retraimento, Vacilação, Discrepância, Submetimento, Controle e Insatisfação são diretamente associados ao incremento de pontos no BDI, demonstrando uma possível relação quanto a expressão de sentimentos comuns em depressão. Na subescala Estilos cognitivos, embora com magnitudes menores, há uma relação positiva com a Preservação (0,65) e negativa (-0,54) com Abertura. Nos fatores das Metas motivacionais Introversão e Intuição, observaram-se valores mais constantes (0,40 e 0,43), respectivamente. Os resultados não permitem identificar uma descrição sintomatológica compatível com o quadro clínico de Depressão, mesmo nos pacientes atendidos ambulatorialmente para hemodiálise. Assim que a associação entre os valores obtidos pelo BDI pode ser tomada como a expressão de sentimentos de cunho depressivos e sua relação com MIPS é possível, dada as expressões destes sentimentos em pessoas normais, como sendo ubíquos nas diversas relações interpessoais.

Tabela 3 – Resultados da correlação entre escores do BDI e MIPS

Fatores	BDI
Abertura	-0,54**
Preservação	0,65**
Modificação	-0,13
Acomodação	0,45**
Individualismo	0,14**
Proteção	0,00**
Extroversão	-0,29*
Introversão	0,40**
Sensação	-0,21
Intuição	0,43**
Reflexão	0,08
Afetividade	0,24
Sistematização	-0,16
Inovação	0,22
Retraimento	0,46**
Comunicabilidade	-0,25
Vacilação	0,54**
Firmeza	-0,22
Discrepância	0,50**
Conformismo	-0,08
Submetimento	0,62**
Controle	0,62**
Insatisfação	0,55**
Concordância	-0,09

QSG e MIPS

O uso do QSG como instrumento de avaliação da validade divergente permitiu que se pudessem, em um amplo leque, verificar vários sinais e sintomas de distintos quadros. Identicamente ao BDI, o grupo de participantes não era composto por indivíduos comprometidos, mas em atividade laboral que caracterizava a normalidade.

Apresentam-se os resultados (Tabela 4) da análise de correlação entre os fatores dos dois testes, onde os maiores graus de associação estão situados entre os subtestes do QSG, em concordância com os autores (Pasquali & cols., 1997). Quanto aos fatores do MIPS é possível verificar relações idênticas entre as subescalas, com dois fatores do QSG (Distúrbios do Sono e Distúrbios Somáticos), apresentando magnitudes de -0,36 a 0,34.

Tabela 4 – Coeficientes de correlação entre subtestes do QSG e os fatores do MIPS

Fatores	Estresse	Morte	Desempenho	Sono	Somáticos	Saúde Geral
Abertura	-0,06	0,11	-0,1	-0,33	-0,24	-0,08
Preservação	0,08	0,02	0,16	0,15	0,04	0,11
Modificação	-0,08	0,13	-0,11	-0,17	-0,19	-0,08
Acomodação	0,14	-0,02	0,18	0,17	0,12	0,14
Individualismo	0,01	-0,14	0,04	0,19	0,2	0,01
Proteção	-0,05	0,21	-0,12	-0,25	-0,27	-0,04
Extroversão	-0,11	0,11	-0,16	-0,27	-0,23	-0,12
Introversão	0,11	-0,12	0,18	0,19	0,24	0,12
Sensação	-0,11	-0,04	-0,09	-0,36	-0,13	-0,08
Intuição	0,05	0	0,04	0,24	0,16	0,07
Reflexão	0,04	-0,07	0,07	0,12	0,12	0,05
Afetividade	-0,1	0,11	-0,17	-0,21	-0,22	-0,08
Aistemização	-0,2	0,1	-0,25	-0,26	-0,31	-0,19
Inovação	0,07	-0,12	0,08	0,13	0,3	0,08
Retraimento	0,22	-0,02	0,29	0,3	0,34	0,26
Comunicabilidade	0,04	0,23	-0,01	-0,19	-0,13	0,02
Vacilação	0,08	-0,08	0,15	0,23	0,13	0,1
Firmeza	-0,09	0,04	-0,13	-0,19	-0,14	-0,1
Discrepância	0,09	-0,16	0,13	0,27	0,41	0,1
Conformismo	-0,01	0,2	-0,03	-0,24	-0,3	0
Submetimento	0,18	0,08	0,24	0,2	0,15	0,2
Controle	0,18	0,08	0,24	0,2	0,15	0,2
Insatisfação	0,12	-0,03	0,17	0,19	0,26	0,1
Concordância	-0,05	0,2	-0,1	-0,23	-0,31	0

Conceitualmente alguns dos fatores demonstram relação (Retraimento x D. Sono x D. Somáticos), embora aos demais não fosse possível estabelecer uma associação, mesmo com níveis de significância expressivos.

É possível caracterizar os resultados referentes à validade divergente como sendo esperados e interessantes, com correspondências teóricas do modelo de Millon (1996)

e as descrições dos fatores dos instrumentos utilizados. No entanto, se para a validade divergente os resultados foram dentro do esperado e até previsto, o mesmo não ocorreu com a validade convergente.

Com uma descrição conceitual (Alchieri, 2007) dos fatores é possível verificar certa relação destes entre si, mas com magnitudes meramente aceitáveis. Por hora, estes resultados podem ter um caráter restritivo ao uso comercial do MIPS, mas futuros estudos podem atender as solicitações e os modelos necessários para sua ampla utilização (CFP, 2003). Os resultados permitem que se avaliem as análises quanto a validade do MIPS em comparação a outros testes disponíveis no mercado, e assim ampliar o conjunto de resultados dos testes acessíveis ao profissional.

Por outro lado, quando se verificam os dados referentes às análises dos atuais testes comercializados no Brasil (Alchieri, Noronha & Primi, 2003) constata-se que nos dois testes de avaliação da personalidade, não foram realizadas análises semelhantes as aqui demonstradas quanto ao estabelecimento da validade convergente. Os demais autores (Sánchez & Garcia, 2001) em seus trabalhos de adaptação do MIPS para América Latina, estabeleceram indicadores e critérios para as avaliações da validade, sem que tivessem tomado instrumentos para caracterizar o modelo teórico. Estes aspectos remetem a uma questão que perpassa a evolução da avaliação psicológica (Anastasi & Urbina, 2000) e acompanha o desenvolvimento dos testes: para o estabelecimento da validade de um teste, o mais importante é a equivalência dos resultados encontrados na medida ou a possibilidade deles respaldarem a validade interna de uma teoria?

Através dos resultados torna-se necessário repensar a sistemática metodológica quanto ao estabelecimento de procedimentos para avaliar a validade com base na proposta teórica do autor. Estratégias metodológicas que levem em consideração a avaliação da teoria por critérios semelhantes podem estabelecer, além dos dados, uma análise mais detalhada da abrangência teórica.

Conclusões

O objetivo do presente conjunto s foi verificar os principais aspectos quanto à manutenção de resultados de uma teoria de personalidade através de procedimentos metodológicos utilizados para adaptar e validar o uso do Inventário Millon de Estilos de Personalidade (MIPS).

No Brasil constata-se que grande parte das dificuldades na área de avaliação psicológica não reside somente na ausência de novos testes, mas com problemas relacionados ao desconhecimento por parte dos profissionais, dos aspectos metodológicos (fidedignidade, validade e padronização) da elaboração de testes psicológicos, quer sejam eles nacionais ou importados. Nesse sentido, os pressupostos descritos por Hambleton (1996), sobre os cuidados com testes construídos e utilizados em outras culturas, sinalizam com a prudência, uma das maiores dificuldades atuais sendo endossados por instituições científicas internacionais (ITC, 2001). Empregaram-se para a avaliação da validade, testes aceitos pelo CFP (2004) quanto as suas condições técnicas. Os resultados referentes às análises de validade convergente e divergente

do Inventário de Estilos de Personalidade de Millon (MIPS) com instrumentos objetivos (IFP, CPS, QSG e BDI) empregados por psicólogos brasileiros na avaliação de características da personalidade e respaldados pelo Conselho Federal de Psicologia (2003). Observou-se uma maior frequência de fatores identificados na subescala Relações interpessoais (MIPS), com 17 fatores do IFP (Desejabilidade social, Deferência, Afiliação, Dominância, Desempenho, Exibição, Agressão, Mudança e Autonomia) com valores que variaram de 0,30 a 0,44. A significância destas correlações foi alta (0,001) embora a magnitude fosse de valores médios e fracos. Salientou-se que os valores com maiores relações tinham uma expressão conceitual diretamente relacionada e eram semelhantes ao conteúdo dos fatores para ambos os testes, por exemplo, Dominância *versus* Controle; Afiliação *versus* Comunicabilidade. Na escala Metas motivacionais verificou-se um menor número de fatores associados ao IFP (5) com igualdade de conteúdo (Assistência *versus* Proteção; Afiliação *versus* Proteção e Individualismo *versus* Autonomia), e obtendo com valores de r , que oscilavam de 0,10 a 0,38. Escalas de Comrey observou-se resultados muito inferiores e aquém ao esperado para os 10 fatores; somente a escala V verificou-se resultados mais pronunciados ($r > -0,30$), sendo todos os valores negativos, tornando sustentável de relacionar os conteúdos teoricamente com o MIPS, de $-0,30$ a $-0,48$, evidenciando uma correlação inversamente proporcional e relacionada com a subescala Relações interpessoais (Concordância *versus* Escala V, Abertura *versus* Escala V, e Extroversão *versus* Escala V). Os resultados referentes à validade convergente mostram-se razoavelmente satisfatórios no que tange a apresentação de semelhanças entre os instrumentos objetivos de avaliação da personalidade normal comercializados atualmente.

Quanto à validade divergente (BDI e MIPS) identificou-se um maior número de fatores associados, em uma maior magnitude na subescala Relações interpessoais ($-0,25$ a $0,62$), com semelhança do conteúdo. Os valores dos fatores Retraimento, Vacilação, Discrepância, Submetimento, Controle e Insatisfação são diretamente associados ao incremento de pontos no BDI, demonstrando uma possível relação quanto à expressão de sentimentos comuns de afeto depressivo. Para a subescala Estilos cognitivos, verificou-se uma relação positiva com Preservação (0,65) e negativa ($-0,54$) com Abertura, ao passo que os fatores em Metas motivacionais, Introversão e Intuição, foram mais constantes (0,40 e 0,43).

Quanto aos fatores do MIPS em relação ao QSG, demonstraram-se relações entre os subtestes Distúrbios do Sono e Distúrbios Somáticos, apresentando magnitudes de $-0,36$ a $0,34$. Conceitualmente fatores como Retraimento *versus* D. Sono *versus* D. Somáticos estabelecem relação conceitual com níveis de significância expressivos. Podem-se caracterizar os resultados referentes à validade divergente como sendo previsíveis e tendo correspondências ao modelo de Millon (1996).

Sucintamente, os resultados apontam para a necessidade de utilização mais criteriosa quanto aos procedimentos metodológicos na adaptação e tradução de testes, levando em consideração a influência marcante de fatores como a base teórica do instrumento, os aspectos referentes a versão e tradução dos itens, a verificação da pertinência de validade de constructo, a existência de possíveis repercussões culturais

ao modelo em análise, verificação de propostas condizentes a diversidade cultural, distinções quanto a escolaridade, gênero e modalidade da avaliação para a composição dos participantes do estudo e a possibilidade de estabelecimento de critérios compatíveis ao modelo teórico da avaliação.

Mantém-se ainda a questão quanto à validade concorrente entre os principais instrumentos psicológicos brasileiros, tendo em vista a inexistência de estudos que fundamentem um embasamento e correspondência de resultados a fim de serem, com segurança, utilizados pelos profissionais no país. Novos estudos são necessários para dimensionar as limitações de uso simultâneo de testes psicológicos na avaliação da personalidade.

Referências

- Aiken, L. R. (1997). MIPS: Millon index of personality styles. *Journal of Psychoeducational Assessment*, 15(4), 380-382.
- Alchieri, J. C. (2007). Avaliação da personalidade através do modelo teórico de estilos de personalidade de Millon. Em: J. C. Alchieri (Org.), *Avaliação Psicológica: perspectivas e contextos* (pp.195-20). São Paulo: Vetor Editora Psicopedagógica.
- Alchieri, J. C. (2004). *Modelo dos estilos de personalidade de Millon: adaptação do Inventário Millon de Estilos de Personalidade. Tese de Doutorado não-publicada. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.*
- Alchieri, J. C., Noronha, A. P. P., & Primi, R. (2003). *Guia de referência: testes psicológicos comercializados no Brasil*. São Paulo: Casa do Psicólogo/FAPESP.
- American Educational Research Association, American Psychological Association, & National Council on Measurement in Education. (1999). *Standards for educational and Psychological Testing*. New York: American Educational Research Association.
- Anastasi, A., & Urbina, S. (2000). *Testagem psicológica*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Associação Nacional de Pesquisa e Pós-Graduação em Psicologia (2000). Disponível: <<http://www.anpepp.org.br/XSimposio/Pesquisa%20em%20avaliação%20psicológica.doc>> Acessado:08/2006.
- Comrey, A. L. (1983). *Escalas de personalidade de Comrey*. São Paulo: Ed. Vetor.
- CFP–Conselho Federal de Psicologia (2001). *Resolução 25/2001*. Disponível: <www.pol.org.br> Acessado: 12/2003.
- CFP–Conselho Federal de Psicologia (2001). *Resolução 30/2001*. Disponível: <www.pol.org.br> Acessado: 09/2003.
- CFP–Conselho Federal de Psicologia (2003). Diretrizes Curriculares. *Jornal do Federal*. Disponível:<www.pol.org.br> Acessado: 09/2003.
- Costa, F. R. (1997). *Escala de Personalidade de Comrey – CPS*. São Paulo: Vetor Editora Psico-Pedagógica Ltda.
- Cunha, J. (2001). *Escalas Beck*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Cunha, J. (2000). Catálogo de técnicas úteis. Em: J. Cunha & cols. (Orgs), *Psicodiagnóstico V* (pp.202-294). Porto Alegre: Artes Médicas.

- Hambleton, R. K. (1996). Adaptación de tests para su uso en diferentes idiomas y culturas: fuentes de error, posibles soluciones y directrices prácticas. Em: J. Muñiz (Org.), *Psicometría* (pp.207-238). Madrid: Editorial Universitas.
- ITC – Comisión Internacional de Tests (2001). *Directrices Internacionales para el uso de los tests*. Disponível: <<http://www.cop.es/tests/Directrices.htm>> Acessado:09/2003
- Millon, T. (1994). *Millon Clinical multiaxial Inventory – III Manual*. Minneapolis: Dicandrien Inc.
- Millon, T. (1996). On the renaissance of personality assessment and personality theory. *Journal of Personality Assessment*, 48 (5), 450-466.
- Millon, T. (1996). *Personality and psychopathology: building a clinical science: selected papers of Theodore Millon*. New York, USA: John Wiley and Sons.
- Pasquali, L. (1997). *Psicometria: teoria e aplicações*. Brasília: Universidade de Brasília.
- Pasquali, L. (2003). *Psicometria – Teoria dos testes na psicologia e na educação*. Petrópolis: Vozes.
- Pasquali, L., Azevedo, M. M., & Ghesti, I. (1997). *Inventário Fatorial de Personalidade – Manual técnico e de aplicação*. Brasília, DF: Casa do Psicólogo.
- Pasquali, L., Gouveia, V. V., Andriola, W. B., Miranda, F. J. & Ramos, A. L. M. (1996). *Questionário de Saúde Geral de Goldberg*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Recebido em dezembro de 2006

Aceito em março de 2008

João Carlos Alchieri: psicólogo, doutor em Psicologia do Desenvolvimento (UFRGS), professor no Programa de Pós-graduação em Psicologia (UFRN).

Janaina Castro Núñez: psicóloga, mestranda em Psicologia (UBA).

Clarissa Social Cervo: psicóloga, mestre e doutoranda em Psicologia do Desenvolvimento (UFRGS).

Cláudio Simon Hutz: psicólogo, mestre e doutor em Psicologia (University of Iowa), professor no Programa de Pós-graduação em Psicologia (UFRGS).

Endereço para correspondência: jcalchieri@gmail.com



A experiência emocional do estudante de psicologia frente à primeira entrevista clínica

Diana Pancini de Sá Antunes Ribeiro

Miriam Tachibana

Tânia Maria José Aiello-Vaisberg

Resumo: Focalizando o momento em que os alunos de Psicologia vivenciam suas primeiras entrevistas clínicas, foi concebida uma estratégia investigativa-interventiva, baseada no uso do Procedimento de Desenhos-Estórias com Tema (PDE com Tema), através do qual os estudantes realizaram, individualmente, desenhos e histórias sobre “um aluno em sua primeira experiência psicanalítica com criança”. O conjunto das produções foi psicanaliticamente analisado em busca da captação de campos psicológicos não conscientes, segundo os quais se organiza o imaginário coletivo. Encontramos os campos “o paciente ideal”, “o terapeuta expert”, “a possibilidade de rejeição” e “o encontro com o outro”, que acabam sustentando um imaginário coletivo, a respeito das primeiras entrevistas clínicas, marcado pelas sensações de despreparo e de mal-estar emocional, o que nos leva a conceber a supervisão como espaço que deve integrar conhecimento teórico e função de *holding*.

Palavras-chave: formação do psicólogo clínico; imaginário coletivo; procedimento de Desenhos-Estórias com Tema.

The psychology student's emotional experience in face of his/her first clinical interview

Abstract: By focusing the moment in which Psychology students grasp experience of holding their first clinical interviews, one devised an investigative-interventive strategy, based on the use of the Thematic Story-Drawing Procedure, by means of which such students individually made drawings and told stories about “a student in his first psychoanalytical experience with a child”. The set of work done was psychoanalytically analyzed aiming at grasping the unconscious psychological fields, according to which the collective imaginary is organized. We found the fields of “the ideal patient”, “the expert therapist”, the possibility of rejection”, and “the meeting of one with the other” which ended by supporting a collective imaginary about their first clinical interviews, characterized by feelings of unpreparedness and emotional uneasiness, what makes us think of supervision as a space which should integrate theoretical knowledge with the function of *holding*.

Keywords: Development of the clinical psychologist's background; collective imaginary; Thematic Story-Drawing Procedure.

Introdução

O estudante de psicologia e a primeira entrevista clínica

Há algum tempo uma de nós vem supervisionando um estágio curricular de um curso de Psicologia em universidade do interior do estado de São Paulo, através do qual os estudantes realizam psicodiagnósticos interventivos, junto a crianças e seus

familiares, em Unidades Básicas de Saúde (Ribeiro & Aiello-Vaisberg, 2007). Através deste estágio, os estudantes vivenciam as suas primeiras entrevistas clínicas, com crianças e seus respectivos pais, os quais poderão, futuramente, vir a ser seus pacientes para além do enquadre do psicodiagnóstico.

Por meio do contato com os alunos nos momentos de supervisão clínica, chamou-nos a atenção o fato das primeiras experiências clínicas serem marcadas por certa sensação de despreparo, a despeito dos estudantes terem sido apresentados cuidadosamente à realidade da rede de saúde pública, bem como de terem tido espaço para trazerem seus sentimentos acerca deste momento tão importante da graduação, em que se dá a passagem entre o aprendizado puramente teórico à atuação prática. Uma vez que diversos autores – entre os quais podemos destacar Franco (2001) e Meira e Nunes (2005) – também observaram o quão difícil parece ser, ao aluno iniciante, o entrar em contato com os pacientes, interessamo-nos em compreender melhor esta sensação de mal-estar dos estagiários, que talvez exista apenas nas primeiras entrevistas clínicas, ou que talvez consista num estado permanentemente presente toda vez que o que está em jogo é o encontro inter-humano, como observamos em outro estudo junto a psicólogos já formados (Tachibana & Aiello-Vaisberg, 2006).

Nossa preocupação em investigar a vivência do estudante de Psicologia em relação às primeiras entrevistas clínicas repousa na compreensão de que a experiência emocional do aluno pode tanto desencadear reações defensivas de tipo dissociativa quanto, num outro extremo, imobilizá-lo emocionalmente. Ambas as formas defensivas podem impedir que um encontro inter-humano possa vir a ocorrer, causando um prejuízo emocional tanto ao estudante quanto ao paciente que de sua ajuda seria beneficiado. Não estamos afirmando, contudo, que a simples inexistência da ansiedade perante a primeira entrevista clínica seria o ideal a ser atingido pelos psicólogos em sua prática clínica. Compreendemos que estar emocionalmente preparado para receber um paciente pode abranger diversos sentimentos como o da ansiedade, que, se manejada adequadamente, pode ser inclusive usada em prol de uma comunicação mais significativa entre a dupla analítica.

Mediante estas reflexões, interessamo-nos em realizar uma pesquisa, junto a estudantes de Psicologia que haviam acabado de vivenciar a primeira entrevista clínica na Unidade Básica de Saúde, a fim de captar os determinantes lógico-emocionais que estariam vinculados a este momento crucial da formação do psicólogo. Temos denominado este substrato afetivo-emocional que sustenta a conduta humana como imaginário coletivo, compreendendo que os fenômenos humanos encontram-se fortemente ancorados em regras lógico emocionais, dignas de serem investigadas, uma vez que seriam elas as responsáveis pela produção dos sentidos das condutas. Desde esta perspectiva, realizamos estudos voltados ao imaginário coletivo de grupos sociais diversos, a fim de captar estas regras lógico-emocionais das condutas, dentre os quais destacamos o de Aiello-Vaisberg (1999) sobre o imaginário coletivo do estudante de Psicologia frente ao paciente psiquiátrico; o de Russo (2008) sobre o imaginário de estudantes de Educação Física acerca do indivíduo com deficiência; o de Tachibana e Aiello-Vaisberg (2006) voltado ao imaginário coletivo de psicólogos em relação à mulher que sofre violência doméstica, dentre outros.

Desse modo, nosso objetivo de pesquisa foi a investigação do imaginário coletivo do aluno em formação clínica, a respeito de sua primeira entrevista psicodiagnóstica, para que este conhecimento pudesse vir a embasar práticas psicológicas individuais e/ou coletivas em situações semelhantes de primeiras entrevistas clínicas, numa perspectiva psicoprofilática.

O encontro com os estudantes de psicologia

Em nossos estudos voltados ao imaginário coletivo de diversos grupos sociais, temos usado um enquadre que denominamos entrevista grupal para abordagem da personalidade coletiva¹, enquadre este que usamos também para a captação do imaginário coletivo dos estudantes de Psicologia acerca da primeira entrevista clínica.

Trata-se de um enquadre inspirado nas consultas terapêuticas propostas por Winnicott (1970/1984), nas quais Winnicott fazia uso de um brincar, o Jogo do Rabisco, visando facilitar a comunicação emocional profunda com seus pacientes, além de criar um espaço lúdico que favorecesse a criatividade e a espontaneidade destes, questões estas relativas à teoria de saúde mental winnicottiana.

Desse modo, tal como o paradigma presente na consulta terapêutica winnicottiana, a entrevista grupal para abordagem da personalidade coletiva caracteriza-se pelo uso de um recurso mediador dialógico, que, tal como o Jogo do Rabisco de Winnicott, visa favorecer a expressão emocional dos participantes, além de facilitar que entrem em contato com questões, acerca deles mesmos, em relação às quais não tinham clareza, assumindo uma postura mais integrada. Desde esta perspectiva, entendemos que, apesar de nosso objetivo, neste trabalho, ter sido o de investigar o imaginário coletivo do estudante de Psicologia acerca da primeira entrevista clínica, entendemos que este enquadre viabilizou também que os próprios estudantes entrassem em contato, de maneira mais significativa, com o substrato afetivo emocional vinculado ao início da prática clínica, o que faz deste estudo uma pesquisa-intervenção, no sentido de não haver dissociação entre o momento da produção de conhecimento e a aplicação deste conhecimento na população que dele se beneficiaria.

Assim, participaram da entrevista grupal dezenove estudantes de Psicologia, supervisionados da pesquisadora responsável pelo estágio de psicodiagnóstico interventivo em Unidades Básicas de Saúde. Tais alunos, que tinham entre vinte e um e vinte e três anos de idade, eram em sua maioria do sexo feminino (treze), sendo que, na ocasião da realização da entrevista grupal para abordagem da personalidade coletiva, já haviam vivenciado sua primeira entrevista clínica com crianças em Unidades Básicas de Saúde².

¹ Chamamos a atenção para o fato de que, em trabalhos anteriores, voltados ao imaginário coletivo de grupos sociais diversos, denominávamos este enquadre como "consulta terapêutica coletiva". Decidimos adotar a terminologia "entrevista individual/grupal para abordagem da personalidade coletiva" porque, enquanto a consulta consiste num enquadre em que as pessoas trazem uma demanda explícita para serem ouvidas, em nosso enquadre, fomos nós que tomamos a iniciativa de propor o encontro a pessoas, que não haviam apontado nenhuma queixa ou demanda clínica.

² Somente uma das participantes do grupo não havia vivenciado ainda a primeira entrevista clínica.

No que diz respeito ao procedimento apresentativo-expressivo que usamos como recurso mediador dialógico na entrevista grupal, optamos por fazer uso do Procedimento de Desenhos-Estórias com Tema (Aiello-Vaisberg, 1999), desenvolvido a partir do Procedimento de Desenhos-Estórias de Trinca (1972), visando justamente a investigação de imaginários coletivos de diversos grupos sociais, de maneira a captar os determinantes lógico-emocionais que produzem os sentidos que sustentam as condutas.

O Procedimento de Desenhos-Estórias com Tema (Aiello-Vaisberg, 1999) consiste na solicitação de um desenho especificado em termo temático – escolhido conforme o interesse de pesquisa –, além do convite para que a pessoa escreva uma história sobre o desenho que realizou. Assim, os estudantes foram convidados a realizarem, individualmente, um desenho dentro do tema ‘Um aluno de Psicologia em sua primeira entrevista, na clínica psicanalítica com crianças’ e, em seguida, a inventarem uma história sobre a figura desenhada. Após finalizarem suas produções gráficas, cada um mostrou, ao restante do grupo, aquilo o que havia criado, fazendo suas apresentações conforme desejassem.

Cabe enfatizarmos aqui que, desde a perspectiva epistemológica que adotamos, o Procedimento de Desenhos-Estórias com Tema, assim como qualquer outro recurso mediador dialógico do qual dispuséssemos, não foi usado como se se tratasse de um teste projetivo, como se tivéssemos a intenção de captar conteúdos psíquicos que o indivíduo estaria projetando no outro como estratégia de defesa (Aiello-Vaisberg, 2004). Por partirmos de uma concepção de ser humano concreto, que se contrapõe à Psicanálise metapsicológica que descreve o ser humano de forma maquínica, concebemos o procedimento escolhido como apresentativo-expressivo, no sentido de que sua apresentação poderia favorecer a expressão emocional do indivíduo, em uma perspectiva transicional.

Após o encontro com os estagiários de Psicologia, fazia-se necessário que a pesquisadora, que realizara a entrevista grupal propriamente dita, comunicasse o acontecer clínico de maneira tal que pudessem ser elaboradas reflexões clínico-teóricas. Optamos por fazer uso de uma estratégia metodológica, que vem demonstrado potencialidade heurística em diversos estudos, denominada “narrativa psicanalítica”. Assim, a pesquisadora em questão redigiu uma narrativa psicanalítica, comunicando a experiência vivida com os estudantes de maneira extremamente pessoal, vale dizer, incluindo as suas associações livres, bem como seus sentimentos contratransferenciais, privilegiando uma comunicação que ultrapassasse o relato objetivo dos fatos ocorridos, tal como prevêem os relatórios técnicos científicos. Tratou-se de uma estratégia metodológica coerente com o paradigma epistemológico intersubjetivo do qual partimos, que valoriza a pessoalidade do pesquisador na produção de conhecimento, em prol de sua neutralidade e objetividade (Granato & Aiello-Vaisberg, 2004).

A narrativa da pesquisadora e os desenhos-estórias dos participantes foram apresentadas ao grupo de pesquisadores dentro do qual este estudo foi desenvolvido, de maneira tal que pudssemos nos beneficiar das associações livres despertadas no grupo, enriquecendo nossas considerações acerca do material clínico. Assim, em âmbito coletivo, tentamos captar aquilo o que temos denominado de ‘campos psicológicos

não conscientes', numa articulação entre a Teoria dos Campos de Herrmann (2001) e o conceito de campo de Bleger (1963/1984). Entendemos os campos psicológicos como as regras lógico emocionais das condutas humanas, ou seja, como o produtor de sentido dos fenômenos humanos. Para a captação dos campos psicológicos não conscientes, relativos ao imaginário coletivo dos estudantes de Psicologia frente à primeira entrevista clínica, assumimos uma postura fenomenológica frente ao material clínico, privilegiando as técnicas psicanalíticas de associação livre e de atenção equiflutuante (Aiello-Vaisberg e Machado, 2005), de maneira que não adotamos critérios pré-definidos na consideração do acontecer clínico. A partir destas estratégias metodológicas, foi possível que organizássemos o material que apresentamos a seguir.

Os campos psicológicos não conscientes captados

O paciente ideal

Dos dezenove alunos que participaram deste estudo, constatamos que seis deles trouxeram, em suas histórias, queixas a respeito de seus pacientes não terem sido tão 'participativos', durante o atendimento, da maneira como imaginaram. O seguinte trecho de uma das histórias exemplifica esta questão:

Naquele dia eu imaginava que sairia tudo perfeitamente (...). Pensava que haveria muita conversa, uma mãe muito receptiva, com uma criança um pouco alegre, que se mostrasse interessada, curiosa (...). Na realidade (...), não houve muita conversa, mas perguntas e respostas curtas... A mãe ficou apática e olhou muito pouco para mim... e seu filho ficou com a cabeça baixa, escondido nos braços sobre a mesa (...) Tive que perceber um pouco da grande angústia.

Tantos relatos frustrantes a respeito do paciente real, em contraponto com o que seria um paciente ideal, levou-nos a resgatar a tese winnicottiana de que, de maneira geral, os pacientes sonham previamente com o terapeuta, colocando-o esperançosamente na posição de alguém que irá compreendê-los e ajudá-los. De acordo com Winnicott (1970/1984), o fato de seus pacientes colocarem-no na posição de objeto subjetivo³ poderia beneficiar em muito o processo psicoterápico, uma vez que, dotados de tanta esperança de virem a ser compreendidos, era possível o estabelecimento de uma comunicação mais significativa entre ele e seus pacientes.

De maneira análoga, notamos que os estagiários de Psicologia parecem 'sonhar' com seus primeiros pacientes, antes mesmo de encontrá-los efetivamente, depositando neles a fantasia de que serão extremamente participativos e receptivos, configurando casos clínicos similares aos apresentados nos livros de Psicologia clínica, que tanto

³ O conceito "objeto subjetivo" foi desenvolvido por Winnicott (1971/1975) para tratar da maneira especial através da qual o bebê se relaciona inicialmente com o mundo: *a priori*, o bebê alucina que os objetos do mundo foram onipotentemente criados por ele, como objetos subjetivos, para, após algum tempo, conseguir discernir entre *me* e *not-me*.

despertam interesse e discussões. Tratar-se-iam de pacientes “ideais”, muito diferentes daqueles com os quais se depararam em suas entrevistas clínicas.

Podemos pensar que, talvez, os participantes tenham se queixado tanto da postura passiva de seus pacientes porque, de certa forma, se o adulto não fala mais que o estagiário, ou a criança não brinca a sessão inteira com o estudante de Psicologia, ocupando todo o espaço terapêutico, isto acaba implicando que o estudante tenha que fazer mais colocações ao adulto ou mais convites para a criança brincar, assumindo uma postura mais presente e real no atendimento, o que pode vir a ser sentido como mais mobilizador.

O terapeuta expert

Além dos estudantes expressarem, em seus desenhos-estórias, o imaginário de que existiria um paciente ideal, tão diferente daquele com o qual se encontraram, também trouxeram produções imaginárias de que haveria um terapeuta ideal, motivo pelo qual denominamos este campo ‘o terapeuta *expert*’. Para ilustrar, elegemos o trecho de uma das histórias:

Era o primeiro dia que a estagiária estava atendendo. Entrou a mãe angustiada, com sua filha quieta ao seu lado (...). Estava apreensiva. **Mal sabia ela que a estagiária também⁴**... A criança estava quieta, observando, com seus pensamentos a mil, pois era a primeira vez que estava ali. **Mal sabia ela que a estagiária também...** A mãe começa a falar (...) preocupada com o que será que aquilo ali vai dar... **Mal sabia ela que a estagiária também (...)**

Nesta história, a estagiária relata, repetidas vezes, a sensação de estar enganando seus pacientes, que ‘mal sabem’ que esta é a primeira vez que está realizando um atendimento clínico, não sendo a terapeuta *expert* que gostaria de ser e que, em seu imaginário, seria por quem os pacientes gostariam de ser acolhidos.

Podemos pensar no quanto este imaginário de não ser um terapeuta experiente pode estar relacionado intimamente com o fato de muitos dos participantes terem trazido, espontaneamente, em seus desenhos-estórias, o papel da teoria. Houve inclusive um deles que usou o termo ‘segurança teórica’, fazendo uma alusão ao movimento de recorrer à teoria como forma de não se sentir tão despreparado emocionalmente para iniciar a atividade clínica.

Seria possível fazermos um paralelo entre este movimento de recorrer à teoria ao conceito winnicottiano de falso *self*. Winnicott (1960/1983) apontava que, mediante situações angustiantes, era possível que o indivíduo, para evitar entrar em contato com aquilo que não tem sobre seu controle, recorresse a um movimento defensivo, a partir do qual o falso *self* passava a encobrir o verdadeiro *self*. Fazendo uso deste conceito, este movimento dos estagiários talvez esteja relacionado a uma estratégia defensiva de tipo falso *self*, a partir do qual estariam assumindo condutas

⁴ Grifos nossos.

intelectualizadas e pautadas prioritariamente na teoria, como forma de fazer frente ao imaginário de não serem terapeutas suficientemente bons.

Cabe esclarecermos que, apesar de estarmos apontando este movimento defensivo nos estagiários de Psicologia, não consideramos que esta conduta seria algo exclusivamente relativo aos alunos iniciantes na prática clínica. De acordo com Safra (2001), os psicólogos, de maneira geral, têm dificuldade em romper os laços transferenciais estabelecidos com os autores que os acompanharam durante sua formação, em detrimento da adoção de uma relação criativa com a teoria com a qual se identificam, privilegiando o encontro inter-humano, que é o que realmente sustenta o trabalho desenvolvido pela Psicologia clínica.

A possibilidade de rejeição

Da mesma forma que os estagiários trouxeram campos relacionados a terapeutas e pacientes idealizados, produções imaginárias tão valorizadas e carregadas de aspectos tidos como positivos, também comunicaram a possibilidade do terapeuta ser rejeitado pelo paciente. Isto fica claro no seguinte trecho, extraído da história de uma estudante:

*No meu primeiro dia de atendimento acordei muito ansiosa (...), imaginando como seria o meu primeiro paciente (...) Não era nada do que eu imaginava. Pensei que encontraria uma criança que conversaria e que quisesse brincar (...), mas não foi isso o que aconteceu. Ele não conversou comigo, nem me olhou. Fiquei um tanto frustrada. Com o passar das sessões, o nosso vínculo aumentou (...) e ao final do psicodiagnóstico ele quis que eu o atendessem em psicoterapia.
Fiquei muito feliz (...)*

Ao lermos a história, num primeiro momento, temos a impressão de que a estudante está apenas se queixando do fato de seu paciente não corresponder ao seu imaginário de paciente ideal, campo este que já discutimos previamente. Entretanto, notamos, ao final de sua história, que seu mal-estar emocional em relação ao seu paciente pôde ser minimizado a partir do momento em que houve a solicitação para que ela fosse a sua terapeuta, após o término do psicodiagnóstico. Desde esta perspectiva, entendemos que a experiência emocional angustiante, em relação à postura do paciente, não se devia exclusivamente ao fato dele ser diferente do ideal, mas, sim, ao imaginário de que tais comportamentos – não olhar no olho, não brincar, não conversar... – seriam indícios de rejeição dele em relação à estudante.

Desse modo, neste campo, a preocupação dos estagiários não seria a de que seus pacientes não correspondem aos casos clínicos que estudaram, mas, sim, a de que estariam sendo reprovados em suas primeiras entrevistas clínicas, preocupação esta que faz muito sentido se confrontarmos com o campo apresentado anteriormente de existir um tipo de terapeuta *expert*, ao qual eles certamente não corresponderiam.

De fato, a pesquisadora responsável pelo estágio, através do qual os alunos iniciam sua prática clínica na UBS, pôde acompanhar, através da supervisão clínica, casos em que alguns de seus estagiários precisaram iniciar um novo processo

psicodiagnóstico, devido ao fato dos pacientes eventualmente abandonarem o espaço ofertado, notando o quanto se sentem extremamente angustiados perante o imaginário de que tal abandono dever-se-ia às falhas deles enquanto psicoterapeutas.

Alguns estudos, dentre os quais podemos destacar o de Faleiros (2004), trazem reflexões importantes acerca do temor do estagiário de Psicologia em não ser aceito por seu paciente. De acordo com este estudo, o sofrimento emocional do estudante em ser rejeitado pelo paciente ocorreria não apenas pela sensação de rejeição por si só, mas, principalmente, porque isto acaba abalando o imaginário do ‘terapeuta-herói’, que teria respostas a todas às inquietações dos pacientes, imaginário este que parece seduzir muitos estagiários no que tange à clínica.

O encontro com o outro

Por fim, foi possível captar um campo relacionado ao encontro com o outro, no caso, o paciente. Aqui, o que vigora não é o imaginário de que haveria um terapeuta ou um paciente ideais, ou, ainda, que existiria a possibilidade de rejeição, mas, sim, produções imaginárias relativas ao encontrar-se de maneira significativa e profunda com o outro. Para ilustrar, selecionamos a seguinte história:

(...) Entrei na sala. Hoje sou eu que vou sentar na mesa e alguém vai vir à mim com um pedido de socorro. Estou acostumada a ser eu a pessoa ouvida. Mas chegou a hora de exercer aquilo que pretendo para a minha vida toda (...). Apesar de toda a ansiedade (...), a sensação de você estar ali pronta para ouvir aquilo que angustia o outro é muito gratificante.

Como vemos, a estudante relata a ansiedade em viver esta passagem de um lugar em que estava voltado prioritariamente para si mesma, em prol de um lugar em que é o outro que figura em primeiro plano. Aqui cabe lembrarmos do conceito winnicottiano ‘capacidade de preocupação’. Winnicott (1954/1993) afirmava que a capacidade de preocupar-se com o outro não se tratava de uma característica inerente a todo e qualquer ser humano, consistindo em algo a ser conquistado pelo indivíduo, apoiado na existência de um ambiente suficientemente bom, e que denotaria uma maturidade emocional. Entendemos, desse modo, que, neste campo, os estagiários de Psicologia encontrar-se-iam num momento do desenvolvimento emocional em que estariam sendo capazes de preocupar-se com o outro, uma vez que, de fato, o encontro inter-humano que configura a clínica consiste em enquadre que lhes exige esta aquisição emocional.

Poderíamos fazer uma comparação entre a capacidade de preocupar-se com o paciente, na clínica, com a capacidade de cuidar de um bebê, na esfera da maternidade, analogia esta que o próprio Winnicott (1956/1993) realizou em diversos momentos de sua obra, tanto que comumente usava o termo ‘analista suficientemente bom’ em alusão ao seu conceito de “mãe suficientemente boa”. Da mesma maneira que a mãe deve ser capaz de entregar-se aos cuidados de seu bebê, suspendendo temporariamente seus investimentos pessoais em outras esferas de sua vida, o

psicólogo deve ser capaz de devotar-se aos cuidados de seu paciente, devoção esta que nem sempre é simples de acontecer, seja no caso das mães ou no dos psicólogos, uma vez que implica uma certa maturidade emocional.

Considerações finais: a supervisão clínica enquanto *holding*

A partir da realização desta pesquisa, pudemos observar que o imaginário coletivo do estudante de Psicologia, acerca da primeira entrevista clínica, é organizado segundo os campos que denominamos ‘o paciente ideal’, ‘o terapeuta *expert*’, ‘a possibilidade de rejeição’ e ‘o encontro com o outro’.

Ao vislumbrarmos estes campos, constatamos que alguns revelam um imaginário mais amadurecido emocionalmente, enquanto outros já se relacionariam a aspectos mais narcísicos. Para fazer esta discussão, faz-se necessário que resgatemos a teoria do desenvolvimento emocional presente em toda a obra de Winnicott, através da qual Winnicott (1971/1975) afirmava que o indivíduo maduro seria aquele que consegue alcançar uma posição existencial em que estivessem integradas a sua própria instintualidade com a capacidade de preocupar-se com o outro.

Desde esta perspectiva, observamos que os três primeiros campos apresentados estariam vinculados a um imaginário emocionalmente imaturo, uma vez que as regras lógico-emocionais que vigoram são essencialmente voltadas para si mesmo, isto é, com o fato de não ser um terapeuta experiente, ou de não ter diante de si um paciente “perfeito” ou, ainda, o de poder vir a sofrer uma rejeição por parte do paciente. O outro, nestes campos, não é visto enquanto um indivíduo com quem se está preocupado. Por outro lado, no último campo apresentado, acerca do encontro com o outro, já observamos um imaginário emocionalmente maduro, em que o outro é visto como um ser humano em sofrimento que figura em primeiro plano, o que revela a capacidade sofisticada de preocupar-se com o outro, capacidade esta que se faz essencial no que tange ao psicólogo clínico.

Novamente recorrendo à teoria winnicottiana, Winnicott (1971/1975) afirmava que, para que o ser humano pudesse desenvolver-se emocionalmente, conquistando posições existenciais mais maduras, era necessário a existência de um ambiente suficientemente bom, cumprindo-lhe a função de *holding*. De maneira análoga, compreendemos que para que o estagiário de Psicologia possa desenvolver-se emocionalmente, abandonando um imaginário mais narcísico e alcançando a capacidade emocional de voltar-se ao outro, fazer-se-ia imprescindível que a supervisão clínica consistisse num espaço integrador de conhecimento teórico e *holding*.

Orientadas por esta compreensão é que temos desenvolvido, há alguns anos, investigações clínicas acerca de práticas pedagógicas, junto a estudantes de Psicologia, que ultrapassem a mera transmissão de conhecimento, incluindo também a possibilidade de ofertar-lhes *holding*, numa tentativa de afrouxar aspectos dissociativos e favorecer a capacidade de olhar o outro de maneira menos estereotipada (Aiello-Vaisberg & Machado, 1996). Tratam-se de abordagens pedagógicas que fazem uso de enquadres transicionais, visando aproximar o estudante de Psicologia à realidade clínica em pequenas doses (Aiello-Vaisberg, 1999; Ribeiro, 2008).

Referências

- Aiello-Vaisberg, T.M.J., & Machado, M.C.L. (1996). Transicionalidade e ensino de psicopatologia: pensando “aulas-práticas” com Winnicott. Em: I.F.M. Catafesta (Org.), *O verdadeiro e o falso self: a tradição independente na psicanálise contemporânea* (pp.239-252). São Paulo: Lemos.
- Aiello-Vaisberg, T.M.J. (1999). *Encontro com a loucura: transicionalidade e ensino de psicopatologia*. Tese de livre-docência não publicada. Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo. São Paulo, SP.
- Aiello-Vaisberg, T.M.J. (2004). *Ser e fazer: enquadres diferenciados na clínica winnicottiana*. Aparecida: Idéias e Letras.
- Aiello-Vaisberg, T.M.J. & Machado, M.C.L. (2005). O gesto do sonhador brincante. Em: *Trabalhos do IV Encontro Latino Americano dos Estados Gerais da Psicanálise*, Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.
- Bleger, J. (1984). *Psicologia da conduta* (E. de O. Diehl. Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas. (Original publicado em 1963).
- Faleiros, E. A. (2004). Aprendendo a ser psicoterapeuta. *Psicologia, Ciência e Profissão*, 24 (1), 14-27.
- Franco, S.L.R. (2001). Estudantes de psicologia, eficácia adaptativa e a psicoterapia como medida preventiva em saúde mental. *Mudanças – Psicoterapia e Estudos Psicossociais*, 9 (16), 41-63.
- Granato, T.M.M., & Aiello-Vaisberg, T.M.J. (2004). Tecendo a pesquisa clínica em narrativas psicanalíticas. *Mudanças – Psicologia da Saúde*, 12(2), 253-271.
- Herrmann, F. (2001). *Introdução à teoria dos campos*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Meira, C.H.M.G., & Nunes, M.L.T. (2005). Psicologia clínica, psicoterapia e o estudante de psicologia. *Paidéia*, 15(32), 339-343.
- Ribeiro, D.P.S.A., & Aiello-Vaisberg, T.M.J. (2007). Experiências compartilhadas na clínica psicológica com crianças: proposta de acolhimento winnicottiano. Em: *Trabalhos e Resumos da Primeira Jornada de Pesquisa em Psicanálise e Fenomenologia*. Campinas, SP, p.151-165.
- Ribeiro, D.P.S.A. (2008). *Transicionalidade e uso do procedimento de desenhos-estórias com tema nas primeiras entrevistas clínicas*. Tese de doutorado (não-publicada). Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Campinas, SP.
- Russo, R.C. de T. (2008). *O imaginário coletivo de estudantes de educação física sobre pessoas com deficiência*. Tese de doutorado (não-publicada). Programa de Pós-Graduação e Psicologia, Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Campinas, SP.
- Safra, G. (2001). Investigação em psicanálise na universidade. *Psicologia USP*, 2(12), 171-175.
- Tachibana, M., & Aiello-Vaisberg, T.M.J. (2006). O interior do cacto: o imaginário coletivo de psicólogos a respeito da mulher que sofre violência doméstica. Em: T.M.J. Aiello-Vaisberg, & F.F. Ambrosio (Orgs.), *Imaginários coletivos como mundo transicionais* (pp.80-94). São Paulo: Cadernos Ser e Fazer.

- Trinca, W. (1972). *O desenho livre como estímulo de apercepção temática*. Tese de doutorado não-publicada. Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo. São Paulo, SP.
- Winnicott, D.W. (1954). A posição depressiva no desenvolvimento emocional normal. Em: D.W. Winnicott (1993). *Textos selecionados: da pediatria à psicanálise* (J. Russo, Trad.). Rio de Janeiro: Francisco Alves. (Original publicado em 1958).
- Winnicott, D.W. (1956). Preocupação materna primária. Em: D.W. Winnicott (1993), *Textos selecionados: da pediatria à psicanálise* (J. Russo, Trad.). Rio de Janeiro: Francisco Alves. (Original publicado em 1958).
- Winnicott, D.W. (1960). Distorção do ego em termos de falso e verdadeiro “self”. Em: D.W. Winnicott (1983), *O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional* (I.C.S. Ortiz, Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas. (Original publicado em 1965).
- Winnicott, D.W. (1975). *O brincar e a realidade* (J.O. de A. Abreu e V. Nobre, Trad.). Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1971).
- Winnicott, D.W. (1984). *Consultas terapêuticas em psiquiatria infantil* (J.M.X. Cunha, Trad.). Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1970).

Recebido em março de 2008

Aceito em setembro de 2008

Diana Pancini de Sá Antunes Ribeiro: doutora em Psicologia – Ciência e Profissão (PUCP – Campinas), mestre em Psicologia Clínica (USP).

Miriam Tachibana: doutoranda em Psicologia – Ciência e Profissão (PUCP – Campinas), com bolsa CNPq, mestre em Psicologia Clínica pela Pontifícia Universidade Católica de Campinas, com bolsa CAPES 1.

Tânia Maria José Aiello-Vaisberg: professora livre-docente pelo Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, docente dos Programas de Pós-Graduação em Psicologia do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo e da Pontifícia Universidade Católica de Campinas.

Endereço para contato: diana@assis.unesp.br



Fibromialgia: uma abordagem psicológica*

**Cláudia Pietrângelo Lima
Cristina Vilela de Carvalho**

Resumo: A fibromialgia é uma síndrome caracterizada por dores musculoesqueléticas difusas e pela presença de pontos dolorosos em determinadas regiões do corpo. Seu diagnóstico é clínico, não havendo alterações laboratoriais específicas. Este trabalho é um estudo de caso com uma paciente atendida na rede pública, de 43 anos, encaminhada pelo médico com diagnóstico de fibromialgia. Buscou-se, através do estudo, analisar as contribuições que a psicologia, por meio da psicoterapia breve de orientação psicanalítica, pode oferecer ao portador da síndrome da fibromialgia. Verificou-se que o processo psicoterapêutico pôde contribuir em alguns aspectos para o desenvolvimento psíquico da paciente, promovendo a sua identidade como uma pessoa integral, abrindo outras possibilidades além da doença para sua vida e ajudando-a na melhora e no controle das dores da fibromialgia.

Palavras-chave: fibromialgia; psicossomática; psicoterapia; psicanálise.

Fibromyalgia: A psychological approach

Abstract: Fibromyalgia is a syndrome characterized by muscle and bone pain in certain areas of the body, with a clinical diagnosis, and without specific laboratorial alterations. This work is a case study with a 43-year-old female patient, user of the public health services, and who was referred to psychological care by her doctor after a diagnosis of fibromyalgia. With this study, we seek to analyze the contributions that psychology, through brief psychotherapy of psychoanalytical orientation, can bring to fibromyalgia patients. It was observed that the psychotherapeutic process could enable psychic development in the patient, promoting her identity as an integral person, opening other possibilities besides the disease for her life, and thus aiding in the improvement and control of fibromyalgia pains.

Keywords: Fibromyalgia; psychosomatic; psychotherapy; psychoanalysis.

Introdução

O presente trabalho surgiu a partir de um atendimento psicológico prestado pela primeira autora a uma paciente da rede pública com diagnóstico de fibromialgia e alguns sintomas psicossomáticos. O atendimento foi requisito obrigatório da disciplina Estágio Supervisionado do Curso de Especialização em Psicologia Clínica com Ênfase na Psicoterapia de Orientação Psicanalítica, do Centro Universitário de Maringá – CESUMAR.

*Este artigo é uma versão modificada da monografia desenvolvida pela primeira autora e orientada pela segunda, apresentada na conclusão do Curso de Especialização em Psicologia Clínica com Ênfase na Psicoterapia de Orientação Psicanalítica, do Centro Universitário de Maringá.

O interesse em transformar esse atendimento clínico em um estudo de caso deveu-se à constatação de que o sofrimento causado à paciente por sua doença, que a incapacitava em todos os aspectos de sua vida, pôde ser amenizado através do processo de psicoterapia breve de orientação psicanalítica, em que não se buscou a cura da doença, mas sim, o desenvolvimento de alguns aspectos psíquicos da paciente.

O objetivo deste trabalho é mostrar como a psicologia, através da psicoterapia breve de orientação psicanalítica, pôde atuar na melhora e no controle da fibromialgia nessa paciente.

Revisão teórica

A fibromialgia é uma enfermidade de etiologia desconhecida, que tem por critérios diagnósticos (definidos pelo Colégio Americano de Reumatologia, em 1990) a persistência de queixas dolorosas difusas por um período maior do que três meses e a presença de dor em pelo menos 11 de 18 pontos anatomicamente padronizados (Rivera & cols., 2006; Weidebach, 2002).

O diagnóstico da fibromialgia é essencialmente clínico, não havendo alterações laboratoriais específicas. Acomete principalmente mulheres (20 mulheres para cada homem) e tem uma importante prevalência na população geral. Dados epidemiológicos populacionais recentes apontam que enfermidades caracterizadas por dor crônica alcançam taxa superior a 46,5%. No caso específico da fibromialgia aponta-se uma frequência entre 1% e 4%, o que a coloca como o segundo distúrbio reumatológico mais comum (Costa & cols., 2005; Jacomini & Silva, 2007; Stuginski-Barbosa, Dach & Speciali, 2007; Weidebach, 2002).

Além da dor musculoesquelética difusa e crônica, a maioria dos pacientes com fibromialgia apresenta fadiga generalizada, sensibilidade cutânea, dor após esforço físico e anormalidades do sono, tais como sono intermitente e sensação de cansaço ao acordar. Muitos pacientes relatam também redução da memória, cefaléia, cólon espástico, retenção líquida, bexiga irritável, vertigens, nervosismo, rigidez articular, sensação de intumescimento nas mãos, depressão e ansiedade (Araújo, 2006; Costa & cols., 2005; Rivera & cols., 2006; Santos & cols., 2006; Stuginski-Barbosa, Dach & Speciali, 2007).

O impacto negativo causado pela fibromialgia na qualidade de vida dos pacientes tem sido relatado em muitos trabalhos. Santos e cols. (2006), em pesquisa realizada em São Paulo, concluíram que a qualidade de vida dos portadores de fibromialgia é bem inferior à dos indivíduos saudáveis. Os autores destacaram o comprometimento do domínio do aspecto físico, a questão da dor e a significativa queda da vitalidade e capacidade funcional. Já Berber, Kupek e Berber (2005), em pesquisa realizada em Florianópolis, apontaram também a prevalência da depressão em 67,2% (entre leve, moderada e severa) dos 70 pacientes com fibromialgia estudados. Relacionado a isso estaria o fato de a doença não ter ainda sua origem determinada nem cura plena, gerando sentimentos de desamparo e vulnerabilidade. A presença concomitante de distúrbios psíquicos provoca maiores limitações funcionais, afetando ainda mais

negativamente a qualidade de vida das pessoas, tanto no aspecto físico como no intelectual e emocional, e reduzindo a capacidade da pessoa para o trabalho, a vida familiar e social (Torres, Troncoso & Castillo, 2006).

Knoplich (2001) e Villalpando, Sotres, Manning e González (2005) abordam a necessidade de a fibromialgia ser encarada como um sofrimento que envolve tanto o aspecto biológico como o psicológico.

Knoplich (2001) destaca que o tratamento da fibromialgia deve ser feito com o enfoque sociopsicossomático, por parte dos especialistas que tratam esses pacientes. O autor diz que a abordagem deve ser, desde o início, conjuntamente somática e psicológica. O tratamento inclui o uso de medicamentos analgésicos, anti-reumáticos, tranqüilizantes e antidepressivos. Também fazem parte do tratamento a fisioterapia, técnicas de relaxamento, a prática de exercícios físicos e psicoterapia. Contudo, Santos Filho (1994) diz que pacientes com elementos psicossomáticos significativos raramente procuram a análise por iniciativa própria. Eles são encaminhados pelos médicos que os atendem e muitos desses pacientes trazem na análise seus exames e indicações clínicas. O autor diz que há um pedido inicial de algo concreto, objetivo, que possa ser aprendido, ensinado e não desvendado, descoberto, e acrescenta que se nota uma dissociação entre os acontecimentos traumáticos e os sintomas corporais. Considera que essa é a primeira tarefa do analista: reconstituição histórica e cronológica e integração entre datas, acontecimentos e eclosões somáticas.

A meta do procedimento psicanalítico é ressignificar a história do paciente, o que equivale a uma ressignificação dos fatos, sendo que a substituição do significado arrasta consigo uma magnitude de afeto suficiente para dar-lhe significância (Chiozza, 1987).

Santos Filho (1994) também coloca como importante tarefa do analista com os pacientes psicossomáticos a compreensão da dificuldade desses pacientes em nomear seus estados afetivos. O autor fala que os pacientes sentem-se divididos entre bons e maus estados da alma, não percebendo as sutilezas e diferenças do ódio, raiva, mágoa, ressentimento, culpa, nem as de bem-estar, alegria, felicidade, paz. Considera que o analista precisa estar atento para não nomear um estado afetivo como se o paciente soubesse o que é.

Montagna (1996) diz que a leitura dos próprios sentimentos feita pela pessoa e a linguagem que permite expressá-los verbalmente estão cheias de buracos, de brancos, e cabe à análise tentar ajudar a preencher. O autor também comenta que, do ponto de vista cognitivo, colocar em palavras uma experiência traumática modifica a memória, organizando a experiência emocional em algo coerente, que pode ser mais facilmente assimilado e colocado de lado (Montagna, 2001).

Em relação à atitude do analista, Zimerman (2001) recomenda um papel mais ativo por parte deste, de modo que a atividade interpretativa permita o uso de clareamentos, confrontos, assinalamentos e o emprego de perguntas que estimulem o paciente a fazer reflexões. Também recomenda o emprego de metáforas simples e facilmente compreensíveis, que possibilitem a junção do pensamento com o sentimento e com uma imagem visual.

Algo muito presente na síndrome da fibromialgia é a questão da dor. Para Sasdelli e Miranda (2001), a dor articula-se como funcionamento psicológico do ser singular, e

ao abordar o paciente é importante considerar que é necessário usar a condição da empatia, colocar-se no lugar do outro, para buscar compreender o que a dor representa para ele; tentar perceber se o doente consegue ter algum ganho secundário com ela.

Segundo os autores, à medida que fala sobre a dor e suas representações, a pessoa passa a ter maior experiência e maior compreensão sobre ela, podendo sair da posição passiva da vivência e assumir uma postura de crescer na experiência. Há que se considerar, também, que a dor, em muitos casos, será uma eterna companheira da pessoa, a qual terá que se submeter a algumas restrições. É necessário dar uma significação ao processo de adoecer.

Angelotti (2001) coloca que os indivíduos relativamente inativos são especialmente vulneráveis à experiência dolorosa, pois, não tendo mais com que ocupar a atenção, concentram-se na dor. Para Coelho (2001), a base da estrutura da personalidade do doente crônico compreende tendências à regressão, o que pode facilitar cuidados básicos, por se adaptar à condição de 'paciente', mas também contribuir para a sua cronicidade.

Método

O método utilizado foi o de estudo de caso. De acordo com Triviños (1987) e Lüdke e André (1986), é um tipo de pesquisa qualitativa que se caracteriza por ser descritiva, interpretando os resultados dentro de um contexto, possuindo coerência, lógica e consistência.

Segundo Lüdke e André (1986), o estudo de caso é o estudo de *um* caso, seja ele simples e específico ou complexo e abstrato. Este é sempre bem-delimitado e pode ser similar a outros, mas a importância está no que ele tem de único, singular, próprio.

Para Tachizawa e Mendes (1999), no estudo de caso é importante fazer uma análise específica do caso real com hipóteses, modelos e teorias. Para Lüdke e André (1986), o investigador sempre estará atento a novas descobertas durante o seu estudo, pois o conhecimento nunca pára. A característica importante do desse método é que ele permite ao leitor usar esse conhecimento para fazer generalizações e desenvolver novas compreensões.

Será realizada uma análise das sessões com a paciente, considerando as questões relacionadas à fibromialgia e aos sintomas psicossomáticos, no início, meio e fim do processo psicoterapêutico desenvolvido com ela, utilizando-se vinhetas clínicas para a análise e discussão dos resultados.

O caso

O caso estudado é o de Nair (o nome foi substituído), que tem 43 anos, é casada, cursou até a 2ª série do ensino fundamental, freqüentava a igreja Congregação Cristã e tinha por atividade as funções de dona de casa e babá. Com diagnóstico de fibromialgia, foi encaminhada por um médico, o qual solicitou acompanhamento psicológico para ela.

A paciente trouxe como queixas ter esquecimentos – como esquecer a comida no fogo; quase ter convulsões (‘convisão’), que só não tinha por causa dos remédios que tomava, por isso não podia parar de tomá-los; ‘dor de intestino’, dor de estômago, dor no corpo todo, nos ombros e juntas dos dedos. Em relação aos esquecimentos, disse que só saía de casa para ir aos médicos e à igreja; se não conhecia o caminho, não podia sair sozinha, pois se perdia. Relatou que, ao passar mal, sentia uma dor no peito, a veia do pescoço ficava ‘mexendo’, a voz não saía, não enxergava nada e tinha tontura e forte dor de cabeça. Disse que não podia passar nervoso e que tanto notícias boas quanto notícias ruins a faziam passar mal. Também colocou que ninguém podia ofendê-la, que passava mal; e que queria que as coisas ficassem sempre como as deixava; ninguém podia tirá-las do lugar, pois ficava nervosa.

Quanto à história de vida, Nair casou-se pela segunda vez há dezoito anos. Tem dois filhos desse casamento: uma filha de dezessete e um filho de treze anos. O primeiro casamento ocorreu quando tinha vinte e dois anos, tendo ficado apenas um ano casada, pois seu marido morreu. Teve um filho do primeiro casamento, o qual morreu logo após nascer, pois tinha um problema cardíaco. O marido morreu poucos meses depois, também por problema no coração. Com vinte e quatro anos casou-se de novo.

A paciente começou a apresentar os sintomas de fibromialgia com trinta e dois anos. Afirmou que no período menstrual o mal-estar se agravava: sentia tontura forte e às vezes ânsia de vômito. Passava mal com a menstruação desde quando sua mãe morreu, há três anos. Contou que teve um ‘choque’ no velório, a menstruação desceu e ela sentiu-se mal, com tontura.

Sobre sua infância, a paciente relatou que tinha catorze irmãos, quatro dos quais morreram. Tem um irmão gêmeo. Contou que começou a andar com três anos e a falar melhor com dezoito anos. Disse que até hoje tem dificuldade para falar e não fez nenhum tratamento, porque moravam no sítio e seus pais não a levaram ao médico. Estudou só até a segunda série, pois não conseguia aprender.

Em relação ao pai, Nair contou que ele não a chamava pelo nome e a ‘xingava’ de ‘cara de égua’. Disse que o pai a queria como esposa dele quando sua mãe morresse, que ele queria fazer ‘malandragem’ com ela e ameaçava matá-la se contasse para alguém. Ela dizia para o pai: ‘Pode me matar, mas não vou fazer; pode beber meu sangue, mas eu não dou’. De acordo com Nair, o pai nunca conseguiu fazer nada com ela, pois ela nunca o permitiu. Atualmente ele mora em São Paulo com um irmão, e ela não conversa com ele. Quanto ao relacionamento com a mãe, Nair relatou que ela e a mãe não tinham nada uma contra a outra. ‘Ela não tinha contra mim e eu não tinha contra ela’. A mãe a ajudava em sua doença. Falou que tinha, sim, contra o pai, porque ele queria tê-la como esposa quando sua mãe morresse. No velório da mãe, ela e o pai não ficaram no mesmo ambiente.

Sobre seu segundo casamento, Nair referiu que depois de ter-se casado novamente parou de trabalhar fora e houve uma época em que só queria ‘andar, andar, andar pelas ruas’. Tinha vontade de ‘socar’ debaixo dos carros, só pensava nisso. Queria ‘socar’ debaixo dos carros porque gastava muito com medicamentos e tratamentos. Disse que o marido reclamava dos gastos com remédios. Contou que, quando se casou pela segunda vez, sua doença se agravou e ela começou a ter que ir

a Curitiba por causa das dores que sentia. Mesmo doente, cuidou do sogro por dez anos. Depois voltou a trabalhar de babá. Chegou a cuidar de várias crianças ao mesmo tempo. Cuidava de doze crianças, mas seu médico mandou que cuidasse só de uma. Atualmente trabalha como babá de uma sobrinha, filha de sua irmã. Outras pessoas lhe pedem que cuide de mais crianças, mas devido à sua enfermidade só consegue cuidar de uma.

Os filhos de Nair a ajudam no serviço de casa. Ela disse que quer que eles estejam o tempo todo com ela, cuidando dela e ajudando-a, principalmente por causa de seus esquecimentos. Seu marido é pedreiro e trabalha em uma firma, com salário fixo. Como seu salário é baixo e ele gasta muito em farmácia com os remédios da esposa, a família necessita da ajuda da igreja com cesta básica. Nair não se sente bem em receber essa ajuda. Sobre o relacionamento com o marido, relatou que não lhe ‘obedece’, não ouve a opinião dele.

Em relação aos problemas de saúde, Nair relatou ter começado a fazer o tratamento em Curitiba há 10 anos. Toma Frontal, Rivotril, Amytril, Pratiprazol para o estômago e Codaten para dor. O médico de Curitiba lhe indicou sessões de fisioterapia. Ela começou a fazê-las, mas, de acordo com ela, a ‘toterapia’ piorou suas dores e ela parou de ir às sessões, não voltou mais. Disse que era a primeira vez que fazia acompanhamento com psicóloga.

Sobre as dores que sentia, disse tê-las no corpo todo, nos braços e pernas. Tinha dificuldade para erguer os braços. No frio sentia mais dores. Tinha limitações quanto ao serviço de casa, relatando que por causa das dores não conseguia lavar as paredes, limpar o quintal, pregar botões nas camisas do marido. Também tinha dificuldade para dormir; mesmo tomando seus ‘calmantes’ não dormia bem. Em relação às dores de cabeça, disse que as tem constantemente, mas pioram quando tem crises, quando fica nervosa. Os ‘nervos pulam’. Tem dor na ‘caixa do peito’, parecendo que vai ter um infarto, e dor de estômago (diz ter gastrite) e dor na bexiga. Na área sexual, relatou não sentir vontade de ter relações com o marido já há uns dez anos, desde quando começou a ter a enfermidade. Não sente prazer na relação, não sente desejo, só faz por obrigação; quando o faz, diz que fica pior, com mais dores, sente dor na bexiga.

Processos psicodiagnóstico e psicoterapêutico

O psicodiagnóstico foi realizado em quatro sessões, através de entrevistas verbais com a paciente. Levantou-se como hipótese diagnóstica o transtorno psicossomático associado ao transtorno da personalidade dependente.

A paciente apresentava dificuldade na função de pensar as emoções e na função da linguagem, para comunicar essas emoções e também para comunicar pensamentos e idéias. Tinha um funcionamento regredido, com dificuldade para se cuidar, necessitando que outra pessoa cuidasse dela. Apresentava um funcionamento de menina, não de uma mulher. Também havia aspectos histéricos referentes à relação muito sexualizada com o pai, não podendo a paciente se tornar mulher pela ameaça que isso lhe representa.

No processo psicoterapêutico, foram realizadas vinte sessões com Nair. O atendimento teve a duração de seis meses, com sessões semanais de cinquenta minutos.

A devolução do psicodiagnóstico para a paciente foi feita na 5ª sessão, estabelecendo-se o contrato com ela referente aos dias e horários do atendimento, às faltas (após três faltas seria desligada do atendimento). Foi também explicado que o atendimento (gratuito) fazia parte da formação da psicóloga num curso de especialização, sendo, portanto, necessário o consentimento dela para que os dados do processo fossem usados no trabalho do curso. Destacou-se que não seriam usados elementos que pudessem levar ao reconhecimento da paciente. Essas informações e explicações constaram em um termo de consentimento em duas vias, assinadas pela paciente e pela psicóloga. Uma via ficara com a paciente e a outra com a supervisora do curso de especialização.

Neste trabalho serão abordados apenas os aspectos relacionados à fibromialgia e a alguns sintomas psicossomáticos da paciente.

Resultados e discussão

Nas primeiras sessões, Nair mostrou-se com poucos recursos psíquicos, com um ego frágil e muito dependente de sua família e das pessoas a seu redor, por causa da enfermidade, das dores que sentia, e por passar ‘nervoso’ com ‘notícia boa’ ou ‘notícia ruim’. Mobilizava toda a família ao redor de si e tentava mobilizar a terapeuta também, através da transferência, para sua condição de enferma, colocando-se em uma posição de dependência em relação às outras pessoas.

A paciente procurara o atendimento psicológico através de um encaminhamento médico, e na primeira sessão abriu sua bolsa e entregou à terapeuta as caixas dos remédios que tomava. De acordo com Santos Filho (1994), a maioria dos pacientes psicossomáticos procura a terapia apenas por encaminhamento médico. Eles trazem para a sessão exames e indicações clínicas como uma forma de ter algo concreto, objetivo, e não algo a ser descoberto.

Nair disse acreditar que a terapeuta iria encaminhá-la para o hospital do câncer, devido às dores que sentia, e que fosse pedir exames para ela. Foi necessário explicarlhe, também, por ser a primeira vez em que ia a uma psicóloga, a diferença entre o médico e a psicóloga. Esclareceu-se que a terapeuta não lhe pediria exames nem receitaria remédios, pois essa era função do médico. Ali era um espaço para falar sobre ela, sobre o que sentia, pensava, sobre as coisas que a incomodavam e a faziam sofrer, ficar nervosa; sobre suas dificuldades, bem como sobre as coisas que a deixavam bem.

Trabalhou-se com a paciente a reconstituição dos acontecimentos, das datas, de sua história de vida, com os sintomas somáticos que relatava, relacionados à fibromialgia. Houve respeito pelo ritmo de Nair com a terapia, trabalhando-se a sua angústia quanto ao processo psicoterapêutico, pois para ela a terapia poderia aumentar suas dores, como a fisioterapia que fizera e abandonara. Nair, indiretamente, pedia que a terapeuta fosse devagar, pois não suportava coisas ‘boas’ nem ‘ruins’, passava mal, e tudo tinha que ser do jeito dela.

É característica do paciente psicossomático a dificuldade para nomear seus sentimentos, o que os autores denominam alexitimia. Segundo Zimmerman (2001), o paciente somatizador, ao não conseguir ler suas emoções, expressa-as pelo corpo. Nair, sempre que algo acontecia, bom ou ruim, somatizava-o, por não conseguir pensar suas emoções.

Realizou-se com a paciente, a cada sessão, o processo de indagar, investigar o que havia acontecido na semana com ela, após relatar seus sintomas, como passar mal, ter tontura, dor na nuca, dificuldade para dormir, ânsia de vômito, dores nos braços e pernas. Fazia-se uma confrontação com os acontecimentos, para levá-la a pensar e a falar sobre seus sentimentos relacionados aos fatos acontecidos com ela.

No final da segunda sessão, Nair disse que tinha “muita coisa na cabeça”. A terapeuta falou que era importante ela poder falar sobre todas as coisas que deixavam sua cabeça cheia. Na quarta sessão, a paciente falou que estava com a cabeça menos ‘pesada’ e que conversar com a psicóloga a ajudava a não ficar com um ‘boi’ na cabeça. Verificou-se a ligação de suas dores de cabeça e tonturas fortes com as emoções, os afetos, seus sofrimentos que não podiam ser pensados, falados, e assim eram expressos pelo corpo. A terapia começou a ajudá-la a metabolizá-los.

Ao longo do processo psicoterapêutico, foram se evidenciando sua dependência e a necessidade de ser cuidada pelos outros, bem como a sua falta de reconhecimento das necessidades do outro, mostrando aspectos narcísicos muito fortes.

A paciente reclamava de ter televisão em casa, pelo fato de o marido e os filhos ficarem assistindo aos programas e não darem ‘atenção’ a ela. Por causa de sua religião, alegava não gostar de televisão. Dizia ao marido que ele deveria escolher entre a televisão e ela. Reclamava que por causa da televisão os filhos não a ajudavam a se lembrar da comida no fogo.

Os assinalamentos, clarificações, confrontações e interpretações aconteceram, procurando mostrar a Nair que os filhos e o marido também tinham suas necessidades, suas vontades – que eram diferentes das dela, porque as pessoas são diferentes. Falou-se que os filhos não podiam ficar o tempo todo ao lado dela e que ela tinha condições de fazer sozinha coisas como cuidar da comida, pois demonstrava se lembrar de muitas coisas ao relatar os acontecimentos em sua vida desde a infância. A terapeuta disse que os filhos tinham interesses de acordo com a idade deles, que precisavam do espaço deles, e que Nair poderia fazer coisas de que gostasse enquanto eles assistissem televisão.

Realizou-se um trabalho de fortalecimento egóico com a paciente, mostrando-lhe suas capacidades e conquistas, o que construía em sua vida. Construía seu casamento, cuidara do sogro doente, criara seus filhos, ia para Curitiba sozinha fazer seus tratamentos de saúde, assim como vinha sozinha para as sessões de terapia.

Na relação com o marido, Nair se apresentava mais como uma filha do que como esposa, uma mulher adulta, e via nele mais um cuidador do que um homem, e um cuidador que tinha que lhe prover tudo. Por ele não conseguir lhe prover tudo, brigava muito com ele.

Coelho (2001) coloca que na estrutura da personalidade do doente crônico observam-se tendências à regressão e à passividade, deixando este de ser agente no

processo de tratamento e delegando essa função a outros. Também se faz presente a dependência excessiva, necessitando do cuidado de outros, à semelhança da dependência vivida no início da vida.

A paciente relatou, na sexta sessão, ter um ‘sentimento’ que não iria conseguir curar. A terapeuta lhe perguntou de que era esse ‘sentimento’. Nair disse que era o ‘sentimento’ de querer ter tudo. Contou que queria uma máquina de lavar que fizesse tudo, mas o marido não tinha dinheiro, mostrando até o seu holerite a ela. A terapeuta trabalhou com ela explicando que não poderia dar conta dos seus desejos, mas a terapia a ajudaria a pensar em como se sentia ao não ter esses desejos atendidos, o que ela poderia fazer com isso. Também argumentou que o marido não podia lhe dar tudo e que ele tinha os desejos dele, vontade de ter as coisas; disse que não é possível ter tudo o que se quer.

A partir do processo psicoterapêutico, Nair foi promovendo algumas mudanças em suas relações objetais, percebendo o outro como um outro diferente dela, com suas próprias necessidades, e notando que ela mesma poderia buscar, segundo suas possibilidades, a satisfação das suas necessidades, e cuidar de si mesma.

Nair cuidava da sobrinha o dia inteiro e recebia vinte, trinta reais, quando a irmã pagava, porque muitas vezes não o fazia. O marido reclamava que ela não melhorava de sua enfermidade por causa da sobrinha, e que era por isso que tinha que gastar tanto com remédio na farmácia. A paciente disse que era cansativo para ela cuidar, mas que não podia colocar a sobrinha na rua, como se não houvesse outras opções, como a creche. Através do trabalho psicoterapêutico, a paciente assumiu que gostava de cuidar da sobrinha, que era uma ‘toterapia’ (terapia) para ela, pois lhe distraía a cabeça, fazia-lhe bem. Disse que só não podia cuidar de várias crianças ao mesmo tempo. A terapeuta falou que ela tinha suas limitações por causa da fibromialgia, mas que ser babá era a sua profissão, o seu trabalho, e que ser babá era como qualquer outro trabalho e que tinha que receber por isso.

Nair contou em outra sessão ter conversado com sua irmã e definido com ela um valor fixo por mês para cuidar de sua sobrinha. Verificou-se que a terapia contribuiu para o resgate de sua identidade profissional, enquanto uma pessoa que pode produzir, apesar da enfermidade. Viu-se que a paciente tinha ganhos secundários com a doença, mas muitas perdas também, pois não podia se impor à irmã como profissional, cobrar pelo seu trabalho, valorizar-se como profissional e como pessoa, o que significaria dar conta de si mesma, não precisar tanto do cuidado e da atenção das pessoas.

A paciente supunha haver pessoas – como os seus vizinhos – que achavam que sua enfermidade era mentira, que ela não tinha nada. O marido também sempre reclamava que ela não ‘sarava’ da doença e que precisava gastar muito com remédio na farmácia. Trabalhou-se na transferência com a paciente, que também poderia pensar se lhe era possível confiar na terapeuta, se esta não iria julgá-la, desconfiar do que sentia, das suas dores, de sua enfermidade, e se a compreenderia, a entenderia em suas dores. A terapeuta lhe disse que entendia como é difícil para ela, que entendia que sua enfermidade era real, que suas dores eram reais e que tinha suas dificuldades e limitações por causa da doença, mas que ali com a terapeuta poderia ver outras possibilidades para sua vida.

A paciente, no meio do processo psicoterapêutico, começou a fazer caminhadas constantes, todos os dias, com uma vizinha. Antes só ficava dentro de casa, saía apenas para ir à igreja, não fazia nenhum exercício físico. Também começou a consultar uma médica reumatologista, a qual passou a acompanhá-la no tratamento da fibromialgia.

Trabalhou-se com a paciente a capacidade de lidar não apenas com emoções ruins, mas também com emoções boas. D'alvia (1994) diz que muitas sensações corporais nos pacientes psicossomáticos não têm uma contenção psíquica e seguem a via da descarga corporal, não havendo um registro adequado de percepções referentes a experiências prazerosas.

Viu-se que Nair não tinha momentos prazerosos, não se permitia ter esses momentos. A terapeuta trabalhou no sentido de que a paciente poderia ser vista de outro jeito que não como doente, e que poderia ficar alegre, bem – mesmo com sua enfermidade; sair, passear, fazer caminhadas. Nair relatou que comprara um CD da igreja e passara a cantar, e recolhia a roupa do varal cantando. Na décima sexta sessão, a paciente contou que naquela semana tinha feito aniversário, que ficara “contente”, recebera os parabéns do marido e dos filhos, não passara mal. Falou dos presentes que recebera.

Ao final do processo psicoterapêutico, Nair demonstrou bons recursos egóicos, como linguagem, pensamento, memória, capacidade para *insight* e simbolização, o que era muito diferente do início do atendimento, quando se apresentara como uma pessoa muito frágil, muito enferma, dependente de todos e com poucos recursos psíquicos. A paciente se permitiu construir junto com a terapeuta uma relação que lhe possibilitou deixar que seus recursos aparecessem, que pensasse em sua vida e mudasse sua relação com a doença e com as pessoas, com o marido, com os filhos, com a irmã. Nair trabalhou aspectos de resgate de sua identidade, de sua condição de mulher adulta e capaz de se responsabilizar por sua vida e pelo tratamento da fibromialgia. Pôde-se ver como uma pessoa integral, e não como enferma, doente.

Sobre a relação com os filhos, Nair contou que o mais novo estava com problemas na escola, que ele só fazia as tarefas se ela mandasse e ficasse junto dele, mesmo ela não sabendo ajudá-lo. Nair disse ter-lhe falado que tinha que estudar sozinho, que ela não podia ficar com ele todo o dia na sala de aula mandando-o estudar, ‘igual sua mãe que achava que vocês tinham que ficar o tempo todo atrás de mim, e vocês não podem’. Disse a ele ter aprendido com a psicóloga que eles tinham que brincar, sair, ter o espaço deles.

Na décima nona sessão Nair disse ter ido à escola do filho conversar com a professora dele, e esta lhe contara que ele estava estudando, não ficava mais chorando, mudara muito. Falou que a terapia fazia bem a ela e à sua família, pois aprendera a conversar, a ter diálogo. Agora, na hora do almoço, pergunta aos filhos como foram na escola.

Sobre a filha, que é quatro anos mais velha que o irmão, Nair contou que ela a ajudava muito no serviço de casa e trabalhava como diarista aos sábados. Falou que a filha estava querendo entregar currículo para ganhar mais, mas se preocupava com a mãe. Nair disse a ela que entregasse, sim, o currículo, e não se preocupasse com ela,

pois ficaria contente se ela arrumasse um emprego. A paciente, estando com recursos para cuidar de si, pôde dizer à filha que estava bem, que iria ficar bem.

Quanto ao marido, Nair relatou que eles haviam passado a ficar mais juntos, conversavam, e ela lhe deixava assistir televisão. Falou que ‘o marido lembrou que tem esposa e a esposa lembrou que tem marido’. Disse que ele não compreendia sua doença e ela não compreendia as necessidades dele, e hoje ele a compreende, e quando não pode acompanhá-la ao médico, pergunta como foi lá.

A paciente, ao final do processo, não apresentava, no período da menstruação, dor no peito nem distúrbios do sono. Relatou sentir diferença quando caminhava e quando não caminhava. Falou que quando não faz caminhada os nervos da perna parece que ‘encurtam’, que não pode ficar só dentro de casa, parada. Trabalhou-se com a paciente a importância da manutenção da caminhada para a fibromialgia, importância que ela mesma percebe. Nair também relatou estar dormindo bem, e que assim fica mais disposta durante o dia para fazer suas coisas. Percebe que a caminhada a ajuda a dormir bem, pois antes, mesmo tomando seus calmantes, não dormia bem.

Nair falou, na décima nona sessão, que atualmente sua dor é ‘livre, leve, controlada’, e antes era “uma dor que se entregava, ficava frouxa, não fazia nada”. Disse que antes não fazia nada, só ficava dentro de casa, deitada, com dor de cabeça que não passava nem com remédio, nervosa e brigando com todos, e hoje costura, prega botão nas roupas do marido e dos filhos, lava louça, coisas que hoje consegue fazer e antes não fazia. De acordo com Angelotti (2001), pessoas relativamente inativas são especialmente vulneráveis à experiência dolorosa, por não terem mais com que ocupar a atenção a não ser concentrar-se na dor.

Na vigésima sessão, Nair contou que sua cunhada que estava com câncer falecera (irmã de seu marido), e que chorou, ficou ‘sentida’, triste, mas não passou mal, e pôde participar do velório e do enterro ao lado do marido. Disse que um apoiou o outro e que se fosse antes nem conseguiria ir ao velório.

O processo psicoterapêutico foi encerrado com Nair, destacando-se que todas essas conquistas e mudanças em sua vida foram possíveis pelos recursos que possuía e que ela permitiu que fossem descobertos na terapia, através da relação com a terapeuta. Colocou-se que esses recursos permaneceriam com ela após o encerramento do atendimento, e também que existiam muitas possibilidades em sua vida além da fibromialgia, e que esta poderia manter-se controlada, mesmo que sentisse algumas dores.

Conclusão

Verificou-se, através deste estudo de caso, que a psicoterapia breve de orientação psicanalítica pode contribuir para a melhora e o controle de alguns sintomas da fibromialgia ao promover o desenvolvimento de determinados aspectos psíquicos da paciente, resgatando sua identidade como uma pessoa integral, com muitas possibilidades em sua vida além da doença. Nair pôde, através do processo psicoterapêutico, sair da condição de dependência em que se encontrava, da condição

de passividade ante a doença, para a condição de uma pessoa ativa, responsável por sua vida e pelos necessários tratamentos e cuidados com sua doença.

Essa condição permitiu à paciente mudar sua forma de se relacionar com as pessoas e com a fibromialgia, passando a compreender o outro como um outro diferente dela, com necessidades, vontades e desejos próprios. Passou a compreender a doença como algo que faz parte de sua vida, mas não é toda a sua vida, todo o seu ser.

Pelo exposto se pode ver que a psicoterapia breve de orientação psicanalítica tem muito a contribuir com os portadores da síndrome da fibromialgia.

Referências

- Angelotti, G. (2001). Dor crônica: aspectos biológicos, psicológicos e sociais. Em: V.A.A. Camon (Org.), *Psicossomática e a psicologia da dor* (pp. 113-130). São Paulo: Pioneira.
- Araújo, R.L. (2006). Fibromialgia: construção e realidade na formação dos médicos. *Revista Brasileira de Reumatologia*, 46(1), 56-60.
- Berber, J.S.S., Kupek, E., & Berber, S.C. (2005). Prevalência de depressão e sua relação com a qualidade de vida em pacientes com síndrome da fibromialgia. *Revista Brasileira de Reumatologia*, 45(2), 47-54.
- Chiozza, L. (1987). *Por que adoecemos? A história que se oculta no corpo*. Campinas: Papirus.
- Coelho, M.O. (2001). A dor da perda da saúde. Em: V.A.A. Camon (Org.), *Psicossomática e a psicologia da dor* (pp. 69-92). São Paulo: Pioneira.
- Costa, S.R.M.R. & cols. (2005). Características de pacientes com síndrome da fibromialgia atendidos em hospital de Salvador-BA, Brasil. *Revista Brasileira de Reumatologia*, 45 (2), 64-70.
- D'alvia, R. (1994). Narcisismo, patologia de risco e doença somática. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 28 (1), 143-152.
- Jacomini, L.C.L., & Silva, N.A. (2007). Disautonomia: um conceito emergente na síndrome da fibromialgia. *Revista Brasileira de Reumatologia*, 47(5), 354-361.
- Knoplich, J. (2001). *Fibromialgia, dor e fadiga*. São Paulo: Roubes.
- Lüdke, M., & André, M.E.D.A. (1986). *Pesquisa em educação: abordagens qualitativas*. São Paulo: EPU.
- Montagna, P. (1996). Algumas reflexões sobre relação mente-corpo em psicanálise e função do analista. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 30(2), 463-477.
- Montagna, P. (2001). Afeto, somatização, simbolização e a situação analítica. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 35(1), 77-88.
- Rivera, J. & cols. (2006). Documento de consenso de la sociedad española de reumatología sobre la fibromialgia. *Reumatologia Clínica, Supl. 1*, 55-56. Disponível em: <<http://www.doyma.es>> Acessado: 26/11/2007.
- Santos, A.M.B. & cols. (2006). Depressão e qualidade de vida em pacientes com fibromialgia. *Revista Brasileira de Fisioterapia*, 10(3), 317-324.
- Santos Filho, O.C. (1994). Psicanálise do "paciente psicossomático". *Revista Brasileira de Psicanálise*, 28 (1), 111-128.

- Sasdelli, E.N., & Miranda, E.M.F. (2001). Ser: o sentido da dor na urgência e na emergência. Em: V.A.A. Camon (Org.), *Psicossomática e a psicologia da dor* (pp. 93-112). São Paulo: Pioneira.
- Stuginski-Barbosa, J., Dach, F., & Speciali, J.G. (2007). Relação entre cefaléia primária e fibromialgia: revisão de literatura. *Revista Brasileira de Reumatologia*, 47(2), 114-120.
- Tachizawa, T., & Mendes, G. (1999). *Como fazer monografia na prática*. Rio de Janeiro: FGV.
- Torres A., L., Troncoso E. S., & Castillo, R.D. (2006). Dolor, ansiedad, depresión, afrontamiento y maltrato infantil entre pacientes fibromiálgicos, pacientes reumáticos y un grupo control. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 38(2), 285-298.
- Triviños, A.N. (1987). *Introdução à pesquisa em ciências sociais*. São Paulo: Atlas.
- Villalpando, M.I.B., Sotres, J.F.C., Manning, H.G., & González, A.A. (2005). La fibromialgia: un síndrome somático funcional o una nueva conceptualización de la histeria? Análisis cuali-cuantitativo. *Salud Mental*, 28(6), 41-50.
- Weidebach, W.F.S. (2002). Fibromialgia: evidências de um substrato neurofisiológico. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 48(4), 291- 299.
- Zimerman, D.E. (2001). O paciente psicossomático. *Revista Brasileira de Psicanálise*, 35(1), 717-727.

Recebido em junho de 2007

Aceito em março de 2008

Cláudia Pietrângelo Lima: psicóloga; especialista em Psicologia Clínica com Ênfase na Psicoterapia de Orientação Psicanalítica (Centro Universitário de Maringá); psicóloga clínica da CAPSEMA (Caixa de Assistência, Aposentadoria e Pensão dos Servidores Municipais de Maringá).

Cristina Vilela de Carvalho: psicóloga, mestre em Psicologia (USP), professora do Departamento de Psicologia (UEM).

Endereço para contato: cvilelac@wnet.com.br



Processo de trabalho na produção de verduras no Alvinho, em Lagoa Seca/PB: a atividade dos trabalhadores e sua relação com o processo saúde–doença

**Edil Ferreira da Silva
Yldry Souza Ramos**

Resumo: Este artigo objetiva mostrar a atividade dos agricultores da plantação de verduras do Alvinho, em Lagoa Seca/PB e suas repercussões sobre a saúde e o bem-estar. O método utilizado foi a instrução ao sócio e as técnicas das observações gerais e sistemática e entrevista semi-estruturada. Na análise do trabalho se verificou que o processo de produção de verduras se divide em 10 etapas. Na etapa da pulverização os agricultores aplicam os agrotóxicos sem uso de EPI's apropriados para esta atividade. Logo o processo de trabalho da produção de verduras possui muitos agravos para a saúde dos trabalhadores (ST), porém, não se constatou nenhuma doença estabelecida. Os sintomas mais referidos pelos agricultores, provavelmente, decorrentes do manuseio dos agrotóxicos, foram câimbras, coceiras pelos braços e dores de cabeça. Em face do esforço físico excessivo se queixaram de dores de coluna. Concluindo não há no SUS do município atenção à ST para os agricultores rurais que manipulam os agrotóxicos.

Palavras-chaves: saúde do trabalhador; agrotóxicos; atividade.

Working Process in the production of vegetables in Alvinho, Lagoa Seca/PB: The activity of the workers and its relationship with the health-disease process

Abstract: This article aims to show the activity of the farmers planting vegetables in Alvinho, Lagoa Seca/PB and its effects on their health and welfare. The method used was the “instructions for the double” and the techniques of the general and systematic observation and semi-structured interview. In the analysis of the work it was verified that the production of vegetables is divided into 10 steps. In the spraying step, farmers apply the pesticides without the use of appropriate IPE for this activity. Hence, the working process on the production of vegetables presents many problems to the workers' health (WH), however, no developed disease was found. The symptoms most mentioned by farmers, probably arising from the handling of pesticides, were cramps, itchings on the arms and headaches. In face of the excessive physical, they have complained of back pain. In conclusion, the Unique Health System (SUS) does not provide attention to WH for the rural farmers who handle the pesticides.

Keywords: workers' health; pesticides; activity.

Introdução

O campo da Saúde do Trabalhador (ST) se dissemina no Brasil no âmago da luta pela construção de uma sociedade democrática, da conquista de direitos elementares de cidadania, da consolidação do direito à livre organização dos trabalhadores. Envolveu em seu processo o empenho tanto de setores sindicais, quanto de técnicos

e pesquisadores comprometidos com as ações de atenção a ST. “A área da ST é compreendida como sendo um corpo de práticas teóricas interdisciplinares – técnicas, sociais, humanas – e interinstitucionais, desenvolvidas por diversos atores situados em lugares sociais distintos e informados por uma perspectiva comum (...) resultante de todo um patrimônio acumulado no âmbito da Saúde Coletiva” (Minayo-Gomes & Thedim-Costa, 1997, p.25).

A ST se configura enquanto política pública de saúde a partir da sua inclusão na Constituição Federal de 1988 no artigo 200 que estabelece as atribuições do Sistema Único de Saúde (SUS), a “execução das ações de vigilância sanitária e epidemiológica, bem como as de Saúde do Trabalhador” (Brasil, 1988, p.134).

A implementação das ações de atenção a ST no âmbito do SUS, na década de 80 e 90, foi marcada por avanços, limitações e impasses (Dias & Hoefel, 2005; Lacaz & Gomes, 2005; Mendes & Dias, 1999; Oliveira & Vasconcellos, 2000). Em 2002 foram criados os mecanismos para a organização e implementação da Rede Nacional de Assistência à Saúde do Trabalhador (RENAST) (Brasil, 2005). A criação da RENAST teve como objetivo articular, no âmbito do SUS, ações de prevenção, promoção e recuperação da ST urbanos e rurais, independentemente do vínculo empregatício e tipo de inserção no mercado de trabalho (Dias & Hoefel, 2005; Lacaz & Gomes, 2005). A portaria 2437/GM, de 2005, amplia a RENAST a partir da adequação e ampliação da rede de Centros de Referência em Saúde do Trabalhador – CEREST – em todo o país (Brasil, 2005). Estes deixam de ser porta de entrada do SUS e passam a se responsabilizar pelas seguintes atribuições: “Prover suporte técnico adequado às ações de assistências e vigilância em ST; recolher, sistematizar e difundir informações de modo a viabilizar as ações de vigilância, facilitar os processos de capacitação e educação permanente para os profissionais e técnicos da rede do SUS e o controle social” (Dias & Hoefel, 2005, p.822).

Apesar da institucionalização os desafios ainda são grandes. Lacaz e Gomes (2005) chamam atenção para questões que precisam de respostas imediatas e decisivas, dentre elas os problemas nos setores de serviços e de agricultura.

É com o intuito de contribuir com as ações de atenção no âmbito da ST que esta pesquisa busca a produção de conhecimento sobre o trabalho na agricultura. O que nos levou também a fazer este estudo foi à constatação de que a problemática da ST rurais também é bastante grave em nossa região e que as medidas para sua resolução também são tímidas.

De acordo com pesquisa realizada por Oliveira (2006) acerca da prevalência das intoxicações por Biocidas no Centro de Assistência Toxicológica (CEATOX) de Campina Grande/PB, no período de janeiro a dezembro de 2005, registrou-se 100 casos de intoxicações por agrotóxicos. A faixa etária mais acometida foi entre 20-29 anos correspondendo a 31 casos de morte, sendo 12 trabalhadores rurais do sexo masculino.

Em outro estudo realizado a partir de dados secundários do Instituto Médico Legal (IML) de Campina Grande/PB, foram registrados 38 casos de óbitos decorrentes do uso indevido de agrotóxicos. O sexo masculino foi o de maior ocorrência nos óbitos registrados; a faixa etária afetada ficou entre 21 a 60 anos e a profissão mais envolvida

foi a dos trabalhadores rurais. O estudo enfatiza ainda a precariedade da fiscalização da venda e compra destes venenos (Nascimento, 2006).

Analisando os registros de mortalidade na região de Campina Grande/PB, a partir dos dados do Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), nos anos de 2004 e 2005, percebemos que os casos de morte, cuja causa é o agrotóxico, tiveram um aumento significativo de um ano para o outro. No ano de 2004, foram registrados 16 casos de morte e em 2005, registrou-se 461 casos de morte por intoxicação por agrotóxicos (Silva & Silveira, 2007).

Apesar dos dados de morbi-mortalidade dos trabalhadores rurais da região não se encontrou na política de saúde de Lagoa Seca, nenhum tipo de serviço direcionado para este grupo populacional. Por outro lado, falta ao CEREST de Campina Grande/PB, que abrange o município de Lagoa Seca, adotar ações de vigilância em saúde para dimensionar a problemática das condições de trabalho dos agricultores rurais que lidam com agrotóxicos. A economia deste município é dominada pela produção de frutas e verduras.

Outros estudos em nível de Brasil justificam a importância da temática. Inúmeras pesquisas têm apontado os danos advindos do uso de agrotóxicos sobre a saúde humana (Augusto & Freitas, 1998; Peres, Rozemberg, Alves, Moreira, & Oliveira-Silva, 2001; Peres, Rozemberg & Lucca, 2005; Pires, Caldas & Recena, 2005; Silva, Nonato-Silva, Faria & Pinheiro, 2005; Soares, Almeida & Moro, 2003; Soares, Freitas & Coutinho, 2005).

Schmidt e Godinho (2006) ressaltam que, embora de modo incipiente, pesquisas na área de ST têm apontado para a preocupação com os agravos à saúde de agricultores decorrentes da utilização de agrotóxicos, pois “o trabalho agrícola é uma das mais perigosas ocupações na atualidade” (Faria, Fassa & Faccini, 2007, p. 26).

Sob esta perspectiva, um estudo realizado por Pingali, Marquez e Palis (citado por Soares & Cols., 2005, p. 688) evidenciou que o aumento da utilização de inseticidas “de uma para duas aplicações por safra aumentou a probabilidade de problemas nos olhos em 22%, (...) problemas de pele em 30% para aqueles que faziam uma aplicação por safra, e em 50% para os que faziam duas aplicações”.

Estes dados consideram apenas o aspecto biológico, já que estudos apontam até sua correlação com o desencadeamento de suicídios (Peres, Oliveira-Silva, Della-Roda & Lucca, 2005) e outros problemas mentais.

O objetivo do estudo foi compreender o processo de trabalho dos trabalhadores rurais que aplicam agrotóxicos no Alvinho, em Lagoa Seca/PB e suas repercussões sobre a saúde e o bem estar dos agricultores.

Método

Participantes

Participaram do estudo 7 agricultores da região do Alvinho, sendo 1 com 20 anos, 1 com 30 anos, 2 com 34 anos, 2 com 54 anos e 1 com 63 anos. Em relação ao sexo

6 são do sexo masculino e 1 do sexo feminino, sendo 6 casados e 1 solteiro. Diariamente cumpriam uma jornada de trabalho de nove horas de trabalho.

Instrumentos

Para realização da pesquisa utilizamos:

-Visitas – foram realizadas em todas as propriedades rurais do Alvinho para a escolha dos locais mais propícios para a realização da pesquisa;

-Diário de campo – as informações coletadas junto a instituições da área (sindicatos e secretarias municipais) geraram diário de campo que permitiram compor o cenário da área pesquisada;

-Câmera vídeo SONY CCD-FX230BR – Utilizada como ferramenta para detectar mais dados a partir das fotos e filmagens dos trabalhadores realizando a atividade e manuseando instrumentos.

-Gravador digital utilizado para gravar as entrevistas.

-Observação geral e sistemática do trabalho – técnicas utilizadas para levantar dados sobre o processo de produção (organização do trabalho, condições de trabalho, tarefas, atividades, etc.) de verduras nas duas propriedades escolhidas;

-Entrevistas semi-estruturadas com os trabalhadores, com apoio de roteiro, para identificar os aspectos sócio-econômicos dos participantes e entender o trabalho rural, além de levantar os principais agravos à saúde referidos pelos agricultores;

Instrução ao sócia para remontar todo o processo de trabalho da produção de verduras. A instrução ao sócia configura-se como uma autoconfrontação simples, que procede da psicologia do trabalho. Busca uma maior aproximação da atividade de trabalho a partir da subjetividade dos trabalhadores. É caracterizado pela análise tanto do discurso oral quanto narrativo e reflexivo do entrevistado. Este método tem como principal característica a autoconfrontação do sujeito com o seu trabalho. A idéia do método é fazer com que o sujeito da pesquisa fale de seu trabalho de forma detalhada e para tanto é passada a seguinte instrução ao sujeito: “Suponha que eu seja seu sócia e que, amanhã, eu esteja substituindo-o em seu trabalho. Eu vou lhe apresentar questões para saber como eu devo agir, para que as pessoas não se apercebam da substituição. Eu preciso de instruções detalhadas” (Lamcoblez & Vasconcelos, 2004, p.173-174).

Este método de confrontação consiste em dois momentos conforme nos descreve Clot (2006, p.144): “Numa primeira fase, o sujeito confronta-se consigo mesmo pela mediação da atividade regra do sócia. Na segunda, ele se vê diante dos traços materializados desse intercâmbio (decifração da gravação) pela mediação de uma atividade de escritura que é ela mesma, eventualmente, endereçada a outros que não o sócia”

-Levantamento das cargas de trabalho – A partir das entrevistas, das fotos dos trabalhadores lidando com a terra e instrumentos de trabalho se levantaram as cargas de trabalho na produção de verduras. Para o estudo foram consideradas as cargas de trabalho que os trabalhadores confirmaram.

Procedimentos

Foram feitas visitas ao Sindicato dos Trabalhadores Rurais de Lagoa Seca, a Secretaria da Agricultura, a Secretaria de Saúde do Município e Unidades de Saúde da Família da região do Alvinho. Com os representantes destas instituições foram realizadas entrevistas informativas. Os dados levantados serviram para traçar um quadro da economia, do funcionamento do SUS na região e o tipo de organização dos trabalhadores rurais. Em seguida foram realizadas 10 visitas as propriedades rurais da cidade de Lagoa Seca/PB para conhecer os tipos de produção em cada uma delas e saber se concordavam em participar da pesquisa. Em duas propriedades os trabalhadores acordaram participar da pesquisa.

A observação geral foi realizada nas duas propriedades escolhidas e propiciou aos pesquisadores levantar o tipo de produção da área, o número e as tarefas dos trabalhadores em cada propriedade, enfim as informações gerais sobre o trabalho. A observação sistemática foi o momento em que se tomaram informações diretamente dos trabalhadores envolvidos com o trabalho, com o objetivo de levantar os dados relacionados aos elementos do processo de trabalho da plantação de verduras. Ao todo foram realizadas quinze observações global e sistemática.

Como forma de complementar e aprofundar a compreensão do processo de trabalho e os agravos à saúde foram realizadas entrevistas semi-estruturadas e a instrução ao sócia. A entrevista para registrar a atividade inicia com a instrução ao sócia, que transforma o observado (agricultor) em observador da sua própria atividade mediante um diálogo interno. Com o uso da instrução ao sócia pudemos perceber que o trabalhador ao narrar e descrever as atividades que desenvolve a um sócia representa, no presente, com significados próprios e jogos de linguagem de interação também particulares, aquilo que executou no passado. O conteúdo do material transcrito revelou um uso acentuado de analogias e expressões comuns ao ambiente de trabalho, sugerindo a sedimentação de um patrimônio de saberes-fazeres.

As filmagens realizadas se concentraram em uma determinada fase da produção de verduras, que foi definida de comum acordo com os trabalhadores, ou seja, as cenas da atividade de aplicação dos agrotóxicos. Posteriormente, as filmagens foram editadas e apresentadas aos dois aplicadores de agrotóxicos que puderam fazer uma autoconfrontação com sua atividade. As filmagens serviram como um instrumento de questionamento sobre os atos da atividade e de confirmação de determinadas análises feitas por nós em relação ao trabalho dos aplicadores de agrotóxicos.

A realização da análise dos dados partiu de categorias de análise a partir do tema geral da pesquisa, ou seja, como se constitui o processo de trabalho, as cargas de trabalho e suas conseqüências sobre a ST. A confrontação simples propiciada pela instrução ao sócia permitiu perceber a produção de sentido da atividade dos trabalhadores aplicadores de agrotóxicos. Os dados foram organizados em quadro temático, que foram sendo preenchidos em cada categoria de análise com as falas dos agricultores.

Salientamos que esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade Estadual da Paraíba – UEPB e que todos os agricultores concordaram em participar da

pesquisa, assinando ou colocando impressões datiloscópicas no locado destinado ao consentimento em participarem desta pesquisa.

Resultados

As duas propriedades estudadas possuem 2 hectares destinados a plantação de verduras. O tipo de empreendimento nas duas propriedades é de agricultura familiar. As relações de trabalho observadas foram de proprietário produtor e trabalho temporário, neste caso o agricultor é pago por tarefa, não tendo vínculo empregatício formal com nenhuma propriedade, sendo apenas contratado verbalmente e o valor da diária é inferior a 15 reais (Silva & cols., 2005). A renda mensal que inclui apenas ganho relativo ao trabalho na lavoura varia entre os agricultores, sendo: um ganha de 2-3 salários mínimos (SM), três ganham de 1-2 SM e três ganham de 4-5 SM. Em relação ao tempo de serviço na agricultura foi levantado que 02 trabalhadores têm entre 10 e 20 anos de serviço, 02 entre 20 e 30 anos de trabalho e 03 possuíam mais de 40 anos de labuta no meio rural. Como na propriedade tem um trabalhador com 20 anos quer dizer que o mesmo iniciou sua vida de trabalho desde criança. A presença de crianças e adolescentes nas atividades de trabalho agropecuário é ressaltada por vários estudos (Moreira, Targino & Alberto, 2003; Silva & cols., 2005).

A comercialização da produção de verduras é diferenciada nas duas propriedades. Em uma propriedade ela é feita individualmente e diretamente com o atravessador, que em geral dirige-se à propriedade para adquirir a produção. O preço é acertado por unidade o que impõem um valor alto ou baixo mediante a época do ano. Já na outra propriedade a comercialização é feita mediante um contrato com uma empresa, a qual fixou com o agricultor o valor do quilo da verdura e independente da época o agricultor já tem definida a sua margem de lucro com a venda das verduras. Cabe ao agricultor fazer a entrega da mercadoria.

Constatamos na análise dos elementos do processo de trabalho que os agricultores usam dois tipos de matéria-prima: matéria-prima (Sementes da alface e mudas da alface) e matéria-prima auxiliar (arpesores, mangueiras e agrotóxicos). Os instrumentos de trabalho utilizados por eles são: Aplicador costal manual, ciscador, enxada, enxadinha, faca doméstica, carro-de-mão, balaio de cipó e caixas de plástico.

Na análise do trabalho verificamos que o processo de produção de verduras se divide em 10 etapas, cada uma com várias atividades. O conceito de atividade de trabalho aqui utilizado advém da abordagem da clínica da atividade. O mesmo extrapola o que é efetivamente realizado, já que se inclui na atividade os conflitos do real. Segundo Clot (2006, p.116), “o real da atividade é também aquilo que não se faz, aquilo que não se pode fazer, aquilo que se busca fazer sem conseguir – os fracassos –, aquilo que se teria querido ou podido fazer, aquilo que se pensa ou que se sonha poder fazer alhures. É preciso acrescentar a isso – o que é um paradoxo frequente – aquilo que se faz para não fazer aquilo que se tem de fazer ou ainda aquilo que se faz sem querer fazer. Sem contar, aquilo que se tem de refazer”.

Com esta definição de atividade de trabalho Clot (2006) procura incluir todo o conflito vital de que se reveste a ação daqueles que trabalham.

A seguir apresentamos como se constitui o processo de trabalho da produção de verduras em suas 10 etapas.

1. Preparar a terra: É o momento em que os trabalhadores retiram todos os resíduos vegetais (restos de raiz das alfaces e ervas daninhas). É executada no início da tarde por volta das 13h00min e para se protegerem do sol improvisam equipamentos de proteção individual (EPI'S), tais como: chapéu de palha ou boné, calças compridas e blusas com mangas longas.

2. Levantar as laterais dos canteiros: Inicia-se pela atividade de levantar os aceiros (lateral dos canteiros) com a enxada. Esta atividade dura em média 30 min e exige muita força física. A postura corporal nesta atividade envolve a coluna curvada, pernas afastadas, sendo uma reta e a outra formando um ângulo de 45°. A cabeça fica todo tempo baixa e os braços esticam e encolhem aceleradamente. O executar desta atividade torna-se mais lenta ou mais ágil mediante a idade do agricultor, no entanto, observamos que a habilidade do manuseio de erguer os aceiros independe da idade, o que revela que é uma atividade baseada no gênero profissional. O conceito de gênero da atividade está diretamente relacionado ao trabalho social prévio à ação. Trata-se de maneiras de pensar e de agir sedimentados no meio de trabalho e moldadas por ele, que vêm sob forma de normas e de regras prescritas (Faitá, 2005).

3. Fofar a terra: O trabalhador exerce sua atividade com a coluna curvada, uma perna esticada e outra levemente inclinada formando 45° em relação à outra. A cabeça fica abaixada e braços com movimentos repetitivos de vai-vem. Ao mergulhar a enxada na terra, o trabalhador tem o cuidado para não demolir as laterais do canteiro. Quando levanta a enxada esta vem cheia de terra que será colocada em cima daquela que está exposta ao sol e que já serviu de base para as verduras que foram colhidas. Tudo é feito a olho nu sem nenhuma ferramenta de medição.

4. Aguar a terra: Visa regar o canteiro finalizando sua preparação para receber as sementes. Observamos nas atividades dos trabalhadores rurais a realização de dois modos operatórios diferentes nas propriedades no que concerne a forma de aguar o canteiro. Em uma propriedade se usava o sistema de mangueira para molhar a terra e na outra apenas o sistema de irrigação por aspersão. Na primeira propriedade eles só usam o sistema de irrigação por aspersão depois de aguar o canteiro com a mangueira. Percebemos que esta mangueira pesa em média 4 kg e que necessita de equilíbrio e força física para sustentá-la a uma altura de 1m em relação à cintura para que se ágüe o canteiro.

5. Plantar as sementes: Consta da plantação de sementes de alface industrializadas. Inicia-se quando o trabalhador cava com as mãos, pequenas covas nas leiras (tipos de canteiros menores com extensão 1m x 2m x 10 cm). Em seguida, vai colocando as sementes nas mãos, e com a coluna curvada e pernas esticadas, vai jogando-as nas covas e, com o pé descalço, vai tapando-os. Depois de 15 a 20 dias de plantadas nascem as mudas. Estas são pés de alface ainda jovens com duas folhas cada um.

6. Tirar as mudas: Consiste na retirada das mudas das leiras para o canteiro definitivo. É realizada de forma manual e rápida. Acontece geralmente no cair da tarde, pois a temperatura está amena na região favorecendo a manutenção da terra úmida. Para colhê-las, o agricultor precisa de habilidade, pois as mudas são frágeis e podem

ser arrancadas sem raiz o que ocasiona sua perda. O agricultor fica todo tempo com pernas agachadas e coluna curvada, parecendo uma bola. São movimentos frenéticos de braços, um olhar concentrado, direcionado e atento para não se deparar com nenhum animal peçonhento.

7. Plantar as mudas: Consiste no plantio das mudas nos canteiros. Depois de colhidas são transportadas na caixa para o canteiro que está úmido e em seguida são replantadas horizontalmente. Não existe uma medição geométrica da distância entre cada pé de muda. Eles definem de acordo com a experiência. Os agricultores possuem uma forma característica de plantar as mudas no canteiro definitivo. Eles colocam um feixe de mudas na mão esquerda e com a direita vão plantando-as de maneira horizontal. O trabalhador fica com as costas curvadas, cabeça muito baixa e pernas extremamente abertas.

8. Pulverização: Inicia logo que se terminam de plantar as mudas da alface. O trabalho de pulverização é realizado apenas por dois trabalhadores, um em cada propriedade. A finalidade da pulverização é impedir a proliferação das ervas daninhas e do cachorro-d'água (espécie de besouro que come a raiz das verduras e vivem sob a terra). Eles manuseiam estes venenos sem se preocuparem com o tipo de agrotóxico que usam e do seu cheiro, forte e sufocante. A partir do registro da atividade de pulverização percebemos que são processos muito semelhantes, ambos usam aplicador costal, medidores da quantidade venenos equivalentes a uma xícara e EPI'S improvisados, ou seja, botas e a mesma roupa do seu dia-a-dia (calça de tecido, boné e blusa de malha ou tecido). Entretanto, notamos diferenças em alguns aspectos, como por exemplo, na velocidade com que bombeiam a alavanca, um é mais lento do que o outro. O modo como erguem o aplicador costal, também, tem um estilo envolvido: um usa uma escada para apoiá-lo e em seguida põe nas costas e o outro ergue do chão sem acomodá-lo em nenhum apoio e coloca-o nas costas. Durante a pulverização pudemos constatar a adoção de um modo operatório degradado, ou seja, que pode trazer problemas para a saúde. Para certificar-se que a calda está saindo do bico do pulverizador com velocidade necessária o trabalhador adota a prática de pulverizar a própria mão. Este estilo da atividade permite que o trabalhador não atrase seu trabalho, porém pode lhe causar agravos.

9. Colheita: Depois de 40 dias plantadas as alfaces chegaram ao tamanho ideal para comercialização. Sua colheita acontece no final da tarde porque é um tipo de verdura muito delicada e que ao ser colhida tende a murchar caso seja colocada sob o sol. Percebemos uma divisão do trabalho nesta tarefa com a constituição de coletivo de trabalho. A colheita tem duas atividades principais: cortar os pés de alface e acomodá-los nas caixas. Inicia-se com o trabalhador cortando os pés das alfaces sempre por uma das exterminadas do canteiro. O trabalhador curva-se baixando seu tórax, perna esquerda esticada e a direita levemente agachada. Com a mão direita ele segura o pé da alface e a faca que está na outra mão corta-o rente a terra ficando restos de raiz enterrados. Em seguida um outro trabalhador vai colocando as alfaces nas caixas de plásticos, as quais acomodam, cada uma, 40 pés de alface e a média de tempo para cortá-los foi de 4 minutos e de arrumá-los nas caixas 1 minuto.

10. Transporte das caixas de plásticos: As atividades relacionadas ao transporte

das caixas de plásticos consistem em levantá-las, colocar no carro-de-mão e levá-las até o local determinado para sua entrega ao comprador. Observamos que quando o agricultor segura uma caixa precisa tomar fôlego, prendê-lo, girar seu corpo para lateral e depositá-la no carro-de-mão.

A análise do processo de trabalho revelou um conjunto de elementos, relacionados aos meios de trabalho e as atividades das dez partes da produção de verduras, que podem implicar em cargas de trabalho para os trabalhadores. No quadro 1 são apresentadas as principais cargas de trabalho mapeadas neste processo de trabalho.

Quadro 1 – Mapeamento das cargas de trabalho

Cargas de trabalho	
Cargas Biológica	Animais peçonhentos
Cargas Ergonômicas	Repetitividade, monotonia, exigência de postura inadequada, atenção, responsabilidade, jornada de trabalho prolongada, ritmo excessivo, levantamento, transporte manual de pesos e esforço físico
Cargas Químicas	Agrotóxicos
Cargas Físicas	Radiação não-ionizante, umidade e temperaturas extremas
Cargas Mecânicas	Equipamento de proteção individual inadequado, armazenamento inadequado de produtos químicos e ferramentas perfuro – cortantes
Cargas Psicológicas	Estresse

Na análise do processo de produção observamos que diversas atividades são encetadas nas dez etapas referidas. Em cada atividade o trabalhador utiliza determinado meio de trabalho, usa saberes e fazeres acumulados por eles acerca da atividade ou faz uso de estilo da atividade para desenvolverem determinadas tarefas.

Observamos que na realização da atividade de trabalho o uso da criatividade do trabalhador é muito constante, já que o mesmo tem que driblar as variabilidades do meio rural utilizando-se de uma inteligência astuciosa. O estilo, que é um modo singular do trabalhador fazer sua atividade, requer inventividade e uso da subjetividade. No estilo da atividade o trabalhador coloca sua experiência em ação, faz uso dos conhecimentos já acumulados em determinada tarefa, mas vai além do patrimônio de saberes constituídos.

Na análise da atividade de todas as etapas percebemos que os trabalhadores rurais estão expostos a múltiplas cargas de trabalho cujas conseqüências para a saúde e o bem-estar são difusas e complexas. Os trabalhadores referiram o aparecimento de alguns sintomas como câimbras nas pernas que podem ser associadas à posturas inadequadas na atividade, além de muito tempo em pé devido o prolongamento da jornada de trabalho sob temperaturas extremas. Silva e cols. (2005, p.894) relacionam o aparecimento de câimbras à “exposição às radiações solares por longos períodos, sem observar pausas e as reposições calóricas e hídricas necessárias”. Outros sintomas relatados pelos entrevistados foram dores de cabeça e coceiras pelos braços na hora

do manuseio dos venenos. Estes sintomas também foram evidenciados em outros estudos como Lobato (2008), Mazon, Locatelli e Magro (2006) e Peres e cols. (2005). Neste caso detectamos a ação das cargas de trabalho ergonômica e física.

Outro sintoma bastante referido são as dores na coluna vertebral. Em algumas atividades, como as da etapa do preparo da terra, percebeu-se que os trabalhadores ficam banhados de suor e seus corpos curvados durante todo o tempo. Este sintoma pode ser relacionado com o esforço físico quando do exercício das várias atividades, as posições que adotam para agilizarem o trabalho, o peso de alguns instrumentos e o transporte de peso, como o carro-de-mão cheio de resíduos vegetais e caixas de plásticos com alfaces.

A carga psicológica aparece em duas situações: na gestão do tempo, principalmente em relação a fase da colheita, quando os agricultores precisam colher as alfaces sob a luz do sol porque não há energia elétrica no hectare destinado ao seu plantio. Isso reflete nos movimentos frenéticos das mãos que precisam cortar a maior quantidade possível de verdura. A tensão nervosa gerada com esta situação é referida por eles como sendo “um estresse”. A segunda situação surgiu quando a produção não gerou valor de troca, ou seja, a mercadoria não se transformou em lucro. Quando isso ocorre, toda a produção é destinada para a alimentação animal. Bate em todos eles um sentimento de perda da atividade de trabalho realizada. Os agricultores explicitam esta situação como um estresse. Nestas duas situações a carga psicológica está diretamente relacionada ao modo como o trabalho é organizado. A falta de determinada matéria prima auxiliar, ou seja, a energia elétrica faz com que as atividades sejam realizadas em ritmo acelerado e no curto espaço de tempo. A falta de controle sobre as demandas do mercado leva a uma destinação da produção que foge os objetivos dos agricultores, que é a mesa da população e não o curral. Fica contrariado o sentido do trabalho dos agricultores, que é colocar o alimento na mesa da população. Se o alimento não chega à população como é que a utilidade do trabalho dos agricultores vai ser proferida. Sem esse reconhecimento do trabalho a atividade fica vazia de sentido (Dejours, 2004a, 2004b). A valorização econômica advém da venda dos produtos, mas isso somente não basta. Eles ficam com estresse porque a valorização ao nível dos indivíduos não ocorreu, ou seja, o alimento não chegou à mesa da população. O produto não se estragou foi para os animais, teve um valor de uso, entretanto, o sentido do trabalho para aqueles que o realizam não ocorreu (Duraffourg, 2007).

No que concerne a carga química, os agrotóxicos representam o principal fator de exposição dos trabalhadores. Dois agricultores estão expostos diretamente aos agrotóxicos, os outros cinco são indiretamente expostos. A exposição aos venenos dá-se desde o transporte do saco do veneno pelo agricultor, na hora de fazer a calda, quando se dilui o pó na água, e na pulverização, quando o trabalhador lida direto com o veneno em solução. Segundo Soares e cols. (2005, p.697), o “pulverizador costal manual está entre os principais fatores de risco, o que aponta para a necessidade de que sejam considerados para avaliação da toxicidade”.

Os tipos de agrotóxicos mais usados nas propriedades foram: o fungicida Dithane (classe toxicológica: III – medianamente tóxico), os inseticidas organofosforados Folidol (classe toxicológico II – altamente tóxico) e Folisuper (classe toxicológica I –

extremamente tóxico). A exposição aos organofosforados e organoclorados pode provocar graves problemas respiratórios, gastrintestinais, distúrbios musculares, debilidade motora e fraqueza (Soares & cols., 2003). Além destes agravantes para a saúde dos agricultores diretamente expostos ao uso de agrotóxicos, é preciso alertar para os sujeitos indiretamente expostos (Erdtmann, Mazon, Locatelli & Magro, 2006).

Enfatizamos ainda que o acesso para a compra destes venenos nas lojas de Campina Grande/PB acontece sem o receituário agrônômico. Quanto a orientação para manipulá-los apenas um informante referiu-se à leitura da bula dos produtos como meio de informação e manipulação, o outro não lia, pois era analfabeto. Esta realidade também foi vivenciada nos estudos de Araújo, Nogueira e Augusto (2000), Domingues, Bernardi, Ono e Ono (2004), Faria, Facchini, Fassa e Tomasi (2004) e Oliveira-Silva, Alves, Meyer, Perez, Sarcinelli, Mattos e Moreira (2001) reforçando que a dificuldade da maioria dos trabalhadores rurais de compreenderem as instruções quanto ao uso dos agrotóxicos é devido à baixa escolaridade.

O armazenamento destes agrotóxicos é feito em depósitos externos a casa juntamente com ferramentas e utensílios agrícolas e apenas em um existe tranca na porta. Constatamos que é uma prática comum nos dois sítios à queima das embalagens vazias juntamente com o lixo doméstico ou mesmo o ato de jogá-las fora, sem local específico. Esta situação favorece, de acordo com Ferreira e cols. (2006), a contaminação ambiental através da infertilidade do solo e da não conservação da diversidade de microrganismos.

Sobre o tipo de vestimenta utilizada para a manipulação de agrotóxicos observou-se que todos usam “roupa normal” a mesma que fazem as demais atividades no roçado. Eles só fazem a troca da roupa caso esta molhe durante a pulverização; caso contrário, passam o resto do dia com ela só trocando após a jornada de trabalho, o que reflete aspectos higiênicos comprometidos. As roupas são lavadas juntamente com as demais roupas da família. O estudo de Soares e cols. (2005) reforça que a falta de cuidados com os aspectos higiênicos aumentam a probabilidade de intoxicação direta e indireta. Outro ponto registrado é que eles aplicam veneno a qualquer hora do dia, principalmente na parte da tarde quando nesta região a temperatura encontra-se alta favorecendo uma sudorese intensa e uma probabilidade maior de se contaminarem por via dérmica. De acordo com Silva e cols. (2005), a via dérmica é uma maneira de absorção pelo corpo humano destes produtos.

Para os agricultores que participaram da pesquisa os venenos de hoje não possuem mais o poder letal como os de outrora e que seu uso é uma forma de prevenir prejuízo. No estudo realizado por Peres e cols. (2001) constatou-se, também, que a região apresenta um alto índice de uso de agrotóxico, sobre a alegação de que esses produtos são o único meio de salvação das lavouras, agindo sobre a infestação de insetos e pragas. De acordo com Sobreira e Adissi (2003, p.986), esta é uma falsa premissa, pois é “um pensamento que exclui alternativas e procedimentos que eliminem totalmente ou em parte o uso da química, tornando inviáveis os estudos contrários a esta lógica”. Afirmando que iniciativas individuais e de ONGs lograram êxito com agricultura ecológica, tanto em pequena como em grande escala.

Considerações finais

Constatamos a presença significativa do trabalho coletivo, expressando-se nas situações fundamentais do processo de trabalho da plantação de verduras: nas atividades de tirar e plantar as mudas de alfaces e na colheita da produção. Nas atividades de trabalho que envolvem estas três etapas percebemos que os trabalhadores imprimem formas singulares de tirar as mudas, bem como plantá-las nos canteiros. Nestas etapas os agricultores se organizam e atuam em grupo para resolverem os problemas surgidos durante as atividades.

Durante o processo de plantação verificamos que os trabalhadores conseguem se adequar às variabilidades do tempo. Desenvolveram uma regulação da hora do plantio. As atividades são planejadas de acordo com os horários que eles estabeleceram como sendo o mais adequado para fazer os canteiros, fazer as mudas e colher as alfaces. Esta constatação, embora pareça simples, só foi possível com a análise da atividade.

Em relação às cargas de trabalho destacamos a questão dos agrotóxicos. Percebemos que são pequenos produtores e que para sobreviverem não levam em consideração determinadas recomendações de uso mais comum dos agrotóxicos. Por exemplo, a de não pulverizar nos horários mais quentes do dia, a de não permitir a presença de “estranhos” durante o trabalho de pulverização, especialmente crianças, e de não aplicar agrotóxicos próximo a moradias e cursos d’água. Porém, devido ao tamanho de sua área de produção, pressionado pelas condições fitossanitárias de sua cultura e não podendo arriscar seu investimento, muitas vezes o agricultor é obrigado a aplicar o agrotóxico no menor prazo possível. Para isso, utiliza extensas jornadas de trabalho. A falta de condições de trabalho adequadas tem feito com que os agricultores na etapa da pulverização adotem modos operatórios degradados, os quais regulam sua atividade podendo ter dentre várias conseqüências, sua própria contaminação.

Outro aspecto preocupante em relação aos agrotóxicos, é que não existe no SUS do município nenhum tipo de atenção à ST rurais que manipulam os agrotóxicos. Falta, assim, organizar o fluxo de assistência, informação e vigilância em ST para estes agricultores que aplicam agrotóxicos na região.

Referências

- Araújo A. C., Nogueira, D. P., & Augusto, L. G. (2000). Impacto dos praguicidas na saúde: estudo da cultura de tomate. *Saúde Pública*, 34 (3), 309-13. Disponível: <<http://www.scielo.com.br>> Acessado: 11/10/2007.
- Augusto, L. G. S., & Freitas, C. M. (1998). O Princípio da precaução no uso de indicadores de riscos químicos ambientais em saúde do trabalhador. *Ciência & Saúde Coletiva*, 3 (2), 85-95. Disponível: <<http://www.scielo.com.br>> Acessado: 07/11/2007).
- Brasil (1988). *Constituição Federal do Brasil*. Brasília: Senado Federal.
- Brasil. Ministério da Saúde (2005). Portaria nº 2.437 de 7 de Setembro de 2005 Dispõe sobre a ampliação e o fortalecimento da Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde

- do Trabalhador – RENAST no Sistema Único de Saúde – SUS e dá outras providências.. DOU nº 236 – Seção 1, Sexta-feira, 09 de Dezembro de 2005. Disponível: <www.saude.gov.br/bvs_tratados.html> Acessado: 22/07/2007.
- Clot, Y. (2006). *A função psicológica do trabalho*. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes.
- Dias, C. E., & Hoefel, M. G. (2005). O desafio de implementar as ações de saúde do trabalhador no SUS: a estratégia da RENAST. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(4), p.817-828. Disponível: <<http://www.scielo.com.br>> Acessado em 07/11/2007.
- Dejours, C. (2004a). Addendum – Da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho. Em: S. Lancman & L. Sznelwar (Orgs.), *Christophe Dejours: da psicopatologia à psicodinâmica do trabalho* (pp.47-104). Rio de Janeiro: Editora FioCruz, Brasília: Paralelo 15.
- Dejours, C. (2004b). Entre sofrimento e reapropriação: o sentido do trabalho. Em: Lancman, S. & Sznelwar, L. (Orgs.) *Christophe Dejours: Da Psicopatologia à Psicodinâmica do Trabalho* (pp. 303-316). Rio de Janeiro: Editora FioCruz, Brasília: Paralelo 15.
- Domingues, M. R., Bernardi, M. R., Ono, E. Y. S., & Ono, M. A. (2004). Agrotóxicos: Risco à Saúde do Trabalhador Rural. *Semina: Ciências Biológicas e da Saúde*, Londrina, 25, 45-54, jan./dez. Disponível: <<http://www.scielo.com.br>> Acessado: 17/10/2007.
- Duraffourg, J. (2007). O trabalho e o ponto de vista da atividade. Em: Y. Schwart & L. Durrive (Orgs.), *Trabalho e ergologia: conversas sobre a atividade humana* (pp. 47-83). Niterói: EdUFF.
- Erdtmann, B. K., Mazon, L., Locatelli, S., & Magro, K. C. (2006). *Ações de promoção em saúde: formas de cuidado com defensivos agrícolas para um ambiente mais livre de riscos*. Disponível: <<http://www.udesc.br/portal/temp/CEO.pdf>> Acessado: 5/4/2008.
- Faitá, D. (2005). *Análise dialógica da atividade profissional*. Rio de Janeiro: Imprinta Express.
- Faria, N. M. X., Fassa, A. C. G., & Facchini, L. A. (2007). Intoxicação por agrotóxicos no Brasil: os sistemas oficiais de informação e desafios para realização de estudos epidemiológicos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 12 (1), 25-38. Disponível: <<http://www.scielo.com.br>> Acessado: 25/11/2007.
- Faria, N. M., Facchini, L. A., Fassa, A. G., & Tomasi, E. (2004). Trabalho rural e intoxicações por agrotóxicos. *Caderno de Saúde Pública*, 20 (5), 1298-308 Disponível: <<http://www.scielo.com.br>> Acessado: 11/09/2007.
- Ferreira, A. P., Cunha, C. de L. N., Wermelinger, E. D., Souza, M. B. de, Lenzia, M. de F., Mesquita, C. M. de, & Jorge, L.C. (2006). Impactos de pesticidas na atividade microbiana do solo e sobre a saúde dos agricultores. *Revista Baiana de Saúde Pública*, 30 (2), 309-321, jul./dez. Disponível: <<http://www.scielo.com.br>> Acessado: 30/11/2007.
- Lacaz, F.A. de C., & Gomes, C. M. (2005). Saúde do trabalhador: novas-velhas questões. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10 (4). Disponível: <<http://www.scielo.com.br>> Acessado: 27/11/2007.
- Lacomblez, M., & Vasconcelos, R. (2004). Entre a auto-análise do trabalho e o trabalho de auto-análise: desenvolvimentos para a psicologia do trabalho a partir da promo-

- ção da segurança e saúde no trabalho. Em: A. Araújo, M. de F., Alberto, M. Y. Neves & D. Alvarez (Orgs.), *Labirintos do trabalho: interrogações e olhares sobre o trabalho vivo* (pp.161-183). Rio de Janeiro: DP&A.
- Lobato, S. M. R. (2008). *O silêncio como metáfora*. Disponível: <http://www.anppas.org.br/encontro_anual/encontro2/GT/GT09/sandra.pdf> Acessado: 8/04/2008.
- Mazon, L., Locatelli, S., & Magro, K.C. (2006). *Ações de promoção em saúde: formas de cuidado com defensivos agrícolas para um ambiente mais livre de riscos*. Disponível: <<http://scholar.google.com.br/scholar?hl=pt-BR&lr=&q=Mazon%2C+Locatelli+%26+Magro+%282006%29+&lr>> Acessado: 25/11/2007.
- Mendes, R., & Dias, E. C. (1991). Da medicina do trabalho à saúde do trabalhador. *Revista de Saúde Pública*, 25 (5), 341-349. Disponível: <<http://www.scielo.com.br>> Acessado: 25/10/2007.
- Minayo-Gomez, C., & Thedim-Costa, S. M. da F. (1997). A construção do campo da saúde do trabalhador: percurso e dilemas. *Caderno de Saúde Pública*, 13 (2), 21-32 Disponível: <<http://www.scielo.com.br>> Acessado:25/10/2007.
- Moreira, J. C., Jacob, S. C., Peres, F., Lima, J. S., Meyer, A., Oliveira-Silva, J., Sarcinelli, P. N., Batista, F. D., Egler, M., Faria, M. V. C., Araújo, A. J.de, Kubota, A. H., Soares, M. de O., & Alves, S. R. (2002). Avaliação integrada do impacto do uso de agrotóxicos sobre a saúde humana em uma comunidade agrícola de Nova Friburgo, RJ. *Ciência e Saúde Coletiva*, 7 (2), 299-311. Disponível: <<http://www.scielo.com.br>> Acessado: 22/10/2007.
- Moreira, E. R. F., Targino, I. & Alberto, M. F. P. (2003). Trabalho precoce na atividade agrícola e riscos à saúde. Em: M. F. P., Alberto (Org.), *Crianças e Adolescentes que trabalham: cenas de uma realidade negada*. João Pessoa: Editora Universitária/UFPB.
- Nascimento, D. T. R. de. (2006). *Estudo dos óbitos por envenenamento e intoxicações registrados na Unidade de Medicina Legal de Campina Grande – PB*. Trabalho Acadêmico Orientado Não-publicado. Departamento de Farmácia, Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, PB.
- Oliveira, A. K. P. de. (2006). *Prevalência das intoxicações por biocidas no Ceatox*. Trabalho Acadêmico Orientado Não-publicado. Departamento de Farmácia, Universidade Estadual da Paraíba, PB.
- Oliveira-Silva, J. J., Alves, S. R., Meyer, A., Perez, F., Sarcinelli, P. N., Mattos, R. C. O. C., & Moreira, J. C. (2001). Influência de fatores socioeconômicos na contaminação por agrotóxicos. *Revista de Saúde Pública*, 35, 130-135. Disponível: <<http://www.scielo.com.br>> Acessado:10/10/2007.
- Oliveira, M. H.B., & Vasconcellos, L. C. F (2000). As políticas públicas brasileiras de saúde do trabalhador: tempos de avaliação. *Saúde em Debate* 24 (55), 92-103. Disponível:<bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Tese_desenvolvimento_sustentavel.pdf>Acessado: 06/12/2007.
- Peres, F., Oliveira-Silva, J. J., Della-Roda, H. V. & Lucca, S. R. (2005). Desafios ao estudo

- da contaminação humana e ambiental por agrotóxicos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10 (Supl.), 27-37. Disponível: <<http://www.scielo.com.br>> Acessado: 05/09/2007.
- Peres, F., Rozemberg, B., Alves, S. R., Moreira, J. C., & Oliveira-Silva, J. J. (2001). Comunicação relacionada ao uso de agrotóxicos em região agrícola do Estado do Rio de Janeiro. *Revista Saúde Pública*, 35 (6), 564-570. Disponível: <<http://www.scielo.com.br>> Acessado: 05/09/2007.
- Peres, F., Rozemberg, B., & Lucca, R. S. (2005) Percepção de riscos no trabalho rural em uma região agrícola do Estado do Rio de Janeiro, Brasil: agrotóxicos, saúde e ambiente. *Caderno Saúde Pública*, 21(6), 1836-1844. Disponível: <<http://www.scielo.com.br>> Acessado: 05/09/2007.
- Pires, D. X., Caldas, E. D., & Recena, M. C. P. (2005). Uso de agrotóxicos e suicídios no Estado do Mato Grosso do Sul. *Caderno Saúde Pública*, 21(2), 598-605. Disponível: <<http://www.scielo.com.br>> Acessado: 06/11/2007.
- Schmidt, M. L. G., & Godinho, P. H. (2006). Um breve estudo acerca do cotidiano do trabalho de produtores rurais: intoxicações por agrotóxicos e subnotificações. *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 31(113), 27-40 Disponível: <<http://www.scielo.com.br>> Acessado: 06/11/2007.
- Silva, J. M., Nonato-Silva, E., Faria, H. P., & Pinheiro, T. M. M. (2005). Agrotóxico e trabalho: uma combinação perigosa para a saúde do trabalhador rural. *Ciência e Saúde Coletiva*, 10(4), 891-903. Disponível: <<http://www.scielo.com.br>> Acessado: 13/08/2007.
- Silva, E. F. & Silveira, N. J. D. (2007). “Era uma vez”: a história da saúde–doença das crianças e adolescentes do lixão de Campina Grande-PB. Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica/PIBIC, Universidade Estadual da Paraíba. Campina Grande, PB.
- Soares, W. L., Almeida, R. M. V. R., & Moro, S. (2003). Trabalho rural e fatores de risco associados ao regime de uso de agrotóxicos em Minas Gerais. *Caderno de Saúde Pública*, 19(4), 1117-1127. Disponível: <<http://www.scielo.com.br>> Acessado: 23/09/2007.
- Soares, W. L., Freitas, E. A.V. de, & Coutinho, J. A.G. (2005). Trabalho rural e saúde: intoxicações por agrotóxicos no município de Teresópolis – RJ. *Revista de Economia e Sociologia Rural*, 43(4), 685-701. Disponível: <<http://www.scielo.com.br>> Acessado: 24/09/2007.
- Sobreira, A.E.G. & Adissi, P. J. (2003). Agrotóxicos: falsas premissas e debates. *Ciências e Saúde Coletiva*, 8(4) Disponível: <<http://www.scielo.br/scielo>> Acessado: 28/06/2007.

Recebido em março de 2008

Aprovado em agosto de 2008

Edil Ferreira da Silva: psicólogo, mestre em Serviço Social (UFPB), doutor em Saúde Pública (FIOCRUZ), docente da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB).

Yldry Souza Ramos: psicóloga, mestre em Saúde Coletiva (UEPB), docente da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB).

Endereço para contato: edilsilva@uol.com.br

O que leva uma mãe a abandonar um filho?

Carolina Santos Soejima
Lidia Natalia Dobrianskyj Weber

Resumo: Em todos os tempos existiram mães que não puderam ou não quiseram criar seus filhos. A presente pesquisa visou avaliar a qualidade da interação familiar percebida por essas mães em suas próprias infâncias. As pesquisas atuais consideram que as experiências da mãe em sua família de origem são influenciadoras à sua maternagem futura. Buscaram-se 21 mães que abandonaram seu(s) filho(s), por meio de uma amostra intencional, e solicitaram-se 21 mães, indicadas por essas, porém sem história de abandono de filho(s), para verificar a qualidade de suas interações familiares em outrora. Para tanto, foram utilizadas as Escalas de Qualidade de Interação Familiar e concluiu-se, com dados estatisticamente significativos, que as mães que abandonaram seu(s) filho(s) foram filhas abandonadas, inseridas em uma infância marcada por maus-tratos e negligência parental.

Palavras-chaves: abandono; mães; filhos.

What leads a mother to abandon her child?

Abstract: In all times always existed mothers that couldn't or didn't want to raise their children. This research aimed to evaluate the quality of family interaction to which these mothers have been submitted during their childhood, and its influence on their future motherhood. The abandoning mothers were intentionally sampled and mothers without a history of abandonment were indicated as controls by the group of abandoning mothers, with 21 mothers in each group. Participants completed the Scale of Family Interaction's Quality, and the differences and similarities between groups were established through statistical analysis. The main results are that abandoning mothers were abandoned daughters and had a childhood history of neglectful parenting and maltreatment.

Keywords: abandonment; mothers; children.

Introdução

O abandono de crianças foi permitido e tolerado desde tempos imemoriais. Variaram, apenas, as motivações, as circunstâncias, as causas, as frequências e as atitudes em face do fato praticado e aceito. Os pesquisadores de diferentes áreas, geralmente dedicam-se à vida e a experiência de filhos abandonados e de pais que os criam, porém pouco se conhece sobre as mães doadoras, as quais constituem uma legião de desconhecidas nesse cenário em que todos parecem compactuar com o silêncio.

É no contexto de pobreza do Brasil que se encontra a maioria dos casos de abandono de crianças: o abandono tanto pela negligência quanto o abandono nas ruas, lixos e maternidades. Este fenômeno está fortemente associado à proibição legal do aborto, à miséria, à falta de esclarecimento à população e à falta de amparo familiar.

A maioria dos abandonos se dá por mães jovens (entre 15 e 20 anos), solteiras, com dificuldades financeiras, sem apoio do parceiro e da família. São, em sua maioria, mães excluídas, que abandonam porque foram abandonadas pelas políticas públicas e pela sociedade (Becker, 1994; Weber, 2000; Weber & Kossobudzki, 1996). Outro relevante fator, apontado por Motta (2001) e Watanabe (2002), considera que o padrão de apego e de cuidador, característicos de cada mulher, são fatores de peso na decisão de entrega ou não da criança, independentemente da situação socioeconômica que esteja sendo vivida, ou de quaisquer outras situações adversas.

Atualmente tem-se conhecimento que o abandono é um problema que atinge tragicamente as sociedades e é de extrema importância que seja conceituado e compreendido, visando a encontrar novas formas de ação para prevenção e solução do problema.

O abandono na História

Sabe-se da existência de casos de abandono de crianças em praticamente todas as grandes civilizações da Antiguidade. Na tradição judaica, dois exemplos fortes e centrais de abandono aparecem nas escrituras do Antigo Testamento – Ismael e Moisés. Na Bíblia, bem como no Talmude, há numerosas alusões ao abandono de bebês, o que mostra a frequência do costume. A mitologia e a filosofia também mencionam. Édipo, filho de Laio e Jocasta, Júpiter, deus da Luz, Hércules e Esculápio (filho de Apolo) são alguns exemplos. Platão, em A República e Aristóteles, na sua Política trataram o tema (Marcílio, 1998).

Informalmente, o abandono foi comum até o final da Idade Média – período em que a criança era reconhecida como um grupo de segunda categoria – um ser imperfeito que necessitava sair deste estado infantil para merecer algum respeito (Badinter, 1985; Roig & Ochotorena, 1993; Trindade, 1999). O processo de mudanças começou na Itália ao longo dos séculos XV e XVI com a criação dos hospitais para expostos. O nome Roda – dado à casa dos expostos – deve-se ao dispositivo de madeira onde se colocava o bebê que desejava abandonar (Marcílio, 1998). O ardor moralista via na Roda uma forma de defesa dos bons costumes e da família e atingia a condição de regulador dos possíveis “desvios” familiares (Gonçalves, 1987). Todavia, a mortalidade sempre fora elevada nessas instituições de abandonados. Segundo Trindade (1999), 20% das crianças morriam ao chegar; 30% no final do primeiro ano de vida e 32% sobreviviam até os cinco anos. No final do século XIX, as Rodas praticamente desapareceram da Europa, enquanto no Brasil elas foram criadas a partir do século 18 e durante um século e meio foram a única ação de proteção à criança abandonada. A Roda dos Enjeitados no Brasil existiu até 1950, o último país do mundo a acabar com ela. O Brasil, apesar de ter sido o último país a acabar com a Roda dos Expostos, foi antecessor em criar uma lei específica para crianças e adolescentes após a Convenção Internacional sobre os Direitos da Criança, em 1989. A promulgação do Estatuto da Criança e do Adolescente em 1990 foi um avanço de proteção à infância, fruto da mobilização da sociedade civil (Marcílio, 1998).

É importante mencionar que há grandes dificuldades em encontrar estudos sobre o abandono no Brasil, devido à ausência de registros e à falta de domínio da escrita nos tempos remotos. Segundo Trindade (1999), o alto índice de analfabetismo e a dependência administrativa até as primeiras décadas do século XIX pontuavam com grandes lacunas as fontes tradicionalmente utilizadas para a história do Brasil. O ato de expor os filhos foi introduzido no Brasil pelos brancos europeus – os índios não abandonavam os próprios filhos. Ademais, o abandono limitava-se ao espaço urbano; raramente ocorria no meio rural, onde a força de trabalho familiar ocupava fundamental papel na sobrevivência da unidade doméstica (Marcílio, 1998; Motta, 2001; Trindade, 1999).

No século XVIII o abandono e a mortalidade infantil cresceram rapidamente, manifestando-se onerosos ao Estado. A solução vista foi criar meios para erradicá-los. Assim, novas estratégias foram adotadas, conscientizando as mães a não abandonarem as suas crianças. Toda a mãe deveria amamentar e cuidar de seu filho, mantendo-o junto de si, até que se tornasse capaz e independente (Badinter, 1985; Forna, 1999; Marcílio, 1998; Trindade, 1999). Deu-se início à valorização da criança.

Por conseguinte, o século XIX – caracterizado pelo crescimento da vida urbana e desenvolvimento industrial – exibiu um peculiar aumento de crianças abandonadas. Desta forma, a mulher do século XIX foi induzida a aceitar o papel de boa mãe. Este século foi marcado como a era das provas de amor, onde o bebê e a criança transformaram-se nos objetos privilegiados da atenção materna. O abandono passou a ser considerado um ato de depravação dos costumes. Contudo, foi no século XX que esta concepção alcançou seu ápice, transformando o conceito de responsabilidade materna ao de culpa. Da responsabilidade à culpa, segundo Forna (1999), foi apenas um passo, devido à exaltação à nobreza das tarefas maternantes, as quais eram capazes de condenar as que não a realizavam perfeitamente. As mulheres mais engajadas em sua condição de mãe aceitaram com alegria o desempenho desta função. Porém, as outras, mais numerosas que se podia supor, não puderam, sem angústia e culpa, distanciar-se do novo papel imposto. A boa mãe era terna ou não era boa mãe. Não amar os filhos presumia crime imperdoável (Badinter, 1985; Motta, 2001). Em suma, foi assim que a maternidade se tornou o que é hoje: um dos estados humanos mais naturais, e um dos mais policiados, uma responsabilidade única da mulher; não apenas um dever, mas uma vocação altamente idealizada, cercada de emoção por todos os lados. Ao contrário de períodos anteriores, observou-se uma prática diferenciada de atendimento à criança, na qual a assistência foi apenas um traço tênue e a educação foi tornando-se fundamental.

A história mostrou um abandono superior de meninas que meninos. Porém, a pesquisa de Sherr e Hackman (2002), realizada na Europa, evidencia que tal dado não se mantém, ou seja, mais meninos estão sendo abandonados.

A mãe que abandona

A retórica da maternidade encontra-se intocada por tanto tempo que se exhibe entrelaçada no tecido da consciência social. Ao destacar a mãe que abandona seu filho, vê-se necessário retratar a maternidade, no que tange a sua concepção histórica

e social propriamente dita, para um global entendimento da situação do abandono. Assim, em primeira análise concebem-se as falhas naquilo que é apresentado como verdade cristalina à maternagem e, consecutivamente, aos padrões formados por essas falhas e, por fim, tornam-se evidentes os mitos criados sobre a maternidade.

Muitos biólogos comportamentais, segundo Chodorow (1990) e Hrdy (2001), partiram do princípio de que a mulher normal é sempre uma mãe. Tal premissa embasou-se na fisiologia feminina que possibilita à mulher procriar e, portanto, quem pode melhor maternar. Deste modo, qualquer relutância ou falha em cuidar da prole, qualquer desvio da energia da mãe para outras atividades era visto como patológico.

É sabido que o mito da “boa mãe” sempre foi eficaz aos costumes familiares e à distribuição de papéis e este é um dado sociológico raramente questionado e cuja importância é capital para a estruturação de um grupo humano (Forna, 1999; Giberti, Chavanneau de Gore & Taborda, 1997; Motta, 2001).

Fonseca (1995) alegou em detrimento à concepção da fisiologia feminina como indutiva à maternidade, que criar filhos, enquanto primordial ocupação da mulher, ocorre em razão ao acordo tácito entre os cônjuges, onde cabe à mulher gerar os filhos em troca do sustento econômico do marido. No entanto, desde os países contemporâneos – em que as mulheres vivem num estado de liberação ecológica, não mais obrigadas a forragear seu alimento dia após dia para manterem-se vivas e com uma ampla gama de opções reprodutivas – até as outras regiões do mundo onde são menos afortunadas, as mulheres estão constantemente fazendo trocas entre subsistência e reprodução (Hrdy, 2001). Similarmente, Chodorow (1990) mencionou que o “gerar e cuidar das crianças é um dos poucos elementos universais e duradouros da divisão de trabalho por sexo” (p. 17). À mulher era oferecida a escolha: ser a ‘boa mãe’, socialmente esperada, ou então, tornar-se a ‘mãe irresponsável’. Logo, estudos de casos históricos, etnográficos e demográficos apontaram a existência de muitas mães que não cuidaram instintivamente de seus filhos. A escolha dessas mulheres pôs em análise os argumentos essencialistas acerca das mães geneticamente programadas para criar seus filhos. Assim, foi mais fácil aceitar a idéia de que o amor materno é um sentimento socialmente construído.

A relação materno-filial está determinada, desde seu começo, por diversas influências psicológicas do desenvolvimento da própria infância, educação e ambiente cultural da mãe (Balcon, 2002; Bonomi, 2002) e essa é uma das razões do referido não querer maternar.

A mãe que abandona é incluída na categoria ‘deixou seu filho’. Mas é preciso considerar e discernir as diferentes modalidades dessa separação. A decisão de abandonar um filho pode significar, para a mulher, aceitar a impossibilidade de criá-lo, ou sua rejeição a ela ou a frustração de seu amor e desejo maternantes. Entretanto, Becker (1994) reconheceu que há mulheres que não se dispõem à maternidade. A rejeição ao filho é real e manifesta e a manutenção de um vínculo colocaria em risco o desenvolvimento da própria criança.

Assim, observa-se que se o amor materno fosse instintivo todas as mães deveriam ser amorosas. E o que se examina é que em todos os tempos houve mães que amavam, porém, de modo algum, isso foi universal.

As causas do abandono

À ótica social, as causas maternas sempre serão frívolas frente ao ato praticado. As diversas causas do abandono, para Pouchard (1997), necessitam que a realidade se imponha. A autora cita o desamparo e a miséria, acreditando que, geralmente, trata-se de situações dramáticas em que os pais biológicos não têm muitas oportunidades. Em face da realidade da mãe abandonante, a qual se insere, muitas vezes, na parcela populacional submetida à exclusão, à miséria e à violência, essa mãe crê que o abandono é o melhor que ela pode estar fazendo por seus filhos (Freston & Freston, 1994; Weber, 1999).

Mães com histórias de abandono e negligência em suas vidas progressas constituem o grupo que conduz tal característica às suas experiências maternantes. Trata-se de um círculo vicioso, em que o drama do abandono se reproduz de geração em geração, ou seja, o abandonado abandona (Lipps, 2002; Pouchard, 1997; Watanabe, 2002; Weber, 2006).

As experiências familiares, embora não completamente determinantes, são cruciais à futura maternagem. Assim, as práticas educativas e os estilos parentais recebidos podem tecer a base na qual o abandono se encerra. O estilo parental consiste no conjunto de manifestações dos pais em direção a seus filhos, que caracteriza a natureza da interação entre esses (Reppold, Pacheco, Bardagi & Hutz, 2002). Ele pode ser entendido como o clima emocional que perpassa as atitudes dos pais, cujo efeito é o de alterar a eficácia de exercícios disciplinares específicos, além de influenciar a abertura ou predisposição dos filhos para a socialização (Darling & Steinberg, 1993). Acredita-se que a qualidade da interação familiar a que as mães que abandonaram os seus filhos foram submetidas em suas infâncias foi um dos principais determinantes para o abandono de suas crianças.

Fonseca (1995) ainda observou certas regularidades no comportamento familiar de mães que abandonaram os seus filhos no Brasil. Percebeu uma raridade de casamentos legais; uma relativa instabilidade conjugal e uma proporção alta de mulheres chefes-de-família. Stevens, Nelligan e Kelly (2001) atentaram à imaturidade materna como determinante ao abandono, uma vez que, em sua pesquisa, a maioria das mães abandonantes era adolescente. Mães muito jovens, segundo a literatura internacional, apresentam maior probabilidade de negligenciar seus filhos (Daly & Wilson, 1988; Lee & George, 1999; Overpeck, Brenner, Trumble, Trifiletti & Berendes, 1998). Já Jones (1993), concluiu a partir de seu estudo, que além da pouca idade, da falta de condições econômicas e/ou sociais, um dos fatores que mais influenciaram as mães a abandonar os seus filhos foi o julgamento alheio.

Segundo Freston e Freston (1994), o perfil predominante da mãe que abandona no Brasil é de uma mulher solteira, de mais de 20 anos, de educação primária incompleta, com trabalho incerto, sem fontes maiores de sustento familiar e que engravida de uma relação eventual sem compromisso estável. A maioria dos casos de abandono, de acordo com as pesquisas dos autores acima referenciados, é determinada pela a conjugação do fator econômico (pouca educação formal; salário inconstante) com o fator familiar (enfraquecimento da família extensa pela migração; ausência do

companheiro). Quando existe apenas um desses fatores, a incidência de abandono é significativamente menor.

Compreende-se então, que o abandono é um fato social total que só se desvela se compreendido historicamente nas suas vertentes biológicas e psicológicas, culturais e socioeconômicas e não de um modo essencialista, seja qual for a “essência” eleita ou a sua justificação.

O objetivo da presente pesquisa foi avaliar a qualidade da interação familiar a que as mães que abandonaram seu(s) filho(s), bem como àquelas não-abandonantes, foram submetidas enquanto filhas. Assim, verificando semelhanças e diferenças entre a qualidade da interação familiar que ambos os grupos de mães viveram.

Método

Participantes

Vinte e uma mães que abandonaram um ou mais filhos, as quais constituíram o Grupo 1 (G1), assim como 21 mães que não abandonaram seu(s) filho(s), componentes do Grupo 2 (G2). O G2 foi disposto a partir da indicação dessas mães pelas entrevistadas do G1. Utilizou-se o critério de indicação das mães do G2, visando à proximidade e certa vinculação com as mães que abandonaram (G1), tentando manter, desta forma, semelhanças entre elas, sejam referentes à situação socioeconômica e familiar. A cada mãe abandonante entrevistada foi solicitado que a mesma apontasse uma mãe, próxima a ela, objetivando a manutenção da pesquisa. Ambos os grupos compuseram uma amostragem de conveniência e não uma amostra estratificada, frente à impossibilidade de obtê-la, em detrimento a peculiar característica da pesquisa e seus sujeitos.

A pesquisa realizou-se em duas cidades do Sul do país e as entrevistas aconteceram em locais escolhidos pelas entrevistadas.

Instrumentos

Fez-se uso das Escalas de Qualidade de Interação Familiar (EQIF) que analisam e avaliam interações familiares e práticas parentais (Weber, Brandenburg & Viezzer, 2003; 2006a; 2006b) dentro das seguintes dimensões: Relacionamento Afetivo; Envolvimento; Regras; Reforçamento; Punições Inadequadas; Comunicação Positiva por Iniciativa dos Pais; Comunicação Positiva por Iniciativa dos Filhos; Comunicação Negativa; Clima Conjugal Positivo; Clima Conjugal Negativo; Modelo Parental e Sentimentos dos Filhos.

Procedimento

O contato com as mães era iniciado pela a apresentação da pesquisadora, sua filiação e o objetivo da pesquisa. Ao concordar a entrevistada assinava o Termo de Consentimento Informado e as questões eram lidas e assinaladas pela pesquisadora de acordo com as respostas dadas pelas mães.

Análise dos dados

As dimensões da EQIF foram avaliadas através de um sistema Likert de cinco pontos, de “nunca” a “sempre”, o qual era direcionado a cada questão e a cada genitor, o que propiciou a individual análise da relação da participante com cada um de seus pais. Foi obtido o escore total de cada dimensão, separadamente, para ambos os grupos – G1 e G2 – e para cada genitor, e também, o cálculo da frequência e porcentagem de respostas às questões. Utilizou-se o teste de Mann-Whitney, para comparar diferenças entre os grupos G1 (mães que abandonaram seu(s) filho(s)) e G2 (mães que não abandonaram).

Resultados

Inicialmente foi medida a consistência interna do instrumento para a amostra pesquisada (alfa de Cronbach) e foram obtidos altos valores de alfa, sendo o alfa total 0,9812. Os resultados do teste Mann-Whitney mostraram significativa diferença na qualidade de interação familiar na infância das mães que abandonaram seu(s) filho(s) em razão àquelas que não o fizeram, em todas as escalas da EQIF. É preciso clarificar que se optou pelo uso da palavra “abandono” depois das entrevistas com as mães, pois elas mesmas utilizaram esta palavra no lugar de entrega ou doação.

Os grupos mostraram-se totalmente distintos entre si em relação a diferentes medidas de interação familiar. As dimensões Relacionamento Afetivo, Envolvimento e Reforçamento foram as mais divergentes entre G1 e G2 tanto para pai quanto para a mãe das entrevistadas, como se pode observar na Tabela 1.

Tabela 1 – Porcentagem das respostas das mães frente a todas as questões que compõem as dimensões Relacionamento Afetivo, Envolvimento e Reforçamento das Escalas de Interação Familiar.

Relacionamento afetivo				
	Nunca ou quase nunca (%)	Às vezes (%)	Sempre ou quase sempre (%)	Total (%)
G1-Pai	90,3	6,9	2,8	100,0
G1-Mãe	77,4	17,8	4,8	100,0
G2- Pai	25,0	66,1	8,9	100,0
G2-Mãe	9,5	67,3	23,2	100,0

Envolvimento				
	Nunca ou quase nunca (%)	Às vezes (%)	Sempre ou quase sempre (%)	Total (%)
G1- Pai	93,4	4,4	2,2	100,0
G1 -Mãe	77,1	20,0	2,9	100,0
G2-Pai	49,5	41,0	9,5	100,0
G2 - Mãe	20,9	47,7	31,4	100,0

Reforçamento				
	Nunca ou quase nunca (%)	Às vezes (%)	Sempre ou quase sempre (%)	Total (%)
G1-Pai	92,6	7,4	0	100,0
G1-Mãe	73,8	25,4	0,8	100,0
G2-Pai	17,4	69,1	13,5	100,0
G2 - Mãe	1,6	62,7	35,7	100,0

As mães que abandonaram seu(s) filho(s), G1, concentraram suas respostas referentes ao relacionamento afetivo com seus pais nos itens “nunca ou quase nunca”, sendo estes os percentuais mais altos da dimensão e demonstrando a falta de relacionamento afetivo que elas tiveram em suas infâncias. Da mesma forma, observa-se a dimensão Envolvimento – altos percentuais relacionados à ausência de envolvimento das mães que abandonaram com seus pais – e a dimensão Reforçamento, que também permite observar a falta dele na infância do G1. Já o G2 concentrou suas respostas no item “às vezes”, demonstrando que tiveram, em alguns momentos, reforços positivos e afeto.

Os dados da Tabela 1 mostram que as mães que abandonaram seu(s) filho(s) não experienciaram relações afetivas, envolvimento parental e não receberam reforços positivos, influenciando diretamente em sua auto-estima e afeto. A extrema falta de afeto e/ou rejeição parental associada à punição recebida dos pais contribui para o desenvolvimento de comportamentos agressivos no filho (Grusec & Lytton, 1998; Reppold & Cols, 2002). O envolvimento entre pais e filhos é crucial ao desenvolvimento global da criança e se manifesta em todas as esferas da vida do filho. Há correlação entre o comportamento dos pais para com os filhos e os futuros comportamentos desses, ou seja, transmissão intergeracional de práticas educativas parentais (Bates, Lanthier, Olson, Sandy & Sheryl, 2000; Montagne & Walker, 2002; Weber, Selig, Bernardi & Salvador, 2006).

A Tabela 2 refere-se às práticas punitivas e coercitivas e à comunicação negativa dos pais, percebidas pelas entrevistadas na infância, bem como ao clima conjugal negativo de seus pais. A Tabela 2 mostra que as participantes que abandonaram seus filhos foram submetidas com grande frequência a punições inadequadas e a uma comunicação negativa com seus pais.

Tabela 2 – Porcentagem das respostas das mães frente a todas as questões que compõem as dimensões Punições, Comunicação Negativa e Clima Conjugal Negativo das Escalas de Interação Familiar.

Punições				
	Nunca ou quase nunca (%)	Às vezes (%)	Sempre ou quase sempre (%)	Total (%)
G1-Pai	37,8	6,9	55,3	100,0
G1-Mãe	34,6	24,1	41,3	100,0
G2- Pai	42,1	31,2	26,7	100,0
G2-Mãe	55,1	26,5	18,4	100,0
Comunicação negativa				
	Nunca ou quase nunca (%)	Às vezes (%)	Sempre ou quase sempre (%)	Total (%)
G1- Pai	23,1	17,6	59,3	100,0
G1 -Mãe	16,7	25,4	57,9	100,0
G2-Pai	34,2	56,3	9,5	100,0
G2 - Mãe	33,3	59,5	7,2	100,0
Clima conjugal negativo				
	Nunca ou quase nunca (%)	Às vezes (%)	Sempre ou quase sempre (%)	Total (%)
G1- Pai	11,1	20,0	68,9	100,0
G1 -Mãe	10,9	25,4	63,7	100,0
G2-Pai	17,1	76,2	6,7	100,0
G2 - Mãe	14,3	77,8	7,9	100,0

As participantes que abandonaram seus filhos, G1, além de não terem apresentado um bom relacionamento afetivo e envolvimento com seus pais e terem apresentado ausência de reforçamento positivo por ambos, também perceberam que foram submetidas constantemente a punições inadequadas e a uma comunicação negativa com seus pais. A relação com os pais e o tipo de cuidado e atenção recebidos na infância condiciona e explica a capacidade para desempenhar o papel de mãe (Bonomi, 2002; Pouchard, 1997). As mães que abandonaram, em suma, foram filhas de pais significativamente negligentes; enquanto as mães que não abandonaram, mesmo inseridas em ambiente pobre, apresentaram menores incidências de punições inadequadas. A porcentagem de respostas à categoria sempre foi significativamente inferior no G2.

O clima conjugal entre o casal, segundo as filhas do G1, era ruim, tornando evidente a propagação do clima conjugal negativo. As mães do G1 concentraram suas respostas à categoria “sempre e quase sempre” em relação à negatividade do relacionamento de seus pais. Já as mães do G2, em sua maioria, observaram “às vezes” um clima conjugal negativo entre seus pais, não “sempre ou quase sempre”, como o G1. Pesquisadores têm consistentemente mostrado que o freqüente conflito conjugal é fortemente preditor de práticas de educação negativas e ausência de responsividade parental (Emery, 1982; Jouriles & Cols, 1991).

A Tabela 3 refere-se às dimensões Regras, Modelos Parentais e Sentimentos dos Filhos da EQIF. Nessas três dimensões pode-se observar distinção entre as respostas dadas para pai e para mãe entre as entrevistadas do G1 e do G2.

Tabela 3 – Porcentagem das respostas das mães frente a todas as questões que compõem as dimensões Regras, Modelo Parental e Sentimento dos Filhos das Escalas de Interação Familiar.

Regras				
	Nunca ou quase nunca (%)	Às vezes (%)	Sempre ou quase sempre (%)	Total (%)
G1-Pai	74,6	14,3	11,1	100,0
G1-Mãe	46,3	29,2	24,5	100,0
G2- Pai	25,2	55,1	19,7	100,0
G2-Mãe	5,4	36,8	57,8	100,0
Modelo parental				
	Nunca ou quase nunca (%)	Às vezes (%)	Sempre ou quase sempre (%)	Total (%)
G1- Pai	53,7	37,0	9,3	100,0
G1 -Mãe	30,1	49,2	20,7	100,0
G2-Pai	1,6	41,3	57,1	100,0
G2 - Mãe	0	27,0	73,0	100,0
Sentimento dos filhos				
	Nunca ou quase nunca (%)	Às vezes (%)	Sempre ou quase sempre (%)	Total (%)
G1-Pai	75,6	20,0	4,4	100,0
G1-Mãe	49,5	41,0	9,5	100,0
G2-Pai	2,9	57,1	40	100,0
G2 - Mãe	0	41,9	58,1	100,0

O G1 concentrou suas respostas na ausência (“nunca e quase nunca”) de regras impostas pelo pai (sexo masculino) em sua infância, enquanto as respostas direcionadas às mães ficaram menos concentradas numa categoria de resposta – 46,3% afirmaram ausência de regras pelas mães, mas 53,7% das respostas demonstraram a existência de alguma regra imposta por essas. O G2 demonstrou um maior contato com regras impostas pelos pais em sua infância. A apresentação de valores aos filhos é analisada através da dimensão Modelo Parental. O G1 concentrou suas respostas na falta ou mínima perpetuação de modelos pelos pais (sexo masculino) e numa presença inconstante (“às vezes”) de modelos pelas mães. O G2 assegurou, na maioria de suas respostas, a presença constante de modelos transmitidos pelas mães (“sempre e quase sempre”) e demonstrou a existência deles também pelos pais. A monitoria e colocação de regras têm sido sistematicamente estudadas, pois as pesquisas revelam correlações consistentes com ausências de regras e monitoria e comportamentos anti-sociais nos filhos (Crouter & Head, 2002).

Na dimensão referente aos sentimentos dos filhos em relação aos pais, que investiga o quanto os filhos orgulham-se e sentem-se amados por seus pais, pode-se observar que o G1 afirmou nunca ou quase nunca apresentar sentimentos positivos aos seus pais (sexo masculino), enquanto em relação às mães, percebe-se uma concentração significativa de respostas à categoria “às vezes”, além da negativa, “nunca e quase nunca”. Já o G2 apresentou respostas mais positivas, concentradas nas categorias “sempre e quase sempre” e “às vezes”. As mães que não abandonaram mostraram uma maior incidência de sentimentos positivos relacionados aos seus pais, em suas infâncias, que as mães que abandonaram.

Apesar das mães (sexo feminino) fazerem notar, em duas dimensões da EQIF, melhor conduta que os pais, essa foi apontada apenas às dimensões que impõem limites (Regras) e apresentam valores (Modelos), não se referindo àquelas que envolvem afeto (Relacionamento Afetivo) e comunicação.

Discussão

Estudos enfatizam que as mães submetidas à negligência em suas vidas pregressas conduzem tais práticas às suas experiências maternas (Bates & Cols, 2000; Lipps, 2002; Montagne & Walker, 2002; Pouchard, 1997; Watanabe, 2002). Corroborando a estes estudos encontram-se os resultados da pesquisa, já que as mães do G1 confirmaram a ausência de um relacionamento afetivo com seus pais, de envolvimento e a falta de reforços positivos. Além disso, afirmaram que recebiam, em suas infâncias, freqüentes punições e que não tinham uma boa comunicação com seus pais. Abandono gera abandono? Estudos revelam que sim (Motta, 2001; Watanabe, 2002; Weber, 2000; Weber, 2006) e a presente pesquisa confirma tais achados. O G1 experienciou, na infância, inadequada interação familiar com ambos os pais e, à vista disso, ressalta-se que as mães que abandonaram seu(s) filho(s) foram filhas abandonadas – inseridas em uma infância marcada por maus-tratos e negligência parental.

Em referência à interação passada do G2 com seus pais (mães igualmente economicamente carentes, mas que não abandonaram nenhum filho), atentou-se a um relacionamento e envolvimento afetivo mais presente, em comparação ao G1. Igualmente, percebeu-se maior apresentação de limites por ambos os pais e reforços mais consistentes, freqüentes e sistemáticos. Quanto a punições, as mães do G2 relataram constante ocorrência de punições por seus pais (sexo masculino) e uma menor incidência em relação a suas mães. Apontaram aspectos afirmativos e nocentes da vida conjugal dos pais e a permanente propagação de modelos pelos pais, possibilitando às mães do G2, relativamente freqüentes expressões de exemplos e valores em suas infâncias. Estes resultados corroboram aos estudos que enfatizam que negligência produz negligência e que abandono gera abandono (Bates & Cols, 2000; Lipps, 2002; Montagne & Walker, 2002; Motta, 2001; Watanabe, 2002; Weber, 2000; Weber, 2006). Os estudos de Dishion e McMahon (1998) deixam claro que o fundamento de boas práticas educativas está na qualidade da interação familiar. Os resultados da presente pesquisa também corroboram aos estudos que apontam que a situação econômica não é fator primordial ao abandono materno (Farrar, 2003; Freston & Freston, 1994). Ela contribui, mas, geralmente, não é a razão para o abandono materno. Assim, concluiu-se: as mães que não abandonaram seu(s) filho(s) vivenciaram uma infância mais adequada do que as mães que abandonaram, permeada não só de considerações onerosas – como as mães abandonantes – mas também condescendidas, firmadas nas dimensões da EQIF.

Por conseguinte, foi notória a diferença, entre G1 e G2, face à qualidade da interação familiar a que essas mães foram sujeitadas em suas infâncias. Ora, foi dada a razão à influência das experiências pregressas na decisão de abandonar o(s) filho(s), ou seja, as mães submetidas à negligência e/ou abandono em suas infâncias reportaram essas as suas vivências maternantes. O padrão de apego e de cuidador, experienciado pela mãe na infância, são determinantes na decisão de abandonar (Bowlby, 1998), independentemente da situação socioeconômica vivenciada (Farrar, 2003; Freston & Freston, 1994; Motta, 2001; Watanabe, 2002). A mãe que não recebeu afeto e que não se envolveu com os pais ou cuidadores não vivenciou um modelo de apego seguro (Bowlby, 1998) e, assim, não aprendeu um modelo afetivo para seguir com seus filhos. Já as mães que não abandonaram afirmaram, através da EQIF, o recebimento constante de modelos afetivos.

Logo, destituiu-se de uma posição meramente passiva, de testemunha dos fenômenos, para uma postura sistemática e crítica, uma vez que se desvelaram alguns aspectos encobridores do assunto. No Brasil, como já foi salientado, o abandono é perpetrado há muito tempo; no entanto, foram poucos os estudos que o referenciaram. Desse modo, almeja-se que a identificação de alguns aspectos presentes no abandono de um filho pela mãe tenha suscitado novas questões e interesse ao tema.

Referências

- Badinter, E. (1985). *Um amor conquistado: o mito do amor materno*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- Balcon, D. (2002). Absent father: effects on abandoned sons. *Journal of Men's Studies*, 6, 283-296.
- Bates, J., Lanthier, R., Olson, S., & Sandy, J. (2000). Early developmental precursors of externalizing behavior in middle childhood and adolescence. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 11, 229-233.
- Becker, M. (1994). A ruptura dos vínculos: quando a tragédia acontece. Em: S. Kaloustian (Org.), *Família brasileira: a base de tudo* (pp. 60-76). São Paulo: Cortez.
- Bonomi, C. (2002). Identification with the aggressor. *Psychoanalytic Dialogues*, 12, 153-158.
- Bowlby, J. (1998). *Perda, Tristeza e Depressão*. São Paulo: Martins Fontes.
- Chodorow, N. (1990). *Psicanálise da maternidade: uma crítica a Freud a partir da mulher*. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos.
- Crouter, A. & Head, M. (2002). Parental monitoring and knowledge of children. Em: M. H. Bornstein (Org.), *Handbook of Parenting* (pp. 461-484). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Daly, M. & Wilson, M. (1988). *Homicide*. NY: Aldine de Gruyter.
- Darling, N., & Steinberg, L. (1993). Parenting style as context: An integrative model. *Psychological Bulletin*, 113, 487-496.
- Dishion, T., & McMahon, R. (1998). Parental monitoring and the prevention of child and adolescent problem behavior: A conceptual and empirical formulation. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 1, 61-75.
- Emery, R. (1982). Interparental conflict and the children of discord and divorce. *Psychological Bulletin*, 92, 310-330.
- Farrar, A. R. (2003). Adult adoptees and the psychological processes involved in the decision to search for origins. *Journal of Family Studies*, 64, 983-999.
- Fonseca, C. (1995). *Caminhos da adoção*. São Paulo: Cortez.
- Forna, A. (1999). *Mãe de todos os mitos: como a sociedade modela e reprime as mães*. Rio de Janeiro: Ediouro.
- Freston, Y., & Freston, P. (1994). A mãe biológica em casos de adoção: Um perfil da pobreza e do abandono. Em: F. Freire (Org.), *Abandono e adoção II* (pp.81-90). Curitiba: Terra dos Homens.
- Giberti, E., Gore, S. C. & Taborda, B. (1997). *Madres excluídas*. Buenos Aires: Editorial Norma.
- Gonçalves, M. (1987). Expostos, roda e mulheres: A lógica da ambigüidade médico higienista. Em: A. Almeida (Org.), *Pensando a família no Brasil* (pp. 73-80). Rio de Janeiro: Espaço e Tempo.
- Grusec, J. & Lytton, H. (1998). *Social development: history, theory and research*. New York: Springer-Verlag.

- Hrdy, S. (2001). *Mãe natureza*. Rio de Janeiro: Campus.
- Jones, M. (1993). *Birthmothers: women who have relinquished babies for adoption: their stories*. Chicago: Review Press.
- Jouriles, E., Nurphy, C., Farris, A., Smith, D., Richlers, J., & Waters, E. (1991). Marital adjustment, parental disagreements about child rearing and behavior problems in boys: Increasing the specificity of the marital assessment. *Child Development, 62*, 1424-1433.
- Lee, B. & George, R. (1999). Poverty, early childbearing and child maltreatment: A multinomial analysis. *Children and Youth Services Review, 21*, 755-780.
- Lipps, A. (2002). Attachment, post-traumatic stress, and attitudes toward intimate partner violence: a model proposed to explain relationship between populations that abuse intimate partners and that abuse psychoactive substances. *Human Development, 63*, 15-58.
- Marcílio, M. (1998). *História social da criança abandonada*. São Paulo: Hucitec.
- Montague, D., & Walker, A. (2002). Mothers, fathers, and infants: the role of person familiarity and parental involvement in infant's perception of emotion expressions. *Child development, 73*, 1339-1352.
- Motta, M. (2001). *Mães abandonadas: a entrega de um filho em adoção*. São Paulo: Cortez.
- Overpeck, M., Brenner, R., Trumble, A., Trifiletti, L., & Berendes, H. (1998). Risk factors for infant homicide in the United States. *New England Journal of Medicine, 339*, 1211-1216.
- Pouchard, M. (1997). *Adoptar un hijo hoy*. Barcelona: Planeta.
- Reppold, C., Pacheco, J., Bardagi, M., & Hutz, C. (2002). Prevenção de problemas de comportamento e desenvolvimento de competências psicossociais em crianças e adolescentes: Uma análise das práticas educativas e dos estilos parentais. Em: C. Hutz (Org.), *Situações de risco e vulnerabilidade na infância e adolescência: aspectos teóricos e estratégias de intervenção* (pp. 9-51). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Roig, A., & Ochotorena, J. (1993). *Maltrato y abandono en la infancia*. Barcelona: Ediciones Martinez Roca S. A.
- Sherr, L., & Hackman, N. (2002). Abandoned babies – abandoned issue. *Counseling Psychology Quarterly, 15*, 153-159.
- Stevens, S. Nelling, D., & Kelly, L. (2001). Adolescents at risk for mistreating their children. *Child Abuse and Neglect, 25*, 753-769.
- Trindade, J. (1999). O abandono de crianças ou a negação do óbvio. *Revista Brasileira de História, 19*, 1-15.
- Watanabe, H. (2002). The transgenerational transmission of abandonment. *Journal of comparative family studies, 29*, 187-205.
- Weber, L. (2006). Abandono, institucionalização e adoção no Brasil: problemas e soluções. *O Social em Questão, 14*, 53-70.
- Weber, L. (1999). *Aspectos psicológicos da adoção*. Curitiba: Juruá.
- Weber, L. (2000). Filhos de ninguém. *Conjuntura social: crianças e jovens, 4*, 30-36.

- Weber, L., Brandenburg, O., & Viezzer, A. (2003). Estudo preliminar – elaboração de um instrumento de medida de qualidade das interações familiares. Em: Anais do IX Congresso Brasileiro de Psicologia do Desenvolvimento, João Pessoa, p. 164-165.
- Weber, L., & Kossobudzki, L. (1996). *Filhos da solidão: institucionalização, abandono e adoção*. Curitiba: Governo Paraná.
- Weber, L., Salvador, A.P. & Brandenburg, O. (2006a). Medindo e promovendo a qualidade na interação familiar. Em: H. Guilhaldi & N. Aguirre (Orgs.), *Sobre comportamento e cognição: expondo a variabilidade* (pp. 25-20). Santo André: ESEtec.
- Weber, L., Salvador, A.P. & Brandenburg, O. (2006b). Qualidade de interação familiar: instrumentos de medida e programas de prevenção. Em: M. Bandeira, Z. Del Prette, A. Del Prette (Orgs.), *Estudos sobre habilidades sociais e relacionamento interpessoal* (pp.125-142). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Weber, L., Selig, G., Bernardi, M., & Salvador, A. P. (2006). Continuidade dos estilos parentais através das gerações – Transmissão intergeracional de estilos parentais. *Paidéia*, 16(35), 407-414.

Recebido em novembro de 2007

Aceito em maio de 2008

Carolina Santos Soejima: psicóloga, especialista em Psicologia Hospitalar Infantil, mestre em Psicologia da Infância e Adolescência e doutoranda em Educação (UFPR).

Lidia Natalia Dobrianskyj Weber: psicóloga, mestre e doutora em Psicologia (USP), pós-doutora em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde (UnB), professora da Graduação em Psicologia e Pós-graduação em Educação (UFPR).

Endereço para contato: carolinasoejima@hotmail.com

Contornando as grades do manicômio: histórias de resistências esculpidas na instituição total

Monique Araújo de Medeiros Brito
Magda Dimenstein

Resumo: Esse trabalho trata de uma experiência de estágio em um hospital psiquiátrico. O manicômio é uma instituição total, isto é, instituições fechadas em regime de confinamento, responsáveis pela gestão total da vida de seus pacientes. Nossa proposta objetivou olhar através dessa instituição total e buscar possíveis linhas de fuga que atravessam esse espaço. Apresentamos aqui os resultados dessa imersão no manicômio e algumas histórias de resistências esculpidas na instituição total. Os contatos diários foram o campo privilegiado de observação dos movimentos, da tensão entre diferentes forças, dos afetos que circulavam, enfim, do plano micropolítico em operação. Buscamos conhecer como se estabeleciam as relações e identificar os aspectos instituídos, cristalizados e segregadores aí presentes, bem como a forma como lidavam com isso, as vias de escape dessa estrutura, por meio de observações e conversas informais com profissionais e pacientes do hospital.

Palavras-chave: instituição total; reforma psiquiátrica; loucura.

Circumventing the asylum metal bars: Resistance stories molded in the total institution

Abstract: The study deals with the practicum experience at a psychiatric hospital. The asylum is a total institution, that is, a closed institution with a confinement regime that is responsible for the total life management of its patients. We proposed to look at the total institution and to search for the possible avoidance axes that cut cross that space. We present the results of that asylum immersion and the stories of resistance formed. The daily contacts were observed for movements, force-tensions and the surrounding affections, that is, for the micro-political plan in operation. Through observation and informal conversations with the patients and hospital staff, we managed to understand how relations are molded and the segregate aspects that are established in the institution, as well as the means by which they deal with them and escape from the structure.

Key words: total institution; psychiatric reform; madness.

Introdução

A história da humanidade é perpassada por um projeto de formação de instituições¹ como a família, a religião, o exército e os saberes científicos, dentre os quais a psiquiatria.

¹ As instituições, segundo Barends (2002), "são lógicas, são árvores de composições lógicas que, segundo a forma e o grau de formalização que adotem, podem ser leis, podem ser normas e, quando não estão enunciadas de maneira manifesta, podem ser hábitos ou regularidade de comportamentos" (p.25). Lourau ressalta que as instituições são sistemas de regulação da vida humana que atravessam todos os seus níveis, individual, grupal, das relações. Assim, "é necessário definir a instituição como um "cruzamento de instâncias" (econômica, política, ideológica) e afirmar que a instituição deve ser definida necessariamente pela transversalidade" (Lourau citado por Altoé, 2004, p.76).

As instituições tendem a se materializar em dispositivos concretos, em organizações e estabelecimentos tais como escolas, fábricas, prisões e hospitais. Estes últimos nasceram originalmente com uma função religiosa e filantrópica, de internação geral de pessoas pobres. No contexto imediatamente anterior à Revolução Francesa, os hospitais gerais cumpriam um papel muito importante, pois auxiliavam a ordem pública, excluindo do meio urbano considerável parcela dos inimigos do rei ou do Estado, assim como os segmentos mais indesejáveis que ameaçavam a ordem pública e o bem-estar das classes dominantes. Eram destinados àqueles cujos crimes não os levavam à prisão, aos calabouços, aos suplícios públicos. Isto fazia com que fossem instituições verdadeiramente requisitadas pelas autoridades do regime (Foucault, 1979).

Até o século XVIII os hospitais tinham o intuito, primeiramente, de “higienizar” o espaço urbano público, retirando das ruas prostitutas, doentes, bêbados, mendigos, loucos e qualquer pessoa que fosse considerada uma ameaça à ordem social. Eles eram depositados em abrigos superlotados e insalubres, sem condições mínimas de higiene. A esta estrutura institucional, Foucault (1979) denominou de *Grande Internação* ou *Grande Enclausuramento*, por sua natureza semijurídica de controle e segregação social. A partir desse momento surgem críticas à organização da estrutura hospitalar forçando mudanças no sentido de transformar o hospital de uma hospedaria de indigentes para uma instituição médica, tornando-se lugar de exame, tratamento e cura.

Pinel foi convidado em 1793 para ser o médico-chefe do hospital de Bicêtre em Paris com o objetivo de reformá-lo. Segundo Castel (1978), essa transformação correu a partir de um conjunto de estratégias desenvolvidas por Pinel que, por sua importância, foi denominado por esse autor de tecnologia pineliana. As estratégias que a compõem são o isolamento, a organização do espaço asilar e a constituição de uma relação terapêutica baseada na autoridade. Com o surgimento da Psiquiatria e das disciplinas a ela relacionadas, o confinamento dessas pessoas passou então a ser legitimado cientificamente, por seu objetivo de conhecimento e tratamento, bem como medida de segurança frente à periculosidade do louco.

Assim surgiram os hospitais especializados – os hospícios – separando os loucos dos demais, a fim de tratá-los através da reeducação disciplinar da mente alienada, impondo normas de conduta e desencorajando comportamentos impróprios. A isso se deu o nome de tratamento moral. Dada a inexistência dos psicofármacos, a alienação mental era tratada com convulsoterapias, camisas-de-força, amarras, cadeiras giratórias, hidroterapia, castigos corporais e, mesmo, lobotomias, estratégias ‘terapêuticas’ que acarretavam grande sofrimento e até morte (Amarante, 2003).

Como podemos perceber através da história, os hospitais psiquiátricos trazem consigo a marca da repressão e do extremo controle sobre indivíduos considerados incapazes de serem responsáveis por sua própria vida. No Brasil, o primeiro hospital psiquiátrico foi inaugurado em 1852 no Rio de Janeiro – Hospício D. Pedro II – o qual foi profundamente influenciado pela psiquiatria francesa e pelo tratamento moral (Amarante, 2003). A partir de então, vários outros foram criados, principalmente nos grandes centros urbanos, levando consigo uma característica em comum: a função de isolar, conter e tratar a loucura, agora considerada doença mental, visto que se passou a buscar explicações biológicas para essas alterações psíquicas/comportamentais,

dedicando a elas uma especialidade médica encarregada de descobrir novos métodos terapêuticos e químicos para curar tais ‘disfunções’.

As práticas de violência, segregação e exclusão social produzidas nessas instituições hospitalares ao longo da história são por demais conhecida. Esses hospitais estão classificados dentro do que Goffman (1961) denominou por instituição total, “local de residência e/ou trabalho onde um grande número de indivíduos com situação semelhante, separados da sociedade mais ampla por considerável período de tempo, levam uma vida fechada e formalmente administrada” (p.11). Nessas instituições, segundo o autor, todos os aspectos da vida e tarefas cotidianas bem como as necessidades básicas de dormir e se alimentar são realizadas no mesmo local por todas as pessoas e sob uma única autoridade, devendo obedecer rigorosamente a critérios e horários estabelecidos para atender aos objetivos oficiais da instituição, não levando em consideração diferenças pessoais.

No Brasil, especialmente a partir da década de 1980, sob a influência do movimento da reforma psiquiátrica iniciado na Itália anos antes, surgiram algumas tentativas de transformação buscando a reversão do modelo asilar caótico e segregador através da luta dos profissionais de saúde mental. As principais reivindicações nos projetos de reforma, que inclusive já se encontravam em curso em outros países, eram desde modificações para readequar o saber psiquiátrico até reformas de cunho mais amplo que defendiam a desconstrução deste saber. Temos, pois, propostas de reformas que visam à ‘humanização’ da estrutura hospitalar, da vida dos internos, e à prevenção das condições que resultariam em adoecimento e internação; propostas a favor da desospitalização; denunciando a internação como fator iatrogênico na constituição da doença mental; e outras propostas de reformas, por fim, que indicam a necessidade de desconstruir o paradigma psiquiátrico e reconceitualizar saúde e doença mentais segundo perspectivas que as alforriem do secular aparato médico-hospitalar (Barreto, 2003).

Nessa última perspectiva, baseada na reforma italiana iniciada por Franco Basaglia, passa-se a defender a desinstitucionalização, que, nas palavras de Rotelli Leonardi e Mauri (2001), significa um processo social complexo que deve envolver todos os atores sociais com o intuito de desconstruir o próprio saber psiquiátrico enquanto instituição que sustenta um modo de pensar e ‘tratar’ a loucura, limitando-a a sua dimensão biológica, esquecendo de considerar o indivíduo em sua dimensão humana, social, política e cultural. Isto requer, sem dúvida, a construção de uma nova política para a saúde mental no país e um outro modo de encarar a loucura por toda a sociedade.

As transformações ocorridas até agora, no entanto, ainda estão muito aquém desta proposta, como indicam Sadigursky e Tavares (1998), visto que têm encontrado uma série de obstáculos que vêm impedindo a sua efetiva implementação no território brasileiro, não sendo raro, ainda, a predominância de hospitais psiquiátricos nos quais o modelo asilar prevalece. Esses hospitais geralmente apresentam estruturas (mal)adaptadas, obsoletas, com um grande número de pacientes por unidade, elevada taxa de permanência hospitalar, favorecendo as muitas re-internações e pouca resolutividade. A assistência baseia-se numa terapêutica medicamentosa abusiva visando, sobretudo, ao lucro, mantendo a continuidade do sistema de afastamento e de segregação do louco da sociedade.

Esse é o panorama nacional das instituições psiquiátricas, não sendo diferente em nosso estado, o Rio Grande do Norte. O seu mais antigo hospital psiquiátrico, o Hospital João Machado (HJM), antigo Hospital Colônia, constitui-se como única referência em saúde mental de atenção terciária pública para o RN, sendo uma unidade reguladora das internações psiquiátricas para os hospitais conveniados ao SUS e contando atualmente com 169 leitos para internações. Estes, distribuídos entre o pronto-socorro e pavilhões de enfermarias, sendo 111 reservados para os pacientes do sexo masculino e 58 para pacientes do sexo feminino.

De acordo com sua página oficial na internet², o Hospital João Machado tem apostado em uma nova política de atenção aos seus pacientes, passando por um processo de reestruturação que visa uma mudança de paradigma embasada pelos atuais preceitos da reforma psiquiátrica, indo desde a atenção e cuidado humanizado ao abandono do modelo asilar. O hospital segue atualmente a perspectiva de garantia do direito básico de cidadania, concretizando-se com a experiência de projetos como a Residência Terapêutica, possibilitando aos pacientes retornar a um contexto familiar e comunitário através de relações sociais.

Apesar dessas importantes mudanças, ainda há muito a ser desconstruído tanto no aspecto físico – por sua semelhança com as instituições prisionais – quanto em algumas práticas institucionalizadas e obsoletas realizadas por profissionais de certa forma já cronificados em suas funções. Isto, contudo, não significa que estaria conquistada a Reforma Psiquiátrica. Como expomos anteriormente, a luta pela desinstitucionalização diz respeito não só à desospitalização ou reorganização do espaço hospitalar. Vai, além disso, isto é, busca desconstruir os conceitos e representações da loucura presentes na sociedade como o de doença, incapacidade e periculosidade e a construção de novas formas de acolhimento ao sofrimento psíquico. Trata-se de combater o “perigo que se anuncia em todas as instituições: fazer-nos acreditar que elas são invariantes e que através delas nos reconhecemos definitivamente” (Barros & Passos, 2001, p.151).

Em função disso investimos em uma proposta de estágio e pesquisa que objetivou olhar através dessa instituição total e buscar possíveis linhas de fuga que atravessem esse espaço, pois, como defendeu Foucault (1979), onde há poder há resistência. Esse trabalho busca apresentar os resultados dessa imersão no manicômio e contar algumas histórias de resistências esculpidas na instituição total.

Linhas de Fuga é um conceito cunhado por Deleuze (1998). De acordo com Coimbra e cols. (2005), para Deleuze, “indivíduos ou grupos, somos feitos de linhas, e tais linhas são de natureza bem diversa” (p.145). Há a linha segmentária, de caráter molar que define segmentos duros que nos recortam em todas as direções; há também a linha flexível, sobre a qual passam os “devires, micro-devires” (p.145). A terceira linha é a linha de fuga, sendo considerada ainda “mais estranha”: como se alguma coisa nos levasse, através dos segmentos, mas também através de nossos limiares,

² <http://www.saude.rn.gov.br/arquivos/jmachado.asp>

em direção a uma destinação desconhecida, não previsível, não preexistente” (p.146). Como pensa Deleuze, essas três linhas convivem juntas, são produzidas juntas, não sendo estanques, como se vivêssemos em um plano e depois em outro. Essas linhas se entrecruzam, formando uma imagem, comparada a um rizoma, vegetação onde não se identifica começo ou fim, mas onde diversas linhas, diversos planos se constituem juntos e se atravessam, não podendo se distinguir um do outro e um e outro. Dessa forma, rompe-se também com a idéia de uma dicotomia, dureza/reprodução versus devir/escape .

Em outras palavras, a linha de fuga opera contra as potências fixas, o instituído, a ordem estabelecida, produz desequilíbrios, possibilita a criação. Podem ser entendidas como o pensamento que não se fecha sobre o reconhecimento de situações e saberes, mas, pelo contrário, questiona os modelos e se propõe a novos encontros nas relações em que foi produzido (Schuch & cols., 2003). Essas linhas de fuga caracterizam-se pelas relações que nascem nesse ambiente inóspito. Relações entre os pacientes internos, entre internos e pacientes do pronto-socorro, pacientes e técnicos, pacientes e familiares de outros pacientes, enfim, entre todos os sujeitos que transitam por esse espaço. As relações produzidas nesse espaço caracterizam modos de resistência a um modelo institucional panóptico³, que visa separar os indivíduos para melhor controlá-los, e essa resistência vai além da simples idéia de reagir ou negar algo, é uma *vontade ativa de resistir* como nos aponta Oneto (2006): “voltar a ser no sentido de *estar* (o *sistere* latino) – estar de novo lançado na vida como devir, e nesse sentido também *re-existir* ou se projetar para fora novamente (*re-ek-sistir*). A aposta, portanto, não é na oposição a algo senão de maneira derivada, mas sim na *ex-posição* e na *com-posição*” (p.6).

É acreditando nisso que enxergamos em algumas atitudes humanas no hospital, uma vontade de resistir a esse modelo que visa separar os corpos e as subjetividades e, em um movimento contrário, desconstruir e reinventar relações que caracterizam encontros positivos, potencializadores de vida, mesmo em um espaço onde se produz a ‘morte de coisas ainda vivas’⁴ .

³ O panóptico de Jeremy Bentham é uma composição arquitetônica de cunho coercitivo e disciplinatório: possui o formato de um anel onde fica a construção à periferia, dividida em celas tendo ao centro uma torre com duas vastas janelas que se abrem ao seu interior e outra única para o exterior permitindo que a luz atravesse a cela de lado a lado. Na torre central deve-se colocar então um vigia e em cada cela trancafiar um condenado, louco, operário ou estudante: através do jogo de luzes, torna-se impossível ao detento, escolar ou psicótico saber se naquele ponto central está ou não alguém à espreita. Isolados, os condenados ou doentes ou os alunos são hora após hora, dia após dia expostos à observação dos mestres do panóptico, mas sem saber se a vigilância é ininterrupta ou não, quem os vê ou o que vêem. A incerteza da vigilância intermitente adentra (http://blog.uncovering.org/archives/2007/06/panoptico_a_gen.html).

Foucault, em *Vigiar e Punir* (1987) indica que o efeito mais importante do panóptico é induzir um estado consciente e permanente de visibilidade que assegura o funcionamento automático e desindividualizado do poder (p.166)...pois este tem seu princípio não tanto numa pessoa quanto numa certa distribuição concertada dos corpos (167).....assim, o panóptico é uma máquina maravilhosa que, a partir dos desejos mais diversos, fabrica efeitos homogêneos de poder (167).

⁴ Fala do Prof. Dr. Luís Antônio Batista da UFF, no IV Colóquio Internacional Michel Foucault, realizado em Natal em 2007.

Método

Como referido anteriormente, esse trabalho refere-se à parte das atividades realizadas no estágio curricular de psicologia no ano de 2007 no Hospital Psiquiátrico Dr. João Machado (HJM) em Natal/RN⁵. Trata-se de uma pesquisa intervenção concebida nos moldes indicados por Rocha (2003). Nossa inserção no hospital foi sendo construída desde o ano anterior por ocasião da realização de uma oficina de dança com pacientes da enfermaria feminina⁶.

A experiência de estágio possibilitou uma vivência cotidiana na instituição e a identificação das práticas de usuários, técnicos e familiares. Esses contatos diários foram o campo privilegiado de observação dos movimentos, da tensão entre diferentes forças, dos afetos que circulavam, enfim, do plano micropolítico em operação.

Nesse contexto, buscamos conhecer como se estabeleciam as relações e identificar os aspectos instituídos, cristalizados e segregadores aí presentes bem como a forma como lidavam com isso, se havia modos de escapar dessa estrutura, por meio de conversas informais com profissionais e pacientes do hospital. Além disso, com os pacientes, buscamos compreender como estava sendo o período de internação em termos de convívio social, que tipos de vínculos eles estabeleceram e que outros vínculos foram dificultados. Entrevistamos também alguns técnicos a fim de conhecer a opinião dos mesmos acerca das relações que eram produzidas nesse contexto institucional, além de suas experiências pessoais nesse sentido. Em decorrência de alguns acordos institucionais, os pacientes e técnicos entrevistados foram aqueles que atuam nas enfermarias femininas e no pátio, local onde há uma maior circulação de técnicos e pacientes de ambos os sexos e também daqueles que não estão nas enfermarias, que são os pacientes do pronto-socorro.

Resultados e discussão

Instituição total: o manicômio

Quando entramos num hospício, o cheiro insuportável dos pavilhões fechados (cheiro típico do manicômio), a balburdia das vozes, a baba e a saliva na boca dos internados as camisas cinzentas, as cabeças raspadas – são esses os elementos da paisagem da doença mental (Basaglia, 1985, p.16)

Essa paisagem descrita por Basaglia há mais de duas décadas não sofreu grandes transformações. O cheiro dos pavilhões – agora enfermarias – ainda é bem característico.

⁵ Estágio curricular em psicologia da UFRN realizado pela primeira autora sob a orientação da segunda.

⁶ Nessa oficina nosso objetivo principal foi propor a utilização da dança como modo de expressão corporal da subjetividade e estratégia terapêutica a ser desenvolvida no contexto asilar. Vale salientar que essa experiência com a dança não teve o objetivo de ensiná-las a reproduzir técnicas ou a executar passos e coreografias. O que se pretendeu foi criar um espaço onde essas pessoas pudessem utilizar-se do seu corpo para expressar o que desejassem. Essa experiência foi apresentada e discutida por Liberato, Brito e Dimenstein (no prelo).

As vozes ainda ecoam principalmente quando os olhos aflitos e úmidos vêem alguém de jaleco branco entrando pela porta; vozes trêmulas e embargadas a perguntar quando poderão rever seu marido e filhos pequenos que estão em casa, ou a mulher “em dias de parir”. As bocas e dentes sujos de quem acabou de saborear um prato de comida que, por pior que seja, às vezes inexistente em seu lar. As mesmas cabeças raspadas de sempre, homogeneizando as experiências com o desejo de fazer o mesmo com as almas. As roupas, não mais cinzas, agora azuis, com o símbolo do hospital estampado de um lado e o da instituição que os “patrocinou” do outro; sujas, muitas vezes rasgadas; quando as vejo, é como se estivesse vendo uma grade ao redor do corpo que as habita. Todo esse cenário faz parte do Hospital João Machado.

Como instituição racional criada para conter a irracionalidade, o manicômio é uma máquina modeladora de indivíduos, onde o poder atua, domina, se ramifica, produzindo saberes e práticas contaminadas de parcialidade e institucionalizando subjetividades: “Quando a pessoa fica presa dá o nervoso, mesmo que a pessoa não seja nervosa: ficar preso, ver que não se pode fazer isso e aquilo, e ter de fazer o que mandam...” (Basaglia, 1985, p.21).

Como já provocavam Benelli e Costa-Rosa (2003), em termos de efeitos técnicos, a experiência de internação em uma instituição total produz resultados muito distantes dos objetivos oficiais que costumam constar em seus estatutos e regimentos. Logo na entrada do HJM, um enorme cartaz diz: ‘Nossa missão: Tratar o cidadão acometido de transtorno mental agudo ou semi-agudo, com internação integral, com humanização e respeito aos direitos humanos no menor espaço de tempo possível’. Na realidade, muitas vezes um paciente tem sua alta adiada inúmeras vezes pelos motivos mais banais (leia-se meramente burocrático-institucionais), como o fato do médico responsável não ter tido tempo de passar na enfermaria durante a semana ou o paciente ser tão ‘invisível’ a ponto da equipe esquecer de discutir sua alta. Dessa forma, o hospital vai favorecendo o “processo de cronificação (= embotamento afetivo, isolacionismo, hábitos grotescos e dificuldade de realizar ações do cotidiano), justificando essa tutela e a submissão do portador de transtornos mentais a mecanismos de violência institucional” (Gradella Junior, 2002, p.89).

Modelo panóptico

Para cumprir sua missão de perpétua vigilância, o hospital psiquiátrico, como eficiente instituição total que representa, foi pensado e construído o modelo panóptico já comentado anteriormente, de modo a favorecer o controle dos corpos. De acordo com esse modelo arquitetônico, há uma distribuição dos indivíduos, de modo a quadricular o espaço ocupado, estando cada indivíduo no seu lugar; e em cada lugar, um indivíduo. Essa divisão vai facilitar aquilo que Goffman denominou “obediência visível e constantemente examinada” (1961, p.18);

No hospital, apesar de alguns pacientes circularem sem tantas restrições

pelos ambientes abertos, sempre há pelo menos um técnico “escalado” para a vigilância, para ficar atento a tudo que ocorre, como se o perigo estivesse sempre prestes a surgir. No pátio, muitas vezes, há tantos técnicos quanto pacientes, pois, segundo a fala de um deles, ‘aqui tem que ficar sempre alerta, porque, como tem muito doido junto, qualquer hora pode acontecer um desmantelo, né?’. Dessa forma, se fabricam os corpos dóceis, submissos e exercitados, ao mesmo tempo se cria uma tática de antideserção, antivadiagem e antiaglomeração (Foucault, 1987). Separa-se para melhor controlar, vigiar e punir; para que as forças individuais jamais se encontrem e se mobilizem com um mesmo objetivo; para que os corpos dóceis não se tornem indomáveis.

As instituições totais funcionam para atender aos seus próprios interesses

Como Goffman (1961) apontou em seus estudos, as instituições totais funcionam dentro de uma lógica própria, onde seus interesses são os únicos que merecem ser atendidos, negligenciando qualquer necessidade ou desejo do sujeito institucionalizado. Geralmente este não tem conhecimento das decisões quanto ao seu próprio destino ou da forma como são estruturadas as atividades do cotidiano institucional. O diálogo abaixo aconteceu entre pesquisadora e uma técnica do hospital:

- Porque a música é só na quinta-feira?
- Porque tem que ser só um dia, né? Se não, eles não querem mais dançar, deixa de ser novidade. Tem que ser só um dia mesmo.
- E você não acabou de dizer que assiste televisão toda hora? Por que eles só podem ouvir música uma vez por semana?
- Mulher, você quer comparar? (referindo-se a uma incabível comparação entre ela e aos pacientes)

Fatores que contribuem para a manutenção do manicômio

Ainda existem muitos agentes mantenedores dessa instituição e eles possuem significativa relevância no nosso contexto social. Discutimos aqui alguns deles:

a. Lógica dos especialismos

Até mesmo nos locais onde supostamente o sujeito é visto de forma mais global, estando sob um cuidado multiprofissional, a lógica manicomial atravessa as ações da equipe, que não se diferencia de trabalhadores de uma “linha de montagem” (Costa-Rosa, 2000, p.153), onde as tarefas (aqui o sujeito) são fragmentadas e nenhum dos profissionais envolvidos tem a noção da dimensão do seu trabalho. É assim que acontece nessa e na maioria (por que não dizer em todos) das instituições psiquiátricas: ao chegar ao pronto-socorro, porta de entrada do hospital, o sujeito é separadamente atendido por médico, assistente social e psicólogo, como se fosse uma televisão, rolando na esteira para ser montada, cada profissional apertando um parafuso. E é isso mesmo que eles almejam: apertar os parafusos desse corpo subjetivo transmutado em corpo maquínico.

b. Corpo social: miséria e loucura

Creio que uma das principais prevenções da loucura e da doença mental é a luta contra a miséria. Quando entramos num manicômio temos à nossa frente a miséria. A primeira coisa que ele (paciente) faz quando nos vê é pedir esmola e perguntar: “Quando volto pra casa?” (consciência da prisão e consciência prática da miséria) (Basaglia, 1979, p.33)

Não foi à toa que essas palavras foram proferidas por Basaglia. O que vemos, no hospital, é que grande parte das pessoas que lá estão internadas, está, principalmente, porque representam uma sobrecarga financeira para seus cuidadores, ou já perderam seus empregos e não conseguem mais sustentar suas famílias. Muitos alegam não ter condições de manter essa pessoa em casa, custeando seu tratamento e sua própria sobrevivência. Grande parte dos conflitos familiares corre pelos trilhos da miséria e da escassez do necessário. Muitos internos, especialmente os considerados crônicos-residentes – crônicos porque residentes e não residentes porque crônicos – já receberam alta, mas permanecem no hospital pelo fato de não terem para onde ir, como podemos ver no caso abaixo:

- Eu tô que nem uma borboleta

- Como?

- A borboleta num passa o dia voando, sem ter onde posar? Eu to assim! De noite ela continua voando ao redor da luz, sem ter onde posar. Minha irmã vendeu a casa e agora eu não tenho pra onde ir. Vou morar aqui (hospital psiquiátrico). No Caps eu saio de 4 horas e não tenho pra onde ir.

Sabemos que a miséria não é causa – ou causa única – para a loucura, mas não podemos deixar de enxergar essa relação que teima em mostrar-se a todo instante. Como disse Basaglia,

Se eu pensasse que a loucura é apenas um produto social, estaria ainda dentro de uma lógica positivista (...) Eu penso que a loucura, como todas as doenças, são expressões das contradições do nosso corpo e, dizendo corpo, digo corpo orgânico e social. (Basaglia, 1979, p 79)

c. Mortificação do EU

Nas instituições totais, os processos pelos quais o *eu* da pessoa é mortificado são relativamente padronizados, levando o sujeito a uma situação de ‘desculturação’ ou ‘destreinamento’, onde a pessoa, após algum tempo de vivência numa instituição total, torna-se temporariamente incapaz de enfrentar alguns aspectos de sua vida diária (Goffman, 1961). Muitos deles também estão presentes nessa instituição:

Cotidiano institucional

Uma das etapas de mutilação está na própria admissão, onde o paciente é, muitas vezes, despojado de seus bens pessoais, passa por processos como despir, dar banho,

desinfetar, adquirir roupas da instituição e ser informado das regras da instituição. Ou seja, a partir desse momento, seus desejos e necessidades, desde as mais básicas, como comer e dormir, devem estar de acordo com aquilo que é estabelecido naquela instituição; uma conduta que não esteja dentro dos padrões será rapidamente reprimida, contida e/ou castigada.

“As instituições todas perturbam ou profanam exatamente as ações que na sociedade civil tem o papel de atestar, ao ator e aos que estão em sua presença, que tem certa autonomia no seu mundo” (Goffman, 1961, p.46). Nesse sentido, até mesmo as necessidades mais básicas e corriqueiras da vida cotidiana, como comer, dormir, tomar banho, assistir televisão, andar pelo pátio, devem ser feitas nos horários destinados às mesmas e da forma como foi determinada que elas fossem feitas.

Se um paciente toma banho mais vezes do que é considerado normal pela instituição, dorme mais durante o dia que à noite, quer andar pelo pátio em horário diferente dos demais, fala mais do que os auxiliares suportam ouvir, deseja comer menos ou mais que aquele montante depositado naquela bandeja suja, ele estará desobedecendo à ordem, sendo logo considerado em crise e terá sua medicação e seu tempo de internamento dobrado. Em decorrência de todo esse adestramento, muitos pacientes, principalmente aqueles que estão internados a mais tempo e aqueles outros que fazem *visitas* constantes a esse estabelecimento, vão internalizando esses hábitos instituídos, até como uma forma de adaptação, tentando escapar das tão temidas punições.

Certa vez, no pronto-socorro, tive o desprazer de ver uma jovem paciente ser contida pelo simples fato de estar circulando demasiadamente pelo ambiente e incomodando os profissionais que ali estavam. Vale salientar que ela não estava atrapalhando o trabalho de nenhum técnico, até porque a maior parte deles estava reunida, apenas jogando conversa fora; não estava agitada, nem falando alto, nem com nenhuma das condutas que muitas vezes são utilizadas para justificar esse tipo de prática – contenção física. A violência não ficou somente no plano físico, mas transbordou para a esfera moral, de desrespeito ao sujeito, pois essa paciente, além de tudo, foi apelidada de ‘*barbie girl*’ pelo fato de suas amarras serem cor-de-rosa. Esses técnicos demonstram, com essa conduta, que para eles o sujeito que está ali não passa de um objeto que pode ser ridicularizado e amarrado em um canto isolado quando se tornar ‘perturbador da ordem’.

Padrão de deferência obrigatória e situações de humilhação

Inúmeras vezes ouvi a frase ‘*respeite a doutora!*’ quando algum paciente tentava tocar, abraçar, segurar as mãos ou ajeitar meus cabelos. Essa distância técnico-paciente é mantenedora das relações de poder que existem nas instituições. Para a maioria dos técnicos é inconcebível qualquer aproximação, seja por sentirem-se superiores, seja para manter a distância necessária à relação profissional ou mesmo para não entrarem em contato mais próximo com as texturas e odores da loucura.

Além disso, ser obrigado a pedir, importunar ou humildemente esperar por algumas coisas pequenas, como um cigarro ou um copo de café. Essas são atitudes comuns no hospital psiquiátrico. Muitas vezes foi possível observar técnicos dando restos de café para os pacientes, não no sentido de compartilhar aquilo que era seu, mas de dar o resto, aquilo que não lhe servia mais.

Esses são procedimentos que colocam o sujeito em um lugar inferior, além de enfatizar o seu estado despido de propriedade. Nesse tipo de ambiente, os poucos pertences pessoais que são admitidos não permanecem por muito tempo nas mãos do seu dono legítimo, sendo trocados, tirados furtivamente ou simplesmente perdidos. Outro exemplo da humilhação a que eles são submetidos é quando são observados em situações constrangedoras, expostos como meros objetos de estudo a estudantes que vêm conhecer o hospital psiquiátrico como uma criança que vai ao zoológico conhecer novas espécies animais. Muitos entram com medo; alguns saem com mais medo, outros sentindo piedade e pouquíssimos realmente sensibilizados e dispostos a serem homens críticos e atuantes no sentido de tentar mudar algo nessa estrutura.

Resistências

Mais uma vez trazendo a idéia de Foucault (1979) de que onde há poder, há resistência, abordaremos algumas formas de resistência produzidas nas instituições totais, bastante discutidas por Goffman (1961), a começar pelas estratégias de adaptação desenvolvidas pelos internos. Uma delas é o ‘afastamento da situação’, quando os sujeitos tornam-se alheios a tudo que não diz respeito ao seu espaço de existência mais imediato, o seu corpo físico. Muitas vezes é uma estratégia que se confunde com o estado de alienação atribuído aos transtornos mentais. Acrescentaria, ainda, que é um estado que pode ser provocado, inclusive propositalmente, pela medicação, visando ‘acalmar’ os pacientes mais agitados.

Uma outra estratégia de adaptação, que poderíamos colocar em um lado oposto ao afastamento, é a ‘tática de intransigência’, onde o sujeito recusa-se a cooperar com a equipe dirigente, intencionalmente desafiando a instituição. Nesse hospital que estamos acompanhando podemos ver vários exemplos como esse, mas há um caso que é o mais conhecido no hospital. É uma paciente, de 54 anos, dos quais 25 foram ‘vividos’ nessa instituição. Ela adora quebrar os óculos de quem passa por perto, de vez em quando bate em outra paciente, rasga e tira suas roupas, grita, enfim, ela faz inúmeras ‘provocações’ à instituição que tenta normatizá-la. Falamos em ‘provocações’ porque é isso que ela faz, ela provoca na equipe não somente ações, mas dúvidas, sensações como medo, raiva e também simpatia por parte de alguns técnicos. Ela faz-se notar, recusa a invisibilidade que é dada a muitos pacientes. Para Goffman (1961), fazendo isso, o sujeito obriga a instituição a uma “devoção tão especial quanto a que o rebelde manifestou com relação a ela” (p.60). É dessa forma que ela resiste; se não tem a possibilidade de viver lá fora, pelo menos vive aqui dentro,

A ‘colonização’ é uma outra estratégia de adaptação, através da qual o paciente faz da instituição o seu próprio mundo, construindo nele uma existência estável e satisfatória, relativamente até melhor que o seu mundo externo. Essa extrema adaptação à instituição não é considerada positiva por aqueles que lutam pela reforma psiquiátrica e extinção do manicômio, pois essa adaptação acomoda, atuando como um agente fortalecedor e mantenedor do hospital.

Os ajustamentos secundários são estratégias características desse último tipo de adaptação, descritos por Goffman (1961) como práticas que não desafiam diretamente a equipe dirigente, mas que permitem que os internados consigam satisfações proibidas ou obtenham, por meios proibidos, as satisfações permitidas. Para ele, os ajustamentos secundários “dão aos internados uma prova evidente de que ainda é um homem autônomo, com certo controle de seu ambiente; às vezes, um ajustamento secundário se torna quase uma forma de abrigo para o eu, onde a alma parece estar alojada” (1961, p.54). Nesse hospital é comum algum paciente mais “habilidoso” conseguir cigarro, café, balas, lanche na cantina, dentre outros objetos, seja fazendo acordos com outros pacientes, familiares destes ou mesmo com alguns técnicos.

Encontros e relações possíveis

O pátio foi um lugar que me proporcionou muitos *encontros*. Relações iniciadas, continuadas, às vezes encerradas. Muitas conversas são iniciadas no pátio, pois esse é um lugar onde as pessoas têm mais possibilidade de ver umas às outras, o que é muito dificultado pela estrutura física do hospital em outros ambientes como as enfermarias, bastante subdivididas e pensadas justamente para dificultar esse contato.

Lugar de reencontros também é esse, além das despedidas, que também são inevitáveis, e até bem vindas... Eu mesma presenciei muitas delas. Familiares chegando para levá-los para o fim de semana, ou mesmo de alta definitiva, despedidas entre pacientes que, por alguns dias, semanas e até meses, compartilharam aquele ambiente que de acolhedor não tem nada e que, por isso ou apesar disso, possibilite ou talvez não consiga impedir que relações se desenhem, com as mais variadas formas e intensidades... Amizades, namoros, relações de carinho, preocupação, cuidado: ‘No começo eu tinha medo, mas depois comecei a cuidar dela; ela pede água, pede café... Ela não sabe vestir a roupa sozinha...’ e, ainda, ‘Eu lhe procurei para apresentar a minha princesa (filha), mas você tava dormindo. Aí eu mostrei a ela; fui lá na sua cama e disse ‘Ó, filha, mamãe queria que você conhecesse a amiga dela, mas ela ta dormindo’.

Também já me despedi... E que sentimento ambíguo o que senti! Um misto de alegria por ver aquelas pessoas retornando ao seu lar e uma pontinha de tristeza por saber que, provavelmente, não mais os veria... Muitos vivem no interior, distante da capital. O sentimento e a angústia tornam-se ainda maiores ao pensarmos que, saindo do hospital, não terão acesso a outros serviços, a

precariedade do cuidado, o que resultará, provavelmente em uma nova internação e assim sucessivamente, dando início a uma cadeia de acontecimentos que só maltrata e desgasta física e psiquicamente tanto o sujeito quanto sua família. O sentimento de impotência diante de uma situação como essa é indescritível, assustador e angustiante.

Presenciei algumas vezes familiares fazendo acordos com outros pacientes para que estes cuidem de seus parentes, ou o contrário, pessoas que vêm visitar seus familiares e acabam ‘adotando’ naquele período um outro interno que não recebe visitas, que está sempre sozinho ou que fez algum laço de amizade com seu parente: ‘Cuide do meu filho, mulher, que eu trago um agrado pra você’ ou ‘Eu tenho pena de Luciano, porque ninguém da família dele vem visitar ele, nunca’.

A solidariedade em um ambiente como esse, muitas vezes torna-se vital e única fonte de apoio: Uma paciente chora, chamando por sua mãe, que não a visita e é consolada por uma outra paciente, que está com sua mãe e diz: ‘Tome, mulher, eu lhe empresto a minha (mãe)’.

Desinstitucionalização: desventuras de um caminho a ser percorrido

Poderíamos citar inúmeras definições para desinstitucionalização. No entanto, como estamos falando de *dentro do manicômio*, reavivamos aqui um desejo de Basaglia_ (1979, p.60), de “tentarmos transformar o doente mental morto no manicômio em pessoa viva, responsável pela própria vida”. Estamos falando do direito de um ser vivo a ter vida e não apenas uma (sub)existência, mas muitos obstáculos ainda se erguem nesse caminho. Goffman (1961), ao escrever sobre a dificuldade de se resistir às instituições totais cita dois desses obstáculos: a barreira dos técnicos e a barreira da cidade, uma força de dentro e uma de fora resistindo contra a reforma psiquiátrica.

Essa primeira força, a interna, está bastante explícita, sendo visível nas atitudes de muitos técnicos, engessados em suas práticas e cronificados em sua posição de saber incontestável. Muitos deles, além de não se moverem por caminhos diferentes há muito tempo, ainda atuam no sentido de dificultar a abertura de novas trilhas por aqueles que as desejam: ‘Olhe, eu tô aqui há muito tempo, já vi um monte de gente querendo inventar coisas diferentes e eles sempre se cansam, param, vão embora; porque aqui elas (pacientes) não colaboram, não querem participar de nada não’.

A cidade, por sua vez, tenta impedir com todas as suas forças, com todo seu poder, micro e macro, uma abertura do manicômio, as práticas que incentivam a circulação do louco por suas ruas e instituições sociais. Se o manicômio abre as portas da saída, a cidade fecha as portas da entrada, seja ridicularizando, proibindo o acesso dessas pessoas a muitos ambientes, tratando-as como seres abomináveis, perigosos ou, por outro lado, como incapazes, inferiores. Dessa forma, coloca-o “numa posição paradoxal, sendo esquecido como sujeito e lembrado como ser incapaz de realizar qualquer atividade que seria digna de um ser humano não-

estigmatizado e, ao mesmo tempo, capaz de cometer atos ilícitos, perigosos, sendo, por esse motivo, encarcerado na liberdade do outro” (Brito, Dimenstein, Severo, Morais & Alverga, 2006, p.134).

Além dessas duas grandes forças, eu citaria, ainda, uma que me parece ser a mais alienante, que é aquela que parte do próprio sujeito estigmatizado. Muitos deles estão “curados da loucura, mas doentes da instituição”, como nos relata Basaglia (1979, p.90) e exemplifica Amarante (1996):

Uma fábula oriental conta a história de um homem em cuja boca, enquanto ele dormia, entrou uma serpente. A serpente chegou ao seu estômago, onde se alojou e onde passou a impor ao homem a sua vontade, privando-o, assim, da liberdade. O homem estava à mercê da serpente: já não se pertencia. Até que uma manhã o homem sente que a serpente havia partido e que era livre de novo. Então se dá conta de que não sabe o que fazer da sua liberdade: “No longo período de dominação absoluto da serpente, ele se habituara de tal maneira a submeter à vontade dela a sua vontade, aos desejos dela os seus desejos e aos impulsos dela os seus impulsos, que havia perdido a capacidade de desejar, de tender para qualquer coisa e de agir autonomamente. Em vez de liberdade ele encontrara o vazio, porque junto com a serpente saíra a sua nova essência, adquirida no cativeiro, e não lhe restava mais do que reconquistar pouco a pouco o antigo conteúdo humano de sua vida. (p.66)

É por esse motivo que qualquer movimento baseado na perspectiva de uma efetiva desinstitucionalização deve ser pensado e construído com a participação de todos esses atores sociais. Se cada um de nós não estiver implicado na construção desse novo modo de pensar, sentir, cuidar e viver a loucura, estaremos sendo apenas mais um hospedeiro de uma nova serpente. É preciso abandonar o modelo de comunicação existente nos manicômios, estruturados a partir da forma “inter-loucos-sãos”, onde esse “inter” é apenas um espaço vazio, um fissura entre os loucos e os saos, como sugere Costa-Rosa (2000, p.161).

A reforma psiquiátrica é um diagrama de forças em constante embate, em rearranjos provisórios, que tem como núcleo problemático a questão da alteridade, da diferença e da liberdade. Nesse sentido, ela é, de acordo com Fonseca (2007), “um analisador de uma crise maior, a crise que perpassa as próprias bases do humanismo moderno....e nos impulsiona a realizar uma dessubstancialização daquilo que temos praticado e daquilo que nos tornamos” (p.40). Podemos dizer que nesse embate somos chamados a encontrar saídas para o mal-estar produzido nas nossas relações com a alteridade que não sejam carcerárias, despóticas, ou de exclusão, que não seja a produção de “vidas rejeitadas por uma inutilidade decretada” (Engelman, 2007, p.76).

Vimos que mesmo nas instituições totais existem brechas pra isso ou pequenos arranhões que podem ser agigantados dependendo de quem os enxerga e de sua condução: se vai ser ‘consertá-los’, tapando-os, ou ‘desconsertá-los’, continuando

cavando, seja sorradeira ou estridentemente...Para finalizar, um apelo à liberdade e à vida, que para mim são sinônimos...Quando perguntado sobre o que fazer enquanto não o manicômio não se abre, Basaglia responde: “Abrir a instituição!” (Basaglia, 1979, p.27).

Referências

- Amarante, P. (1996). *O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- Amarante, P. (2003). *Saúde Mental, políticas e instituições: programa de educação à distância*. Vol. 3. Rio de Janeiro: FIOTEC/FIOCRUZ, EAD/FIOCRUZ.
- Barreto, J. (2003). *O umbigo da reforma psiquiátrica: cidadania e avaliação de qualidade em saúde mental*. Rio de Janeiro: Universidade do Estado do Rio de Janeiro.
- Barros, R. B., & Passos, E. (2001). Subjetividade e Instituição. Em: L. D. Machado, C. C. Lavrador & M.E. Barros (Orgs.), *Texturas da psicologia: subjetividade e política no contemporâneo* (pp.145 – 152). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Baremblyt, G. (2002). *Compêndio de análise institucional e outras correntes: teoria e prática*. Belo Horizonte: Instituto Félix Guattari.
- Basaglia, F. (1979). *A psiquiatria alternativa: contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática*. São Paulo: Editora Brasil Debates.
- Basaglia, F. (1985). *A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico*. Rio de Janeiro: Edições Graal.
- Benelli, S. J., & Costa-Rosa, A. (2003). Geografia do poder em Goffman: vigilância e resistência, dominação e produção de subjetividade no hospital psiquiátrico. *Estudos de Psicologia*, 2 (20), 35-49.
- Brito, M., Dimenstein, M., Severo, A. K., Morais, C., & Alverga, A. (2006). Reinserção social e cotidiano de usuários de psicotrópicos. *Mnemosine*, 2 (2), 130-149 Disponível: <<http://www.cliopsyche.cjb.net/mnemo/index.php/mnemo/issue/view/9>> Acessado: 23 de outubro de 2007
- Castel, R. (1978). *A ordem psiquiátrica – a idade de ouro do alienismo*. Rio de Janeiro: Graal.
- Coimbra, C. M. B, Rocha, C. G; Farias, M. C., Ignácio, P. S., Abreu, F., Maciel F., & Mendes, F. (2005). Para além das práticas hegemônicas: algumas análises de discursos dos psicólogos no Judiciário. *Mnemosine*, 1(1) Disponível: <<http://www.cliopsyche.cjb.net/mnemo/index.php/mnemo/article/view/117/15>> Acessado: 23 de outubro de 2007.
- Costa-Rosa, A. (2000). O modo psicossocial: um paradigma das práticas substitutivas ao modo asilar. Em: P. Amarante (Org.), *Ensaio: subjetividade, saúde mental, sociedade* (pp.141-168). Rio de Janeiro, Fiocruz.
- Deleuze, G. (1998). *Mil platôs*. Rio de Janeiro: Editora 34.
- Engelman, S. (2007). O campo de exceção e a vida nua. Em: T. M. G Fonseca, S. Engelman & C. M. Perrone (Orgs.), *Rizomas da reforma psiquiátrica: a difícil reconciliação* (pp.53-86). Porto Alegre: Sulina/UFRGS.

- Fonseca, T. M. G. (2007). A Reforma Psiquiátrica e a difícil reconciliação. Em: T. M. G. Fonseca, S. Engelman & C. M. Perrone (Orgs.), *Rizomas da reforma psiquiátrica: a difícil reconciliação* (pp.29-52). Porto Alegre: Sulina/UFRGS.
- Foucault, M. (1987). *Vigiar e punir: nascimento da prisão*. Petrópolis: Vozes.
- Foucault, M. (1979). *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Edições Graal.
- Goffman, E. (1961). *Manicômios, prisões e conventos*. São Paulo: Perspectiva.
- Gradella Junior, O. (2002). Hospital psiquiátrico: (re)afirmação da exclusão. *Psicologia e Sociedade*, 14 (1), 87-102.
- Liberato, M. T. C., & Dimenstein, M. (2007). A dança entra em cena na saúde mental: apontamentos para uma pesquisa em movimento. Em: *XIV Encontro Nacional da ABRAPSO, Rio de Janeiro. Diálogos em Psicologia Social: epistemológicos, metodológicos, éticos, políticos, estéticos, políticas públicas*. Disponível: <http://www.abrapso.org.br/siteprincipal/anexos/AnaisXIVENA/conteudo/full_mode.htm> Acessado: 13 de dezembro de 2007
- Liberato, M. T. C., Brito, M. A., & Dimenstein, M. (no prelo). A experiência da dança como uma possibilidade de subjetivação no contexto da luta antimanicomial. Em: M. Dimenstein (Org.), *Produção de conhecimentos, agenciamentos e implicação no fazer pesquisa em Psicologia*. Natal: EDUFRN.
- Lourau, R (2004). Objeto e método da análise institucional. Em: S. Altoé (Org.), *René Lourau – Analista institucional em tempo integral* (pp.66-87). São Paulo: Hucitec.
- Oneto, P. D. (2006). *Vontade de arte e resistência ao presente*. Em V de R. F. Colaço, F. P. H. A. Pinheiro & J. F. da Silva (Orgs.), *Reflexos III – PET-Psicologia/UFC: Políticas de Subjetivação nas Práticas Sociais* (p.45-55). Fortaleza: Universidade Federal do Ceará, Edições UFC, Programa de Educação Tutorial. CD-ROM.
- Rocha, M. L. (2003). Pesquisa-intervenção e a produção de novas análises. *Psicologia, Ciência e Profissão*, 23 (4), 64-73.
- Rotelli, F., Leonardis, O. de & Mauri, D. (2001). Desinstitucionalização, uma outra via. Em: F. Nicácio (Org.), *Desinstitucionalização* (pp.17-59). São Paulo: Hucitec.
- Sadigursky, D., & Tavares, J. (1998). Algumas considerações sobre o processo de desinstitucionalização. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 6 (2), 23-27. *Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Norte. (s/d)*. Disponível: <<http://www.saude.rn.gov.br/arquivos/jmachado.asp>> Acessado: 12/11/2007.
- Schuch, E. M. M., Axt, M., & Tarouco, L. M. R. (2003). Linhas de fuga no processo artístico com a tecnologia digital. *Novas Tecnologias na Educação*, 1(1), 1-12.

Recebido em março de 2008

Aceito em junho de 2008

Monique Araújo de Medeiros Brito: bolsista de Iniciação Científica/CNPq e discente do Departamento de Psicologia da UFRN (Natal – RN).

Magda Dimenstein: psicóloga, doutora em Saúde Mental (UFRJ), professora do departamento de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, pesquisadora do CNPq.

Endereço para correspondência: monique_brito@yahoo.com.br

Resenha do livro *El Síndrome de Quemarse por el Trabajo (burnout)*

Paulo Cesar Porto-Martins

O livro “*El Síndrome de Quemarse por el Trabajo (burnout)*”, lançado no ano passado pela editora *Pirâmide*, discorre sobre a síndrome de burnout e sua expressão em diferentes grupos profissionais contando com a coordenação de Pedro R. Gil-Monte e Bernardo Moreno-Jiménez.

A obra está dividida em três partes, com a participação total de quarenta e oito autores de diversos países, sendo trinta e um espanhóis, quatro argentinos, quatro cubanos, dois portugueses, dois mexicanos, um brasileiro, um colombiano, um venezuelano, um uruguaio e um norueguês. Esta quantidade e diversidade de autores, todos em posição de destaque em seus respectivos países, é um dos principais fatores enriquecedores desta obra.

A primeira parte do livro consiste no conjunto de cinco capítulos, todos eles elaborados por pesquisadores espanhóis de reconhecimento acadêmico com relação ao tema proposto.

O primeiro capítulo é escrito por Pedro R. Gil-Monte, um dos coordenadores do livro, e trata dos aspectos históricos mais relevantes da síndrome de burnout, isto é aborda a evolução sobre o assunto desde a década de 70, quando começam os primeiros estudos.

O segundo capítulo é de autoria do outro coordenador da obra, Bernardo Moreno-Jiménez, o qual centraliza o texto na temática da avaliação da síndrome de burnout, assim como seus principais instrumentos e características. Como anexo a este capítulo, consta o instrumento de avaliação “*Cuestionário Breve de Burnout*” de sua própria autoria, assim como as instruções para aplicá-lo e corrigi-lo.

Os últimos três capítulos desta primeira parte estão voltados para a prevenção da síndrome de burnout, a importância da auto-eficácia no processo preventivo e às estratégias de prevenção da mesma.

A primeira parte desta obra consegue abordar os temas que envolvem a síndrome de burnout e, apesar da grande quantidade de dados e informações, mesmo leitores com pouco conhecimento sobre o tema conseguem ter plena compreensão do que é burnout e formas de prevenir-lo. Para os investigadores com maior ciência no tema, esta primeira parte é imprescindível, tanto para uma revisão como para atualização das mudanças e avanços recentes no estudo que burnout vem sendo submetido.

A segunda parte é constituída de onze capítulos. Sendo cada capítulo atribuído a um autor de renome na área em seu país, focando uma categoria profissional diferente. Procurou-se abranger os países latino-americanos e alguns europeus.

Os temas abordados ao longo destes capítulos envolvem a síndrome de burnout nas seguintes categorias laborais: policiais, militares em missão de paz, enfermeiros,

profissionais da área da saúde, bancários, psicólogos, árbitros/juízes e profissionais do setor de turismo. Merece maior destaque o capítulo de autoria de Benevides-Pereira, o qual trata sobre a síndrome de burnout no Brasil e sua expressão no âmbito médico.

Esta segunda parte fornece informações detalhadas às pessoas que possuem interesse específico sobre a síndrome em determinada área, pois, os capítulos são centralizados em pesquisas com amostras e respectivas particularidades da população estudada.

A terceira parte do livro é constituída por nove relatos de caso, todos com a participação na autoria de Pedro Gil-Monte entre outros pesquisadores. Esta é a parte mais curta do livro e ilustra a síndrome de burnout empregando relatos de casos reais. A inclusão destes casos fornece um rico material tanto para aqueles que se dedicam à psicologia clínica quanto para pesquisadores.

Em seu todo, esta obra se mostra como uma importante ferramenta para aqueles que desejam conhecer a síndrome de burnout. Como para os que pretendem se aprofundar nos seus estudos, sendo uma grande oportunidade principalmente aos professores da área.

Na era em que os artigos científicos ganham destaque sobre os livros, por suas características próprias como o rigor utilizado para sua publicação, livros como este, nos alertam para obras de extrema qualidade e que merecem ser citadas por pesquisadores que estudam o tema.

Recebido em abril de 2008

Aceito em agosto de 2008

Paulo Cesar Porto-Martins: psicólogo, especialista em Formação Pedagógica do Professor Universitário (PUCPR), doutorando pela Universidad Autónoma de Madrid.

Endereço para contato: paulocpmar@yahoo.com.br

Instruções aos autores

Política editorial

A *Aletheia* é uma revista semestral 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 – ‘Simple 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., & Weinschel, 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. 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* (4^a 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 half-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 receive 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., & Weinschel, 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 semestral 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) Sugierase 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 pie. Para garantizar calidad de reproducción, las figuras que contengan dibujos deberán ser dirigidas en calidad 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 pie de las páginas, ordenadas por números arábigos 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: Rodríguez (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* (4^a 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