

Psicologia em pesquisa

Revista do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFJF



Volume 12 | Número 1
Janeiro - Abril de 2018



revista
Psicologia
em Pesquisa



TRAÇO LEAL

Psicologia em Pesquisa

ISSN 1982-1247

Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFJF | Brasil

Volume 12 Número 1

Janeiro - Abril de 2018

Missão

Psicologia em Pesquisa é uma revista quadrimestral (abril, agosto e dezembro) do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF) e tem como público alvo pesquisadores, docentes e profissionais de psicologia e demais áreas correlatas.

Seu objetivo principal é promover a produção e a divulgação do conhecimento científico no campo da Psicologia e de suas áreas afins. Para tanto, prioriza a publicação de artigos originais que relatam os resultados de pesquisas empíricas ou teóricas. Também são publicadas outras comunicações científicas originais como, por exemplo, revisão de literatura, ensaio teórico, resenha, entrevista, relato de experiência, que tenham relevância para a Psicologia e suas áreas correlatas. Os manuscritos podem ser submetidos em português, inglês ou espanhol.

Com a meta de assegurar uma avaliação imparcial e promover um intercâmbio entre os autores e seus pares, todos os manuscritos submetidos à Psicologia em Pesquisa são avaliados segundo um processo de revisão às cegas por pares, seguindo orientações do Committee on Publication Ethics (COPE) em todos os aspectos éticos e, em especial, em relação a casos de má conduta e plágio em publicações acadêmicas.

Editor-Chefe

Telmo Mota Ronzani – UFJF

Editores Associados

Fernando Antônio Basile Colugnati – UFJF

Francis Ricardo dos Reis Justi – UFJF

Francisco Teixeira Portugal – UFRJ

Jorge Artur Peçanha de Miranda Coelho – UFAL

Saulo de Freitas Araujo – UFJF

Comissão de Política Editorial

Saulo de Freitas Araujo – UFJF

Altemir José Gonçalves Barbosa – UFJF

Juliana Perucchi – UFJF

Lélio Moura Lourenço – UFJF

Marisa Consenza Rodrigues – UFJF

Assistentes do Editor

Maira Leon Ferreira – UFJF

Eduardo Cormanich – UFJF

Equipe Técnica

Mayra Bibiano Caixeiro – UFJF

Produção Editorial

Traço Leal Comunicação

Conselho Editorial

Acácia Angeli Aparecida dos Santos – USF

José Antonio Damasio Abib – Ufscar

Leandro Almeida – Universidade do Minho (Portugal)

Marcos Emanuel Pereira – UFBA

Marcus Bentes de Carvalho – UFPA

Maria do Carmo Guedes – PUC-SP

Monica Sanches Yassuda – USP

Richard Saitz – Boston University (EUA)

Richard Thensen Simanke – UFJF

Sandra Regina K. Guimaraes – UFPA

Sonia Maria Gondim – UFBA

Thomas Sturm – Universitat Autònoma de Barcelona (Espanha)

Willian Barbosa Gomes – UFRS

Zilda Aparecida Pereira Del Prette – Ufscar

Miguel M. O. Gonçalves – Universidade do Minho (Portugal)

Joana R. Silva – Universidade do Porto (Portugal)

Adrian Daños – Universidad Nacional de Tucumán (Argentina)

Gerson Yukio Tomanari – USP

Gerardo Pietro – Universidad de Salamanca (Espanha)

Fernando Vidal – Universitat Autònoma de Barcelona (Espanha)

Marcelo Rossal – Universidad de la República (UDELAR), Uruguai

Dra Denise De Micheli, Professora Adjunta da Disciplina de Medicina e Sociologia do Abuso de Drogas – Departamento de Psicobiologia- Universidade Federal de São Paulo

Enrique Saforcada – Universidade de Buenos Aires (UBA)

Makilim Nunes Baptista – Universidade São Francisco (USF)

Profa. Dra. Marcia Mota – Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ)

Prof. Dr. Rodrigo Teixeira Lopes – Universidade Católica de Petrópolis (UCP)

Sra Verônica Moraes Ximenes – Universidade Federal do Ceará, Brasil

Adelina Guisende – Universidad de Santiago de Compostela (Espanha)

Alexander Moreira-Almeida – Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF)

Ana Maria Jacó Vilela – Universidade Estadual do Rio de Janeiro (UERJ)

Ann Dowker – University of Oxford

Antônio Castanheira Neves – Centro Federal de Educação Tecnológica

Celso Suckow da Fonseca- (CEFET RJ)

Carla Witter – Universidade São Judas Tadeu

Claudio Garcia Capitão – Universidade São Francisco

Eduardo José Manzini – Universidade Estadual Paulista (UNESP)

Erikson Furtado – USP

Andrés Felipe Tirado – Universidad Pontificia Bolivariana (Colombia)

Psicologia em Pesquisa

ISSN 1982-1247

Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFJF | Brasil

Volume 12 Número 1

Janeiro - Abril de 2018

Sumário

Editorial

Telmo Mota Ronzani

Artigos / Articles

Processos Psicossociais em Saúde

- 05 **Aspectos conceituais da conduta autolesiva: Uma revisão teórica.**
Theoretical aspects of self-injurious behavior: A theory revision.
Luana Cristina Silva Santos, André Faro
- 15 **Expectativa de vida e perspectiva de futuro em pacientes oncológicos: Revisão sistemática**
Life expectancy and future prospects in cancer patients: systematic review
Vanessa Ferreira Delevatti, Viviane Salaza, Tagma Marina Donelli Schneider, Elisa Kern de Castro
- 23 **Aborto e bioética no jornal Folha de São Paulo**
Abortion and bioethics in the newspaper Folha de São Paulo
Edclécia Reino Carneiro de Moraes, Renata Lira dos Santos Aléssio, Larissa de Siqueira Coelho, Joanna Luiza da Cunha Pontes
- 33 **Atitudes das equipes dos serviços de atenção psicossocial em álcool e drogas**
Attitudes of psychosocial care services teams in alcohol and drugs
Paula Hayasi Pinho, Marcia Aparecida Ferreira Oliveira, Maria Odete Pereira, Heloisa Garcia Claro, Ricardo Henrique Soares, Rejane Maria Dias Abreu Goncalves
- 43 **Percepção de risco e atitudes de prevenção de acidentes em crianças (10-12 anos)**
Risk perception and attitudes of accident prevention in children (10-12 years)
Eveline Favero, Sarah Cristina Pezenti, Andressa Roseno Ames, Fabricio Duim Rufato, Luiz Carlos Pinto da Silva Filho
- 52 **Repercussões profissionais e cotidianas do adoecimento em pacientes do sexo masculino com câncer avançado**
Professional and daily repercussions of illness in male patients with advanced cancer
Cristine Gabrielle da Costa dos Reis, Luísa da Rosa Olesiak, Alberto Manuel Quintana, Camila Peixoto Farias
- 63 **A reconstrução dos contornos do eu: um olhar psicanalítico sobre a amputação**
Reconstruction of ego outlines: a psychoanalytic look on amputation
Priscila Ferreira Friggi, Alberto Manuel Quintana, Cristine Gabrielle Da Costa Dos Reis, Camila Peixoto Farias

Desenvolvimento Humano e Processos Sócio-Educativos

- 73 **Avaliação da resiliência em Psicologia: revisão do cenário científico brasileiro**
Resilience Assessment in Psychology: a review of brazilian scientific scenario
Karina da Silva Oliveira, Tatiana de Cássia Nakano
- 84 **Inteligência e desempenho escolar em crianças entre 6 e 11 anos**
Intelligence and school performance in children between 6 and 11 years
Patrícia Martins de Freitas
- 92 **Avaliação da Implementação de Intervenções Breves no Uso de Substâncias em Contexto Socioeducativo**
Evaluation of the Implementation of Brief Interventions to Substance Abuse in a Socioeducative Context
Maria Angélica Alves da Silva, André Luiz Monezi Andrade, Denise De Micheli

Editorial

Prezados Leitores,

Ao lançarmos nosso primeiro número em 2018 da *Psicologia em Pesquisa*, inauguramos mais uma novidade no sentido de maior aprimoramento de nossa revista. A partir desse ano, nossa revista passa a ter periodicidade quadrimestral, com a previsão de publicação de números regulares ou temáticos. Assim, será possível diminuir o tempo entre a submissão e publicação dos artigos, grande desafio para as revistas nacionais na atualidade. Além dessa novidade, já foram e serão tomadas outras iniciativas para melhorarmos o nosso fluxo de submissão.

Para o atual número, contamos com o apoio financeiro da Associação Nacional de Pós-Graduação em Psicologia (ANPEPP), através do Edital 01/2017 para Periódicos Científicos Vinculados a Programas de Pós-Graduação Filiados à Anpepp. Tal financiamento se torna fundamental para a viabilidade das revistas científicas nacionais em Psicologia, principalmente em

tempos de cortes de incentivo financeiro governamental para as áreas de ciência e tecnologia. Por essa razão, agradecemos e parabenizamos à ANPEPP por esse apoio e iniciativa.

O atual número conta com diversos temas de autores de várias instituições. Na seção *Processos Psicossociais em Saúde*, contamos com diversos temas, tais como autolesão, câncer, aborto e bioética, atitudes sobre prevenção em saúde entre crianças, compreensões subjetivas sobre o processo de amputação. Na seção *Desenvolvimento Humano e Processos Sócio-Educativos* são abordados os temas resiliência, inteligência e prevenção ao uso de drogas no contexto escolar.

Desejamos uma proveitosa leitura e que o material seja útil para os leitores.

Telmo Mota Ronzani
Editor-Chefe
Revista Psicologia em Pesquisa

Aspectos conceituais da conduta autolesiva: Uma revisão teórica

Theoretical aspects of self-injurious behavior: A theory revision

Luana Cristina Silva Santos^I

André Faro^{II}

Universidade Federal de Sergipe.

Resumo

A conduta autolesiva se refere ao comportamento direto e deliberado de autolesão que resulta em prejuízo físico e psicológico para o indivíduo. De alta prevalência e considerado problema de saúde pública, esse comportamento tem sido associado a vários fatores biopsicossociais, principalmente na adolescência, fase em qual tende a emergir e é mais prevalente. A conduta autolesiva é geralmente associada a comportamentos e pensamentos suicidas e, de modo geral, a literatura ainda é heterogênea sobre o fenômeno, assim como formas de mensurá-lo. O presente artigo objetivou reunir os principais conceitos e achados teóricos sobre a conduta autolesiva, classificando e descrevendo o comportamento autolesivo em relação aos períodos desenvolvimentais, principais fatores associados, formas de avaliação, tratamento/intervenção e prevenção.

Palavras-chave: conduta autolesiva, comportamento autodestrutivo, adolescentes.

Abstract

Self-injurious behavior is a direct and deliberated self-harm behavior that results in physic and psychology damage for victim. This behavior has high prevalence and is considered public health problem, it has been associated with several biological, psychological and social factors, mainly in the adolescence, that is the phase in which self-harm may to emerge and is more prevalent. Self-injurious behavior is typically associated with suicide behaviors and generally the literature still is heterogeneous about the phenomenon, as well as measures are scarce. The present paper aimed to explain the main concepts and theoretical findings about self-injurious behavior, classifying and describing the self-harm behavior associated with life span, main associated factors, measures, treatment/intervention and prevention.

Keywords: self-injurious behavior, self-harm, adolescents.

Existe um senso inato de autopreservação que leva os indivíduos a buscarem comportamentos e contextos que denotem maior longevidade durante a vida. Porém, às vezes esses mesmos indivíduos se engajam em comportamentos inconsistentes com essa busca, não-saudáveis ou prejudiciais a si mesmos. Um exemplo desse tipo de comportamento é a conduta autolesiva, ou autolesão, praticada de forma intencional e que causa danos físicos e psicológicos aos indivíduos que se engajam em tal comportamento (Nock, 2010).

De modo geral, lidar com indivíduos que autolesionam-se muitas vezes significa um desafio para profissionais de saúde mental, professores e conselheiros escolares. Dadas as consequências do comportamento, físicas e psicológicas tanto para os indivíduos quanto para familiares e pessoas próximas, a preocupação em entender porque indivíduos possuem conduta autolesiva tem crescido e o número de estudos científicos e clínicos desse comportamento aumentou desde meados do ano 2000 (Silva & Santos, 2015). Além disso, entender as causas que levam o indivíduo a autolesionar-se pode

ser útil também para ajudar a explicar o engajamento em outros tipos de comportamentos prejudiciais, como abuso de substâncias psicoativas, por exemplo.

O presente artigo objetivou reunir os principais achados teóricos sobre a conduta autolesiva. Contemplará aspectos conceituais, epidemiológicos, clínicos e terapêuticos relacionados ao comportamento autolesivo. Foi realizada uma revisão de literatura de caráter narrativo e não sistemático (Rother, 2007). Estudos teóricos e pesquisas empíricas que abordam o comportamento autolesivo em geral foram consultados, além de livros, em literatura nacional e estrangeira. Nas bases de dados Web of Science, SciELO, Pepsic e Google Scholar, em julho de 2016, foram pesquisados trabalhos que contivessem as seguintes palavras-chave: autoinjúria (*self-injury*), autodano (*self-harm*), autolesão, *cutting*, *caving*, parassuicídio, dano autoinfligido, conduta autolesiva e comportamento autolesivo (*self-injurious behavior*). O objetivo principal da análise foi revisar conceitos e classificações do comportamento autolesivo, levantando-se os principais preceitos, além

^I Mestre em Psicologia Social, Universidade Federal de Sergipe.

^{II} Docente no Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal de Sergipe.

de fomentar o debate em torno de questões para futuras pesquisas principalmente à nível nacional.

Conceito e classificação da conduta autolesiva

Na literatura, durante muito tempo, a autolesão foi estritamente relacionada ao suicídio e aos comportamentos suicidas (Guerreiro & Sampaio, 2013). Atualmente, os critérios para “autolesão não suicida” são apresentados no capítulo “Condições para estudos posteriores” na 5ª edição do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-V; American Psychiatric Association [APA], 2014) e o comportamento também aparece como um dos critérios para diagnóstico do transtorno de personalidade Borderline (Zetterqvist, Lundh, Dahlström, & Svedin, 2013). Um dos maiores obstáculos ao estudo do comportamento autolesivo é a heterogeneidade da terminologia na literatura (Nock, 2010), pois há vários termos utilizados como sinônimos de conduta autolesiva: autoinjúria, autodano, automutilação, autolesão, *cutting*, *caving*, parassuicídio, comportamento autolesivo sem intenção suicida, comportamento suicidário (Guerreiro & Sampaio, 2013).

Em sua denominação mais aceita, autolesão se refere a um conjunto de comportamentos que resultam em dano intencional ao indivíduo, com o conhecimento de que podem ou vão trazer algum grau de injúria física ou psicológica (Nock, 2009). Em geral, classifica-se o comportamento autolesivo em dois grandes grupos: no primeiro, o ato de se lesionar é a intenção do comportamento (diretamente “injuriosos” ou lesivos), ao passo que no segundo, a autolesão é produto ou resultado de uma ação deliberada que não objetivava tal dano (Nock, 2010).

Em relação aos comportamentos indiretamente autolesivos, não existe intencionalidade de causar dano a si, mas sabe-se que eles são realizados porque resultam em prazer ou diversão durante o ato (comer assiduamente em *junk food*, por exemplo), com o dano como um efeito colateral indireto e na maioria das vezes involuntário e a longo prazo (Completo, 2014). Comportamentos diretamente autolesivos são aqueles nos quais há intenção de causar dano a si mesmo, seja ele em qualquer grau de severidade, que acontecem com objetivo de regulação afetiva ou sinalização social e se classificam em suicidas ou não suicidas, de acordo com a intenção de letalidade do comportamento (Nock, 2010).

Comportamentos autolesivos suicidas subdividem-se em: ideação (pensar sobre comportamentos lesivos que podem levar à morte), plano (considerar um método específico cuja finalidade é empregá-lo para

morrer) e tentativa (engajar-se em comportamentos potencialmente danosos com a intenção de morrer; Nock, 2010). Já os comportamentos autolesivos não suicidas classificam-se em ameaça ou gesto suicida (o indivíduo leva outros a acreditar que ele tem a intenção de morrer, entretanto sua intenção é sinalização social), pensamentos autolesivos (pensamento de engajar-se em comportamentos autolesivos, mas não fazê-lo) e conduta autolesiva propriamente dita, nos níveis leve, moderado ou severo (Nock, 2010). Mais especificamente, a conduta autolesiva é um comportamento direto e deliberado de autolesão sem intenção suicida, e este será o fenômeno explicitado neste artigo. Cabe ressaltar que aqui os termos conduta autolesiva, comportamento autolesivo e autolesão serão utilizados como sinônimos.

Segundo Parks (2011), o primeiro incidente autolesivo é acidental ou impulsivo, quando a pessoa sente raiva, medo ou ansiedade de forma tão esmagadora que não sabe como expressá-los. A conduta autolesiva atua promovendo um senso momentâneo de alívio, às vezes seguido de vergonha e culpa, até que fortes sentimentos surgem de novo fazendo com que a pessoa se sinta emocionalmente sobrecarregada, levando-a a procurar alívio novamente em comportamentos autolesivos, que podem aumentar em frequência e grau (Parks, 2011). Assim, a pessoa é reforçada positivamente em direção ao comportamento autolesivo, dada sua associação com sensações positivas, principalmente o alívio imediato.

Prevalência da conduta autolesiva e seu desenvolvimento ao longo do ciclo de vida

É necessário entender a conduta autolesiva considerando o período do curso de vida em que o indivíduo se encontra, uma vez que, segundo a literatura, ainda é pouco investigado (Whitlock & Selekmán, 2014).

Em crianças, a conduta autolesiva é em geral observada entre aquelas que possuem alguma desordem psiquiátrica, como a esquizofrenia (Whitlock & Selekmán, 2014), a Síndrome de Tourette (Mathews et al., 2004), a Síndrome Lesch-Nyhan (Hall, Oliver, & Murphy, 2001) e o autismo (Minshawi et al., 2014), dentre outros. Comportamentos autolesivos podem ocorrer durante qualquer idade do ciclo de vida, entretanto são associados principalmente com o período da adolescência, visto emergirem principalmente durante esta fase (Nixon & Heath, 2009).

A adolescência é vista como um período de alterações físicas e psicossociais que são fortemente influenciadas pelas interações do adolescente, seja com outros ou com diferentes contextos e situações,

o que tende a constituir singularidades e caracterizar a heterogeneidade deste período (Shaffer & Kipp, 2007). Tantas mudanças requerem um nível de adaptação que muitas vezes o adolescente não possui, tornando-o vulnerável a se engajar em comportamentos de risco (Sapientza & Pedromônico, 2005). Assim, o jovem pode engajar-se em comportamentos agressivos, impulsivos ou mesmo suicidas, como os comportamentos autolesivos, por exemplo, com vistas à adaptação a contextos considerados aversivos (Borges & Werlang, 2006).

É durante a meia-idade que o comportamento diminui ou é extinto (Favazza & Page, 2009; Walsh, 2006). Entretanto, estudos longitudinais que comprovem tal observação são escassos e necessários (Miller & Brock, 2010). Pessoas de todas as raças, status socioeconômicos, orientações sexuais, religiões e níveis educacionais podem se envolver em condutas autolesivas, sendo difícil estimar a prevalência, já que o diagnóstico é dependente muitas vezes do relato do indivíduo (Parks, 2011).

Em crianças, há poucos relatos de prevalência do comportamento em idades abaixo de 12 anos em amostras comunitárias (Whitlock & Selekman, 2014). Em um *survey* com 10.000 sujeitos (crianças, pais e professores), encontrou-se a prevalência de autolesão de 1,3% entre crianças de 5 a 10 anos de idade (Meltzer, Gatward, Goodman, & Ford, 2001). De forma mais específica, Meltzer et al. (2001) encontraram que a prevalência de comportamentos autolesivos foi de 0,8% entre crianças sem condições clínicas, 7,5% em crianças diagnosticadas com distresse crônico e 6,2% nas diagnosticadas com algum transtorno de ansiedade.

Alguns estudos com adultos documentam a idade em que o comportamento emergiu através do autorrelato dos indivíduos e, em geral, encontram que entre 5,1% e 24% dos comportamentos autolesivos iniciaram antes dos 11 anos de idade (Heath, Toste, & Beetam, 2006; Ross & Heath, 2002). Outros trabalhos apontam que a idade média de início para condutas autolesivas varia entre 12 e 16 anos de idade (Rodham & Hawton, 2009). Em um estudo realizado com mais de 30.000 adolescentes escolares da Austrália, Bélgica, Inglaterra, Hungria, Irlanda, Holanda e Noruega, observou-se que a prevalência em meninas (13,5%) foi aproximadamente três vezes maior que em meninos (4,3%).

Mesmo sendo um comportamento observado e relatado empiricamente desde a década de 70 (Guerreiro & Sampaio, 2013), dados em amostras que não sejam compostas por adolescentes são ainda escassos, restringindo-se a amostras pequenas ou subgrupos específicos, o que limita a generalização de dados relacionados

a prevalência (Nock, 2010; Whitlock & Selekman, 2014). Em relação à adultez, a prevalência é em média 17% (variando entre 5% e 35%), mas ainda são poucos os estudos com amostras de pessoas adultas (Gratz, 2001; Whitlock & Selekman, 2014; Whitlock et al., 2011). De forma semelhante, praticamente não existem dados de prevalência dos comportamentos autolesivos na velhice, com exceção daqueles focados na intenção suicida, que são os mais comuns (Dennis, Wakefield, Molloy, Andrews, & Friedman, 2007).

Muehlenkamp, Claes, Havertage e Plener (2012) fizeram uma revisão sistemática empírica de estudos que reportavam a prevalência global de condutas autolesivas em adolescentes e encontraram que a prevalência média durante a vida foi de 18%, um pouco menor que a estimativa de 19,7% observada por Cheung et al. (2013), que também observou que a idade média de engajamento em comportamentos autolesivos foi 13,4 anos. No Brasil, os estudos sobre prevalência da autolesão relatam que, em geral, atendimentos de adolescentes em unidades hospitalares por suicídio ou autolesões representavam cerca de 50% do valor total de atendimentos das unidades (Guerreiro & Sampaio, 2013; Teixeira & Luis, 1997).

Em um dos poucos estudos brasileiros focados na conduta autolesiva, Caldas et al. (2009) levantaram a prevalência de tais comportamentos em 279 detentas de uma prisão em Recife, observando que 47% já havia expressado algum tipo de comportamento autolesivo antes de ser presa, enquanto 53% passaram a se autolesionar no presídio. Ainda que tenha relevância no campo de estudo, vale ressaltar que essa prevalência foi estimada num local específico que pode ter influenciado a prática do comportamento, além de ter sido feito com um subgrupo amostral específico (mulheres).

Em resumo, estudos relatam que desde a infância o comportamento autolesivo pode ocorrer, o que em geral ocorre com prevalência entre 2% a 13% (Meltzer et al., 2001). Entretanto, maior prevalência é vista na adolescência, entre 4% e 35%, sendo que na fase adulta e velhice o comportamento tende a regredir ou extinguir-se (Gratz, 2001; Klonsky et al., 2003; Muehlenkamp et al., 2012; Whitlock et al., 2011).

Fatores associados à conduta autolesiva

Os estudiosos de comportamentos autolesivos têm explorado alguns fatores que parecem estar relacionados ao comportamento, aumentando o risco ou funcionando de forma protetora. Pessoas que se autolesionam deliberadamente têm sido associadas a níveis elevados de psicopatologias, contextos estressores ou

traumáticos na infância e influências prejudiciais do meio social proximal (Hooley & Germain, 2014).

Condições psicopatológicas são frequentemente apontadas como relacionadas ao engajamento ao comportamento autolesivo. Brickman, Ammerman, Look, Berman e McCloskey (2014) concluíram que quatro sintomas específicos do Transtorno de Personalidade Borderline (APA, 2014) são bastante associados com riscos para autolesionar-se: história prévia de pensamento ou comportamento suicida, comportamentos impulsivos recorrentes, autoimagem imprecisa e perturbações identitárias. A conduta autolesiva é um comportamento muito comum também em pessoas diagnosticadas com autismo devido à baixa capacidade de comunicação desses indivíduos, funcionando muitas vezes como uma forma de expressar-se (Parks, 2011).

Fatores ambientais também podem estar envolvidos com a ocorrência do comportamento, tais como eventos de vida e situações relacionadas à amigos e familiares, visto exercerem papel importante no desenvolvimento de crianças e adolescentes (Klonsky & Lewis, 2014). Dessa forma, crianças e adolescentes que possuem uma relação parental inconsistente e insensível têm maior probabilidade de se engajarem em comportamentos que tragam danos a si próprios (Klonsky & Lewis, 2014).

A literatura também aponta que o período em que a influência dos pares aumenta, fato comum que caracteriza a transição para a adolescência, coincide com o surgimento de autoinjúria nesta fase (Kessler, Berlung, Borges, Nock, & Wang, 2005). Alguns aspectos da relação com os pares parecem influenciar a ocorrência do comportamento, tais como problemas interpessoais (rejeição, conflitos; Prinstein, Boegers, & Spirito, 2001) e dificuldades emocionais (Chapman, Gratz, & Brown, 2006). Além disso, ainda nesse período no ciclo de vida até o início da idade adulta, a autoimagem negativa tem sido associada à vulnerabilidade para autoinjúria (Muehlenkamp & Brausch, 2012).

Fatores biológicos, como mudanças bioquímicas corporais, desempenham um papel relevante na autolesão e podem ser resultantes de alguma ação específica (ingestão de substâncias, por exemplo) ou mesmo condições médicas (Klonsky & Lewis, 2014). Estes fatores incluem insônia, fadiga, doenças ou anomalias da tireoide ou hormonais, síndrome pré-menstrual, ingestão de substâncias psicoativas e outros que possam aumentar a vulnerabilidade ao estresse e, conseqüentemente, o risco de engajar-se em comportamentos autolesivos.

Outro fator associado à conduta autolesiva são os vieses cognitivos. Compreender os tipos de

pensamentos relacionados à este comportamento pode ser importante para o entendimento das causas que levam ao engajamento (Klonsky & Lewis, 2014). Pensamentos recorrentes em indivíduos que se lesionam são “só vou fazer um corte”, “isso é demais para suportar”, “eu mereço essa dor”, “me cortar alivia mais que qualquer outra coisa”, “a vida é uma droga”, “estou sozinho, não tenho amigos”, e tais pensamentos influenciam a probabilidade de o comportamento aumentar ou diminuir a frequência e intensidade (Walsh, 2006). Atitudes mais favoráveis em relação à autolesão (perceber o comportamento como eficaz, por exemplo) tem sido associadas à intenção de se envolver no comportamento de novo no futuro (O'Connor, Armitage, & Gray, 2006). Além disso, estilos de pensamento, como pensamento ruminativo, associados com experiências emocionais negativas, podem levar à conduta autolesiva como meio de reduzir o efeito negativo dessas experiências (Selby, Anestis, & Joiner, 2008).

Assim como a cognição, experiências individuais afetivas parecem sinalizar a ocorrência da autolesão quando esta é realizada com o intuito de atenuar uma experiência de afeto negativo (Chapman et al., 2006). Emoções primárias típicas do contexto de comportamento autolesivos são raiva (dirigida a outro ou a si mesmo), ansiedade, estresse, tristeza, frustração, culpa, vergonha, nojo, sentimento de vazio, desesperança e solidão, algumas destas podendo tanto proceder como acompanhar a autolesão (Klonsky & Lewis, 2014). Nock e Mendes (2008) sugerem que indivíduos que se engajam em práticas autolesivas desejam esquivar-se de tarefas estressantes. Rohdam, Hawton e Evans (2004) encontraram que parece haver diferença na relação com impulsividade de acordo com o tipo de comportamento autolesivo praticado: adolescentes que se cortam possuem níveis de impulsividade mais elevados que aqueles que ingerem substâncias nocivas, por exemplo, visto que o envenenamento requer maior nível de planejamento, o que reflete menor impulsividade em relação ao ato de se cortar. Por fim, o estresse psicológico também é um fator associado ao comportamento autolesivo e a excitação fisiológica típica de eventos estressores parece ser mais exacerbada em indivíduos que se autolesionam, que causam danos a si mesmo como forma de lidar com o estresse (Nock & Mendes, 2008). Ou seja, se as respostas do indivíduo, mesmo que desadaptativas, trouxerem alívio e forem consolidadas, tem-se um padrão de resposta que tende a se repetir sempre que um evento estressor ocorrer.

Principais funções da conduta autolesiva

Nas últimas décadas, a maioria das abordagens explicativas sobre a conduta autolesiva tem se concentrado em associá-la a síndromes nas quais comportamentos desse tipo são considerados desajustados e interpretados como sinais ou sintomas de algum tipo de patologia. A seguir são descritas explicações mais frequentes nos relatos teóricos.

Regulação Emocional

Uma das explicações mais associadas ao comportamento autolesivo é de que este teria a função de regular afetos negativos sentidos pela vítima, minimizando-os (Jacobson & Batejan, 2014). Linehan (1993) propôs uma das teorias de regulação emocional relacionada à autoinjúria, para pessoas com Transtorno de Personalidade Borderline (TPB) que se autolesionam. Nela, as pessoas diagnosticadas com TPB tem alta reatividade emocional a diversos estímulos e não conseguem deixar o estado de excitação tão rápido, encontrando alívio por meio de comportamentos que servem como reguladores desta excitação, a exemplo da autolesão.

Mais tarde, Chapman et al. (2006) propuseram o Modelo Experimental de Evitação de Autolesão Não-Suicida, que também hipotetiza que a conduta autolesiva está relacionada à regulação de afeto, baseando-se no pressuposto de que o comportamento é reforçado negativamente, reduzindo uma excitação emocional negativa ou indesejada. Ou seja, a pessoa se engajaria em comportamentos autolesivos depois de uma série de eventos adversos. A priori, um estímulo provocaria uma resposta emocional negativa forte que, ao ser emparelhada com dificuldades para regular emoções, resultam em uma baixa tolerância ao distresse e leva a um desejo de evitar essa emoção negativa, cujo alívio se dá por meio da autolesão. Com a repetição, o comportamento se torna uma resposta automatizada condicionada à excitação emocional.

De modo geral, são as mulheres que praticam autoinjúria relatando como justificativa a tentativa de suprimir pensamentos negativos indesejados, entretanto, tal explicação de que o comportamento suprime essa modalidade de pensamento requer mais estudos (Chapman et al., 2006).

Uma abordagem delineada por Nock e Prinstein (2004), que conceituaram autolesão a partir de uma teoria de aprendizagem comportamental, identificou quatro mecanismos distintos, porém possíveis reforçadores

do comportamento objetivando a regulação emocional: Reforço Automático Negativo (RAN, pelo qual os estados de sentimentos negativos são diminuídos), Reforço Automático Positivo (RAP, pelo qual os estados emocionais desejados, autopunição por exemplo, aumentam), Reforço Social Negativo (RSN, no qual o comportamento autolesivo ocorre para evitar ou escapar de uma demanda interpessoal) e Reforço Social Positivo (RSP, no qual a autolesão auxilia a pessoa a ganhar atenção de outras ou acessar materiais).

Comunicação/Sinalização social

Pesquisas sobre comportamento autolesivo como um meio de sinalização social têm sido frequentes (Jacobson & Batejan, 2014). O modelo de regulação afetiva já explicitado e descrito por Nock e Prinstein (2004) especifica como uma das funções interpessoais da conduta autolesiva o reforço social positivo ou RSP, que é quando o comportamento autolesivo auxilia no ganho de atenção ou acesso a materiais e parece ser muito comum na adolescência. Razões como “obter cuidados ou atenção dos outros”, “obter uma reação de alguém, mesmo que seja negativa” ou outras afirmações do tipo para justificar comportamentos autolesivos em geral são aprovadas por adolescentes de amostras clínicas (Nixon, Cloutier, & Aggarwal, 2002) e comunitárias (Lloyd-Richardson, Perrine, Dierker, & Kelley, 2007). Algumas das principais razões para engajar-se em comportamentos autolesivos parecem ser pedir socorro ou comunicar a dor, principalmente em sujeitos que tenham problemas para pedir ajuda, usando a autolesão como um meio para isso (Nock, 2009).

Teoria de aprendizagem social e modelo social do efeito de contágio

Suyemoto, em 1998, citou a teoria da aprendizagem social como forma de explicação do engajamento em comportamentos autolesivos, na qual as crianças aprenderiam desde cedo que lesões/machucados de modo geral são associadas com cuidado. A conduta autolesiva passou a ser usada como tentativa de atrair cuidado para si. Além disso, adolescentes também podem testemunhar outros recebendo atenção ou ajuda e imitar o comportamento autolesivo objetivando conseguir os mesmos benefícios.

Se o indivíduo que se autolesiona é visto como alguém superior, de maior status social no grupo, outros podem imitar seu comportamento ou adotar

uma postura competitiva em relação às lesões, o que pode levar a contágios (Favazza, 1989). Isto é, por contágio se entende que observar que outros se autolesionam pode ser uma maneira de aprender o comportamento. Exemplificando isso, um estudo encontrou que 11,9% de uma amostra de adolescentes em regime de internamento se engajaram em comportamentos autolesivos por intermédio de alguém (Nixon et al., 2002) e outros 82,1% de outro estudo afirmaram possuir pelo menos um amigo que também possui conduta autolesiva (Nock & Prinstein, 2005).

Modelo integrativo de Nock

Dentre tantas diferentes abordagens visando explicar como e por que ocorre o comportamento autolesivo, nota-se que explicá-lo em sua totalidade é desafiador (Jacobson & Batejan, 2014). Ao considerar o contexto geral do indivíduo, e não apenas uma faceta (social, por exemplo), um dos primeiros modelos integrativos etiológicos para explicar autolesão foi proposto por Nock (2009), no qual tanto fatores proximais quanto distais estão incluídos (Figura 1).

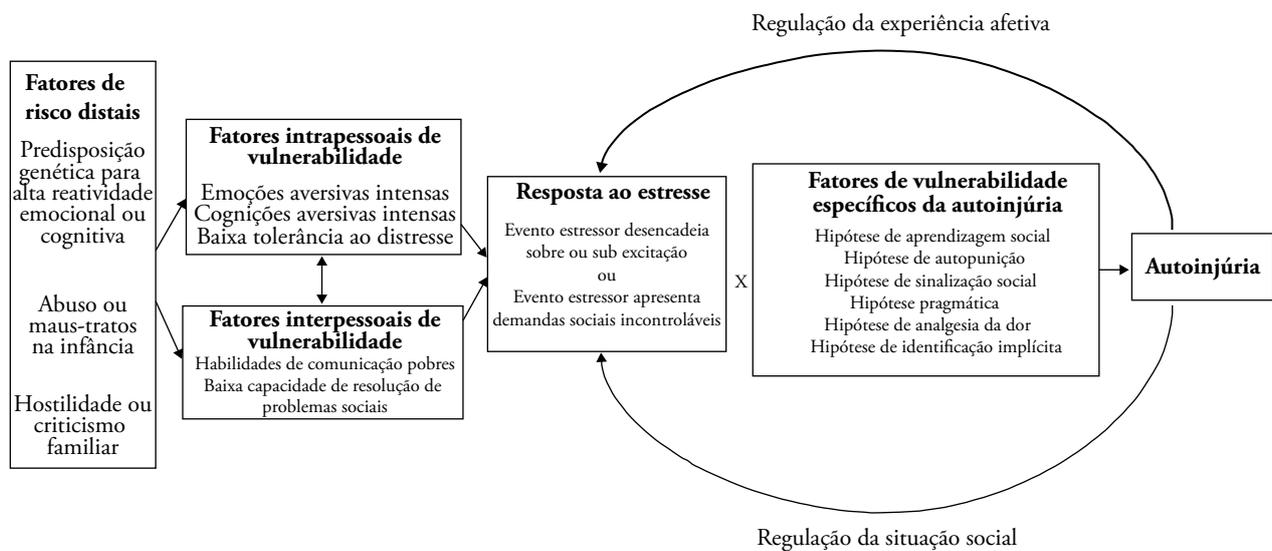


Figura 1

Modelo integrativo de Nock traduzido (autorizado pelo autor).

Fonte: Nock, M. K. (2009). Why do people hurt themselves? New insights into nature and functions of self-injury. *Current Directions in Psychological Science*, 18, p. 2.

No modelo de Nock (2009) os fatores de risco distais (predisposição genética para alta reatividade emocional ou cognitiva, abuso ou maus-tratos na infância, hostilidade ou criticismo familiar) interagem e resultam num alto risco de engajamento tanto para fatores de vulnerabilidade intrapessoais (emoções e cognições aversivas intensas e baixa tolerância ao distresse), como interpessoais (habilidades de comunicação pobres e baixa capacidade de resolução de problemas). O conjunto de vulnerabilidades inter e intrapessoais culminam em respostas ineficazes a eventos estressores (evento estressor desencadeia sobre ou sub excitação ou apresenta demandas sociais incontroláveis), que podem predispor a pessoa à várias psicopatologias, além de aumentar o risco de engajamento em comportamentos autolesivos por alguns fatores específicos de vulnerabilidade (aprendizagem social,

autopunição, sinalização social, pragmatismo, analgesia da dor, identificação implícita).

Em síntese, no modelo integrativo de Nock (2009), a conduta autolesiva é um comportamento que resulta da combinação de vários fatores e circunstâncias ambientais e que é mantido por ser um meio eficaz imediato de regulação de experiências afetivas e situações sociais aversivas. O diferencial deste modelo é justamente tentar integrar achados de diversas outras abordagens, assim o comportamento autolesivo é explicado de forma multicausal. Um adolescente que se autolesiona pode ter influências social (relações proximais inconsistentes) e pessoal (cognições distorcidas) por exemplo, um fator não exclui o outro e ambos podem ser preponderantes para levar à prática do comportamento de fato, assim como reforça-lo (Nock, 2009).

Diagnóstico, tratamento e prevenção da conduta autolesiva

Não há um teste diagnóstico para detectar autolesão (Parks, 2011) e apesar de haver certo consenso sobre a importância da sua avaliação, medidas fidedignas e válidas são escassas (Borschman, Hogg, Philips, & Moran, 2012; Klonsky & Lewis, 2014; Nock, 2010). De qualquer modo, escalas facilitam que o indivíduo responda com veracidade, visto serem em sua maioria autoaplicáveis, dando ao indivíduo sensação de maior privacidade.

Não existe um tratamento específico para o comportamento autolesivo, um programa geralmente é adaptado às necessidades individuais de cada paciente usualmente envolvendo terapia (Parks, 2011), sendo que a terapia cognitivo comportamental parece ser a abordagem mais utilizada, combinando intervenções com vistas a adaptar as distorções cognitivas e substituir os comportamentos pouco adaptativos por alternativas saudáveis (Peat, 2014). Em relação ao tratamento farmacológico, existe pouca evidência empírica e os medicamentos são utilizados para o tratamento de sintomas ou transtornos comórbidos (Plener & Schulze, 2014).

Em relação à prevenção, ao que parece só existe um programa empiricamente testado, o Sinais de Autoinjúria ou SOSI (tradução de *Signs Of Self-Injury*) (Muehlenkamp, Walsh, & McDade, 2010). Ele foi proposto para o âmbito escolar e direcionado aos estudantes, executado por meio da técnica ACT (*Acknowledge, Care, Tell*; Reconhecer, cuidar, contar, em tradução livre). O SOSI foi projetado para aumentar o conhecimento e diminuir autoinjúria, além de aumentar comportamentos de busca de ajuda e melhorar a capacidade dos indivíduos de responder eficazmente ao engajamento no comportamento (ver Muehlenkamp et al., 2010).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

É importante entender que quando indivíduos deliberadamente se autolesionam, existe uma ampla gama de fatores envolvidos. Alguns desses indivíduos tem histórico de abuso e/ou negligência parental ou algum outro tipo de evento traumático ocorrido durante a infância. Outros possuem transtornos ou síndromes comórbidas, sendo a conduta autolesiva considerada um sintoma de tais patologias. Considera-se associado ao comportamento autolesivo também o período do ciclo vital (na adolescência o comportamento emerge e é mais frequente, intenso e grave), distorções cognitivas, funções emocionais e atuações contextuais. De forma geral, todos esses fatores merecem ser mais bem investigados,

especialmente em estudos a partir de amostras brasileiras, uma vez que o tema ainda é notoriamente escasso na literatura científica nacional.

Apesar de haver evidências empíricas que a autolesão é um mecanismo de enfrentamento que, mesmo sendo desadaptativo, consegue deslocar o foco do evento estressor, o alívio é momentâneo e a busca de mais alívio reforça o comportamento prejudicial. Assim, entender os mecanismos envolvidos nesse processo auxiliaria na construção de modelos psicológicos de intervenção e prevenção focados em esclarecer que tal comportamento é uma “válvula de escape” de curto prazo e que existem hábitos adaptativos que poderiam substituir a autolesão. Além disso, considerando-se a alta prevalência do comportamento autolesivo na adolescência e suas consequências, e que comportamentos ocorridos nesta faixa etária podem estender-se à vida adulta, estudar a autolesão em adolescentes fomenta estratégias de intervenção e prevenção mais eficazes.

REFERÊNCIAS

- Borges, V. R., & Werlang, B. S. G. (2006). Estudo de ideação suicida em adolescentes de 13 e 19 anos. *Psicologia Saúde e Doenças*, 7, 195-209.
- American Psychiatric Association (2014). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* (5ª ed.). Porto Alegre: Artmed.
- Borschman, R., Hogg, J., Philips, R., & Moran, P. (2012). Measuring self-harm in adults: A systematic review. *European Psychiatry*, 27, 176-180. doi: 10.1016/j.eurpsy.2011.04.005.
- Brickman, L. J., Ammerman, B. A., Look, A. E., Berman, M. E., & McCloskey, M. S. (2014). The relationship between non-suicidal self-injury and borderline personality disorder symptoms in a college sample. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation* 1(14), 1-8. doi: 10.1186/2051-6673-1-14.
- Briere, J., & Gil, E. (1998). Self-mutilation in clinical and general population samples: Prevalence, correlates and functions. *American Journal of Orthopsychiatry*, 68, 609-620. doi: 10.1037/h0080369.
- Caldas, M. T., Arcoverde, R. L., Santos, T. F., Lima, M. S., Macedo, L. E. M. L., & Lima, M. C. Conduas autolesivas entre detentas da Colônia Penal Feminina do Recife. *Psicologia em Estudo*, 14(3), 575-582.
- Chapman, A. L., Gratz, K. L., & Brown, M. Z. (2006). Solving the puzzle of self-harm: the experiential avoidance model. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 371-394. doi: 10.1016/j.brat.2005.03.005.

- Cheung, Y. T., Wong, P. W. C., Lee, A. M., Lam, T. H., Fan, Y. S. S., & Yip, P. S. F. (2013). Non-suicidal self-injury and suicidal behavior: Prevalence, co-occurrence and correlates of suicide among adolescents in Hong Kong. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 48, 1133-1144. doi: 10.1007/s00127-012-0640-4.
- Completo, J. M. P. S. (2014). *A influência das funções intrapessoais e interpessoais na auto-injúria não suicida e na ideação suicida* (Dissertação de mestrado). ISPA – Instituto Universitário, Lisboa, Portugal.
- Dennis, M. S., Wakefield, P., Molloy, C., Andrews, H., & Friedman, T. (2007). A study of self-harm in older people: Mental disorder, social factors and motives. *Aging and Mental Health*, 11, 520-525. doi: 10.1080/13607860601086611.
- Favazza, A. R. (1989). Why patients mutilate themselves. *Hospital and Community Psychiatry*, 40, 137-145.
- Favazza, N., & Page, S. (2009). Personality style and impulsivity as determinant of suicidal subgroups. *Archives of Suicide Research*, 13, 31-45.
- Gratz, K. L. (2001). Measurement of deliberate self-harm: Preliminary data on the Deliberate Self-Harm Inventory. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 23, 253-263. doi: 10.1016/S0005-7894(82)80015-4.
- Guerreiro, D. F. & Sampaio, D. (2013). Comportamentos autolesivos em adolescentes: uma revisão da literatura com foco na investigação em língua portuguesa. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 31(2), 213-222. doi: 10.1016/j.rpsp.201305.001.
- Hall, S., Oliver, C., & Murphy, G. (2001). Self-injurious behavior in young children with Lesch-Nyhan Syndrome. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 43, 745-749.
- Heath, N., Toste, J., & Beettam, E. (2006). "I am not well-equipped": High school teachers' perceptions of self-injury. *Canadian Journal of School Psychology*, 21, 73-92. doi: 10.1177/0829573506298471.
- Jacobson, C. M., & Batejan, K. (2014). Comprehensive theoretical models of nonsuicidal self-injury. In M. K. Nock (Ed.), *The Oxford handbook of suicide and self-injury* (pp. 308-320). New York: Oxford University Press.
- Kessler, R. C., Berglund, P., Borges, G., Nock, M. K., & Wang, P. S. (2005). Trends in suicide ideation, plans, gestures and attempts in the United States, 1990-1992 to 2001-2003. *Journal of the American Medical Association*, 293, 2487-2495. doi: 10.1001/jama.293.20.2487.
- Klonsky, E. D. (2011). Non-suicidal self-injury in United States adults: Prevalence, sociodemographics, topography and functions. *Psychological Medicine*, 41, 1981-1986. doi: 10.1017/S0033291710002497.
- Klonsky, E. D., & Lewis, S. P. (2014). Assessment of Nonsuicidal Self-injury. In M. K. Nock (Ed.), *The Oxford handbook of suicide and self-injury* (pp. 337-351). New York: Oxford University Press.
- Linehan, M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment for borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.
- Lloyd-Richardson, E. E., Perrine, N., Dierker, L., & Kelley, M. L. (2007). Characteristics and functions of non-suicidal self-injury in a community sample of adolescents. *Psychological Medicine*, 37, 1183-1192. doi: 10.1017/S003329170700027X.
- Madge, N., Hewitt, A., Keith, H., Jan de Wilde, E., Corcoran, P., Fekete, S., Ystgaard, M. (2008). Deliberate self-harm within an international community sample of young people: Comparative findings from the Child Adolescent Self-Harm in Europe (CASE) Study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49(6), 667-677. doi: 10.1111/j.1469-7610.2008.01879.x.
- Mathews, C. A., Waller, J., Glidden, D. V., Lowe, T. L., Herrera, L. D., Budman, C. L., Reus, V. I. (2004). Self-injurious behavior in Tourette Syndrome: Correlates with impulsivity and impulse control. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 75, 1149-1155. doi: 10.1136/jnnp.2003.020693.
- Meltzer, H., Gatward, R., Goodman, R., & Ford, T. (2001). *Children and adolescents who try to harm, hurt or kill themselves: A report of further analysis from the national survey of the mental health of children and adolescents in Great Britain in 1999*. London, UK: Office for National Statistics.
- Miller, D. N., & Brock, S. E. (2010). Prevalence and associated conditions. In S. E. Brock & S. R. Jimerson (Eds.), *Identifying, Assessing and Treating self-injury at school* (pp. 23-34). New York: Springer.
- Minshawi, N. F., Hurwitz, S., Fodstad, J. C., Biebl, S., Morriss, D. H., & McDougle, C. J. (2014). The association between self-injurious behaviors and autism spectrum disorders. *Psychology Research and Behavior Management*, 7, 125-136. doi: 10.2147/PRBM.S44635.
- Muehlenkamp, J. J., & Brausch, A. M. (2012). Body regard and non-suicidal self-injury in adolescents. *Journal of Adolescence*, 35, 1-9.
- Muehlenkamp, J. J., Claes, L., Havertape, L., & Plener, P. L. (2012). International prevalence of adolescent

- non-suicidal self-injury and deliberate self-harm. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 6(10), 1-9.
- Muehlenkamp, J. J., Walsh, B. W., & McDade, M. (2010). Preventing non-suicidal self-injury in adolescents: The Signs of Self-Injury Program. *Journal of Youth and Adolescence*, 39, 306-314. doi: 10.1007/s10964-009-9450-8.
- Nixon, M. K., Cloutier, P. F., & Aggarwal, S. (2002). Affect regulation and addictive aspects of repetitive self-injury in hospitalized adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 41, 1333-1341. doi: 10.1097/00004583-200211000-00015.
- Nixon, M. K., & Heath, N. L. (2009). Introduction to non-suicidal self-injury in adolescents. In M. K. Nixon & N. L. Heath (Eds.), *Self-injury in youth: The essential guide to assessment and intervention* (pp. 1-6). New York: Routledge.
- Nock, M. K. (2009). Why do people hurt themselves? New insights into the nature and functions of self-injury. *Current Directions in Psychological Science*, 18(2), 78-83. doi: 10.1111/j.1467-8721-2009.01613.x.
- Nock, M. K. (2010). Self-injury. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6, 339-363. doi: 10.1146/annurev.clinpsy.121208.131258.
- Nock, M. K., & Mendes, W. B. (2008). Psychological arousal, distress tolerance, and social problem solving deficits among adolescent self-injurers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 28-38. doi: 10.1037/0022-006X.76.1.28.
- Nock, M. K., & Prinstein, M. J. (2004). A functional approach to the assessment of self-mutilative behavior. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72, 885-890. doi: 10.1037/0022-006X.72.5.885.
- Nock, M. K., & Prinstein, M. J. (2005). Contextual features and behavioral functions of self-mutilation among adolescents. *Journal of Abnormal Psychology*, 114, 140-146. doi: 10.1037/0021-843X.114.1.140.
- Nock, M. K., Wedig, M. M., Holmberg, E. B., & Hooley, J. M. (2008). The Emotion Reactivity Scale: Development, evaluation, and relation to self-injurious thoughts and behaviors. *Behavior Therapy*, 39, 107-116. doi: 10.1016/j.beth.2007.05.005.
- O'Connor, R. C., Armitage, C. J., & Gray, L. (2006). The role of clinical and social cognitive variables in parasuicide. *British Journal of Clinical Psychology*, 45, 465-481. doi: 10.1348/014466505X82315.
- Parks, P. J. (2011). *Self-injury Disorder*. San Diego, California: Reference Point Press.
- Peat, C. M. (2014). Cognitive-Behavioral Therapy. In L. Claes & J. J. Muehlenkamp (Eds.), *Non-suicidal self-injury in eating disorders* (pp. 105-125). New York: Springer.
- Plener, P. L. & Schulze, U. M. (2014). Pharmacological treatment of non-suicidal self-injury and eating disorders. In L. Claes & J. J. Muehlenkamp (Eds.), *Non-suicidal self-injury in eating disorders* (pp. 197-214). New York: Springer.
- Prinstein, M. J., Boegers, J., & Spirito, A. (2001). Adolescents' and their friends' health-risk behavior: Factors that alter or add to peer influence. *Journal of Pediatric Psychology*, 26, 287-298. doi: 10.1093/jpepsy/26.5.287.
- Rodham, K., & Hawton, K. (2009). Epidemiology and phenomenology of nonsuicidal self-injury. In M. K. Nock (Ed.), *Understanding non-suicidal self-injury: Origins, assessment and treatment* (pp. 37-62). Washington, DC: American Psychological Association.
- Rodham, K., Hawton, K., & Evans, E. (2004). Reasons for deliberate self-harm: Comparison of self-poisoners and selfcutters in a community sample of adolescents. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 43, 80-87. doi: 10.1097/01.chi.0000096627.64367.74.
- Rother, E. T. (2007). Revisão sistemática X revisão narrativa. *Acta Paulista*, 20(2), v-vi. doi: 10.1590/S0103-21002007000200001.
- Ross, S., & Heath, N. (2002). A study of the frequency of self-mutilation in a community sample of adolescents. *Journal of Youth and Adolescence*, 31, 66-77.
- Sapienza, G., & Pedromônico, M. R. M. (2005). Risco, proteção e resiliência no desenvolvimento da criança e do adolescente. *Psicologia em Estudo*, 10(2), 209-216.
- Selby, E. A., Anestis, M. D., & Joiner, T. E. (2008). Understanding the relationship between emotional and behavioral dysregulation: Emotional cascades. *Behavior Research and Therapy*, 6, 593-611. doi: 10.1016/j.brat.2008.02.002.
- Shaffer, D., & Kipp, K. (2007). *Developmental psychology: childhood and adolescence*. Belmont: Wadsworth.
- Silva, E. P. Q., & Santos, S. P. (2015). Práticas de ensino, pesquisa e extensão no âmbito do GPECS: Problematizando corpos, gêneros, sexualidades e educação escolar. *Educação e Políticas em Debate*, 4(2). Recuperado de <http://www.seer.ufu.br/index.php/revistaeducaopoliticas/article/view/34555/18311>.
- Suyemoto, K. L. (1998). The functions of self-mutilation. *Clinical Psychology Review*, 18, 531-554.
- Teixeira, A. M. F., & Luis, M. A. V. (1997). Suicídio, lesões e envenenamento: Um estudo epidemiológico. *Revista Latino Americana de Enfermagem* 5, 31-36.

- Walsh, B. W. (2006). *Treating self-injury: A practical guide*. New York: Guilford Press.
- Whitlock, J., Muehlenkamp, J., Purington, A., Eckenrode, J., Barreira, P., Baral-Abrahms, G., ... Knox, K. (2011). Non-suicidal self-injury in a college population: General trends and sex differences. *Journal of American College Health*, 59(8), 691-698. doi: 10.1080/07448481.2010.529626.
- Whitlock, J., & Selekman, M. D. (2014). Nonsuicidal self-injury across the life span. In M. K. Nock (Ed.), *The Oxford handbook of suicide and self-injury* (pp. 47-58). New York: Oxford University Press.
- Zetterqvist, M., Lundh, L. G., Dahlström Ö., & Svedin, C. G. (2013). Prevalence and function of non-suicidal self-injury (NSSI) in a community sample

of adolescents, using suggested DSM-5 criteria for a potential NSSI disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 41(5), 759-773. doi:10.1007/s10802-013-9712-5.

Endereço para correspondência:

Luana Cristina Silva Santos
Campus Prof. João Cardoso Nascimento – UFS
Rua Cláudio Batista, s/n
CEP: 49060-108 – Cidade Nova, Aracaju/SE
Contato: +55 79 2105-1700
E-mail: luusilva_psy@hotmail.com

Recebido em 10/02/2017

Aceito em 20/04/2017

Expectativa de vida e perspectiva de futuro em pacientes oncológicos: Revisão sistemática

Life expectancy and future prospects in cancer patients: systematic review

Vanessa Ferreira Delevatti¹

Viviane Salaza¹

Tagma Marina Donelli Schneider¹

Elisa Kern de Castro¹

Universidade do Vale do Rio dos Sinos Unisinos

Resumo

Este estudo buscou revisar sistematicamente a literatura acerca das expectativas de vida e perspectiva de futuros em pacientes oncológicos. Foram incluídos artigos internacionais publicados entre 1990 e 2017. Para a realização das buscas, foram utilizados os descritores *Life expectancy*, *Future plans*, *Hope*, *Terminal patient*, oriundos do portal EBSCO Host pelas bases de dados MEDLINE with full text, Soc INDEX e MEDLINE complete e do portal da CAPES pelas bases Science Direct, Scielo, Web of Science e Psyc INFO. Os estudos apontaram maior ênfase em questões relacionadas à esperança e bem estar de pacientes com diferentes tipos e estadiamento do câncer, destacando-se a importância da comunicação entre a equipe multidisciplinar em saúde, paciente e familiares/cuidadores.

Palavras-chave: Expectativa de vida; perspectiva de futuro; esperança; câncer; paciente terminal.

Abstract

This study aimed to systematically review the literature on expectations of life and perspective of future in cancer patients. Were included international articles published between 1990 and 2017. To carry out the search, the Life expectancy descriptors Future plans were used, Hope, patient terminal, coming from the portal EBSCO Host by MEDLINE with full text, INDEX Corporation and MEDLINE complete and the portal of CAPES the bases Science Direct, Scielo, Web of Science and Psyc INFO. Studies showed greater emphasis on issues related to hope and well-being of patients with different types and staging of cancer, especially the importance of communication between the multidisciplinary health team, patient and family/caregivers.

Keywords: Life expectancy; prospects for the future; hope; cancer; terminal patient.

Os processos atuais de urbanização e industrialização vêm evidenciando o aumento nos fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), no cenário mundial. Fatores como maus hábitos alimentares, sedentarismo, ingestão excessiva de álcool, tabagismo e estresse unidos a fatores hereditários e étnicos tem levado a um exponencial aumento da incidência e prevalência das DCNT na população mundial (INCA 2013a; Guerra, Gallo, Azevedo, & Mendonça, 2005; Campos & Neto, 2009). Entre as DCNTs mais prevalentes destaca-se o câncer, por sua incidência ter crescido consideravelmente, configurando-se um dos maiores problemas de saúde pública mundial (Guerra et al. 2005).

Apesar do avanço referente às intervenções terapêuticas em pacientes oncológicos, os estudos possuem o foco geralmente na questão física, havendo uma carência de estudos que visem suas questões emocionais (Bertan & Castro, 2010). O preenchimento dessa lacuna é crucial devido a todas as questões emocionais associadas a dor, sofrimento e morte que permeiam o

paciente diante do diagnóstico inicial atravessando todo o processo de tratamento.

Nesta direção, um bom enfrentamento do câncer, assim como das demais doenças crônicas, deve levar em consideração a elaboração e a discussão da expectativa de vida e perspectiva de futuro dos pacientes, relacionando essas questões aos aspectos fisiológicos e psicossociais ocasionados pela doença desde o seu diagnóstico. De acordo com Taam e Stieltjes (2012), a expectativa de vida está fortemente relacionada a uma projeção temporal previamente estabelecida, associada à determinada média populacional, e que estima uma quantidade de anos que espera-se que determinada pessoa, ou grupo populacional, tenha de vida. No entanto, a perspectiva de futuro, para Neiva-Silva (2003), refere-se a estabelecer metas e fazer planos, que são ferramentas importantes para projetar desejos em diversas situações ao longo da vida.

Em relação ao câncer, quando o paciente recebe o diagnóstico, é inevitável pensar em uma rápida abreviação na expectativa de vida (Mackenzie, Carey, Sanson-Fischer, D'Este & Hall, 2012; Maluf, Mori &

¹ Universidade do Vale do Rio dos Sinos Unisinos-São Leopoldo RS

Barros, 2005). Este fato remete a maioria dos pacientes com câncer avançado à ansia de imergir em informações detalhadas sobre a doença, bem como sobre os procedimentos usados durante o tratamento, para enfim, saber como sua vida será afetada (Kiely, Mantin, Tattersall, Nowak, Goldstein, Wilcken, Wyld, Abdi, Glasgow, Beale, Jefford, Glare & Stockler, 2013^a; Sales & Assunção, 2001; Pollock, Cox, Howard, Wilson, Moghaddam 2008). Esta busca por informações, o paciente apresenta uma significativa preocupação sobre sua continuidade da vida pessoal e profissional para além da doença. Apesar da evidente importância da expectativa de vida em pacientes com doenças crônicas, especialmente aqueles acometidos pelo câncer, faltam maiores elucidaciones em relação à perspectiva de futuro desses pacientes. Assim, o presente estudo objetivou revisar de forma sistemática a literatura referente à perspectiva de futuro em indivíduos acometidos pelo câncer.

MÉTODOS

Para atingir o objetivo proposto, utilizou-se a revisão sistemática de artigos científicos, que permite o alcance dos conhecimentos produzidos na área social e da saúde, de maneira ordenada e sintética. A realização da busca por subsídios bibliográficos foi definida através dos portais EBSCO Host (pelas bases de dados Soc INDEX Whith Full Text e MEDLINE Complete) e CAPES (pelas bases Science Direct, Scielo, Web of science e Psc INFO). Nestas bases foram consultados os seguintes descritores: *Life expectancy*, *Future plans*, *Hope*, *Terminal patient*. As buscas nas bases de dados já citadas foram realizadas em outubro de 2017, sendo obtidas ao todo 4.612 publicações científicas de língua

inglesa nos dois portais de busca. Para a realização deste estudo, os materiais que foram excluídos tratavam de assuntos como: avanços tecnológicos no tratamento de doenças crônicas, estudos de novas drogas, longevidade em diferentes países e culturas, bem como estudos realizados com crianças e adolescentes. Também foram descartados os registros duplicados. Dentre os critérios de inclusão, foram selecionados artigos internacionais de língua inglesa disponíveis online referentes aos familiares/cuidadores, equipe multidisciplinar em saúde e pacientes adultos com diferentes tipos de câncer que abordassem questões acerca da perspectiva de futuro e esperança.

No portal EBSCO Host, entre as duas bases de dados já citadas, do total de 576 itens obtidos através dos descritores utilizados, 28 foram selecionados através da leitura de títulos e resumo, e após a leitura na íntegra, 15 publicações foram consideradas elegíveis para a presente revisão. Posteriormente, pelo portal CAPES, entre as bases pesquisadas citadas acima, somente a Science Direct e a Web of Science contemplaram as buscas pelos descritores selecionados. Nestas bases, foram encontradas 4.033 publicações, sendo 68 elegíveis, e deste total apenas 10 foram selecionadas após a leitura de títulos e resumos.

Para a melhor visualização, foi desenvolvido um fluxograma em anexo 1, para a descrição do processo realizado até chegar ao número final de artigos para a análise na íntegra. Foi somado o número total dos achados entre os dois portais investigados, em seguida foram realizados os refinamentos, descartando estudos acerca de perspectivas de futuro em relação às inovações tecnológicas de tratamento, ressaltando o foco da revisão em publicações referentes aos aspectos emocionais das perspectivas de futuro e esperança sob a ótica do paciente, familiares/cuidadores e equipe multidisciplinar em saúde, acerca dos diferentes tipos de câncer.

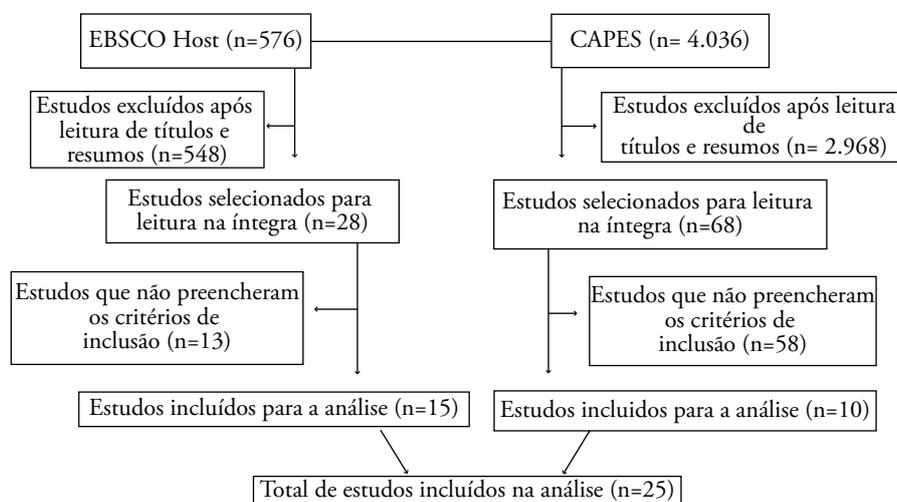


Figura 1

Fluxograma de identificação e seleção dos estudos.

Com a finalidade de refinar a análise dos 25 estudos selecionados, a mesma foi desenvolvida através das seguintes categorias: 1) área de publicação, na qual foram identificadas as diferentes áreas da saúde. Essa categoria considerou as áreas da saúde dos autores indexadas nas publicações; 2) ano de publicação dos estudos; 3) objetivos principais, analisados por tópicos conforme a frequência da utilização nos estudos; 4) delineamento dos estudos, apontando a metodologia utilizada na realização das investigações; 5) instrumentos de coleta de dados, apresentando todos os instrumentos nomeados nos estudos analisados; e 6) principais resultados, caracterizados pela análise dos resultados obtidos pelos estudos empíricos. A categoria “principais resultados” foi organizada em temas conforme os resultados apresentados pelos materiais. Nesta categoria destacam-se três eixos temáticos que norteiam a apresentação e a discussão dos resultados obtidos: 1) planos futuros; 2) esperança; e 3) questões psicossociais.

RESULTADOS

Área de Publicação

As publicações selecionadas foram publicadas na área da Medicina (15 estudos), multidisciplinar, que contemplam estudos entre psicologia, medicina, enfermagem, serviço social, farmácia, entre outros (7 estudos) e enfermagem (3 estudos). A grande maioria destes estudos coloca a importância da esperança de cura dos pacientes, sendo esta uma motivação para atravessar o processo do tratamento. Os estudos multidisciplinares e os de enfermagem denotam a importância do cuidado, preparo e suporte emocional dos familiares/cuidadores durante o processo de tratamento, sendo isto fundamental na tomada de decisões precisas acerca da vida do paciente.

Ano de publicação

A divisão dos achados entre os anos de 1990 a 2017 mostra que, a partir dos anos 2000 é que se enfatizaram investigações sobre expectativa de vida, perspectiva de futuro e esperança de cura acerca do câncer. Na década de 90 não houve registro de publicações acerca de estudos que se aproximassem dessa temática. Entre os anos de 2008 a 2017 houve um maior número de publicações nessa temática, totalizando 15 estudos.

Objetivos

Durante o processo de análise, foram constatados diferentes tipos de objetivos estudados. Dentre eles destacaram-se os estudos referentes à percepção e sentimentos de pacientes em diferentes fases da doença (Sanatani, Schreier, & Stitt, 2008; Pollock et al. 2008; Lundström, Fürst, Friedrichesen & Strang, 2009; Lehto & Therrien, 2010; Temel, Greer, Admane, Gallagher, Jackson, Lynch, Lennes, Dahlin & Pirl, 2011; Vehling, Lehmann, Oechsle, Bokemeyer, Krull, Koch & Mehnert, 2012; Knight, Oliphant, Maxwell, McKenzie, McCann, Hammill, Sharma, 2016; Freedman, Keating, Pace, Lii, McCarthy, Schonberg, 2017; Green, Schubart, Whitehead, Farace, Lehman, Levi, 2015) os estudos com pacientes com diferentes tipos de câncer em tratamento paliativo (Sanatani et al. 2008; Temel et al, 2011; Vehling et al. 2012; Lorenz, Asch, Rosenfeld, Liu, Ettener, 2004; Vliet, et al. 2013; Polly M, Maryjo P, 2014), estudo abordando tema com familiares/cuidadores (Melin - Johansson, Axelsson, & Danielson, 2007), e estudos envolvendo pacientes, familiares/cuidadores e equipe multidisciplinar em saúde, acerca da expectativa de vida dos pacientes (Curtis et al. 2008; Clark et al. 2011; Kiely, Mc Caughan, Christodoulou, Beale, Grimison, Trotman, Tattersall & Stockler 2013^b; Cormican & Dowling, 2016; Winner, Wilson, Yahanda, Gani, Pawlik, Baltimore, 2016; Henselmans, Smets, Han, Haes, Laarhoven 2017).

Entre os principais objetivos traçados pelos estudos internacionais, foi constatado que as categorias mais pesquisadas foram referentes às diversas questões relacionadas aos pacientes crônicos em estágio avançado, questões essas que vão desde as diretrizes de políticas públicas em saúde que asseguram o direito do paciente participar ativamente da tomada de decisões dos profissionais da saúde e familiares acerca de seu tratamento. Questões relacionadas ao vínculo, na comunicação entre os pacientes e os profissionais da saúde sobre o diagnóstico e todo o processo de tratamento. Questões emocionais de aceitação e estratégias de enfrentamento, assim como, a esperança de se ter uma boa qualidade de vida naqueles anos que ainda restam.

Delineamento

Em relação ao delineamento dos estudos, o método qualitativo ganhou destaque, sendo usado num total de 14 estudos. Estes apresentaram-se de forma descritiva, longitudinal e fenomenológica. Também foram localizados um estudo de ordem mista. Estudos

com o método quantitativo foram 11, sendo esses organizados como ensaio clínico randomizado, descritivos ou longitudinais.

Instrumentos

Quanto aos instrumentos de coleta de dados, foi empregado em três estudos uma combinação de instrumentos, como: grupos focais, entrevistas semiestruturadas e estruturadas, bem como instrumentos padronizados e escalas como: Herth Hope Index (HHI), Demoralization Scale, Life Attitude Profile - Revised, Hospital Anxiety and Depression Scale, NCCN DT (physical problems list), Índice Herth Hope, Beck Hopelessness Scale, State Trait Anxiety Inventory. A utilização de registro em áudio e/ou vídeo apareceu apenas em dois estudos.

Principais resultados

Os principais resultados obtidos nos estudos estão apresentados em três eixos temáticos: 1) planos futuros; 2) esperança; e 3) questões psicossociais.

No eixo relacionado aos planos futuros, foram assinalados os tópicos referentes à qualidade e ao prolongamento da vida, salientando a necessidade de diferentes caminhos e engajamento dos profissionais da saúde, familiares e principalmente dos pacientes durante o tratamento. Este eixo foi encontrado em grande parte dos estudos analisados. Quando se trata de pacientes com câncer avançado ou em tratamento paliativo, a notícia mais esperada no momento do diagnóstico é a esperança de uma sobrevivida prolongada (Curtis et al. 2008). Esta questão pode definir uma motivação e preocupação com a qualidade de vida, tendo em vista suas limitações. De acordo com Freire, Sawada, França, Costa e Oliveira (2014), Markluf, Dias e Barra (2005) e Bertan e Castro (2010), a qualidade de vida caracteriza-se, de um modo geral, como uma necessidade humana primordial, por associar a percepção subjetiva do indivíduo acerca de questões sociais, culturais, políticas e econômicas imersas em seu contexto, buscando almejar objetivos e aspirações futuras. Em estudo realizado acerca da interação de pais com câncer avançado e seus filhos, foi destacado a importância de criar estratégias para adaptar o tempo juntos, a fim de fortalecer os laços afetivos abalados em função do diagnóstico. Neste estudo foi salientado também o suporte emocional do paciente e preocupação com sua qualidade de vida, para poder proporcionar melhor tempo junto aos filhos e o planejamento futuro de sua família depois de sua

ausência (Sheehan & Draucker, 2011). Neste sentido, estudos salientam que pacientes acometidos por câncer avançado, geralmente preferem obter informações detalhadas sobre seu tempo de sobrevivida, a fim de analisar as possibilidades de tratamento vigentes, otimizar o tempo e posteriormente realizar planejamentos acerca de sua morte (Kiely et al., 2013^a).

Em relação à esperança, foram abordadas todas as questões que repercutiram no imaginário dos pacientes, familiares e equipe de saúde, desde a crença de cura até a confiança na relação com a equipe de saúde, familiares/cuidadores de cada indivíduo a fim de garantir as necessidades subjetivas pelas terapias propostas. Neste eixo foi identificada a subcategoria estratégias de enfrentamento. Essa questão foi apresentada nos estudos referentes à importância do suporte familiar neste contexto do tratamento. Para Gibson e Gorman (2012), a esperança é um termo muito usado na literatura clínica e científica, sendo caracterizada como um tópico importante para a vida, relacionada ao futuro e altamente subjetiva. Segundo Sigstad, Stray-Pedersen e Froland (2005), os valores referentes à esperança, representados nas escalas utilizadas no estudo, influenciam diretamente as estratégias de enfrentamento. Outro fator importante apresentado nesta subcategoria foi a necessidade de apoio e informação quanto à discussão do prognóstico na perspectiva de pacientes terminais, familiares e equipe multidisciplinar em saúde, a fim de melhorar a comunicação acerca dos cuidados no fim da vida. Os dois eixos acima foram divididos pelo fato de se obter maiores elucidaciones acerca de cada quesito.

No que diz respeito ao eixo das questões psicossociais, foi salientada a importância do suporte emocional dos familiares/cuidadores e equipe multidisciplinar em saúde, principalmente no momento do diagnóstico da doença, a fim de qualificar a tomada de decisão, bem como a capacidade do paciente lidar com o estresse de sua enfermidade. Além disso, segundo Pollock et al. (2008), uma informação de qualidade é crucial para auxiliar na tomada de decisão e na maneira mais significativa em lidar com os fatores estressores que a doença apresenta. A angústia e sentimentos depressivos foram destacados em alguns estudos. De acordo com Vehling et al. (2012), a angústia se faz presente nos paciente oncológicos em todas as fases da doença. Neste eixo, destaca-se a subcategoria comunicação, que ressalta a importância de uma boa comunicação entre o profissional da saúde e o paciente, pois esta prática enfatiza a confiança estabelecida na relação médico/paciente, autonomia do paciente durante o tratamento, bem como proporciona melhores estratégias de enfrentamento

(Vliet et al. 2013; Kiely et al. 2013_a; Curtis et al. 2008, Pollock et al. 2008, Cormican & Dowling 2016; Winner et al. 2016; Henselmans et al. 2017).

Os três eixos destacados nos resultados dos estudos caracterizam-se pela forte conexão no que tange aos processos de diagnóstico, tratamento e pós-tratamento, salientando sua importância em todas as etapas do percurso terapêutico. Nos estudos analisados foram identificados poucos estudos que contemplaram as questões de planejamentos futuros, esperança de cura e bem estar emocional, apresentando, em sua grande maioria, investigações sobre pacientes em cuidados paliativos, no que diz respeito às políticas públicas, religiosidade, subjetividade, bem estar, tratamento, relação paciente e equipe de saúde e suporte emocional de familiares/cuidadores. Entretanto, há uma lacuna significativa no que tange aos aspectos referentes ao planejamento futuro na perspectiva dos pacientes, principalmente em pacientes oncológicos nos diferentes tipos de câncer e níveis de estadiamento.

DISCUSSÃO

Os resultados encontrados na presente revisão, são oriundos de diferentes áreas da saúde, sendo a grande maioria dos estudos oriundos da medicina, sendo dois contendo a participação da psicologia. Isso denota o quanto esta temática ainda é pouco investigada na psicologia, apesar da importância clínica que a abordagem psicológica tem sobre a perspectiva de futuro no tratamento de doenças crônicas, especialmente o câncer. Ainda que existam poucos estudos na temática investigada, o fato destes trabalhos estarem sendo desenvolvidos nos últimos anos, enquanto pouco se investigava em décadas anteriores, proporciona uma expectativa positiva relativa a novos estudos na área.

Em relação às diferentes categorias de investigação da presente temática, estudos acerca dos familiares enfatizaram primordialmente a tomada de decisões em relação ao tratamento. Seguindo esta lógica, a relação das políticas públicas em saúde enfatizou as diretrizes acerca do reconhecimento dos direitos dos pacientes idosos sobre a participação e informação sobre a tomada de decisão do seu tratamento. No entanto, no que tange às questões de perspectiva de futuro em saúde, destaca-se a importância da boa comunicação entre médico e paciente em relação à descoberta da doença. Apesar da categoria dos pacientes ser a mais estudada, observou-se uma grande questão sobre a palição e o processo de final da vida, enfatizando uma surpreendente reflexão acerca da possibilidade de se motivar e

fazer planejamentos futuros quando se está no fim da vida, contrapondo-se à ideia inicial de que pacientes com chances de cura e com uma expectativa de vida e sobrevida pudessem explicar mais pensamentos e desejos para planos futuros.

De uma perspectiva metodológica, encontrou-se o método qualitativo como aquele comumente usado entre os estudos revisados. Segundo Creswell (2010), a abordagem qualitativa destaca diferentes concepções e estratégias de investigação (métodos de coleta de dados, análise e interpretação). O autor ressalta também que mesmo que o processo seja similar, este método mostra basicamente que a análise dos dados procede de maneira ímpar e se beneficia das diversas formas de investigação. Neste sentido, pode-se explorar a singularidade dos dados, a fim de produzir uma reflexão importante acerca da percepção, sentimentos e experiências vividas dos sujeitos envolvidos no estudo. Apesar das positivas particularidades do método qualitativo, os resultados demonstram ser necessário que outros delineamentos muito utilizados na pesquisa epidemiológica, como os ensaios clínicos randomizados, com alto nível de evidência, sejam utilizados na temática referente à perspectiva de futuro, pois, ampliando-se as formas de estudar a questão, espera-se ampliar também as formas de compreensão da mesma.

Uma combinação de instrumentos foi utilizada na maioria dos estudos. Especificamente sobre o câncer, doença investigada, os instrumentos apresentaram conexão com os aspectos relacionados à esperança e estratégias de enfrentamento em diferentes fases do processo de tratamento oncológico, evidenciando os divergentes aspectos biopsicossociais que o câncer representa, ainda que representem pacientes terminais em processo paliativo. Desta maneira, o uso de instrumentos de coleta de dados que evidencie a exploração da fala, bem como a subjetividade do participante do estudo, possibilita averiguar diferentes olhares de questões que não foram investigadas até o momento. Sendo assim, a utilização de diferentes instrumentos, de forma coesa com a proposta do estudo, possibilita a ampliação da qualidade, tornando as investigações factíveis.

Baseado nos principais resultados, o tópico que contempla os planos futuros teve estudos com pacientes oncológicos em estado avançado e sob cuidados paliativos, investigando a qualidade e o prolongamento da vida, englobando estratégias e discussões que envolvem pacientes, equipe multidisciplinar em saúde e familiares/cuidadores (Kiely et al. 2013b; Melin- Johansson et al. 2007; Rydahl- Hansen, 2005). Também foram encontrados estudos com pacientes sobreviventes (Vliet

et al. 2013). Este tópico salientou a importância de discutir questões referentes ao diagnóstico e possibilidades terapêuticas para os planos futuros serem traçados conjuntamente com a tríade paciente, equipe de saúde e familiares/cuidadores. Os estudos mostraram que os planos futuros estão fortemente ligados a questões de esperança.

Em relação ao tópico da esperança, foram abordadas questões que endossam a influência da informação, destacando a qualidade de informação dos profissionais no diagnóstico (Curtis et al. 2008) e no processo do tratamento (Vliet et al. 2013), enfatizando a importância da boa comunicação entre pacientes de doenças crônicas avançadas, em sua grande maioria pacientes oncológicos, equipe multidisciplinar em saúde e familiares cuidadores (Li et al. 2010; Pollock et al. 2008). Estudos realizados com pacientes oncológicos revelaram que as informações quanto ao tempo de vida e de tratamento influenciam intensamente nos seus aspectos emocionais (Otten, Broeders, Herrten, Holland, Frachebourd, Deoning & Verbeik, 2010; Kiely et al. 2013a; Grunfeld, Coyle, Whelan, Clinch, Reyno & Earle, 2004; Gaston-Johansson, Lachica, Fall-Dickson & Kennedy, 2004). Ignacio, Storti, Bennute e Lucia (2011) salientaram em seus estudos a fragilidade emocional do núcleo familiar em lidar com a realidade do câncer durante o tratamento. Falhas na comunicação no que se refere ao prognóstico de pacientes com câncer avançado pode colaborar para resultados negativos nas relações entre enfermeiros e pacientes (McLennon, Lasiter, Miller, Amlin, Chamness & Helft (2013).

Outro fator encontrado acerca da esperança foi o alívio de sintomas devido à utilização de tratamento medicamentoso em pacientes com câncer metastático, produzindo consequências significativas nos cuidados de fim da vida, acarretando em bem estar físico e psicológico, fortalecendo os laços de espiritualidade e diminuindo a incidência de sintomas depressivos e desejo de mortes prematuras naqueles pacientes em cuidados paliativos. Houve conjuntamente uma atenção para o núcleo familiar, como conteúdos de cunho afetivo na relação familiar cuidador/ paciente, e questões voltadas à importância do papel da espiritualidade/religiosidade no processo de adoecimento. Segundo Ferreira e Raminelli (2012), a esperança de cura está fortemente ligada às questões religiosas, fomentando pensamentos de perspectiva de futuro pela necessidade de negar a realidade da doença, alimentando o desejo de retomar a vida e os planejamentos que foram interrompidos pelo tratamento. Segundo Sanatani et al. (2008), médicos devem explorar a experiência de vida de cada paciente,

para garantir um cuidado mais eficaz e humanizado no atendimento das mesmas de acordo com os tratamentos propostos. Estes elementos mostram em sua grande maioria, a importância da esperança de cura dos pacientes como uma motivação para atravessar o processo do tratamento.

Quanto ao tópico das questões psicossociais, os estudos denotam a importância do cuidado, preparo e suporte emocional dos familiares/cuidadores durante o processo de tratamento, para tomada de decisões precisas acerca da vida do paciente, bem como de sobreviventes (Clark et al. 2011). Neste tópico, é importante ressaltar que fatores emocionais são cruciais em todas as fases do tratamento para os pacientes e familiares.

O artigo apresenta algumas limitações. Dentre estas, destacamos a busca ser limitada apenas a artigos em língua inglesa. No entanto, o presente estudo possui uma temática inovadora, revisando sistematicamente a expectativa de vida e a perspectiva de futuro em pacientes oncológicos, ressaltando especialmente a importância da comunicação entre profissionais e pacientes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo teve como finalidade realizar uma revisão sistemática de artigos internacionais no período de 1990 a 2014, com o foco na expectativa de vida e perspectiva de futuro em pacientes com câncer. Os resultados obtidos mostram uma maior incidência de métodos qualitativos através de análise de conteúdo e utilização de entrevistas semiestruturadas. Os demais estudos utilizaram outros instrumentos de coleta de dados, investigando a esperança, bem estar, planejamento futuro, e o eixo temático mais estudado foi a esperança. Entre as áreas do conhecimento que investigam sobre o tema, a medicina foi aquela com maior número de estudos encontrados, e a psicologia foi a área da saúde com menor número de estudos, sendo o estudo da expectativa de vida e perspectiva de futuro nas doenças crônicas, especialmente no câncer, um campo de estudos a ser explorado pela psicologia clínica.

As principais considerações da presente revisão referem-se à importância da comunicação entre equipe multidisciplinar em saúde, paciente e familiares/cuidadores, pois, otimizando a comunicação entre as referidas partes, o paciente pode compreender melhor a situação em que se encontra, adotando uma postura mais autônoma no seu tratamento. Assim, o paciente pode sentir-se de fato participante do processo terapêutico e construir uma positiva, mas realista, perspectiva de futuro.

Para a indicação de futuros trabalhos deve-se ressaltar a ampliação de buscas, utilizando maior número de descritores, bem como, conduzir a produção de trabalhos nacionais e internacionais acerca da percepção de futuro e aspectos psicológicos por pacientes de doenças crônicas não transmissíveis, em especial as neoplasias.

REFERÊNCIAS

- Bertan, F. C., Castro E, K. (2010). Qualidade de vida, indicadores de ansiedade e depressão e satisfação sexual em pacientes adultos com câncer. *Revista Salud e Sociedad*. 1(2), 76-88.
- Campos M, O., Neto, J.F.R.(2009). Doenças crônicas não transmissíveis: fatores de risco e repercussão na qualidade de vida. *Revista Baiana de Saúde Pública*. 33(4) 561-581.
- Corminan O, Dowling M (2016) *Managing Relapsed Myeloma: The views of patients, nurses and doctor*. *European Journal of Oncology Nursing*. 23: 51-58.
- Curtis J., Engelberg R, Young J., Vig L., Reinke L., Wenrich M., McGrath B. (2008) An Approach to Understanding the interaction of hope and desire for explicit prognostic information among individuals with severe chronic obstructive pulmonary disease or advanced cancer. *Journal of Palliative Medicine*. 11(4), 610-620.
- Clark P., Brethwaite D., Gnesdiloff S. (2011) Providing support at time of death from cancer: Results of a 5 year post-bereavement group study. *Journal of Social Work In end-of-life & Palliative care*.7: 195-215.
- Creswell J.W (2010) *Projeto de pesquisa: Métodos qualitativos, quantitativos e mistos* John W Creswell; Trad. Magda Lopes, consultoria, supervisão e revisão técnica desta edição Dirceu da Silva. Ed, porto Alegre: Artmed.
- Ferreira V, S. Raminelli O. (2012) O olhar do paciente oncológico em relação a sua terminalidade: Ponto de vista psicanalítico. *Rev. Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar - SBPH*. 15(1), 101-113.
- Freire M, Sawada N, França I, Costa S, Oliveira C (2014) Qualidade de vida relacionada a saúde de pacientes com câncer avançado: Uma revisão integrativa. *Revista Escola de Enfermagem USP*. 48(2): 357-367.
- Freedman R.A, Keating N.L, Pace L.E, Lii J, McCarthy E.P, Schonberg M, A. (2017) Use of survivors by life expectancy. *Journal of Clinical Oncology*. 35(27).
- Gaston-Jahansson J. M, Evelin M. Lachica M.S, Fall-Dickson J.M., Kennedy J (2004) Psychological Distress, Fatigue, Burden of Care, and Quality of Life in Primary caregivers of Patients with breast cancer undergoing autologous bone marrow transplantation. *Oncology Nursing Forum*. 13(6):1161-1169.
- Guerra M. R., Gallo C,V.M., Azevedo G., Mendonça S., (2005) Risco de câncer no Brasil: Tendências e estudos epidemiológicos mais recentes. *Revista Brasileira de Cancerologia*. 51(3):227-234.
- Gibson M., Gorman E. (2012) Long- Term Care Residents with cancer and their health care providers reflect on hope. *Canadian Journal on Aging/ La Revue Canadienne Du Vieillissement*. 31(3): 285-293.
- Green M.J, Schubart J.R, Whitehead M.M, Farace E, Lehman E, Levi B.H (2015) Advance care planning does not adversely affect hope or anxiety among patients with advanced cancer. *Journal of Pain and Symptom Management*. 49(6): 1089-1096.
- Henselmans I, Smets E.M.A, Han P.K.J, Haes H.C.J.C, Van Laarhoven H.W.M (2017) How long do I have? Observational study on communication about life expectancy with advanced cancer patients. *Patients Education and Counseling* (100) 1820-1827.
- Ignacio M, Stori D, Bennute G, Lucia M (2011) Aspectos da sobrecarga em cuidadores de pacientes terminais por câncer: Revisão de literatura. *Psicologia Hospitalar*. 9(1), 24-46.
- Instituto Nacional do Câncer- INCA (sd)a O que é câncer? Portal- Instituto Nacional de Câncer. www.inca2.gov.br acesso 10/04/2013.
- Kiely B., Martin A., Tattersall M., Nowak A., Goldstein D., Wilcken N., Wyld D., Abdi E., Glasgow A., Beale P, Jefford M., Glare P, Stockler M.(2013a) The Median Informs the Message: Accuracy of Individualized Scenarios for Survival Time Based on Oncologists' Estimates. *Journal of Clinical Oncology*. 31(29).
- Kiely B,E., McCalghar G., Christodoulou S., Beale P,J., Grimison P, Trotman J.,Tattersale M,H,N., Stockler M,R., (2013b) Using scenarios to explain life expectancy in advanced cancer: attitudes of people with a cancer experience. *Support care cancer*. 21, 369-376
- Lehto R., Therrien B. (2010). Death Concerns among individuals newly diagnosed with lung cancer. *Death Studies*. 34: 931-946.
- Knight K, Oliphant R, Maxwell F, McKenzie C, McCann M, Hammill R, Sharma P, Macdonald A (2016). Colorectal cancer in the elderly and the influence of lead time bias: Better survival does

- not equali with improved life expectancy. *Institute Journal Colorectal Dis.* 31: 553-559.
- Li J., Yuan X., Gao X, Yang X., Jing P., Yu S. (2010). Whether, when, and Who to disclose bad news to patients with cancer: a survey in 150 pairs of hospitalized patients with cancer and family members in China. *Psycho- Oncology.* 21: 778-784.
- Lorenz K, Asch S., Rosenfeld K., Liu H., Ettner S.(2004) Hospice Admission Practices: Where Does Hospice Fit in the continuum of care?. *52: 725-730.*
- Lundström S., Fürst C., Friedrichsen M., Strang P. (2009) The existential impact of starting corticosteroid treatment as symptom control in advanced metastatic cancer. *Paliative Medicine.* 23: 165-170.
- Mackenzie L,T., Carey M,L., Sanson – Fisher R,W., D’Este C,A., Hall A,E.,(2012). Cancer patients willingness to answer survey questions about life expectancy. *Support Care Cancer,* 20: 3335-3341.
- Maluf M.F.M, Morri L.J., Barros A.C.S.D (2005). O impacto do câncer de mama: Revisão de Literatura. *Revista Brasileira de Cancerologia.* 51(2): 149-154.
- Markluf A, Dias R. Barra A (2005) Avaliação da Qualidade de Vida em mulheres com câncer de mama. *Revista Brasileira de Cancerologia.* 52(1): 49-58.
- Melin- Johansson C., Axelsson B., Danielson E.(2007). *Caregivers perceptions about terminally ill family members’ quality of life.* 16: 338-345.
- McLennon S., Lasiter S., Miller W., Almin K., Chamness A., Helft P.(2013). Oncology Nurse’s experiences with prognosis- related communication with patients Who have advanced cancer. *Nursing Outlook.* 61: 427-436.
- Neiva-Silva L., (2003) *Expectativas futuras de adolescentes em situação de rua: um estudo auto fotográfico.* Dissertação de mestrado pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul-UFRGS. Instituto de Psicologia. Curso de pós-graduação em psicologia do desenvolvimento.
- Otten J.D.M, Broeders M.J.M, Den Heeten G.J. Holland R, Fracheboud J. Deoning H.J. Verbeek A.L.M (2010). Life expectancy of Screen-detected invasive breast cancer patients compared with women invited to the Nijmegen Screening program. *Cancer*
- Pollock K., Cox K., Howard P., Wilson E., Moghaddam N. (2008) Service user experiences of information delivery after a diagnosis of cancer: a qualitative study. *Support Care Cancer.* 16: 963-973.
- Rydahl- Hansen S(2005) Hospitalized patients experienced suffering in life with incurable cancer. *Nordic College of Caring Sciences.* 19: 213-222.
- Sales C.A.C.C., Assunção E.L (2001). Qualidade e fonte das informações de pacientes com câncer de mama. *Temas de Psicologia do SBP.* 9(2):113-124.
- Sanatani M., Schreier G., Stitt L., (2008). Level and direction of hope in cancer patients: An exploratory longitudinal study. *Support Care Cancer.* 16:493-499.
- Sheehan D., Draucker C. (2011). Interaction patterns between parents with advanced cancer and their adolescent children. *Psycho- Oncology.* 20: 1108-1115.
- Sigstad M., Stray- Pedersen A., Froland S. (2005) Research Coping, quality of life, and hope in adults with primary antibody deficiencies. *Health and Quality of life Outcomes.* 3(31).
- Taam R., Stieltjes C., (2012) Esperança de vida e educação permanente na terceira idade. *Acta Scientiarum. Human and Social Sciences.* 34(1): 19-26.
- Temel J., Greer J., Admane S., Gallagher E., Jackson V., Lynch T., Lennes I., Dahlin C., Pirl W.(2011) Longitudinal Perceptions of prognosis and goals of therapy in patients with metastatic Non-Small- Cell Lung Cancer: Results. *Journal of Clinical Oncology.* 29 (17).
- Vehling S., Lehmann C., Oechsle K., Bokemeyer C., Krüll A., Koch U., Mechnert A. (2012). Is advanced cancer associated with demoralization and lower global meaning? The role of tumor stage and physical problems in explaining existential distress in cancer patients. *Psycho- Oncology.* 21: 54-63.
- Vliet L., Francke A., Tomson S., Plum N., Wall E., Bensing J.(2013). When cure is optim: How explicit and hopeful can information be given? A qualitative study breast cancer. *Patient education and counseling.* 90: 315-322.
- Winner M, Wilson A, Yahanda A, Gani F, Pawlik T,M, Baltimore (2016) Cancer surgeons attitudes and practices about discussing the chance of operative “cure”. *Oncology* 160 (6): 1619-1627.

Endereço para correspondência:

Vanessa Ferreira Delevatti

Av. Unisinos, 950

CEP: 93020-190 – Cristo Rei, São Leopoldo/RS

E-mail: vfdelevatti@gmail.com

Recebido em 19/10/2017

Aceito em 24/11/2017

Aborto e bioética no jornal Folha de São Paulo

Abortion and bioethics in the newspaper Folha de São Paulo

Edclécia Reino Carneiro de Morais^I

Renata Lira dos Santos Aléssio^{II}

Larissa de Siqueira Coelho^{III}

Joanna Luiza da Cunha Pontes^{IV}

Universidade Federal de Pernambuco (UFPE)

Resumo

Este trabalho objetivou analisar, à luz da teoria das representações sociais, a construção do aborto como notícia atrelada aos debates bioéticos na imprensa brasileira. Foram selecionadas 46 matérias sobre aborto do acervo do jornal Folha de São Paulo. Os dados foram analisados com ajuda do software ALCESTE, resultando em dois eixos: 1-ampliação das possibilidades legais para o aborto? - jornalistas e opinião pública aquecem a discussão sobre o acesso ao aborto; 2- definição de pessoa e valores - destaque para a discussão ontológica sobre o estatuto da pessoa e do embrião. A questão do aborto aparece aqui investida por preocupações normativas relativas à dimensão axiológica do direito à vida e à clivagem simbólica entre mulher e embrião.

Palavras-chave: Bioética; Aborto; Teoria das Representações Sociais; Imprensa.

Abstract

This paper aimed to analyze, based on the theory of social representations, construction abortion as the debates linked news press Brazilian bioethics. A total of 46 articles on abortion were canned collection newspaper Folha de São Paulo. Data were analyzed with help ALCESTE software, resulting in two axes: 1- extension of possibilities legal to abortion? - journalist and public opinion, warm a discussion on access to abortion; 2-definition of people and values. Notability to ontological argument on the status of the person and of the embryo. The abortion issue appears here by regulatory concerns another assault to the axiological dimension right to life and symbolic divide between woman and embryo.

Keywords: Bioethics; Abortion; Social Representations Theory; Press.

Inserido no quadro de uma pesquisa psicossocial que tem estudado a circulação da bioética no espaço público brasileiro, o presente trabalho tem como objetivo analisar a construção do aborto como notícia atrelada aos debates bioéticos na imprensa.

Atualmente, de acordo com o Código Penal (de 1940 com reformas em 1986), o aborto se enquadra entre os “crimes contra a vida” e são caracterizados entre: aborto provocado pela gestante ou com sua permissão (art. 124), aborto provocado por terceiro sem a permissão da gestante (art. 125), aborto provocado por terceiro com a permissão da gestante (art. 126), aborto qualificado (art. 127) e o aborto legal (art. 128). As condições que constituem o aborto legal são apenas quando a gestante corre risco de vida, ou quando é decorrente de um estupro (Rocha, 2006).

Além dos casos legais previstos pelo Código Penal, em 2012 por meio de decisão do Supremo Tribunal Federal (STF) foi autorizado o aborto com assistência médica em

casos de gravidez com fetos anencéfalos. A proposta de autorização para tais casos foi apresentada ao STF em 2004 pela Confederação Nacional do Trabalhadores na Saúde e somente após 8 anos de tramitação passou a ser autorizada pelo órgão por meio de jurisprudência, sem que tenha havido alteração no código penal.

No campo legislativo, muitas já foram as tentativas de modificação do código penal no que diz respeito à caracterização do aborto enquanto crime. Recentemente o STF votou pela descriminalização do aborto no primeiro trimestre de gestação em uma decisão específica sobre a prisão de funcionários de uma clínica clandestina de aborto no Rio de Janeiro. Posicionamento que reacende o debate legislativo e jurídico sobre a criminalização da prática de interrupção voluntária da gestação (IVG) no Brasil.

Por outro lado, as lutas para descriminalização do aborto ou flexibilização dos casos previstos em lei encontram fortes resistências na agenda legislativa do país. Um

^I Psicóloga e Mestre em psicologia pela Universidade Federal de Pernambuco; Doutora do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFPE.

^{II} Psicóloga pela Universidade Federal de Pernambuco; Mestre e Doutora pela Université D'Aix-Marseille; Professora do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFPE.

^{III} Psicóloga pela Universidade Federal de Pernambuco.

^{IV} Psicóloga pela Universidade Federal de Pernambuco.

exemplo foi o projeto de lei (PL 20/91), criado em 1991, que tinha como principal pauta assegurar a realização de abortos legais pelo Sistema Único de Saúde (SUS), porém somente em 1997 esse projeto foi à votação na Comissão de Constituição e Justiça (CCJ), no entanto foi retirado da pauta de votação e permanece sem julgamento (Pazello & Corrêa, 2002). Segundo Gomes e Menezes (2008), no período seguinte, entre 2000 e 2007, 25 projetos de lei foram apresentados com o foco no tema do aborto. Entretanto, com acirrados conflitos de posicionamentos entre eles, pois existiam desde projetos que pleiteavam a despenalização a projetos que visavam a caracterização da prática em crime hediondo.

Movimentos feministas são um grupo de forte ativismo neste campo. Eles defendem uma reavaliação do código penal, em função da luta pela autonomia reprodutiva da mulher e buscam por leis mais flexíveis em relação a IVG – (Diniz, 2008; Diniz & Almeida, 1998). De modo geral, o grupo feminista não luta apenas para que a IVG seja uma prática despenalizada, mas sim que deixe de ser considerada um crime.

Diniz e Almeida (1998), circunscrevem os polos de embates bioéticos sobre a questão entre o grupo de proponentes do aborto e os oponentes. Entre os proponentes poderíamos localizar, por exemplo, os movimentos feministas e grupos de cientistas favoráveis à autonomia reprodutiva, enquanto que entre os oponentes estariam os defensores da “heteronomia da vida”. Os autores chamam atenção que essa polarização está longe de abarcar todas as possibilidades de posicionamentos sociais frente essa prática, entretanto se trata de uma ênfase nos polos de conflitos em que se situam o objeto de interesse da bioética. De modo que, diante das tensões morais e embates políticos que o aborto provoca na sociedade, ele se torna uma “das questões paradigmáticas da bioética” (Diniz & Almeida, 1998).

O aborto tem sido objeto de variadas pesquisas sobre os debates suscitados pela mídia brasileira (Fontes, 2012; Melo, 2001; Pazello & Côrrea, 2002).

Os anos noventa foram marcados por uma cobertura midiática sintonizada com as controvérsias acerca da legislação brasileira, o aborto foi notícia nessa época através do viés legal. Melo (2001) chama atenção para o modo descontínuo pelo qual essas discussões se apresentam. De forma que, as publicações oscilam entre fases de fervorosos debates e fases de menor incidência, assim como a ênfase em determinados posicionamentos ou cobertura das tensões legislativas sobre a prática que aparecem e desaparecem da cena pública.

Na primeira década do século XXI o aborto ganhou destaque na imprensa vinculado ao debate

político eleitoral. Fontes (2012), ao analisar a cobertura do jornalismo impresso sobre o aborto durante a campanha eleitoral de 2010, identificou uma média de 4 publicações por dia sobre o tema. Este índice indica o espaço significativo que o debate sobre o aborto ganhou nas comunicações sociais e o seu destaque no jogo político eleitoral, considerando também que esta década é marcada pela ascensão da primeira mulher à presidência da república no Brasil.

Tendo em vista o caráter mobilizador de conflitos sociais e morais, próprio do fenômeno do aborto, surge o interesse em investigar como as informações e conhecimentos sobre o aborto estão sendo veiculados sob o pano de fundo da circulação de ideias e saberes sobre a bioética. Neste sentido, como pôde ser explicitado anteriormente, há vieses ideológicos que circunscrevem discontinuidades na construção do aborto como notícia no Brasil. O presente estudo procura investigar as possíveis especificidades que o debate sobre o aborto pode assumir no contexto da circulação da bioética no espaço público brasileiro.

A bioética vem se constituindo como uma disciplina emergente, que possibilita a entrada da reflexão sobre os embates morais e de valor nas práticas e relações sociais da/na saúde. Nesse sentido Schramm (2015) conceitua a bioética como: “uma caixa de ferramentas (...) para analisar, descrever, compreender e tentar resolver os conflitos de interesses e de valores que podem surgir na relação que se estabelece entre um profissional de saúde e os usuários do serviço” (p. 11).

Assim, enquanto uma ética aplicada à saúde, a bioética encontra um terreno fértil de conteúdos a serem debatidos e concentra suas reflexões nas relações estabelecidas no cotidiano do “fazer bioético”. Apesar de sua crescente emergência e relevância na análise dos conflitos sociais relacionados à saúde, sua tematização (Marková, 2006) na arena pública brasileira é pouco estudada.

Do ponto de vista da nossa problemática de trabalho, algumas interrogações são especialmente importantes: *Quem é investido na cena pública como competente para falar sobre aborto? Quais preocupações normativas aparecem atreladas ao aborto no debate da imprensa investigada? De que modo e em que momento essas “questões morais” são debatidas?* Questões essas, investigadas à luz da teoria das representações sociais, marco teórico de análise deste estudo.

A teoria das representações sociais visa a investigação das formas de apropriação de teorias científicas pelo senso comum. Segundo Bauer (1994), “na origem mesma da ideia de representação social está a difusão do conhecimento e um projeto de comunicação da ciência” (p. 241). A abordagem iniciada por Moscovici no final

MÉTODO

dos anos 60, insere-se numa perspectiva de estudos em comunicação caracterizada pela concepção de que as relações entre os meios de comunicação e o público não são unidirecionais, mas mutuamente influentes. Em outras palavras, essas relações são marcadas pela circulação entre meios e público ao invés de uma simples transmissão unidirecional de uma fonte em direção ao receptor (Camargo & Bousfield, 2011; Clémence, Green, & Courvoisier, 2011).

Segundo Miguel (2002) “os efeitos da mídia são variados, de acordo com as situações específicas em que se inserem, e sofrem a ação de contratendências e resistências” (p.180). Nesse sentido, entre o campo político e o campo midiático existe um permanente processo de embate que devem ser analisados em sua complexidade. Portanto, torna-se fundamental a análise desses processos considerando as relações circulares na produção e transformação dos conhecimentos no espaço público.

O estudo da circulação da informação implica levar em consideração os conteúdos e quadros particulares, como clima social (democracia, ditadura, outros) e relação entre grupos sociais (conflitivas ou não). No quadro da abordagem psicossocial proposta por Moscovici (1976), trata-se de investigar essas relações a partir de sistemas comunicacionais. O primeiro deles, a difusão, tem o objetivo de chamar a atenção de um vasto público. Através de um estilo concreto, chamativo, rápido e distanciado em relação ao objeto, a imprensa procura cativar um público e gerar opiniões diversificadas. O segundo, a propagação, se caracteriza pela produção de atitudes em relação a um determinado conteúdo. É um tipo de comunicação direcionado a um endogrupo, que procura integrar novas informações às já existentes, de forma a proteger identidades. O terceiro, a propaganda, por ter uma função reguladora e organizadora dos conteúdos, traduz um conflito explícito entre endo e exogrupo. Através da formação de estereótipos sobre o exogrupo, a propaganda marca a defesa da identidade do endogrupo.

Em recente revisão de literatura, Simoneau e Oliveira (2014) apontam que estudos sobre mídia, baseados na teoria das representações sociais, têm privilegiado objetos como violência, corpo e gênero. A questão atual dos conflitos morais na/da saúde (Bioética) parecem assim pouco investigados. Ressaltamos que se trata de um campo conflitivo de tomadas de posição, cuja constituição pode se revelar via comunicação social. Estudar a construção social via imprensa, desses conflitos morais através do exemplo do aborto - “questão paradigmática” da Bioética – é, pois, o objetivo geral deste trabalho.

Procedimentos de coleta:

Foi realizado um levantamento inicial de reportagens no acervo do Jornal Folha de São Paulo, utilizando como descritor o termo: “bioética”. As matérias foram selecionadas desde 1983, ano em que ocorreu a primeira menção ao termo no jornal, até julho de 2013. A seleção de matérias por meio do uso do termo “bioética” nos permitiu trabalhar com um conjunto específico de publicações. O jornal em questão pode publicar conteúdos ligados ao campo da bioética sem utilizar o termo. Entretanto, consideramos que a utilização da palavra “bioética” circunscreve os conteúdos em um campo delimitado pelo próprio veículo, havendo assim uma intenção explícita de enunciação. Portanto a primeira seleção de matérias para esta pesquisa se deu exclusivamente por meio do termo “bioética”. A partir deste levantamento, foram encontradas 531 matérias jornalísticas que contêm a palavra bioética em seu conteúdo.

Após uma análise de conteúdo do tipo temática do corpus principal (531) identificamos 46 matérias que têm como foco de debate o aborto, tendo sido a primeira publicada em 1994. Esse material se constituiu o corpus de análise deste artigo.

Procedimentos de análise:

Os dados foram analisados com auxílio do software ALCESTE que extrai a partir da frequência (teste de khi2), as informações mais importantes de um texto, distribuindo-as hierarquicamente em classes de palavras (ou mundos lexicais). Segundo Nascimento e Menandro (2006) o software ALCESTE está embasado em um pressuposto segundo o qual a especificidade de um vocabulário irá informar sobre diferentes formas de pensar, e nesse sentido, os diferentes pontos de referência do produtor do discurso ou inserções sociais dos sujeitos, também poderão produzir diferentes mundos lexicais.

Vale ressaltar que o ALCESTE destaca ainda as palavras significativamente ausentes para cada classe. O software classifica o texto em unidades de contexto elementar (UCEs), que são compostas por palavras características de cada classe. Tal classificação permite a identificação dos contextos de enunciados em que as palavras significativas de cada classe foram retiradas. Ele realiza ainda uma análise fatorial de correspondência, que possibilita a distribuição das classes (ou mundos lexicais) em um plano fatorial.

Cada matéria foi inserida no arquivo de dados precedida pela identificação das matérias e das variáveis a serem analisadas. A linha de identificação, chamada de linha estrelada, foi inserida da seguinte forma: **** *Suj_XX *Esp_XX *Ano_XX. A variável *Suj_ diz respeito à numeração atribuída a cada matéria; *Esp_, diz respeito ao produtor do discurso veiculado. Havia a opção: *Esp_1 - para especialistas da área (médicos, juristas, filósofos e pesquisadores da bioética); *Esp_2 - para não especialistas (jornalistas e opinião pública); e *Esp_3 - para matérias escritas por padres. Entretanto não houve matérias escritas por padres no conjunto de dados sobre aborto, assim apenas as variáveis *Esp_1 e *Esp_2 fizeram parte desta análise. A última variável, *Ano_ se refere ao ano de publicação das matérias.

Do total de matérias analisadas, trinta e cinco foram escritas por jornalistas e opinião pública, onze

por especialistas. A interpretação dos dados foi realizada a partir da reconstituição do sentido das classes, buscando-se identificar campos léxicos na distribuição dos debates sobre o aborto em meio a conflitos bioéticos.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dois eixos norteadores organizam os conteúdos veiculados pelo jornal investigado (figura 1). O primeiro que nomeamos: *ampliação das possibilidades legais para o aborto?* - envolve o questionamento de práticas sociais, o respaldo legal e movimentos de mudança social relacionados ao fenômeno do aborto. O segundo nomeado: *definição de pessoa e valores*, concentra os tensionamentos normativos e axiológicos que circunscrevem o campo científico, social e político da noção de pessoa humana.

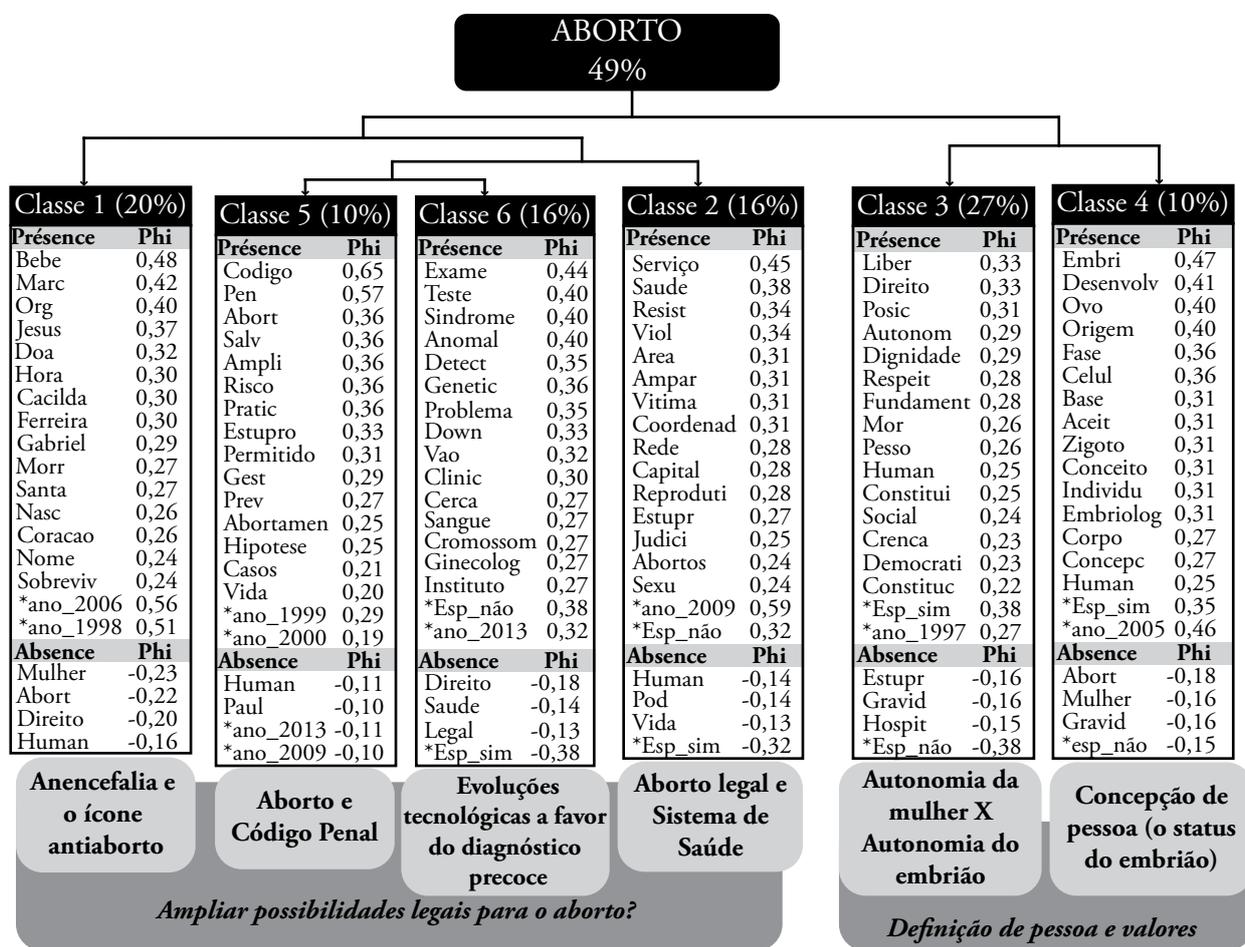


Figura 1 - Dendrograma de Classificação das matérias sobre aborto na Folha de São Paulo

O eixo 1 - *ampliar possibilidades legais para o aborto?* - é composto pelo conjunto de matérias jornalísticas representativas das classes 1; 2; 5 e 6. A seguir apresentamos cada uma das classes, de forma a explicitar seus respectivos conteúdos e a construção de sentidos que justifica suas nomeações.

A Classe 1 - Anencefalia e o ícone antiaborto - apresenta 20% das unidades textuais classificadas, e se caracteriza por ter o vocabulário mais homogêneo. Dentre as palavras que obtiveram maior representatividade na classe 1 observamos: *bebê, Marcela, órgão, Jesus*. As palavras Marcela e Jesus se referem ao nome

do bebê anencéfalo¹ que virou símbolo da luta anti-aborto no Brasil:

Católica, a mãe recusou a sugestão. Cacilda relembra: os médicos nunca me davam esperança nenhuma. Todas as vezes que eu ia ao médico saía triste. Mas era só sentir o bebê se mexendo e chutando a minha barriga que eu ficava feliz de-novo. No dia 20, uma segunda-feira, dia do nascimento de Marcela o padre da paróquia de Patrocínio, Cássio Dias Borges, estava de folga (*Suj_025 *Esp_1 *Ano_2006).

O principal conteúdo desta classe é referente à possibilidade de bebês anencéfalos serem doadores de órgãos ainda na maternidade, logo ao nascer, visto que a perspectiva de vida desses bebês é ínfima. Essas matérias ainda apresentam exemplos de bebês anencéfalos que tiveram seus órgãos doados. Um dos exemplos é de um bebê na Itália, que teve seus órgãos transplantados para um recém-nascido, o que fez com que o assunto do aborto voltasse à tona naquele país, onde os limites éticos dos transplantados foi tema de muitos debates:

O órgão deve ser transplantado num recém-nascido de Roma. O transplante estava previsto para ontem à noite. A história de Gabriele emocionou a Itália e reabriu o debate sobre o aborto terapêutico e os limites éticos dos transplantes (*Suj_008 *Esp_2 *Ano_1998).

As palavras *mulher*, *aborto*, *direito* e *humano* são ausências significativas. Isso evidencia que as reportagens dessa classe não apresentam casos de mulheres que quiseram interromper a gravidez e não levantam discussões sobre aborto no panorama da autonomia da mulher ou dos direitos reprodutivos. Em outras palavras, quando a imprensa trata da questão do anencéfalo, esta serve como exemplo contrário ao aborto, de modo que, as reportagens procuraram enaltecer as histórias das mães que recusaram essa prática, destacando relatos de teor religioso, como a ideia de milagre em relação à sobrevivência de Marcela e ao caso da Santa Gianna, na Itália, que foi canonizada por ter recusado fazer um aborto, apesar de correr risco de vida.

¹ No ano de 2006 o caso de um bebê anencéfalo chamado Marcela de Jesus ganhou grande visibilidade midiática. Ao ultrapassar os 3 meses de vida o caso superou as expectativas de bebês em situações semelhantes e virou ícone da luta antiaborto. Marcela viveu por 1 ano e 8 meses.

Alguns estudos têm demonstrado a hegemonia do discurso da igreja católica no panorama de discussão pública sobre o aborto no Brasil (Diniz, 2008; Luna, 2010). No caso do nosso trabalho, percebemos que a voz do catolicismo aparece de forma indireta, pois não há padres ou religiosos identificados como especialistas nessas matérias. Entretanto, a ênfase da imprensa na recusa de católicas ao aborto, no caso de anencefalia, sinaliza a saliência e importância que adquire o universo católico contrário à prática, em detrimento de outras crenças (religiosas ou não) no espaço público. Ou ainda, em detrimento às correntes dentro do catolicismo que são favoráveis ao aborto, como as Católicas pelo Direito de Decidir (Kissling, 1998). Ressaltamos ainda que a primeira década dos anos 2000 é marcada pela disputa jurídica acerca da despenalização do aborto em caso de anencefalia. Em 2008, a igreja católica lançou como tema da campanha da fraternidade “Escolhe, pois, a vida”, propagando no espaço público posições contrárias ao aborto, à eutanásia e à pesquisa com células-tronco embrionárias (Luna, 2010).

A classe 2 -Aborto legal e sistema de saúde- apresenta 16% do conjunto de dados analisados. As UCEs se caracterizam por matérias que debatem a dificuldade de acesso ao sistema de saúde (SUS) em casos de aborto com amparo legal, principalmente se tratando de crianças e adolescentes vítimas de violência sexual. Dentre as palavras mais representativas desta classe destacam-se *serviço*, *saúde* e *legal*.

A surpresa não está no perfil, mas na informação de que só uma em cada dez mulheres procurou o serviço de saúde imediatamente após a violência. As razões desse silêncio são desconhecidas pela pesquisa, mas denunciam desafios importantes a saúde pública brasileira. (*Suj_037 *Esp_2 *Ano_2010)

Essas matérias também destacam casos de mulheres que procuraram abortar, mas não encontravam assistência nos estabelecimentos públicos de saúde, como ausência de atendimento de referência para situações de violência sexual, promovendo maior fragilidade às vítimas que já se encontram em situação de vulnerabilidade.

Por outro lado, algumas reportagens também chamam atenção para o crescimento no número de abortos com amparo legal em 2009, por meio da rede do sistema único de saúde (SUS). Índice comemorado por setores de gestão pública, a partir de reflexões sobre a disseminação das informações sobre os casos previstos em lei e sobre a melhoria na qualidade dos serviços prestados.

Abortos com amparo legal crescem 43%. Número inclui casos previstos em lei e também as interrupções de gravidez no caso de más formações letais do feto. Governo acredita que aumento se deve a melhor qualificação dos serviços de saúde e a maior publicidade sobre o aborto legal. (Suj_036 *Esp_2 *Ano_2009)

Nesta classe há predominância do discurso produzido por não especialistas (*Esp_2 – jornalistas e opinião pública). Esse conjunto de matérias apresenta um caráter inovador no que diz respeito aos conteúdos sobre aborto que são veiculados na imprensa. Surge através dessas matérias uma necessidade de visibilizar a mulher no enfrentamento de todas as dificuldades e resistências encontradas no percurso.

Fontes (2012), em uma análise sobre a temática do aborto no jornalismo impresso brasileiro em épocas de eleição, destacou a ausência de referências à mulher no universo analisado, de modo que sequer a perspectiva da saúde pública foi debatida nos jornais. Apesar dos casos discutidos nas matérias analisadas se restringirem às situações previstas em lei, é relevante que a perspectiva da saúde da mulher esteja presente na agenda de discussões e produção de notícias sobre o aborto.

A Classe 5 - Aborto e código penal- reúne conteúdos específicos sobre as situações nas quais o aborto é permitido pelo código penal. Os discursos desta classe também chamam a atenção para a necessidade de ajustamento da legislação aos casos de malformação fetal. Vale salientar, que apesar desses conteúdos indicarem posicionamentos favoráveis à flexibilização da legislação sobre o aborto, os casos descritos na pauta dessas reivindicações, centram-se em “graves e irreversíveis anomalias que o tornam inviável” (*Suj_10 *Esp_2 *Ano_1999).

São palavras significativas dessa classe: código penal e aborto. A palavra aborto, aparece associada às palavras: *código penal; prática; estupro; risco; ampliação; permitido e salvar*. A partir dessa proximidade de ligação das palavras, ratifica-se o sentido da classe em torno das pautas, ainda atuais na imprensa brasileira, sobre flexibilização do código penal em relação à prática abortiva. Observa-se ainda que os anos de 1999 e 2000 estão significativamente associados ($\Phi = 0,29$ e $0,19$ respectivamente) a essa classe, o que vai ao encontro das afirmações de Melo (2001) sobre a sintonia de agenda entre a mídia brasileira e os debates legislativos sobre o aborto neste período.

A Classe 6 - Evoluções tecnológicas a favor do diagnóstico precoce - agrupa tanto discursos informativos sobre descobertas e avanços tecnológicos que

permitem o diagnóstico precoce de anomalias genéticas graves em fetos, quanto controvérsias relacionadas às práticas de IVG a partir da existência desses diagnósticos. São palavras significativas da classe: *exame, teste, síndrome, anomalia, detectar*. Ressalta-se ainda como palavras significativamente ausentes: *direito, saúde e legal*. Há a presença significativa nessa classe da variável *Esp_2, que significa investimento relevante de jornalistas e opinião pública na veiculação dessas informações.

As matérias que compõem essa classe apresentam dados sobre a incidência de casos de IVG de forma clandestina, em detrimento da busca por autorização judicial para a prática:

A Folha apurou junto a médicos ginecologistas e geneticistas de São Paulo que apenas cerca de 10% dos diagnósticos desfavoráveis vão à justiça. Entre 80% e 90% dos casais preferem interromper a gestação na clandestinidade. De acordo com Frigerio, ao contrário do que se pensa, a decisão em primeira instância tem sido rápida. (*Suj_04 *Esp_2 *Ano_1996).

Segundo Diniz (2005), o debate legislativo sobre a IVG em caso de graves anomalias data de 1972. O panorama foi mudando na medida em que as técnicas de ultrassonografia se popularizaram nos serviços públicos de saúde e foram, na sua maioria, mulheres pobres que acessaram a justiça para obter o direito ao aborto, pois não tinham poder aquisitivo para realizá-lo clandestinamente.

O discurso da classe levanta um posicionamento reticente ao caráter positivo dessas evoluções tecnológicas. Por outro lado, também se percebe nesse debate argumentos favoráveis ao diagnóstico precoce, que ressaltam a possibilidade de preparação dos familiares sobre o caso. Como no seguinte trecho:

Por um lado, o exame vai tranquilizar a grande maioria que não vai ter problemas, por outro, permite que os pais se preparem caso vão receber uma criança com alguma anomalia cromossômica, afirma Cambiaghi. (*Suj_46 *Esp_2 *Ano_2013).

No eixo 1, foi predominante o discurso de *não especialistas* (Esp_2), cujo destaque foi dado às matérias informativas ligadas ao aborto, como situação de serviços de saúde (estrutura, acolhimento e acesso), despenalização em casos de malformação grave e avanços tecnológicos

para o diagnóstico precoce. Outro foco que surge nesse eixo, está vinculado a reverências e casos de santificação de mulheres que evitam a interrupção mesmo em casos de risco a suas vidas. Surge aqui como interlocutores indiretos (a partir de discursos secundários), representantes de religiões cristãs, que difundem posicionamentos contrários ao aborto, embasados em suas doutrinas.

Diante disso, pode-se observar a forte presença da ideologia religiosa no direcionamento da opinião pública e no reforço de valores sociais resistentes à prática do aborto. Posicionamento este que vai de encontro a movimentos feministas, que defendem a autonomia da mulher sobre o seu corpo e a descriminalização do aborto. Embates ideológicos que demonstram as tensões sociais que surgem a partir desse tema.

O eixo 2 - *Definição de pessoa e valores* - apresenta controvérsias acerca da noção de pessoa, investidas por princípios e valores sociais. As classes que compõem esse eixo são a Classe 3 - Autonomia da mulher *versus* autonomia do embrião - e a Classe 4 - Concepção de pessoa: status do embrião. O eixo 2 é fortemente investido pelas opiniões dos especialistas (*Esp_1), que direcionam seus discursos para um conteúdo representacional marcado por um componente axiológico. A dicotomia entre natureza e cultura se destaca como viés explicativo neste eixo para os posicionamentos diante do aborto.

A Classe 3 - Autonomia da mulher *versus* autonomia do embrião - traz discursos de especialistas (*Esp_1, matérias assinadas por médicos, filósofos e juristas) a respeito dos princípios do direito de escolha da mulher e o seu reconhecimento enquanto pessoa já nascida, em conflito com direitos do embrião, “o não nascido”. São palavras representativas da classe: *liberdade, direito e posicionamento*.

O conteúdo presente nessa classe representa 27% das unidades textuais classificadas, e é marcado por posicionamentos conflitantes acerca da dignidade da pessoa humana, da noção de sujeito de direito e da intervenção da moral religiosa nas decisões de um estado laico. As matérias apresentam discussões sobre quem possui o direito da decisão de abortar e questionam majoritariamente interpretações da constituição sobre o direito à vida que priorizam o embrião à mulher:

Ninguém tem mais direito à vida do que quem a possui em plenitude. Parece que a lei dá mais direitos ao não nascido, o embrião, que a pessoa nascida. Se a lei protegesse a pessoa, não teríamos crianças abandonadas e nem mortalidade materna decorrente do aborto. (*Suj_03 *Esp_1 *Ano_1995).

A classe 4 - Concepção de pessoa (o status do embrião) que representa 10% das unidades textuais classificadas, discorre sobre a concepção de pessoa a partir da problemática do estatuto do embrião. Dentre as palavras mais significativas da classe estão: embrião, desenvolvimento e ovo. Tal como na classe anterior, o conteúdo é marcado por discursos de especialistas (*Esp_1) e por embates entre ciência e religião, valores, direitos e bioética. Uma corrente questiona o status de pessoa humana dado ao embrião a partir da concepção, trazendo à tona aspectos como consciência e individualização do embrião.

Logo não estamos diante de um dogma de fé! Quem pode ter certeza científica que desde a fecundação existe uma pessoa? Em que se baseia a igreja quando ousa afirmar categoricamente que está comprovado pela ciência, por qual ciência? Que desde a concepção há uma pessoa? (*Suj_03 *Esp_1 *Ano_1995)

A maioria das reportagens dessa classe, entretanto, reflete uma concepção do embrião humano como uma entidade autônoma. Surge assim a defesa do embrião como pessoa humana, e, portanto, como sujeito de direito, respaldada em argumentos que alegam o momento da fecundação como marco inicial da vida humana: “textos de embriologia humana consultados, nas suas últimas edições, afirmam que o desenvolvimento humano se inicia quando o ovócito é fertilizado pelo espermatozoide” (*Suj_22 *Esp_1 *Ano_2005). Observa-se ainda o uso de argumentos biológicos para justificar a aceitação pela Igreja da fecundação como marco inicial da vida: “o papa Pio 9 aceitou, em 1869, a concepção como a origem do ser humano. Não se trata, portanto, de um dogma religioso, mas da aceitação de um fato cientificamente comprovado” (*Suj_22 *Esp_1 *Ano_2005).

Luna (2002) afirma que a linguagem científica tem sido paulatinamente integrada pelo discurso religioso para fundamentar suas tomadas de posição. Sobre o estatuto do embrião, em especial, a autora diz:

A argumentação a respeito do caráter ilícito do aborto e a denominação do embrião de criança não-nascida também integram o debate do estatuto de pessoa. A representação de pessoa é a do indivíduo autônomo, já possuidor de individualidade e identidade no código genético, um programa que lhe permite o desenvolvimento autônomo desde que colocado no meio adequado. A mãe é

obscurecida, surgindo como meio para o desenvolvimento do embrião (Luna, 2002 p.88).

Assim como na classe 1, as palavras *aborto e mulher* são ausências significativas. A ausência significativa dessas

palavras nas classes 1 e 4 parecem estruturar uma separação entre o embrião e o corpo da mulher no debate ontológico sobre a pessoa humana. Podemos observar essa oposição simbólica ancorando o conhecimento difundido na mídia por meio da projeção das palavras gerada pela análise fatorial de correspondência (figura 2):

Analyse factorielle en corrélations ▼

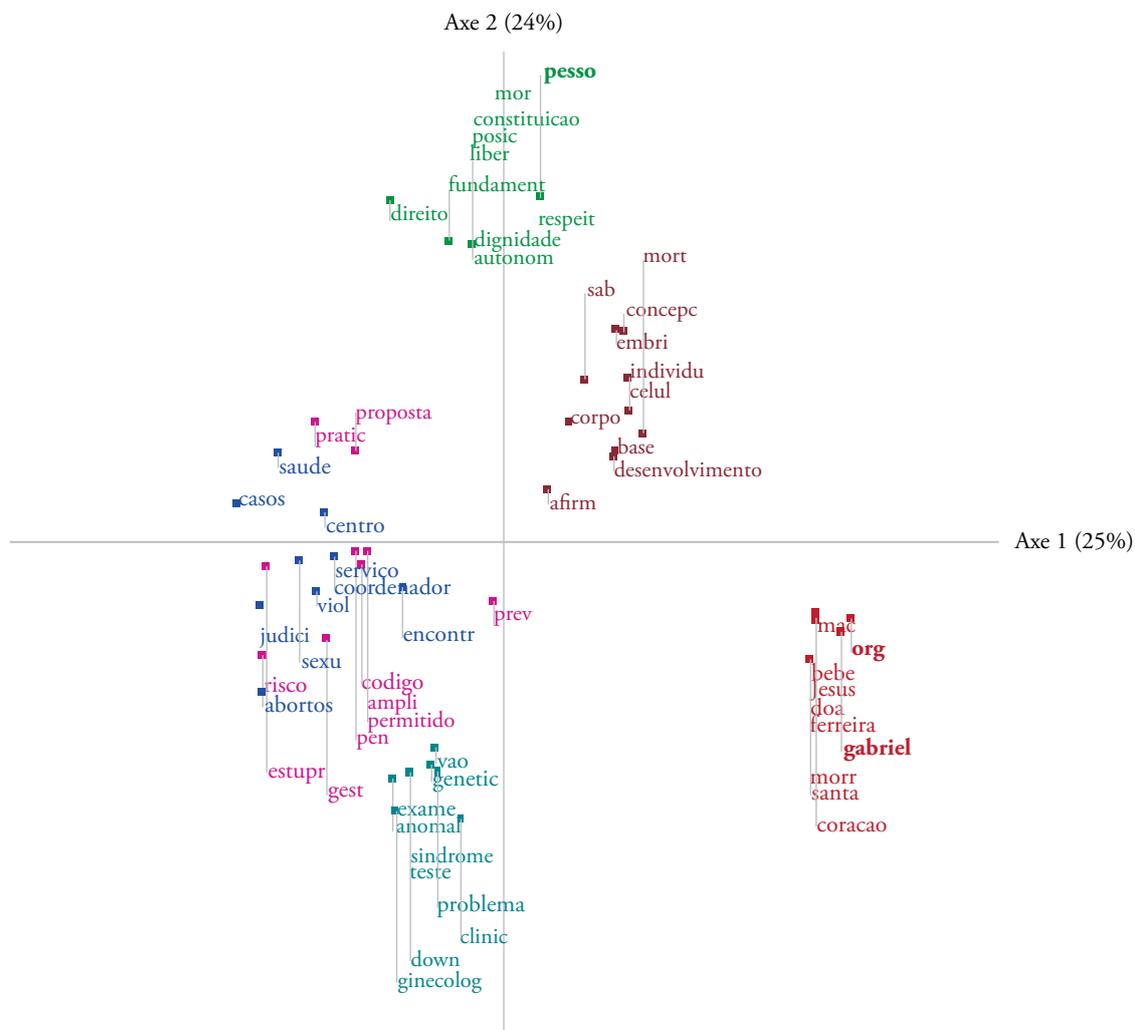


Figura 2 - Análise Fatorial de Correspondência

O primeiro fator (eixo horizontal) é constituído por dois polos ilustrando a oposição entre, de um lado a “questão” da mulher e de outro, a “questão” do embrião. No polo esquerdo, observamos a classe 2 (com as palavras *saúde, centro, serviço*) e a classe 5 (com as palavras *código, penal, prática*). São duas classes relacionadas ao acesso legal ao aborto, enfatizando a busca e as dificuldades que as mulheres encontram para concretizar o desejo/necessidade de interromper a gravidez. No polo direito, identificamos a classe 1 (com as palavras *marcela, órgão, bebê*) e a classe 4 (com as palavras *embrião, célula, indivíduo*) ressaltando a concepção

do embrião como pessoa desde a sua fecundação, ideia subjacente tanto ao caso da recusa ao aborto face à anencefalia quanto à discussão sobre o estatuto do embrião como indivíduo autônomo fundamentada na biologia.

Do ponto de vista antropológico, o embrião aparece assim “cada vez mais isolável e isolado, como essencialmente autônomo, erigindo-se progressivamente em precoce sujeito de direito” (Porqueres I Gené, 2004, p. 40). O embrião é assim cada vez mais representado como uma entidade distinta da mulher, independente e abstrata (Franklin, 1999).

O segundo fator (eixo vertical) é organizado pela oposição entre a classe 3 no polo positivo (com as palavras *direito, liberdade, autonomia*) e a classe 6 no polo negativo (com as palavras *exame, teste, síndrome*). Ressalta-se que, enquanto no polo positivo a palavra presente de maior associação à classe é *direito*, no polo negativo esta é a palavra ausente de maior associação. Trata-se de uma clivagem que expõe as ambivalências axiológicas em torno da questão da autonomia: de um lado, os limites da autonomia da mulher no âmbito do direito à vida no Brasil, de outro, a autonomia limitada de decisão diante do diagnóstico precoce, possibilitado pelas tecnologias emergentes.

Gomes e Menezes (2008) também destacam as polarizações entre a possível autonomia do feto em relação ao corpo da mulher (possibilitado pela viabilidade da vida extra-uterina, segundo o saber e tecnologia médica) e a autonomia da mulher sobre o seu corpo e seus direitos reprodutivos. Tais antagonismos, segundo as autoras, caracterizam-se como as principais controvérsias no debate bioético sobre o aborto.

Segundo Marková (2006) a perspectiva teórica das representações sociais estuda as razões pelas quais uma determinada representação é estruturada e tematizada em uma determinada época. Em outras palavras, busca esclarecer que conteúdos e processos são agenciados em função das condições históricas, se mudam ou permanecem em maior ou menor velocidade. Interessa-se assim pela dinâmica e pela estabilidade presentes no fenômeno representacional. Por exemplo, a questão da relação entre a mulher e o embrião aparece nesse estudo problematizada em função dos avanços da medicina fetal, seja na detecção de anomalias precoces, seja na discussão sobre a morte encefálica no caso do bebê anencéfalo. São problemáticas recentes que alimentam as controvérsias que estão em jogo na circulação da questão do aborto atrelada à bioética.

É preciso ainda ressaltar que a esfera pública é marcada nos dias atuais pela negociação entre a existência de elementos ditos tradicionais e outros que apontam para mudanças (Jovchelovitch, 2001).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A questão do aborto, quando atrelada à bioética, aparece na cena pública dos últimos 20 anos investida por preocupações normativas relativas à clivagem simbólica entre a mulher e o embrião e à dimensão axiológica do direito à vida. Neste contexto, médicos, filósofos, juristas são investidos como competentes na discussão ontológica sobre o estatuto da pessoa e do embrião. Enquanto que aos jornalistas e à opinião

pública, de forma geral, aparece atrelada a discussão sobre o acesso ao aborto. Jornalistas resgatam a voz da religião católica, tornando-a interlocutora indireta no debate bioético sobre aborto. Este panorama é multifacetado, rico em opiniões contrastadas e ambivalentes.

Moscovici (1976) indica que a descontinuidade, variação e divergências de posicionamentos presentes nas formas de divulgação de um determinado tema, caracterizam o modo de veiculação presente em “mídias de grande difusão”. Observamos de forma ampla uma diversidade de opiniões e posicionamentos, cujo o foco está em difundir de forma geral o tema. Nesse sentido, o modo pelo qual esses debates aparecem no veículo estudado parece se caracterizar como *difusão*.

Segundo Jovchelovitch (2008, p. 189) “em todas as formas de representação existe uma batalha entre a história do objeto e a intenção de apreendê-lo renovadamente, de enredar o que já foi em uma rede totalmente nova de significação”. Acreditamos que a aparição das novas tecnologias de diagnóstico precoce suscita a negociação entre novas práticas e um antigo dilema: o que fazer face à má-notícia da anomalia fetal em um contexto jurídico de penalização do aborto? Este é possivelmente um aspecto novo na cobertura da imprensa sobre o aborto que esteve, como já dito inicialmente, bastante atrelado à evolução dos debates legislativos. Apesar de apresentar uma cobertura que enfatiza o ponto de vista conservador (a voz indireta da igreja católica), observamos a emergência da discussão sobre as dificuldades e luta pelo acesso ao aborto legal, o que visibiliza a mulher como protagonista. São observações que não foram encontradas por Fontes (2012), a novidade parece assim refletir o campo emergente do debate bioético brasileiro.

REFERÊNCIAS

- Bauer, M. (1994). A popularização da ciência como imunização cultural: a função das representações sociais. In: Jovchelovitch S. & Guareschi P. (Orgs.), *Textos em representações sociais* (p. 229–257). Petropolis: Vozes.
- Camargo, B. V., & Bousfield, A. B. S. (2011). Teoria das Representações Sociais: uma concepção contextualizada de comunicação. In: Almeida A. M. O., Santos M. F. S., & Trindade Z. A. (Orgs.), *Teoria das Representações Sociais: 50 anos* (p. 433–456). Brasília: Technopolitik.
- Clémence, A., Green, E. G. T., & Courvoisier, N. (2011). Comunicação e ancoragem: a difusão e a transformação das representações. In: Almeida A.

- M. O., Santos M. F. S., & Trindade Z. A. (Orgs.), *Teoria das Representações Sociais: 50 anos* (p. 179–198). Brasília: Technopolitik.
- Diniz, D. (2005). Aborto e inviabilidade fetal: el debate brasileño. *Caderno de Saúde Pública*, 21(2), 634–639.
- Diniz, D. (2008). Bioética e gênero. *Revista Bioética*, 16(2), 207–216.
- Diniz, D., & Almeida, M. (1998). *Iniciação à Bioética*. Brasília: Conselho Federal de Medicina.
- Fontes, M. L. A. (2012). O enquadramento do aborto na mídia impressa brasileira nas eleições 2010: a exclusão da saúde pública do debate. *Ciência e Saúde Coletiva*, 17(7):1805–1812.
- Franklin, S. (1999). What we know and what we don't about cloning and society. *New Genetics & Society*, 18(1), 111.
- Gomes, E. de C., & Menezes, R. A. (2008). Aborto e eutanásia: dilemas contemporâneos sobre os limites da vida. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 18(1), 77–103. <http://doi.org/10.1590/S0103-73312008000100006>
- Jovchelovitch, S. (2001). Social Representations, Public Life, and Social Construction. In: Deaux K. & Philogène G. (Orgs.), *Representations of the social: bridging theoretical traditions* (p. 165–182). Oxford: Blackwell Publishers Ltd.
- Jovchelovitch, S. (2008). *Os contextos do saber representações, comunidade e cultura*. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Kissling, F. (1998). Perspectivas católicas progressistas em saúde e direitos reprodutivos: o desafio político da ortodoxia. *Caderno de Saúde Pública*, 14(Supl 1), 135–137.
- Luna, N. (2002). As novas tecnologias reprodutivas e o estatuto do embrião: um discurso do magistério da Igreja Católica sobre a natureza. *Gênero*, 3(1), 83–100.
- Luna, N. (2010). Aborto e células-tronco embrionárias na Campanha da Fraternidade, ciência e ética no ensino da igreja. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*, 25(74), 91–105.
- Marková, I. (2006). *Dialogicidade e representações sociais: as dinâmicas da mente*. (H. Magri Filho, Trad.). Vozes.
- Melo, J. (2001). Aborto na imprensa brasileira. In: de Oliveira M. C. F. A. & da Rocha M. I. B. (Orgs.), *Saúde reprodutiva na esfera pública e política na América Latina* (p. 263–278). Campinas: Editora da UNICAMP : NEPO.
- Miguel, L. F. (2002). Os meios de comunicação e a prática política. *Lua Nova: Revista de Cultura e Política*, (55-56), 155-184. <https://dx.doi.org/10.1590/S0102-64452002000100007>
- Moscovici, S. (1976). *La psychanalyse, son image et son public*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Nascimento, A. R. A. do, & Menandro, P. R. M. (2006). Análise lexical e análise de conteúdo: uma proposta de utilização conjugada. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 6(2), 72–88.
- Pazello, M., & Côrrea, S. (2002). Aborto. Mais polêmicas à vista! In: Oliveira F. (Org.), *Olhar sobre a mídia* (p. 147–183). Belo Horizonte, MG: Mazza Edições : Comissão de Cidadania e Reprodução.
- Porqueres I Gené, E. (2004). Individu et parenté, individuation de l'embryon. In: Héritier F. & Xanthakou M. (Orgs.), *Corps et affects* (p. 139–150). Paris: Odile Jacob.
- Rocha, M. I. B. (2006). A discussão política sobre aborto no Brasil: uma síntese. *Revista Brasileira de Estudos de População*, 23(2), 369–374. <http://doi.org/10.1590/S0102-30982006000200011>
- Schramm, F. R. (2015). *Três ensaios de bioética*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Simoneau, A. S., & Oliveira, D. C. de. (2014). Representações sociais e meios de comunicação: produção do conhecimento científico em periódicos brasileiros. *Psicologia e Saber Social*, 3(2), 281–300. <http://doi.org/10.12957/psi.saber.soc.2014.14478>

Endereço para correspondência:

Edclécia Reino Carneiro de Moraes
Secretaria do Programa de Pós Graduação
em Psicologia - Universidade Federal de
Pernambuco (UFPE) - Centro de Filosofia
e Ciências Humanas (CFCH)
Av. da Arquitetura s/n - 7º Andar
CEP: 50740-550 – Cidade Universitária, Recife/PE
E-mail: edclécia@gmail.com

Recebido em 11/02/2017

Aceito em 06/04/2017

Atitudes das equipes dos serviços de atenção psicossocial em álcool e drogas

Attitudes of psychosocial care services teams in alcohol and drugs

Paula Hayasi Pinho^I

Márcia Aparecida Ferreira Oliveira^{II}

Heloísa Garcia Claro^{IV}

Ricardo Henrique Soares^V

Rejane Maria Dias Abreu Gonçalves^{VI}

Escola de Enfermagem da USP

Maria Odete Pereira^{III}

Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais

Resumo

Considerando que as atitudes dos profissionais de saúde influenciam suas práticas assistenciais, objetivou-se mensurar as atitudes desses profissionais frente ao álcool, alcoolismo e alcoologista. Foram entrevistados 288 profissionais de 12 Centros de Atenção Psicossocial Álcool/Drogas por meio da Escala de Atitudes Frente ao Álcool, Alcoolismo e Alcoologista. Apontou-se tendência a atitudes positivas, sobretudo dos profissionais com nível superior e que desenvolviam intervenções dirigidas a alertar os riscos do consumo do álcool e a desenvolver consciência crítica dos problemas. Entretanto, os trabalhadores apresentaram atitudes negativas frente à etiologia do alcoolismo e aqueles que desenvolviam intervenções dirigidas à abstinência apresentaram atitudes menos positivas.

Palavras chave: atitude do pessoal de saúde; avaliação de serviços de saúde; transtornos relacionados ao uso de álcool; serviços comunitários de saúde mental; usuários de drogas

Abstract

Considering that the attitudes of health professionals influence their care practices, this study aimed to measure the attitudes of these professionals towards alcohol, alcoholism and alcoholism. 288 professionals from 12 Psychosocial Alcohol / Drug Attention Centers were interviewed through the Attitudes Scale Facing Alcohol, Alcoholism and Alcoholism. There was a tendency for positive attitudes, especially for professionals with higher education, who developed interventions aimed at alerting the risks of alcohol consumption and developing a critical awareness of problems. However, workers presented negative attitudes towards the etiology of alcoholism and those who developed abstinence-oriented interventions presented less positive attitudes.

Keywords: attitude of health personnel; health services evaluation; substance-related disorders; mental health services; community mental health services; drug users

As atitudes podem ser definidas como disposições afetivas relativamente estáveis, que influenciam as respostas direcionadas, positiva ou negativamente, a determinado alvo ou objeto, culturalmente aprendidas

e organizadas pela experiência. (Krech, Crutchfield, & Ballachey, 1962)

As atitudes consistiriam em uma predisposição adquirida e persistente para agir da mesma maneira

^I Psicóloga, Especialista em Saúde Mental e Atenção Psicossocial, Doutora em Ciências pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. Docente do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia.

^{II} Possui graduação em Licenciatura em Ciências pela Universidade Católica de Santos (1980), graduação em Enfermagem - Don Domênico (1982), mestrado em Psicologia (Psicologia Social) pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (1994), doutorado em Ciências Sociais pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (2000) e Pós-Doutorado no Centro de Estudos Sociais da Universidade de Coimbra, em Portugal (2008). Atualmente, é Professora Associada - Livre Docente da Universidade de São Paulo, no Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica

^{III} Graduação em Enfermagem pela Universidade de Taubaté (1985); Mestrado em Enfermagem pela Universidade Estadual de Campinas (2003) e Doutorado sandwich em Ciências pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, com estágio sandwich sob a orientação do sociólogo Boaventura de Sousa Santos, no Centro de Estudos Sociais da Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra, Portugal (2009). Docente da Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais.

^{IV} Possui graduação em Enfermagem pela Universidade de São Paulo (2008), graduação em Licenciatura em Enfermagem pela Universidade de São Paulo (2010), mestrado em Programa de Pós Graduação em Enfermagem PPGE pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (2010), Doutorado na Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (conclusão em 2015), Doutorado Sanduíche nas instituições Universidade de Illinois e Chestnut Health Systems (2012). Atualmente é Professor Doutor III na Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e Pesquisador nível Pós Doutorado no projeto Latin America Treatment and Innovation Network - LATIN-MH na Faculdade de Medicina da USP - Departamento de Medicina Preventiva.

^V Bacharel em Direito; Psicólogo.

^{VI} Enfermeira Graduada pela Universidade Federal do Triângulo Mineiro (2000).

em face de uma determinada classe de objetos, entretanto, trata-se de uma predisposição relativa e, portanto, mutável. (Vargas, 2005)

No contexto da assistência em saúde, as atitudes estão associadas ao desenvolvimento do processo de cuidado, uma vez que as atitudes dos profissionais atuantes nessa área são exteriorizadas por meio de suas ações no curso do tratamento, de modo que parte da própria intervenção em saúde oferecida pelos profissionais traduz suas predisposições para agir. (Vargas, 2010)

Estudos retrataram as atitudes de enfermeiros de hospitais gerais frente a pacientes alcoolistas. Os resultados sugeriram que esses profissionais têm sentimentos de embaraço e desconforto ao lidarem com alcoolistas (70% dos enfermeiros indicaram que não trabalham bem com alcoolistas; 80% preferem não trabalhar; e 60% têm dificuldades de falar a respeito do alcoolismo com os pacientes), percebendo-os como pessoas infelizes, solitárias, sensíveis, que duvidam de seu próprio valor e apresentam sérias dificuldades emocionais. (Vargas & Labate, 2005; Vargas, 2010)

Com relação aos demais profissionais da área da saúde, estudo bibliográfico (Soares, Vargas & Oliveira, 2011) evidenciou que a maioria deles apresentou atitudes típicas do senso comum em relação aos pacientes alcoolistas e que pelo menos ao longo de cinco décadas (1959 a 2009) tais atitudes sofreram poucas transformações.

Verifica-se reduzido número de publicações acerca das atitudes e conhecimentos dos profissionais de saúde diante do álcool, alcoolismo e do alcoolista, evidenciando que a temática tem despertado pouco interesse entre pesquisadores, no âmbito nacional e internacional (Soares, Vargas & Oliveira, 2011; Vargas, Oliveira & Duarte, 2011; Caixeta, Pedrosa & Haas, 2016), o que justifica a relevância do presente estudo.

Com efeito, e tendo em vista que as atitudes dos profissionais de saúde influenciam as práticas assistenciais prestadas aos usuários dos serviços, este estudo objetivou mensurar as atitudes dos profissionais de saúde atuantes nos serviços especializados de atenção psicossocial em álcool e drogas em relação ao álcool, ao alcoolismo e ao alcoolista, bem como verificar se existe associação entre as variáveis sociodemográficas, de perfil dos trabalhadores e de processo de trabalho com as atitudes desses profissionais.

METODOLOGIA

Como recorte de uma tese de doutorado intitulada “Avaliação dos Centros de Atenção Psicossocial em Álcool e outras Drogas do município de São Paulo”, o presente

estudo transversal, exploratório, descritivo e de natureza quantitativa foi desenvolvido entre maio de 2013 e abril de 2014, em 12 CAPSad da cidade de São Paulo, no Estado de São Paulo, credenciados no Ministério da Saúde e com um ano de funcionamento, no mínimo.

Foram incluídos no estudo todos os trabalhadores que estivessem trabalhando no serviço há pelo menos um ano. Do total de 349 trabalhadores cadastrados, foram entrevistados 288, sendo que dois profissionais foram excluídos da amostra e houve 61 perdas. Os motivos para perdas incluíram: trabalhadores em licença, férias ou afastados durante o período de coleta de dados; recusa em participar da pesquisa e trabalhadores alocados em outros serviços de saúde.

Para a coleta dos dados utilizou-se um instrumento semiestruturado, elaborado pelos autores para caracterização sociodemográfica dos trabalhadores dos CAPSad e a Escala de Atitudes frente ao Álcool, Alcoolismo e Alcoolista – EAFAAA (Vargas, 2011). Os dados foram coletados por meio de entrevista individual.

A EAFAAA apresenta bons índices de confiabilidade e consistência interna, foi construída com o objetivo de avaliar os principais grupos de atitudes dos profissionais de saúde frente ao álcool e ao alcoolismo - fator moral, fator doença, fator etiológico, fator profissional e fator humano. (Pillon, Laranjeira & Dunn, 1998)

A versão da EAFAAA utilizada possui 50 itens, que avaliam as atitudes dos profissionais em uma escala de Likert de 1 a 5. Pontuações finais mais elevadas no escore da escala predizem profissionais com atitudes mais positivas frente ao álcool, o alcoolismo e o alcoolista. Alguns itens possuem lógica invertida e, desse modo, precisam ter os seus valores considerados como opostos para que seja efetuado o cálculo adequado das atitudes.

Os dados foram analisados pelo Programa STATA 12 para Windows®. Foi realizada uma análise descritiva dos dados, testes de médias e cálculos dos intervalos de confiança para cada uma das variáveis quantitativas.

Para verificar as associações entre as variáveis, foram realizados modelos de regressão de mínimos quadrados ordinários (*Ordinary Least Squares – OLS*) univariadas e múltiplas. (Baldi & Moore, 2014)

Definiu-se como variável dependente o escore da EAFAAA e para a análise dos determinantes das atitudes dos profissionais, dividiu-se as variáveis independentes em três classes: descrição sociodemográfica dos trabalhadores, perfil dos trabalhadores e processo de trabalho.

Na primeira etapa da pesquisa, realizou-se a análise univariada de cada variável e inclui-se no modelo final de cada classe as variáveis com valor de $p \leq 0,3$, sendo elas: variáveis sociodemográficas do trabalhador,

perfil dos trabalhadores e do processo de trabalho. Após a elaboração do modelo múltiplo em cada variável, selecionou-se todas as variáveis que tiveram um valor de $p \leq 0,1$ nos modelos múltiplos e as mesmas foram incluídas no modelo final. As variáveis são a respeito dos determinantes das atitudes frente ao álcool, ao alcoolismo e ao alcoolista. Todos os dados foram distribuídos em tabelas.

A pesquisa foi aprovada no comitê de ética (CEP-EEUSP nº 1.001/2011) sob CAAE nº 0005.0.196.000-11 e os autores observaram todas as determinações éticas

estabelecidas pela Resolução do Conselho Nacional de Ética em Pesquisa, nº 466 de 2012. As entrevistas foram realizadas após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

RESULTADOS

Entre os trabalhadores participantes, verificou-se predomínio de profissionais do sexo feminino, com idade média de 40 anos e pós-graduados, conforme os dados distribuídos na Tabela 1.

Tabela 1

Caracterização sociodemográfica dos profissionais dos CAPSad SP (n=288).

Variáveis		Média	Mediana
	Idade	40	38
	Carga horária	35	40
Variáveis		N	%
Sexo	Masculino	88	30.6%
	Feminino	200	69.4%
	Total	288	100%
Etnia	Branca	165	57.3%
	Negra	38	13.2%
	Mulata/Parda	83	28.8%
	Amarelo	2	0.7%
	Total	288	100%
Estado Civil	Solteiro	109	37.8%
	Casado/Com companheiro	138	47.9%
	Separado/Divorciado	35	12.2%
	Viúvo	6	2.1%
	Total	288	100%
Escolaridade	Ens. Fund. Compl.	5	1.7%
	Ens. Méd. Compl.	26	9.0%
	Ens. Méd. Incompl.	7	2.4%
	Curso Téc. Compl.	33	11.5%
	Ens. Sup. Compl.	51	17.7%
	Ens Sup Incompl.	53	18.4%
	Pós Grad. Compl.	102	35.4%
	Pós Grad. Incompl.	11	3.8%
Total	288	100%	

Legenda: Ensino Fundamental completo = Ens. Fund. Compl.; Ensino Médio Completo = Ens. Méd. Compl.; Ensino Médio Incompleto = Ens. Méd. Incompl.; Curso Técnico completo = Curso Téc. Compl.; Ensino Superior Completo = Ens. Sup. Compl.; Ensino Superior Incompleto = Ens Sup Incompl.; Pós Grad. Completa Pós Grad. Compl.; Pós Graduação Incompleta = Pós Grad. Incompl.

Fonte: CAPSad, São Paulo-SP, 2014.

Dentre os 288 participantes, verificou-se a prevalência de técnicos e auxiliares de enfermagem; profissionais da área administrativa e de psicólogos. Outros

dados referentes às funções exercidas pelos profissionais nos CAPSad que participaram da pesquisa podem ser observados na Tabela 2.

Tabela 2

Características relacionadas à atividade profissional dos trabalhadores de saúde dos CAPSad, SP (n=288)

Tempo de trabalho em serviço modalidade CAPSad	1 ano	76	26.4%
	Entre 2 a 4 anos	125	43.4%
	Entre 5 a 7 anos	32	11.1%
	Entre 8 a 10 anos	18	6.2%
	Mais que 10 anos	37	12.8%
	Total	288	100%
Tempo de trabalho no CAPSad participante	1 ano	92	31.9%
	Entre 2 a 4 anos	138	47.9%
	Entre 5 a 7 anos	16	5.6%
	Entre 8 a 10 anos	13	4.5%
	Mais que 10 anos	29	10.1%
	Total	288	100%
Outro vínculo trabalhista	Não	207	71.9%
	Sim	81	28.1%
	Total	288	100%
Renda mensal bruta total dos vínculos empregatícios	1 a 3 Salários Mínimos	84	22.9%
	4 a 7 Salários Mínimos	129	39.2%
	8 a 11 Salários Mínimos	39	13.2%
	12 a 15 Salários Mínimos	22	7.3%
	Acima de 16 Salários Mínimos	14	4.5%
	Total	288	100%
Profissão	Administrativo	37	12.8%
	Assistente Social	21	7.3%
	Educador físico	9	3.1%
	Enfermeiro	22	7.6%
	Farmacêutico	10	3.5%
	Fonoaudiólogo	1	0.3%
	Manutenção	22	7.6%
	Médico	23	8.0%
	Oficineiro	17	5.9%
	Psicólogo	33	11.5%
	Técnico de Farmácia	12	4.2%
	Técnico/auxiliar de enfermagem	60	20.8%
	Terapeuta Ocupacional	21	7.3%
Total	288	100.0%	

Fonte: CAPSad, São Paulo-SP, 2014.

A Tabela 3 apresenta os escores obtidos na EAFAAA, como um todo e em cada um dos fatores da escala, pelos profissionais dos CAPSad que responderam à pesquisa (n=288).

Tabela 3

Escores obtidos na EAFAAA, global e em seus fatores (n=229)

	EAFAAA		Erro Padrão
Fator 1 O trabalhar e o relacionar-se com o alcoolista	Média		3,8382
	IC 95%	Limite Inferior	,03068
		Limite Superior	3,7778
	Mediana		3,9000
	Desvio Padrão		,52070

Fator 2 Atitudes frente ao alcoolista	Média		3,9698	,04452
	IC 95%	Limite Inferior	3,8822	
		Limite Superior	4,0574	
	Mediana		4,1000	
	Desvio Padrão		,75558	
Fator 3 Atitudes frente ao alcooolismo (etiologia)	Média		2,9700	,02597
	IC 95%	Limite Inferior	2,9189	
		Limite Superior	3,0211	
	Mediana		3,0000	
	Desvio Padrão		,44067	
Fator 4 Atitudes frente ao uso do álcool	Média		3,2562	,04611
	IC 95%	Limite Inferior	3,1654	
		Limite Superior	3,3469	
	Mediana		3,3333	
	Desvio Padrão		,78258	
Escala de Atitudes Frente ao Álcool, ao Alcoolismo e ao Alcoolista	Média		3,5688	,02625
	IC 95%	Limite Inferior	3,5171	
		Limite Superior	3,6204	
	Mediana		3,6300	
	Desvio Padrão		,44541	

Fonte: CAPSad, São Paulo-SP, 2014

A média do escore obtido na EAFAAA foi de 3,56%. com tendência para as atitudes positivas dos profissionais frente ao álcool, alcoolista e alcoolismo. Ao verificar por fator, notou-se que a média para o fator 1, 2 e 4 apresentou tendência sugestiva de atitudes positivas, quando comparadas com a média observada. Já para o fator 3, a tendência apresentada revelou-se sugestiva de atitudes negativas, se comparadas com a média observada.

Na Tabela 4 pode-se verificar a distribuição dos efeitos das características sociodemográficas do trabalhador em suas atitudes frente ao álcool, ao alcoolismo e ao alcoolista. As variáveis incluídas no modelo foram as de a) sexo; b) cor/raça; c) escolaridade; d) renda; e) cursos de atualização; e f) profissão.

Os autores mediram: gênero em 0 - masculino e 1-feminino; cor/raça por meio da autodeclaração do trabalhador, que foram divididos em duas categorias: 0- branco e 1- não branco. Outra variável dicotômica foi a variável curso de atualização que mensura se o trabalhador não fez (0) ou fez (1) cursos de atualização. As outras três variáveis possuem quatro categorias:

i) Escolaridade: 0 – ensino fundamental ou médio; 1 – ensino técnico; 2 – ensino superior; 3 – pós-graduação. Tomou-se como

categoria de comparação a educação fundamental ou média.

ii) Renda total: 0 – 1 a 3 salários mínimos; 1 – 4 a 7 salários mínimos; 2 – 8 a 11 salários mínimos e 3 – acima de 12 salários mínimos. A categoria de comparação foi 1 a 3 salários mínimos.

iii) Profissão: 0 – técnico administrativo; 1 – técnico de saúde; 2 – oficinheiro; 3 – nível superior de saúde.

Conforme se pode verificar na Tabela 4, todas as variáveis que tiveram valor de $p \leq 0,3$ nos modelos univariados foram inseridas nos modelos múltiplos. Vale ressaltar que todas as variáveis e categorias univariadas da tabela tiveram valor de $p \leq 0,05$. Contudo, no modelo múltiplo, as variáveis de sexo e cor/raça perderam significância. Em relação à variável de escolaridade, apenas aqueles que pertenciam à categoria Ensino Superior possuíam atitudes mais positivas e essa diferença foi significativamente diferente da categoria educação fundamental

ou média. Acerca da variável de renda, as duas categorias de maior remuneração possuíam atitudes mais positivas em relação à categoria de comparação.

Ademais, os trabalhadores que fizeram cursos de atualização também possuíam atitudes significativamente mais positivas do que as daqueles que não fizeram. Os trabalhadores técnicos e com nível superior de saúde possuem melhores atitudes que os técnicos administrativos. Por fim, observando os R² dos modelos, verificou-se que as variáveis mais explicativas são a escolaridade e a renda obtida no CAPSad. Ambas explicitaram 24% e 28% da variação das atitudes dos trabalhadores. No entanto, ambas pareceram captar os mesmos efeitos, uma vez que o R² do modelo múltiplo foi ligeiramente superior, explicando 33% das atitudes.

O objetivo das intervenções terapêuticas foi medido da seguinte forma: 0 – alertar para os riscos do consumo de álcool e outras drogas; afastar as pessoas

das drogas; evitar lugares e pessoas que incentivam o uso de álcool e outras drogas ou não sei; 1 – Desenvolver a consciência crítica para além do consumo de álcool e outras drogas e o conjunto de todas as alternativas. Estes resultados podem ser vistos na Tabela 5, que analisou os efeitos de duas variáveis acerca do Processo de Trabalho, a saber: a) objetivo das intervenções terapêuticas e b) indicação das internações.

As indicações de internações foram medidas como 0 – pelo médico, pela família, pelo usuário ou por via judicial e 1 – após discussão em equipe.

Ambas as variáveis foram significantes no modelo múltiplo, indicando os indivíduos que acreditavam que desenvolver consciência crítica acerca do álcool e outras drogas era o principal objetivo das intervenções e, aqueles que indicavam internação, após discussão de caso em equipe possuíam melhores atitudes, com um p valor ≤ 0,0001, mostrando alta significância deste modelo.

Tabela 4

Modelos univariados de Variáveis Sociodemográficas e EAFAAA. (n=288)

Modelos	EAFAAA	Modelos Univariados	R ²	Modelo Múltiplo
Modelo 1	Sexo	0.131	2%	0.073
	<i>p valor</i>	0.021**		0.135
Modelo 2	Cor / Raça	-0.162	3%	-0.228
	<i>p valor</i>	0.002**		0.636
Modelo 3 Escolaridade	Ensino Técnico	0.185	24%	0.085
	<i>p valor</i>	0.047**		0.406
	Ensino Superior	0.429		0.200
	<i>p valor</i>	0.000***		0.016**
Modelo 4 Renda	Pós Graduação	0.638	20%	0.169
	<i>p valor</i>	0.000***		0.107
	4 a 7 sal. Mínimos	0.314		0.095
	<i>p valor</i>	0.000***		0.116
Modelo 5	8 a 11 sal. Mínimos	0.545	11%	0.206
	<i>p valor</i>	0.000***		0.024**
	acima 12 sal. mín.	0.539		0.199
Modelo 6 Profissão	<i>p valor</i>	0.000***	28%	0.057*
	Curso de Atualização	0.328		0.119
Modelo 6 Profissão	<i>p valor</i>	0.000***	11%	0.027**
	Técnico de Saúde	0.183		0.093
	<i>p valor</i>	0.006***		0.219
	Oficineiro	0.409		0.294
	<i>p valor</i>	0.000***		0.007**
	Nível superior de Saúde	0.577		0.321
<i>p valor</i>	0.000***	0.001**		
Modelo 6 Profissão	Constante			3.019
	<i>p valor</i>			0.000***
Número de Casos - (todos modelos)		288	R ²	33%

Legenda: * = p ≤ 0,1, ** p ≤ 0,05 *** p ≤ 0,01 – Erros Padrões Robustos

Fonte: CAPSad, São Paulo-SP, 2014.

Tabela 5*Modelos univariados de intervenções e interações – EAFAAA. SP (n=288)*

Variáveis	Modelo 1	Modelo 2	Modelo Múltiplo
Intervenções	0.313		0.284
<i>p</i> valor	0.000***		0.000***
Interações		0.360	0.316
<i>p</i> valor		0.001**	0.000***
_cons.	3.319	3.249	3.063
	0.000***	0.000***	0.000***
N	288	288	288
R ²	8%	6%	12%

Legenda: * = $p \leq 0,1$, ** $p \leq 0,05$ *** $p \leq 0,01$ – Erros Padrões Robustos

Fonte: CAPSad, São Paulo-SP, 2014.

Por fim, na Tabela 6 é representado o modelo múltiplo final, que inclui todas as variáveis que foram estatisticamente significantes, apresentadas nos modelos múltiplos das tabelas 3 e 4. O critério adotado para entrada de uma variável no modelo final foi que a variável tivesse um valor de $p \leq 0,1$ no modelo múltiplo. Incluiu-se da Tabela 3 as variáveis: escolaridade; cursos

de atualização, renda e profissão. Da Tabela 4, foram incluídos as duas variáveis de processo: intervenções e interações.

A apresentação do modelo final é um pouco diferente das tabelas anteriores, pois se incluiu apenas um modelo e apresentou o coeficiente estimado. Em seguida, o seu valor de *p* e o seu respectivo intervalo de confiança.

Tabela 6*Análise de regressão múltipla final da EAFAAA, CAPSad SP (n=288)*

EAFAAA	Coef.	P>|t|	Limite Inferior	Limite Superior
Escolaridade (Ensino Técnico)	0,078	0,492	-0.145	0.301
Escolaridade (Ensino Superior)	0,176	0,063*	-0.009	0.361
Escolaridade (Pós Graduação)	0,153	0,170	-0.066	0.372
Renda (4 a 7 sal. mínimos)	0,066	0,317	-0.064	0.197
Renda (8 a 11 sal. mínimos)	0,209	0,020**	0.033	0.385
Renda (acima 12 sal. mín.)	0,181	0,093*	-0.030	0.392
Curso de Atualização	0,100	0,065*	-0.006	0.206
Profissão (Técnico de Saúde)	0,069	0,423	-0.100	0.237
Profissão (Oficineiro)	0,218	0,080**	-0.026	0.462
Profissão (Nível superior de Saúde)	0,298	0,002***	0.109	0.487
Intervenções – 1	0,152	0,008***	0.040	0.263
Interações – 2	0,100	0,160	-0.040	0.241
_cons	2,915	0,000	2.748	3.082
TOTAL DE CASOS	288	R2	34%	

Legenda: * = $p \leq 0,1$, ** $p \leq 0,05$ *** $p \leq 0,01$ – Erros Padrões Robustos

Fonte: CAPSad, São Paulo-SP, 2014

No modelo final acerca das atitudes, apresentado na Tabela 6, as variáveis que permaneceram significantes com valor de $p \leq 0,05$ foram: Renda, Profissão e Intervenções. Da variável escolaridade, apenas os profissionais que possuíam ensino superior possuíam atitudes significativamente mais positivas que as dos trabalhadores que tinham cursado apenas o Ensino Fundamental ou Médio, com um valor de $p \leq 0,1$. O

mesmo aconteceu com a variável renda, pois aqueles que ganhavam de 8 a 11 salários mínimos possuíam atitudes mais positivas que o grupo de comparação.

Resultado semelhante obteve-se acerca da profissão dos trabalhadores, uma vez que apenas os profissionais de saúde, com terceiro grau e oficineiros tiveram atitudes significativamente mais positivas que os de setores administrativos.

Por fim, o objetivo das intervenções está positivamente associado às melhores atitudes dos profissionais.

DISCUSSÃO

Considerando que o presente estudo objetivou mensurar as atitudes dos profissionais de saúde atuantes nos serviços especializados de atenção psicossocial em álcool e drogas em relação ao álcool, ao alcoolismo e ao alcoolista, além de verificar se há associação entre variáveis sociodemográficas, de perfil dos trabalhadores e de processo de trabalho com as atitudes dos mesmos. A seguir, os autores farão a dialética com outros estudos, acerca da temática.

Estudos nacionais que analisaram o perfil sociodemográfico dos trabalhadores de saúde mental tiveram a prevalência do sexo feminino; adultas jovens com estado civil casada, e com nível de educação superior. (Kantorski et al., 2009; Leal, Bandeira & Azevedo, 2012; Rebouças, Legay, & Abelha, 2007)

Em relação ao período de tempo trabalhado no CAPSad, estudo realizado com profissionais em serviços de saúde mental, prevaleceram os que trabalhavam entre 2 a 4 anos (Silva et. Al, 2013).

Acerca das atitudes dos trabalhadores, os dados encontrados na EAFAA apontaram uma tendência às atitudes positivas frente ao álcool, ao alcoolismo e ao alcoolista, que pode estar associada ao fato de estes profissionais prestarem assistência a usuários de álcool e outras drogas. Há evidências científicas de que os que trabalham no cuidado de pessoas em uso problemático de álcool apresentam atitudes mais positivas frente ao usuário e melhor conhecimento acerca da temática. (Pinikahana, Happell, & Carta, 2002; Soares, Vargas & Oliveira, 2011)

Pesquisa que objetivou analisar as atitudes desenvolvidas pelos profissionais da Atenção Primária à Saúde junto às pessoas com transtornos relacionados ao uso de álcool com 489 profissionais da saúde em um município de Minas Gerais, revelou que esses profissionais apresentaram atitudes positivas frente aqueles usuários, com uma compreensão de que o alcoolista era um doente e requer tratamento. As atitudes têm um papel significativo com relação ao tratamento de pessoas com transtornos relacionados ao uso de álcool. (Caixeta, Pedrosa & Haas, 2016)

Os autores inferem que as atitudes negativas dos profissionais frente à etiologia do alcoolismo podem estar relacionadas ao processo de formação, uma vez que a falta de conhecimento acerca da temática, pelos que atuam em CAPSad também foi relatada por Vargas e Duarte

(2011). Conforme Laurell (1976), esta condição contribui para que os profissionais não saibam identificar as causas reais do alcoolismo que tem caráter multifatorial, apesar da prática assistencial no serviço especializado.

Os dados nos permitem dizer que a pessoa do alcoolista é mais aceita pelos profissionais do CAPSad do que seu uso problemático. Dados semelhantes foram encontrados em estudo desenvolvido por Vargas e Luis (2008), demonstrando que uma parcela significativa de enfermeiros apresenta atitudes negativas e moralistas.

O fato de ter-se observado que aqueles profissionais com nível superior e maior renda apresentaram uma tendência a atitudes mais positivas do que aqueles apenas com nível fundamental e médio, aponta para a necessidade da inclusão do tema álcool e outras drogas na formação dos profissionais de nível médio, em especial ao profissional da equipe de enfermagem, já que estão em maior número nos CAPSad.

Estudo realizado com profissionais de nível médio também observou a falta de preparo destes para atuar junto aos usuários de álcool e outras drogas (Vargas et al, 2014). Entretanto, esta modalidade profissional também foi sujeito da transformação das práticas em saúde, no movimento da história que foi imprescindível para a Reforma Psiquiátrica. (Aranha e Silva, 2003)

Resultados do presente estudo revelaram que os profissionais que relataram realizar intervenções que objetivavam alertar acerca dos riscos e perigos do consumo do álcool e, desenvolver consciência crítica com relação às questões para além do consumo de álcool, apresentaram atitudes mais positivas frente ao álcool, ao alcoolismo e à pessoa em uso problemático do que aqueles que relataram a realização de intervenções que objetivavam o estímulo à abstinência.

Os autores deste estudo inferem que os resultados citados acima também estejam relacionados ao processo de trabalho nos CAPSad, uma vez que, segundo Moraes (2008), estes são serviços que, ao seguir o modelo de atenção integral à saúde de usuários de álcool e outras drogas, carregam consigo a ideologia da promoção de sujeitos doentes para cidadãos, além da reinserção social; intersetorialidade das ações; adoção da redução de danos e outros princípios para atenção integral, justa e equânime; o que pode fazer com que a grande maioria dos profissional nesses serviços, siga as estratégias propostas, tenha uma visão diferenciada do alcoolismo, da pessoa em relação de dependência com o álcool e da própria bebida alcoólica e, por consequência, atitudes mais positivas.

Faz necessário ressaltar que a própria noção de cidadania, compreendendo o uso de drogas como uma questão de liberdade de escolha e direito e não de crime,

doença ou pecado, permitiria uma maior reflexão por parte dos profissionais de saúde e da sociedade, no que se refere aos “problemas” originados pela maneira de compreensão das drogas e não necessariamente pelo seu uso, como é o caso da folha de coca em alguns países da América do Sul. (Pinho et al, 2013). A limitação deste estudo relaciona-se a impossibilidade da pesquisa quantitativa em relatar a vivência dos participantes acerca da atitude frente aos objetos aqui apresentados e discutidos. Sendo assim, os autores sugerem que investigações qualitativas sejam realizadas para preencher esta lacuna de conhecimento acerca da temática.

CONCLUSÃO

O estudo mostrou que as atitudes mais positivas foram as dos trabalhadores dos serviços de atenção psicossocial, frente ao álcool, ao alcoolismo e pessoa em uso problemático, com nível superior de escolaridade, uma vez que a tendência de atitudes positivas diminuía em função do nível de escolaridade dos mesmos.

Conclui-se também que os profissionais apresentaram atitudes negativas frente à etiologia do alcoolismo e que aqueles que relataram a realização de intervenções que objetivavam a abstinência apresentaram atitudes menos positivas do que os profissionais que relataram realizar intervenções que objetivavam alertar acerca dos riscos e perigos do consumo do álcool e desenvolver consciência crítica dos problemas relacionados para além do consumo de álcool.

O presente estudo traz como contribuições possibilitar que os profissionais da saúde que atendem usuários de álcool e outras drogas possam refletir acerca de suas atitudes para com os mesmos e a etiologia do consumo, de modo a superar a concepção paradigmática que prevalece no senso comum. Ademais, os dados deste estudo ressaltam para a importância de que os profissionais sejam capacitados para atuarem na área.

REFERÊNCIAS

Aranha e Silva, A. L. (2003). *Enfermagem em saúde mental: a ação e o trabalho de agentes de enfermagem de nível médio no campo psicossocial*, (Tese de doutorado, Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo). Disponível em <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/7/7136/tde-25112004-135231/en.php>

Baldi, B., & Moore, D. S. (2014). *The practice of statistics in the life sciences*. New York: W.H. Freeman.

Caixeta L.M.M., Pedrosa L.A.K. & Hass V.J. (2016). Análise das atitudes de profissionais da Atenção Primária a Saúde frente a pessoas com transtornos relacionados ao uso de álcool. *SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog*, 12(2):84-91. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/pdf/smad/v12n2/pt_04.pdf

Kantorski, L. P., Jardim, V. R., Wetzell, C., Olschowsky, A., Schneider, J. F., Heck, R. M., et al. (2009). Satisfação dos usuários dos centros de atenção psicossocial da região Sul do Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 43, 29-35. Disponível em http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v43s1/en_748.pdf

Krech, D., Crutchfield, R. S., & Ballachey, E. L. (1962). *Individual in society*. New York: McGraw-Hill.

Laurell, A. C. (1976). A saúde-doença como processo social. *Rev. Mex. Cienc. Pol. Soc*, 84, 131-157.

Leal, R. M. A. C., Bandeira, M. B., & Azevedo, K. R. N. (2012). Avaliação da qualidade de um serviço de saúde mental na perspectiva do trabalhador: satisfação, sobrecarga e condições de trabalho dos profissionais. *Psicol. Teor. Prat.*, 14(1), 15-25. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872012000100002

Moraes, M. (2008). O modelo de atenção integral à saúde para tratamento de problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas: percepções de usuários, acompanhantes e profissionais. *Ciênc. saúde coletiva*, 13(1), 121-133. Disponível em http://observasmjc.uff.br/psm/uploads/23-O_modelo_de_aten%C3%A7%C3%A3o_integral_%C3%A0_sa%C3%BAde_para_tratamento.pdf

Pillon, S., Laranjeira, R., & Dunn, J. (1998). Nurses' attitudes towards alcoholism: factor analysis of three commonly used scales. *Sao Paulo med. j.*, 116(2), 1661-6. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s1516-31801998000200004&script=sci_arttext

Pinho, P. H., Oliveira, M. A. F., Claro, H. G. Pereira, M. O., & Almeida, M. M. (2013). A concepção dos profissionais de saúde acerca da reabilitação psicossocial nos eixos: morar, rede social e trabalho dos usuários de substâncias psicoativas. *Rev. port. enferm. saúde mental*(9), 29-35. Disponível em <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpesm/n9/n9a05.pdf>

Pinikahana, J., Happell, B., & Carta, B. (2002). Mental health professionals' attitudes to drugs and substance abuse. *Nurs. health sci.*, 4(3), 57-62. Disponível em <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1442-2018.2002.00104.x/full>

- Rebouças, D., Legay, L. F., & Abelha, L. (2007). Satisfação com o trabalho e impacto causado nos profissionais de serviço de saúde mental. *Rev. saúde pública*, 41(2), 244-50. Disponível em <http://www.revistas.usp.br/rsp/article/view/32220>
- Silva, N. S., Esperidião, E., Silva, K. K. C., Souza, A. C. S., & Cavalcante, A. C. G. (2013). Perfil profissiográfico de trabalhadores de nível universitário em serviços de saúde mental. *Rev. enferm UERJ*, 21(2), 185-91. Disponível em <http://www.facenf.uerj.br/v21n2/v21n2a08.pdf>
- Soares, J., Vargas, D. & Oliveira, M. A. F. (2011). Atitudes e conhecimentos de profissionais de saúde diante do álcool, alcoolismo e do alcoolista: levantamento da produção científica nos últimos 50 anos. *SMAD, Rev. Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog.*, 7(1), 45-52. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/smad/v7n1/08.pdf>
- Vargas, D. (2005). *A construção de uma escala de atitudes frente ao álcool, ao alcoolismo e ao alcoolista: um estudo psicométrico*. (Tese de doutorado, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo). Disponível em <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22131/tde-25072005-090632/en.php>
- Vargas, D. (2010). Atitudes de enfermeiros de hospital geral frente às características pessoais do paciente alcoolista. *Rev. bras. enferm.*, 63(6), 1028-34. Disponível http://www.producao.usp.br/bitstream/handle/BDPI/3938/art_VARGAS_Atitudes_de_enfermeiros_de_hospital_geral_frente_2010.pdf?sequence=1
- Vargas, D. (2011) Versão reduzida da escala de atitudes frente ao álcool, alcoolismo e ao alcoolista: resultados preliminares. *Rev. Esc. Enferm. USP*, 45(4), 918-25. Disponível em <http://www.revistas.usp.br/reusp/article/viewFile/40784/44133>
- Vargas, D., Bittencourt, M. N., Rocha, F. M., & Silva, A. C. O. (2014). Centros de atenção psicossocial álcool/drogas: inserção e práticas dos profissionais de enfermagem. *Esc. Anna Nery Rev. Enferm.*, 18(1), 101-106. Disponível em <http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpesm/n9/n9a05.pdf>
- Vargas, D. & Labate R.C. (2005). Trabalhar com pacientes alcoolistas: satisfação de enfermeiros de hospital geral. *Rev. gaúcha enferm*, 26(2), 252-60. Disponível em: www.seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/download/4577/2511
- Vargas, D. & Luis, M. A. V. (2008). Álcool, alcoolismo e alcoolista: concepções e atitudes de enfermeiros de unidades básicas distritais de saúde. *Rev. latinoam. enferm.* 16(spe), 543-50. Disponível em <http://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/2516>
- Vargas, D., Oliveira, M. A. F., & Duarte, F. A. B. (2011). Psychosocial care Center for Alcohol and Drugs (CAPSad): nursing insertion and practices in São Paulo City, Brazil. *Rev. latinoam. enferm.*, 19(1), 115-122. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692011000100016&script=sci_arttext&tlng=es

Endereço para correspondência:

Paula Hayasi Pinho

Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419

CEP: 05403-000 – Cerqueira César, São Paulo/SP

E-mail: paulapinho@usp.br

Recebido em 31/01/2017

Aceito em 17/04/2017

Percepção de risco e atitudes de prevenção de acidentes em crianças (10-12 anos)*

Risk perception and attitudes of accident prevention in children (10-12 years)

Eveline Favero^I
Sarah Cristina Pezenti^{II}
Andressa Roseno Ames^{III}
Fabrício Duim Rufato^{IV}

Universidade Estadual do Oeste do Paraná.

Luiz Carlos Pinto da Silva Filho^V

Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Resumo

O estudo analisou a percepção de risco de acidentes em crianças, bem como sua opinião relativa às atitudes de prevenção. Participaram 886 crianças, 54% meninas 46% meninos, com idade entre 10-12 anos ($M=10,66$; $DP=0,62$), residentes em Cascavel-PR. Os participantes responderam a um questionário, com respostas em escala de *Likert* variando de 1-5, analisado quantitativamente, através de técnicas de estatística tais como análise fatorial, análise de frequência e teste *t* de *Student*. As crianças apresentaram médias baixas ($\leq 2,24$) relativas à percepção de exposição ao risco de acidentes, o que indica relação com a crença pessoal de invulnerabilidade. Por sua vez, as médias relativas à importância das atitudes de prevenção foram altas ($\geq 3,40$), revelando um bom nível de informação sobre esse assunto.

Palavras-chave: percepção de risco, prevenção de acidentes, infância.

Abstract

The study analyzed the risk perception of accidents in children, as well as their opinion on the attitudes of prevention. The study included 886 children, 54% female and 46% male, 10-12 years old ($M=10.66$; $SD=0.62$), living in Cascavel-PR. The participants answered a questionnaire with Likert scale responses ranging from 1-5, analyzed quantitatively through techniques of statistics such as factor analysis, frequency and Student's t-test. The children presented low means ($\leq 2,24$) relative to the perception of exposure to the risk of accidents, which may be related to the personal belief of invulnerability. On the other hand, the averages relative to the importance of the attitudes of prevention were high ($\geq 3,40$), revealing a good level of information on this subject.

Keywords: risk perception, accidents prevention, childhood.

The work is based on the assumption that, in order to invest in risk and disaster prevention programs, we must first know how children perceive the threats present in the environment where they live and what they do to protect themselves, as well as how vulnerable they are to different risks. Considering risk prevention in vulnerable populations, the Interministerial Ordinance no. 02 (Brasil, 2012), instituted the Joint National Protocol for Integral Protection of Children and Adolescents, Seniors and Persons with Disabilities

in Risk and Disaster Situations. Regarding the education sector, it is the responsibility of the school to develop educational programs focused on the development of life skills, self-protection for accidents and disasters, as prevention and as part of the programmatic matrix (Brasil, 2012). The university in its social commitment may be contributing, from the production of scientific knowledge, with subsidies for the elaboration and improvement of programs that help society to qualify the perception of the risks (Favero et al., 2016), to

^I Doutora em Psicologia (UFRGS), Professora Adjunta de Psicologia, Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Programa de Pós-Graduação em Administração e Contabilidade, área Psicologia Ambiental e Psicologia Organizacional.

^{II} Graduanda em Administração, aluna de PIBIC. Universidade Estadual do Oeste do Paraná.

^{III} Bióloga, Mestre em Ciências Ambientais. Universidade Estadual do Oeste do Paraná.

^{IV} Psicólogo, Mestrando em Ciências Ambientais. Universidade Estadual do Oeste do Paraná.

^V Professor Adjunto de Engenharia, Programa de Pós-Graduação em Engenharia Civil. Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

*To schools and students for participating in the study. To the professionals who contributed their knowledge, especially the professionals of the 4o. Fire Brigade Group (PR) and SAMU (RS and PR). To the CNPq for the financial support, as well as to the Scientific Initiation program of Unioeste (PIBIC).

better face them and extend the possibilities of ensuring their safety.

The World Health Organization, together with UNICEF, has issued a report on the prevention of accidents in children (WHO/UNICEF, 2008). Regarding accidents, each year, approximately 830,000 children and adolescents die from unintentional injuries. Children over nine years of age and adolescents are the ones most affected by intentional accidents, such as traffic accidents, drowning, falls, fire burns and poisonings. Traffic accidents and drowning are the leading causes of death in this age group, while traffic accidents and falls are primarily responsible for disabilities in children.

Children, much more than adults, present a high risk of experiencing the adverse effects of environmental agents (Dziubanek et al., 2013). Accidents with children are closely related to the type of activities they carry out and those are related with age and each stage of development. Curiosity and the need to experience are not always attuned to the risk of an accident (WHO/UNICEF, 2008). Thus, it is important to study how children perceive themselves when exposed to the different types of risks in the environment.

The topic of risk perception in children and adolescents still lacks development. A database search conducted in the year 2016, using the descriptor “child risk perception” (in Portuguese and English) and covering the period of 2010-2015, resulted in six articles in the Scientific Electronic Library database, 11 articles on the Web of Science and no articles on the Lilacs network. Of the 17 articles found, only four of them actually dealt with the topic of risk perception in children, although not all referred to research directly with children.

The study by Börner, Albino, Carveo and Tejada (2015), analyzed the perception of 74 Mexican adolescents in relation to environmental health risks in contaminated urban areas. The study used environmental photography as a methodology for the analysis of local risk perception. According to the authors, knowing the risk perception of adolescents plays a crucial role in the development of risk communication programs for the improvement of community health, since, through this analysis, both perceived and neglected risks can be verified.

On the other hand, Melchiori et al. (2010) analyzed the risk perception of 50 children (04-13 years old) and their parents about lead poisoning and its implications, through a structured interview. The results indicated a lack of understanding of several aspects investigated and the evolution of knowledge with increasing age. Thus, it was verified that the older children have a greater perception of the risk when compared to the smaller ones.

Studies show the importance of risk perception for the effectiveness of prevention strategies. The study by Noronha and Rodrigues (2011) argued that children’s perception of their own health is an important indicator for the definition of child health promotion strategies. The study was conducted with 216 Portuguese children and concluded that describing the health profile of children can contribute to the planning of intervention strategies and health education for children in the school context.

Authors such as Khandarman, Harun-Or-Rashida and Sakamotoa (2012) examined the perception of burn risk factors in 1,154 children under five years of age in Mongolia, as this is one of the major causes of accidents in children. Of the total, 25% of the children had already suffered burns, most of which occurred inside the house. The study concluded that the knowledge and practice of caregivers was insufficient to prevent accidents, and the physical conditions of the domestic environment were generally inadequate.

Other studies can also be found in the international context, such as that of Soori (2000), which analyzed the perception of the dangers of playing outside the home and compared the differences between younger children with older children, boys and girls, and children more economically favored with those less favored. According to the study, older children are more likely to perceive crossing a busy highway with their friends as safe when compared to younger ones. Boys compared to girls are more likely to perceive climbing a wall as safe, and economically disadvantaged children are more likely to perceive riding a bicycle without a helmet as safe than more economically favored children (Soori, 2000).

The data from this study were corroborated in the WHO/UNICEF (2008) report, which pointed to a greater occurrence of accidents with boys, both because of their different degree of activity and the way they are socialized, since parents usually limit girls in exploratory activities more than boys. Poverty, in turn, is a factor that leads to greater vulnerability to environmental risks. However, it is not just that. Accidents are also related to the inability of children to control and modify their environments, since these were designed mostly by and for adults. Thus, it is important that the needs of children are incorporated into the environment in which they live, since among the most satisfactory prevention strategies is the adaptation of the environment to the characteristics of children, integrating safety in product design (WHO/UNICEF, 2008).

On the other hand, studies such as those by Ronan, Johnston, Daly and Fairley (2001) found that children aged five to thirteen showed fairly accurate

perceptions of the risks that actually exist in their environment, a widespread awareness of the need for risk reduction as a protective factor and a moderate to strong belief about their ability to deal emotionally with future risks. The study also found that children involved in risk education programs demonstrated more stable perceptions, reduced fear of risks and a high concern about the importance of protective behaviors when compared to children who reported not participating in such a program. In addition, children who participated in two or more programs presented a more significant concern about protective behaviors compared to those who participated in only one program.

In the same way, a study by Greening, Stoppelbein, Chandler and Elkin (2013) found that lack of personal experience causes less concern about health threats in children and adolescents aged nine to seventeen, not sensitizing that population for potential risks. In the same way, the study by Little and Vyver (2010) identified that the child's characteristics, such as age, sex, risk behaviors and search for sensations influence their ability to assess the risks of playful outdoor activities. Children aged four to five were able to identify injury risk behaviors, but were not able to differentiate the potential for injury from one behavior to another, which could be better explored in older children.

According to the WHO/UNICEF (2008) report, with regard to prevention, it is important to consider that the type of accident varies with the age, developmental stage and context in which the child lives, which is continuously in transformation. For example, as far as traffic is concerned, studies have shown that young children lack the knowledge and attitudes, as well as the degree of concentration needed to meet the challenges that a road can impose, however secure it may be. Similarly, a child may fall from a high place because their ability to climb does not match their ability to analyze the situation (WHO/UNICEF, 2008).

The social improvements related to childhood must be tied to the physical environment where life develops (Galli, 2014). Therefore, thinking about the environment is an essential part of policies aimed at protecting children from accidents. Thus, it is necessary to break with the belief that accidents are due to fate. Data on how children perceive risks, how they act to protect themselves, and the development of integrated prevention programs and strategies among different social entities and political commitment to prevention are essential to ensure safer childhoods.

Considering the above, the objective of this study was to analyze the perception of risk of accidents in

children aged 10-12 years, as well as their opinion regarding prevention attitudes. It is expected to contribute with data that can subsidize public policies and prevention programs, with the school, the family and society in general, as allies in this important process.

METHOD

Participants

The study was carried out with 886 children from the sixth grade of the public school of Cascavel-PR, aged 10 to 12 years ($M = 10.66$, $SD = 0.62$), with 54% of the sample being female and 45,7% male. When the sample was characterized by age, it was found that, at the time of the research, 415 children were 10 years old (46.9%), 392 children were 11 years old (44.2%) and 79 were 12 years old (48,9% of the sample). The number of students enrolled in the sixth year of 29 schools in the urban zone of Cascavel in the year 2016 was $N = 3625$. Thus, the selected sample was representative of this population and the data collection was done in 19 of the 29 schools.

Instruments and procedures

A questionnaire was applied in 19 state schools (the municipality has 29 schools that serve students in the urban area, excluding schools that attend Youth and Adult Education (EJA), vocational education, special education and field education), after approval of the Ethics Committee (Number 1.450.652 on 14/03/2016) of Universidade Estadual do Oeste do Paraná (UNIOESTE) and authorization of the Regional Nucleus of Education. The principals of the schools signed the Term of Institutional Agreement, and the schools were selected by draw lot. The students participated with the authorization of their parents or guardians, by means of a signed Free and Informed Consent Form, which was also signed by the participants. The questionnaire was completed in the classroom during the first semester of 2016.

The research instrument was divided in two blocks, with the first being composed of 16 questions about accidents. The participant indicated whether or not he had experienced an accident. Subsequently, the participant responded to an ad hoc scale called Child Perception on exposure to accident risks. The question was "How likely is that to happen to you?" (responses ranged from 1=low to 5=high). In the second block, participants used a scale of 1-5 to indicate how much they agreed that certain attitudes could reduce the risk of accidents or not (1 = strongly disagree and 5

= strongly agree), being constituted in the ad hoc scale of Accident Prevention Attitudes In Children.

The items of the scales, both from the first and from the second block, were developed from the literature in the area, consultation with specialists (local Civil Defense agents, Fire Brigade, Military Police and health professionals who attend to occurrences of disasters in the region) and consultation to the database of the 4th. Group of Firemen from PR (Which covers the city of Cascavel). The instrument was not validated previously but was first used in this study. A pilot test was conducted with 30 children to verify if they had difficulties in understanding the items of the questionnaire. From the test, the necessary adjustments were made.

Data analysis

The data were entered in a spreadsheet and analyzed quantitatively by the Statistical Package for Social Sciences (SPSS, v. 23.0). Factor analyzes were employed in order to test the psychometric properties of the instruments. In the sequence, the percentage of participating children who have experienced different types of accidents was verified, calculating the percentage also

by sex. Finally, we calculated the mean in the perception of the exposure to the risk of accidents and the importance of the prevention attitudes, and if the differences in means by sex were significant. For this the Student's t-test was used.

RESULTS AND DISCUSSION

First, a factorial analysis of the scales used in the study was performed, in order to verify its internal consistency. The Child Perception Scale on Exposure to Accident Risks, with 16 items, presented Cronbach's alpha of .87 and 42.97% of variance explained. The factorial analysis by the Principal Components method with Varimax Rotation resulted in two factors. The first one, comprised by eight items, was named Accidents with External Cause (causes that most often escape the child's control) and presented Cronbach's Alpha of .81. The second factor, also with eight items, was named Accidents Related to Childhood Games and Environmental Exploration (being more related to the child's activities and its development period), presented Cronbach's Alpha of .78. Table 1 shows the loads of items in each factor.

Table 1

Factorial Analysis of Children's Perception Scale on Accident Risks

Items in the Scale	Factor 1	Factor 2
Burn		.645
Fall of an object		.601
Fall from a high place		.651
Running over	.582	.335
Electric shock	.323	.556
Choking		.660
Asphyxia	.488	.269
Drowning		.605
Physical aggression	.428	
Car accident	.710	
Motorcycle accident	.725	
Bicycle accident		.514
Bus accident	.745	
Machine accident	.673	
Intoxication and/or poisoning	.582	
Attack and/or accidents with animals/insects	.365	.475
Factor Alpha	.81	.78

Note. Extraction Method: Analysis of Principal Components with Varimax Rotation (Kayser Normalization); N = 886.

Then, a factorial analysis of the scale on Accident Prevention Attitudes in Children was carried out. The

16 items scale presented Cronbach's alpha of .84 and explained variance of 56.11%. The factorial analysis

by the Principal Components method with Varimax Rotation resulted in four factors. The first one named Play safety ($\alpha = .68$), the second Protection in traffic ($\alpha = .80$), the third Avoid dangerous games ($\alpha = .79$) and the fourth Respect recommendations on the safety of places and activities ($\alpha = .64$). The results are shown in

Table 2. Although factors 1 and 4 presented alphas lower than .70, the scale, in general, presented good internal consistency, suggesting that the next studies will include more variables related to the factor items, in order to increase their variance. In this study, the way items loaded cover activities with different characteristics.

Table 2

Factorial Analysis of the Scale on Accident Prevention Attitudes in Children

Items in the Scale	1	2	3	4
Play on the street with adult supervision		.352		.397
Respect traffic signs		.806		
Cross the street on the security strip		.792		
Wear the seat belt		.771		
Do not get into the water in places not attended by lifeguards, at night and after meals				.599
Do not handle sharp tools				.649
Do not play on the beach on rainy days				.626
Do not perform shallow water dives				.611
Wear life-jackets when entering the water	.735			
Master the practice of swimming	.497			
Do not play in or near the pool without adult supervision	.669			
Play away from ravines, stairs and balconies	.483		.445	.338
Do not play near the stove when in use	.318		.676	
Do not place metallic objects inside electrical equipment and outlets			.817	
Do not handle alcohol near fire			.823	
Use safety equipment for riding a motorcycle, bicycle, skateboard, skates	.737			
Factor Alpha	.68	.80	.79	.64

Note. Extraction Method: Analysis of Principal Components with Varimax Rotation (Kayser Normalization); N=886.

The percentage of participating children who have experienced different types of accidents (Table 3), as well as the average perception of exposure to them, was verified. It was verified that the accidents that the children most experienced were accidents with a bicycle (47.1%), choking (45%), object falling (39.5%), burning (37.8%), drowning (36.3%) and attacks with animals or insects (35.3%). According to Mello-Jorge and Koizumi (2010), the accidents that most leave children hospitalized in Brazil are falls, accidents with transportation, burns, contact with poisonous animals and plants, exposure to fire and poisoning, which indicates some similarity to the studied sample. The same study revealed that when the occurrence by gender is

verified, boys are more susceptible to physical aggression, electric shock, automobile accidents, falling from high places and accidents with animals and/or insects, while the girls are more susceptible to burns and drowning (Mello-Jorge & Koizumi, 2010). The results of the present study corroborate these findings.

Although the percentage of accidents in the sample studied is relatively high (up to 47.1% in bicycle accidents, for example), when the likelihood of the same types of accidents is expected to occur (perception of the degree of exposure) was questioned, the average of responses was quite low, corroborating the study by Soori (2000) that older children have a lower perception of risk. The highest averages were for burn

(2.13; 2;14), object fall (2.08; 2.03), choking (2.03; 2.09), bicycle accident (2.24; 1.97), male and female respectively, and responses varied from 1-5 (1=low; 5=high). The possibility arises that, for the period of development in which they are, i.e., pre-adolescence, a sense of invulnerability could predominate in the

sample studied. It refers to the individual's conviction that victimizing events do not occur with him (Bulman & Frieze, 1983), which may be related to a high sense of control over the environment, believing in the ability to control and predict events that may occur to it (Chiuzi & Siqueira, 2008).

Table 3

Percentage Analysis and Means on Personal Accident Experience and Perception of Risk Exposure in Children

Type of accident	Total of the sample (886 cases)		Occurrence by gender (Answer "Yes")		Means for Risk exposure perception (responses from 1-5)		t-test for Equality of Means
	Yes %	No %	Male %	Female %	Male (n = 405)	Female (n = 478)	Sig. (2-tailed)
Burn	37.80	62.20	17.49	19.61	2.13	2.14	0.840
Fall from a high place	20.50	70.50	11.13	08.33	1.90	1.73	**
Fall of an object	39.50	60.50	20.31	20.14	2.08	2.03	0.069
Running over	08.90	91.10	04.34	03.38	1.56	1.60	0.241
Electric shock	33.20	66.80	18.90	13.42	1.95	1.83	**
Choking	45.00	55.00	23.14	22.26	2.03	2.09	0.072
Asphyxia	11.40	88.60	05.12	05.83	1.40	1.50	0.857
Drowning	36.30	63.70	16.96	19.61	1.85	1.89	0.389
Physical aggression	16.70	83.30	11.66	04.77	1.74	1.37	**
Car accident	17.70	82.30	09.36	07.77	1.67	1.63	0.063
Motorcycle accident	06.10	93.90	03.35	02.47	1.52	1.47	0.101
Bicycle accident	47.10	52.90	02.61	02.04	2.24	1.97	**
Bus accident	02.50	97.50	01.06	00.53	1.26	1.27	0.114
Machine accident	05.00	94.30	03.71	02.12	1.43	1.32	*
Intoxication and/or poisoning	04.80	95.10	02.12	02.82	1.93	1.81	0.749
Attack and/or accidents with animals/insects	35.30	64.70	18.37	16.60	1.34	1.33	**

Note. N= 886 children; **p<0,001; *p<0,05

However, in order for this to be confirmed, comparisons between samples of different ages should be performed, as well as the evaluation of these two constructs in this age group. The results also indicate the need for education programs for the recognition of risks in children, as well as for the qualification of the perception on the exposure to certain accidents (Favero et al., 2016), especially those that the statistics show as high occurrence.

Finally, through the Student's t-test for independent samples, we verified the differences between the averages by gender and if they were significant, considering the perception of the exposure and agreement on prevention attitudes. Regarding the exposure to accidents, the differences between averages were significant for the following variables: Fall from a high place ($t=-3.198$, $df=802.269$, $p=0.001$, $MD=-.0870$), Electric shock ($t=-5.322$, $df=813.926$, $p=0.001$, $MD=-.1655$),

Physical aggression ($t=-5.709$, $df=699.615$, $p=0.001$, $MD=-.1408$), Bicycle accident ($t=-5.872$, $df=852.276$, $p=0.001$, $MD=-.1919$), Machine accident ($t=-3.024$, $df=691.387$, $p=0.003$, $MD=-.10498$), Attack and/or accidents with animals/insects ($t=-3.260$, $df=837.077$, $p=0.001$, $MD=-.1033$). The averages for these variables were higher for males, a factor that may be related to personal experience (Greening et al., 2013), which corroborates the data from the study by Mello-Jorge and Koizumi (2010). However, when questioned about how much they agree that certain attitudes can reduce exposure to the risk of accidents, the children participating had high averages (Table 4), since the responses varied from 1-5 (1 = strongly disagree, 5 = strongly agree). In the same way, the study by Little and Vyver (2010) identified that little children are able to identify injury risk behaviors, which does not mean that children can perceive themselves as exposed to these same risks.

Table 4*Analysis of the Means of the Degree of Agreement on Accident Prevention Attitudes in Children*

Do you agree that the following attitudes may lower your exposure to the risk of accidents? (responses from 1-5)	Means for Accident Prevention Attitudes (Responses from 1-5)		<i>t</i> -test for Equality of Means Sig.(2-tailed)
	Male (n=405)	Female (n=478)	
Play on the street with adult supervision	3.75	3.83	0.275
Respect traffic signs	4.52	4.48	0.480
Cross the street on the security strip	4.39	4.24	0.497
Wear the seat belt	4.53	4.50	0.550
Do not get into the water in places not attended by lifeguards, at night and after meals	3.86	3.94	0.312
Do not handle sharp tools	3.68	3.93	**
Do not play on the beach on rainy days	3.85	3.92	0.610
Do not perform shallow water dives	3.62	3.72	0.192
Wear life-jackets when entering the water	3.73	3.88	*
Master the practice of swimming	4.03	3.93	0.170
Do not play in or near the pool without adult supervision	3.40	3.76	**
Play away from ravines, stairs and balconies	3.91	4.11	*
Do not play near the stove when in use	4.21	4.30	0.145
Do not place metallic objects inside electrical equipment and outlets	4.40	4.39	0.889
Do not handle alcohol near fire	4.46	4.50	0.431
Use safety equipment for riding a motorcycle, bicycle, skateboard, skates	3.94	4.11	*

Note. N= 886 children; **p<0,001; *p<0,05

We found significant differences between averages by gender regarding prevention attitudes on the following variables: 1) not handling sharp tools ($t=-3.474$, $df=799.669$, $p=0.001$, $MD=-.2560$); 2) use a life jacket when entering the water ($t=-2.143$, $df=803.197$, $p=0.032$, $MD=-1.581$); 3) not play in or near the pool without adult supervision ($t=-4.369$, $df=802.272$, $p=0.001$, $MD=-.3615$,); 4) play away from ravines, stairs and balconies ($t=-2.796$, $df=788.579$, $p=0.005$, $MD=-.1997$); 5) use safety equipment for riding a motorcycle, bicycle, skateboard, skates, etc. ($t=-2.400$, $df=789.875$, $p=0.017$, $MD=-.1741$). In all variables, the averages were higher for the female gender.

The data are in the same direction as the study by Soori (2000), who found that boys, when compared to girls, have a greater perception of safety in certain activities, such as climbing a wall. This study has other variables, however, they also indicate activities that are more stimulated in boys, and this difference may be related to cultural and educational factors, which lead to the adoption of different forms of socialization (WHO/UNICEF, 2008).

CONCLUSION

It is concluded that the percentage of accidents involving children in the sample analyzed is quite high. However, the average perception of children on exposure to accidents varies from low to moderate. Otherwise, children generally agree that prevention attitudes are important to avoid accidents. In this sense, the results can be the effect of the education received both in the family, in the school and in the community as a whole, through campaigns and prevention programs. Thus, the results may be related to the children's level of information about the assessed aspects, unlike what was found on the risk exposure perception, which would be more related to personal belief in the possibility of a future event.

Precisely because of the limitations that children may have regarding risk assessment, it is suggested that interventions should take place in the field of education as well as in the field of space adequacy in order to minimize the possibility of accidents. That is, public policies should seek to encourage and develop actions in order to build safer environments. The occurrence

of accidents with children is largely due to their vulnerability, which is closely related to the social conditions in which families are located. Thus, actions seeking the prevention of accidents with children cannot be given in isolation, i.e., information alone will not be enough if the environmental conditions remain the same.

It is suggested that more studies be done with children on the subject of accident risk perception and that the studies prioritize the understanding of this process from the perspective of the children themselves. In addition, future studies may also improve the research tools developed by the authors and presented here, as well as use qualitative methods to evaluate data in depth. Longitudinal studies are also encouraged to understand if and how the perception of risk changes with age.

Among the limitations of the study are the fact that there was no previous exploratory study, conducted directly with the children, in order to raise the variables to be analyzed. Otherwise, the study was based on data from the literature, official statistics and expert opinion. This fact does not diminish the importance of the present research, since the area lacks development and it was carried out with a robust sample. Considering the above, listening to children in a future study may be of fundamental relevance to understand why, while children recognize the importance of preventing risks, they do not perceive themselves exposed to the different threats present in the environment. In addition, the study could be extended to the adolescent and adult population, in order to generate comparative groups.

REFERENCES

- Brasil. (2012). Interministerial Ordinance No. 02, of 12/6/2012, which institutes the Joint National Protocol for Integral Protection of children and adolescents, seniors and persons with disabilities in risk and disaster situations. *Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil*, Brasília, DF, Dec. 06, 2012. Retrieved from <http://www.jusbrasil.com.br/diarios/58845141/dou-secao-1-09-09-2013-pg-18>
- Borner, S., Albino, J. C. T., Caraveo, L. M. N., & Tejada, A. C. C. (2015). Exploring Mexican adolescents' perceptions of environmental health risks: a photographic approach to risk analysis. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(5), 1617-1627. doi: 10.1590/1413-81232015205.11382014
- Bulman, R. J. & Frieze, I. H. (1983). A theoretical perspective for understanding reactions to victimization. *Journal of Social Issues*, 39(2), 01-17. doi: 10.1111/j.1540-4560.1983.tb00138.x
- Chiuzi, R. M. & Siqueira, M. M. M. (2008). Construção e validação da escala de percepção de invulnerabilidade. *Psicologia em Estudo*, 13(4), 885-892. doi: 10.1590/S1413-73722008000400027
- Dziubanek, G., Marchwińska-Wyrwał, E., Piekut, A., Hajok, I., Bilewicz-Wyrozumska, T., & Kuraszewska B. (2013). Environmental risks perception: a study of the awareness of families to threats in areas with increased health disorders in children. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine*, 20(3), 555-558. Retrieved from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24069864>
- Favero, E., Trindade, M. C., Passuello, A., Pauletti, C., Foresti, A. J., Sarriera, J. C., & Silva Filho, L. C. P. (2016). Percepção de risco ambiental: uma análise a partir de anotações de campo. *Revista Interamericana de Psicologia/Interamerican Journal of Psychology*, 50(1), 64-74. Retrieved from <https://journal.sipsych.org/index.php/IJP/article/viewFile/42/pdf>
- Galli, F. (2014). *A relação das crianças do sul do Brasil com o ambiente e a sua relação com o bem-estar pessoal* (Master's thesis). Retrieved from <https://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/98325/000929112.pdf?sequence=1>
- Greening, L., Stoppelbein, L., Chandler, C. C., & Elkin, D. (2013). Predictors of children's and adolescents' risk perception. *Journal of Pediatric Psychology*, 30, 425-435. Retrieved from <http://jpepsy.oxfordjournals.org/content/30/5/425.full.pdf>
- Khandarma, T. O., Harun-Or-Rashid M., & Sakamoto, J. (2012). Risk factors of burns among children in Mongolia. *Burns*, 38(5), 751-757. doi: 10.1016/j.burns.2011.11.006.
- Little, H. & Vyver, S. (2010). Individual differences in children's risk perception and appraisals in outdoor play environments. *International Journal of Early Years Education*, 18, 297-313. doi: 10.1080/09669760.2010.531600
- Melchiori, L. E., Kusumi, P., Rodrigues, O. M. P. R., Valle, T. G. Do, Capellini, V. M., & Neme, C. M. B. (2010). Percepção de risco de pessoas envolvidas com intoxicação por chumbo. *Paidéia* (Ribeirão Preto), 20(45), 63-72. doi: 10.1590/S0103-863X2010000100009
- Melo-Jorge, M. H. M. & Koizumi, S. (2010). *Acidentes na infância: magnitude e subsídios para a sua prevenção*. Relatório da pesquisa apresentado à Criança Segura, São Paulo. Retrieved from <http://www.criancasegura.com.br/downloads/relatoriocrise.pdf>

- Noronha, M. I. & Rodrigues, M. A. (2011). Saúde e bem-estar de crianças em idade escolar. *Esc Anna Nery*, 15(2), 395-401. doi: 10.1590/S1414-81452011000200024
- Ronan, K. R., Johnston, D. M., Daly, M., & Fairley, R. (2001). School children's risk perceptions and preparedness: a hazards education survey. *The Australasian Journal of Disaster and Trauma Studies*, 01, 2001. Retrieved from <http://www.massey.ac.nz/~trauma/issues/2001-1/ronan.htm>
- Soori, H. (2000). Children's risk perception and parents' views on levels of risk that children attach to outdoor activities. *Saudi Medical Journal*, 5, 455-460. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11500680>
- World Health Organization/UNICEF. (2008). *World report on child injury prevention*. World Health Organization, Geneva, Switzerland. Retrieved from http://www.who.int/violence_injury_prevention/child/injury/world_report/en/

Endereço para correspondência:

Eveline Fávero

Travessa Cristo Rei, 220/403

CEP: 85812-080 – Cascavel/PR

E-mail: evelinefaver@yahoo.com.br

Recebido em 07/03/2017

Aceito em 20/05/2017

Repercussões profissionais e cotidianas do adoecimento em pacientes do sexo masculino com câncer avançado

Professional and daily repercussions of illness in male patients with advanced cancer

Cristine Gabrielle da Costa dos Reis^I

Universidade Federal de Santa Catarina.

Luísa da Rosa Olesiak^{II}

Alberto Manuel Quintana^{III}

Universidade Federal de Santa Maria.

Camila Peixoto Farias^{IV}

Universidade Federal de Pelotas.

Resumo

O câncer é uma doença que provoca diversas repercussões, dentre as quais está o próprio adoecimento, tratamentos e hospitalização. Essas questões afetam o funcionamento físico e psíquico do sujeito. Nesse sentido, objetivou-se compreender como os pacientes do sexo masculino vivenciam tais repercussões. Para tanto, foi realizada uma pesquisa qualitativa, exploratória, descritiva com 11 pacientes de um Hospital Escola do interior do Rio Grande do Sul. As entrevistas foram analisadas por meio da análise temática. Compreendeu-se que, frequentemente, os sujeitos encaram a doença como uma interrupção da sua vida habitual, impossibilitados de realizar atividades profissionais, cotidianas e de lazer. Assim, ressalta-se a importância do processo de luto frente às perdas e mudanças como fundamental para o sujeito poder ressignificar sua vida.

Palavras-chave: neoplasias; hospitalização; atividade-passividade; sofrimento; luto.

Abstract

Cancer is a disease that causes many repercussions, such as the illness, the treatment, and hospitalization. These questions affect the physical and psychical function on the person. In this sense, the objective of this study is to comprehend how the male patients experience such repercussions. Therefore, it was conducted a qualitative, exploratory and descriptive research with 11 patients from a School Hospital in the interior of Rio Grande do Sul. The interviews were analyzed using the thematic analysis. It could be understood that, frequently, people face this illness like an interruption in their habitual life, making them unable to do professional activities, daily activities, and leisure activities. Thus, it is highlighted that the importance of the grieving process, in face of losses and changes, is fundamental so that the person can reframe his life.

Keywords: neoplasms; hospitalization; losses; activity-passivity; suffering, grief.

Sabe-se que o processo de adoecimento é cercado por diversos estereótipos e, frequentemente, associado à dor e ao sofrimento. É relevante destacar que, com grande frequência, algumas doenças ainda são tomadas como intratáveis e cruéis, a exemplo do câncer. Nas últimas décadas, o tratamento oncológico evoluiu muito. Contudo, mesmo com tal avanço, o câncer continua carregando o estigma social de ser uma doença fatal. De tal modo, ideias em que o câncer é visto como sinônimo de morte continuam preponderando na população em geral. Isso se dá pois sua evolução não pode

ser controlada, e seu tratamento, independente de qual seja, é visto como drástico e negativo, causando, quase sempre, efeitos colaterais desagradáveis. Assim, as expectativas dos sujeitos acometidos pelo câncer passam a ser minadas pelas imagens de dor, incertezas e angústias (Dóro, Pasquin, Medeiros, Bitencourt & Moura, 2004).

Nessa direção, o câncer, além de possuir uma imagem social abominável e repugnante, com uma carga simbólica perpassada pela sua memória de letalidade, é considerado equivalente a uma sentença de morte (Lerner & Vaz, 2017). Dessa forma, a partir

^I Mestre em Psicologia pela Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Doutoranda em Psicologia na Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Universidade Federal de Santa Catarina.

^{II} Mestranda em Psicologia na Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Universidade Federal de Santa Maria.

^{III} Professor Titular na na Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Departamento de Psicologia. Universidade Federal de Santa Maria.

^{IV} Professora na Universidade Federal de Pelotas (UFPEL). Universidade Federal de Pelotas.

do recebimento do diagnóstico e, conseqüentemente, da submissão aos tratamentos propostos, os pacientes acometidos pelo câncer passam a desenvolver um luto antecipatório pela própria vida e por tudo que terão que deixar para trás (Dóro et al., 2004), uma vez que a doença provoca uma ruptura e afasta o sujeito de suas atividades rotineiras. Somado a essas representações que antecedem a doença, muitas vezes, os pacientes se defrontam com mutilações e dores durante o tratamento, o que coloca em evidência a fragilidade e a finitude do ser humano (Combinato & Queiroz, 2006).

Tendo isso em vista, a ocorrência da doença, o tratamento doloroso e o contato frequente com a possibilidade de morte evocam sentimentos que tornam a finitude mais ameaçadora para esses pacientes (Lerner & Vaz, 2017). Diante disso, entende-se que o câncer é uma doença cercada por diversas representações negativas, sendo muitos os impactos gerados na vida dos sujeitos que o vivenciam. Tais impactos começam com o recebimento do diagnóstico – que causa espanto e incertezas – e avançam por todo o processo de adoecimento – que engloba a hospitalização e o tratamento –, evocando a concepção de um corpo adoecido e finito. Ademais, o câncer e seu tratamento geram mudanças na vida do sujeito, as quais reverberam em suas atividades cotidianas, atingindo desde o fazer profissional até o lazer.

É importante salientar que o corpo é uma figura central no cenário desta doença. Os sintomas corporais, tais como náuseas, cansaço, perda da vitalidade, perda da força, da energia, do apetite, bem como a dependência de ajuda externa e as reverberações emocionais podem acarretar ao paciente mudanças de suas relações com o mundo, com os outros e consigo (Jaman-Mewes & Rivera, 2014). A isso, acrescentam-se as regras sociais presentes nas sociedades ocidentais, nas quais o estereótipo de masculinidade está associado à força física, coragem, determinação e invulnerabilidade. Consoante a isso, não há permissão social para que os homens expressem as suas fragilidades ou preocupações quanto à saúde (Martins & Modena, 2016).

Tendo em vista tais aspectos, destaca-se a importância de refletir sobre as repercussões do câncer na vida dos homens. Assim, o presente artigo objetivou compreender como os pacientes do sexo masculino diagnosticados com câncer avançado vivenciam tais limitações que a doença traz.

MÉTODOS

Desenho do estudo

O estudo é constituído por uma pesquisa descritiva e exploratória, de cunho qualitativo. Optou-se pelo

método qualitativo por melhor abordar o assunto, uma vez que busca explorar as questões inerentes aos sujeitos, bem como capturar os sentidos e significações dos fenômenos, por meio da escuta e observação dos sujeitos da pesquisa, assim como da criatividade e interpretação dos pesquisadores (Turato, 2013).

No que se refere à pesquisa exploratória, ela foi escolhida por ter como meta buscar maior familiaridade com o problema, visando torná-lo mais explicativo. Seu objetivo principal é o aprimoramento de ideias ou descoberta de intuições, sendo, portanto, bastante flexível. Já a pesquisa descritiva foi selecionada por ter como aspecto central a descrição das características de determinado fenômeno ou população (Gil, 2002).

Cenário do estudo

O local onde a pesquisa foi realizada trata-se do serviço de Hematologia-Oncologia de um hospital-escola do interior do Rio Grande do Sul. O hospital é referência em saúde, na região central do Estado.

Participantes da pesquisa

Os participantes da pesquisa foram sujeitos diagnosticados com câncer em estágio avançado, definido como aquele em que recursos terapêuticos curativos são menos eficazes para a cura – embora possam ajudar com que o tumor cresça de maneira mais lenta (American Cancer Society, 2014). Os participantes foram indicados pela equipe de saúde do setor de Hematologia-Oncologia do hospital. A equipe foi solicitada para assumir essa função, por ser a única capaz de identificar quais pacientes estavam com câncer em estágio avançado dentre a totalidade dos demais pacientes com câncer. O critério determinante foi ser um paciente com câncer em estágio avançado e estar realizando o tratamento, neste hospital, no período de coleta de dados da pesquisa.

O número total de sujeitos incluídos na pesquisa foram 11 pessoas do sexo masculino. Inicialmente, o objetivo da pesquisa não era entrevistar apenas homens. Contudo, no período de coleta de dados, os pacientes internados no hospital com câncer avançado eram do sexo masculino, o que trouxe tal especificidade à pesquisa. Com a finalidade de preservar a identidade dos participantes, seus nomes foram trocados pela letra “P”, seguida de um número que identifica o entrevistado e outro referente à sua idade. Por fim, o tempo do recebimento do diagnóstico da doença e do início do tratamento, em relação ao ano das entrevistas (2014).

Com o intuito de delimitar o número de entrevistas, utilizou-se o critério de saturação. Tal critério estabelece que existe um número limitado de versões da realidade, uma vez que, embora as experiências possam parecer únicas ao sujeito, elas também são resultados de processos sociais. Assim, gradativamente, começam a surgir nas entrevistas tópicos que convergem em um tema em comum, sendo possível interpretá-los a partir de uma ótica semelhante (Bauer & Gaskell, 2008).

Coleta de dados

A coleta de dados foi realizada entre o mês de julho de 2014 a outubro do mesmo ano. Ela foi feita por meio de entrevistas semiestruturadas, compostas por questões abertas. Segundo Turato (2013), ao utilizar este método, a direção pode ser dada por ambos integrantes da relação, além de oferecer espaço para o entrevistado colocar livremente o conteúdo da sua resposta. Para que houvesse flexibilidade nas entrevistas, elas contaram com tópicos que contemplavam o tema em pauta, tais como: o momento do diagnóstico; as mudanças antes e depois da doença; as mudanças de crenças; as mudanças na relação com os outros; e planos futuros. Esses eixos norteadores foram construídos de modo a permitir a colocação e a absorção de novos temas trazidos pelos entrevistados, a fim de promover uma abertura às interpretações dos sujeitos (Minayo, 2014).

Análise dos dados

O processo pelo qual foi feita a análise dos dados no presente estudo foi a análise temática, proposta por Minayo (2014), que consiste em revelar os núcleos de sentido presentes na comunicação, cuja frequência de aparição pode ser significativa para o objetivo analítico. Ela consiste em três etapas: a Pré-análise, a Exploração do Material e o Tratamento dos Resultados obtidos e interpretação.

A etapa de Pré-Análise consiste em determinar a unidade de registro, que são palavras-chave ou frase, a fim de delimitar o contexto de compreensão da unidade de registro. A etapa de Exploração do Material é o momento em que o pesquisador busca definir o núcleo de compreensão do texto, buscando categorias, ou seja, expressões ou termos significativos, em torno dos quais o conteúdo se organizará. Recorta-se frases e / ou palavras, que sejam significativas para a construção do contexto e, posteriormente, classifica-se e agrega-se os dados de acordo com a especificação dos temas. Na última etapa, trabalha-se com o Tratamento dos Resultados e a

interpretação que, a partir de novas propostas de análise mais flexíveis podem ser trabalhadas com significados, em vez de inferências estatísticas (Minayo, 2014).

Nesse sentido, as entrevistas foram transcritas na íntegra e, posteriormente, lidas e relidas, a fim de serem encontrados conteúdos importantes e recorrentes, tanto pela pesquisadora principal, quanto pelos demais pesquisadores colaboradores. Neste processo, foi se destacando, com diferentes cores, falas ou palavras significativas no contexto da história que foi construída. As cores foram definidas segundo o conteúdo das falas, tendo sido utilizada a mesma cor para falas que tratassem do mesmo tema. Ao final da chamada codificação, foi utilizado o recurso de recorte, juntando as falas de mesma cor. Buscou-se sintetizá-las em grandes categorias que as caracterizavam. Foram organizados, em um novo documento, os temas que emergiram, os respectivos agrupamentos e os desdobramentos, segundo a proximidade temática. Posteriormente, elaboraram-se as interpretações, relacionando-as ao referencial teórico pertinente.

Aspectos Éticos

No presente estudo, foram mantidos os princípios éticos presentes na Resolução 510/2016, do Conselho Nacional de Saúde. Ela orienta a ética em pesquisas com seres humanos na área de Ciências Sociais e Humanas. Desta forma, a pesquisa só foi colocada em prática após a aprovação do Comitê de Ética da universidade à qual a pesquisa estava vinculada, sob o número CAAE: 31503914.1.0000.5346 (Brasil, 2016).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dentre os resultados alcançados mediante a análise dos dados, as categorias foram elencadas por explicitar questões relevantes às vivências e aos sentimentos associados ao câncer. Destacaram-se, assim, pontos diretamente relacionados às repercussões profissionais e cotidianas do adoecimento e a importância do trabalho de luto diante das perdas provocadas pela doença em pacientes do sexo masculino.

O adoecimento e suas repercussões

A doença e o tratamento exigem uma série de mudanças de hábitos, o que inclui um rigoroso acompanhamento do estado de saúde (Salci & Marcon, 2010). Tendo isso em vista, percebe-se que o tratamento altera de forma abrupta as possibilidades de atuação do sujeito e a rotina de suas atividades, como presente na fala de P1:

Nossa, é uma mudança radical [...] Ai então a gente sente falta, né... Tava correndo o dia todo... Agora tu passa o dia inteiro deitado. Só daí da pra ti ver a mudança, né (P1, 43, *comunicação pessoal*, diagnóstico há dois meses; em tratamento há 11 dias).

Ao ser retirado do seu contexto habitual, o sujeito precisa se enquadrar nas regras e procedimentos referentes ao ambiente hospitalar, o que impõe diversas restrições frente à sua rotina e à convivência com os familiares e amigos. Isso provoca desordem e exige uma série de readaptações, como se ilustra com a fala a seguir, em que P9 sinaliza um novo regime de vida e o desconforto diante da internação no hospital:

Mudaram porque... Tem que pega o regime da nova vida, né [...] hospital é hospital, quando vem pro hospital já se sente um pouco nervos [...] a gente fica ruim, fica nervoso, isso é normal, né. [...] E porque qualquer coisinha eu fico emocionado (P9, 67, *comunicação pessoal*, diagnóstico e tratamento há 7 meses).

Nesse contexto, o paciente abandona as funções exercidas até então no seu cotidiano, em decorrência do adoecimento, das reações ao tratamento, dentre outras causas. Essas transformações trazem um conjunto de consequências, tais como: vivência do medo frente à possibilidade de morte, debilidade física do corpo, interrupções de projetos e alterações na visão a respeito de si (Câmara & Amato, 2014). Esses fatores abalam a realidade até então vivenciada, que trazia senso de segurança ao sujeito (Neimeyer, 2011).

Além disso, a doença e o tratamento, como produtores de dor e de alterações na imunidade, modificam as possibilidades físicas de inserção nas atividades, o que exige cuidado do sujeito ao desenvolvê-las, bem como, muitas vezes, a impossibilidade de realizá-las. A dor aparece como signo de restrição imposto à sua forma de viver, alterando como e onde as atividades virão a ocorrer (Silva, Cabral & Christofell, 2010) e trazendo privações à vida pessoal, profissional e social. Isso provoca a sensação de aprisionamento causado pelo câncer e, consequentemente, pela dor, tal como evidenciado em um estudo empírico desenvolvido com idosos acometidos pelo câncer (Reticena, Beuter & Sales, 2015). Essas restrições também se fazem presentes na alimentação do sujeito, limitando quais alimentos ele pode ingerir, bem como a forma como podem ser ingeridos, o que torna o

ato de comer menos prazeroso (Rezende, Brito, Malta, Schall & Modena, 2009). Os entrevistados mencionam que os principais impactos gerados pelo tratamento são justamente a impossibilidade de continuar realizando atividades de lazer, hábitos cotidianos e alimentares, o que coincide com o trabalho de Marques (2004), como ilustrado nas falas: “Antes eu tomava trago, fazia de tudo, agora... acho que agora terminou tudo” (P5, 52, diagnóstico e tratamento há dois meses).

[...] Sou uma pessoa que gosta muito de esporte, o meu esporte é rodeio, então... Cheguei a começar a laçar de novo e... e daí não deu certo, porque logo me apareceu essa coisinha aqui [toca a cintura], daí nem anda a cavalo andei, porque vou me cuida [...] (P7,75, *comunicação pessoal*, diagnóstico e tratamento há 3 anos).

Tu fica restrito, né, tu não pode cortar uma grama, a gente tem um pátio, né, então tem que cuida, aquele jardim, né, pra plantar aquela folhagem, que eu gosto muito de flor, então... (P6, 50, *comunicação pessoal*, diagnóstico e tratamento há quatro meses).

As falas dos entrevistados discorrem sobre as mudanças causadas pela doença, remetendo a uma alteração no cotidiano, modificação do sistema habitual de vida e limitações que o adoecimento traz. Há necessidade de reorganizar suas rotinas, tanto durante, quanto depois da doença, tal como verificado nos estudos de Salci e Marcon (2010) e Whitaker, Nascimento, Bousso e Lima (2013). Os sujeitos acabam abandonando atividades antes habituais, a fim de que possam conviver com a doença e tratamento e se reconhecerem em um corpo doente. Isso pode ser constatado nas falas a seguir: “Ah... sempre muda, né. Antes eu pensava só em trabalhar, o dia inteiro, o tempo todo [...] Agora não posso. Agora tive que me aquietar, me acalmar...” (P4, 42, *comunicação pessoal*, diagnóstico e tratamento em 2012; transplante de medula em 2013; recidiva em 2014); “Tive que parar de trabalhar. Agora, não sei quanto tempo, quanto tempo vai levar...” (P1, 43, *comunicação pessoal*, diagnóstico há dois meses; tratamento há 11 dias).

Ah... no começo foi bem complicado, porque eu queria ir trabalhar e não podia, queria fazer as coisas e não podia, né, agora já to me acostumando [...]. O que eu digo assim é

vim pro hospital, fica 5 dias internado, sabe, que eu não sou muito chegado em hospital (P2, 22, *comunicação pessoal*, diagnóstico e tratamento há 5 meses).

Como evidencia a fala de P4 sobre se “aquietar, acalmar”, ou a de P1, sobre a obrigação de parar de trabalhar, os participantes frequentemente relatam em seus discursos uma redução nas atividades e paralisação da vida. Transparecem uma lógica de que, após a doença, retomariam as suas vidas de onde ela parou antes do adoecimento, como se a vivência da doença fosse um parêntese no viver, como ilustra a fala de P3, na qual se evidencia essa paralisação da vida e sua intenção de retomá-la, com o fim do tratamento:

Claro que sente, mas tem que se submeter, não adianta, não dá, esperamos, vamos se tratar e depois a gente segue trabalhando de novo. Ah, que acha falta, acha. Que era melhor tá numa estrada do que tá aqui, né, na quimioterapia, mas tem que tratar, né, não adianta (P3, 44, *comunicação pessoal*, diagnóstico há um mês; tratamento na semana da entrevista).

Verifica-se, portanto, que há uma dificuldade de integrar essa vivência em sua história de vida e ao seu cotidiano. Ademais, o adoecimento deixa a vida em suspenso. O tratamento e a hospitalização parecem representar, para o doente, uma passagem do sujeito ativo para passivo, em que ele se coloca em uma posição de inutilidade. Segundo Quintana, Wottrich, Camargo, Cherer e Ries (2011), comumente, a submissão às regras institucionais remete a uma certa despersonalização, à medida que paciente e cuidador são postos como passivos. Em relação à despersonalização, é importante destacar que esse é um fenômeno gerado pelo funcionamento da hospitalização, em que o sujeito passa a ser reconhecido pelo número do leito ou pelo nome de sua patologia (Angerami-Camon, 2003). Dessa maneira, entende-se que, à medida que o sujeito deixa de ser reconhecido enquanto detentor de vontade e desejos, passa a assumir uma posição passiva diante do processo.

Nessa lógica, o adoecimento impõe uma fragilidade e uma necessidade constante de cuidados, a qual coloca o homem diante de uma relação de poder, em posição de assujeitamento. Ao adentrar no ambiente hospitalar, um novo universo se presentifica, permeado pelo desconhecido e pelo não familiar (Modena, Martins, Gazzinelli, & Schall 2014), como pode ser observado na fala de P6, em que há um sentimento de aprisionamento:

“Desde março eu tô parado, né, então a gente tá com essa dificuldade de se sentir em casa, preso, de não sair ai, de não ter contato com o público, né” (50, *comunicação pessoal*, diagnóstico e tratamento há quatro meses).

Essas mudanças repercutem em sensações de perda de autonomia e na necessidade de reestruturação de um papel social (Modena et al. 2014). A perda de autonomia e o assujeitamento às ordens impostas é vista no discurso de P9: “To fazendo o que o médico me mandou, obedecer... porque a vida é essa, né...” (*comunicação pessoal*), bem como o reposicionamento social, em que agora “nada se faz”, segundo P4: “Eu... minha profissão mesmo é marceneiro e agricultor... tenho marcenaria e tenho lavoura... ai depois que descobri que fiquei doente dai... ai não fiz mais nada” (P4, 42, *comunicação pessoal*, diagnóstico e tratamento em 2012; transplante de medula em 2013; recidiva em 2014).

No que tange ao tratamento, Phillips, Montague e Archer (2017) constataram que ele provocou mais efeitos físicos do que a própria doença, o que afetou diretamente o modo como os sujeitos atribuíram sentido ao adoecimento. Os tratamentos oncológicos reproduzem efeitos colaterais e alteram a imagem que o sujeito possui de si. Portanto, há um sofrimento que se torna evidente no corpo e traz limitações visíveis que transcendem do campo físico para o campo emocional e identitário, uma vez que o corpo é parte daquilo que somos e serve de fundamento para nossa identidade (Woodward, 2012). Nesse conteúdo, o corpo deixa de ser o corpo provido de seu papel social, que ocupa um espaço funcional, para ser um corpo adoecido, que necessita do cuidado do outro.

No universo masculino, o corpo, frente ao processo de tratamento oncológico, passa a ser desconstituído de uma imagem atrelada a ele mesmo, como algo invulnerável, forte e másculo. Desta forma, passa-se a abrir espaço para uma nova corporeidade masculina, que questiona a suposta força e invulnerabilidade (Martins & Modena, 2016). Por isso, os homens se deparam com a necessidade de reconstituir suas representações e ressignificar a forma de demonstrar a sua masculinidade. Na literatura, demonstra-se que os homens, diante do diagnóstico do câncer e do tratamento a que são expostos, confrontam-se com suas fragilidades e limitações de forma mais intensa. Vale lembrar que, na maior parte das vezes, essas fragilidades e limitações eram negligenciadas e negadas no constructo social. Isso reproduz um rompimento na biografia até então constituída e uma grande exigência de reposicionamento subjetivo (Modena et al., 2014).

Nesse sentido, há um sentimento de impotência gerado pela questão da debilidade física, pois, além de limitar suas atividades rotineiras, diminui sua capacidade

funcional. A doença traz um sentido de dependência, principalmente econômica, que fragiliza o doente, uma vez que seu trabalho figura como um dos principais meios de sustento financeiro e interação social. Isso se torna mais evidente quando se trata de pessoas em plena capacidade laboral, pois esse afastamento do trabalho é um fator que gera frustração e sentimento de improdutividade (Ferreira, Dupas, Costa, & Sanchez, 2010). Bendassoli (2011) aponta o trabalho como cerne na estruturação do sujeito, bem como de processos psíquicos importantes, como a saúde mental, aprendizagem, significados e atitudes. Soares e Afonso (2014) reforçam a importância do trabalho como um fator organizador fundamental da vida e identidade dos sujeitos, além de ser um dos principais elementos estruturadores da sociabilidade, adquirindo diferentes valores individuais.

A identidade, por sua vez, é definida como um conceito dinâmico, adotado, frequentemente, para compreender a situação do sujeito no mundo e sua relação com o outro. Ainda, concebe-se uma relação dialética entre indivíduo e sociedade, em que um se modifica e se transforma a partir do outro (Coutinho, Krawulski & Soares, 2007). Diante disso, a identidade é relacional e depende do outro que, pela diferença, oferece condições para que a identidade própria se constitua (Woodward, 2012). Com isso, entende-se que as barreiras que o câncer impõe ao indivíduo – de continuar sendo o que era e fazendo o que fazia – podem produzir uma ameaça à identidade até então constituída, uma vez que atividades cotidianas e profissionais, de grande valor na constituição de suas identidades, são bruscamente interrompidas, gerando sentimentos de desvalorização, incapacidade, improdutividade, como visualizados na fala de P9 e de P3:

[...] mas eu tô muito fraco, eu... era acostumado com 67, 68 quilos de lavoura, eu trabalhava um monte, mas isso faz parte também, essas coisa ai não é brincado, a gente se alimenta menos. E, aqui, eu saio daqui [hospital] e me abre a expressão (P9, 67, *comunicação pessoal*, diagnóstico e tratamento há sete meses).

Ah sim, isso ai muda um pouco, né. Nem tudo que tu era costumeiro de fazer... Então tu vai ter que modificar o sistema de vida, né [...] Tu é obrigado a algumas coisas, ser limitado, né. O serviço mesmo, que a gente fazia antes, não pode fazer tudo normal. E...

viagem que eu fazia de carro, de caminhão... Pra fazer alguma, vai ter que ser mais... devagar, menos, né (P3, 44, *comunicação pessoal*, diagnóstico há um mês; tratamento na semana da entrevista).

Em consonância com a desmotivação presente nas falas, Kübler-Ross (1981) relata que muitos pacientes se sentem completamente sem esperanças, inúteis e incapazes de encontrar qualquer significado para suas vidas. Nesse sentido, o entrevistado P5, quando questionado sobre como se sente no hospital, faz uma associação à morte: “Olha moça... não sei... pra mim é a mesma coisa que tá morto [...] Tava todo dia trabalhando, né, acostumado” (P5, 52, *comunicação pessoal*, diagnóstico e tratamento há dois meses).

Com isso, pode-se pensar que o sentimento de “se sentir morto” esteja ligado ao papel essencial que as atividades laborais desempenhavam para o reconhecimento de si e para sua identidade. Uma vez que o trabalho é considerado importante para qualidade de vida e satisfação pessoal (Whitaker et al., 2013), ao não poder exercê-lo, conseqüentemente, não pode se identificar como um trabalhador, o que provoca um sentimento de que parte de si morreu junto com a sua identidade ligada ao trabalho.

Portanto, as repercussões expostas evidenciam que, tanto no que se refere à vida profissional, quanto às demais atividades cotidianas, os impactos da doença e do tratamento se estendem para além do corpo biológico. Assim, reverberam também no psiquismo e exige um trabalho psíquico que possibilite a elaboração dessas inúmeras perdas causadas pela doença e a integração de tal vivência como parte de si e de suas vidas.

As perdas provocadas pelo câncer e o trabalho de luto

É certo que o câncer e o tratamento confrontam os sujeitos e exigem que eles lidem com suas limitações e com sua finitude. Nesse contexto, cabe ressaltar que o psiquismo está diretamente associado ao corpo biológico: qualquer alteração deste tem repercussões psíquicas naquele e vice-versa, o que traz conseqüências importantes (Castro-Arantes & Lo Bianco, 2013). A doença, originada no corpo biológico, encontra correspondência no modo como o sujeito se sente, como visto na fala de P8, em que sinaliza que a doença o faz se sentir desmoralizado, destacando as mudanças que ocorreram em relação a si: “Ando muito cansado, desmoralizado. É a doença, né” (P8, 73, *comunicação pessoal*, diagnóstico e tratamento há dois anos; recidiva no ano da entrevista).

Diante disso, fatores que atingem diretamente a anatomia, como um tumor e/ou uma cirurgia, influenciam na posição subjetiva do ser falante, dado que podem atualizar a posição do sujeito frente à castração, e, conseqüentemente, às suas modalidades discursivas, condutas sexuais e relação com os outros. Dessa maneira, as questões que tangem o corpo, como a doença e suas repercussões, direcionam-se à dimensão psíquica e alteram a concepção subjetiva que o sujeito tem de si mesmo. Isso afeta, conseqüentemente, suas relações consigo e com os outros (Castro-Arantes & Lo Bianco, 2013).

Nesse sentido, há algo do corporal que reverbera psicologicamente, havendo a necessidade de elaborar esse processo e integrá-lo como parte da vivência do sujeito, o que exige um trabalho psíquico difícil e doloroso (Pinheiro, Quintella & Verztelman, 2010). Sabe-se que o processo de elaboração conceituado como um processo realizado pelo aparelho psíquico tem o objetivo de dominar as excitações que se apresentam a ele e que correm o risco de se acumularem, tornando-se patogênicas (Laplanche & Pontalis, 2001).

Nessa direção, ressalta-se que, frequentemente, durante o processo de adoecimento, hospitalização e tratamento, o sujeito não só é colocado em um lugar passivo, como supracitado, mas, muitas vezes, assume tal papel, como se pode visualizar na fala de P5, quando questionado sobre o que ele faz: “Que que eu faço? Faz horas que eu tô fazendo é deitado aqui. [...] Acostumado a fazer de tudo. Agora tem que esperar”. No entanto, é preciso que o sujeito adote outra condição: a de sujeito ativo, podendo, assim, realizar um processo de elaboração psíquica, através do trabalho de luto, integrando a doença e o tratamento como parte de si e de sua nova condição de vida.

Alguns acontecimentos que provocam rupturas, ao longo do desenvolvimento humano, encontram sua analogia com a ideia de morte e convocam a importância do processo de luto. A doença, por exemplo, faz com que o sujeito se depare com a proximidade da sua finitude, uma vez que ele é afastado de suas atividades rotineiras e que o tratamento provoca mutilações e dores, evidenciando sua condição finita. Sendo assim, existem várias “mortes em vida”, experiências que demandam uma reflexão e ressignificação do viver (Cominato & Queiroz, 2006).

Diante disso, por meio da elaboração do luto, é possível assimilar a transitoriedade da vida, reconstruindo-a simbolicamente (Pinheiro et al., 2010). Vale destacar que com a percepção da interrupção em suas vidas habituais, dá-se início a de um luto antecipatório, já que o paciente passa por uma série de perdas, em virtude

da doença. Trata-se de um luto diante de perdas simbólicas que se dão durante o processo do adoecimento e do tratamento (Quintana, Kegler, Santos & Lima, 2006) e que dizem respeito à perda da profissão, assim como do ambiente familiar e da rotina que se mantinha até então. Frente a essas perdas e mudanças, é comum que haja um sentimento de choque, descrito como um “baque” em suas vidas, conforme observado nos relatos de P4 e P1: “Ahhhh... isso não foi nada fácil! Sempre é complicado, uma doença dessas é... um choque, né” (P4, 42, *comunicação pessoal*, diagnóstico e tratamento em 2012; transplante de medula em 2013; recidiva em 2014).

É um baque... a gente sente muita tristeza, né. Muito grande. Sabe que tu tá com... então... Eu nunca parei no hospital, eu nunca fiz nada no hospital, sabe... nunca... ai de repente tu cai por uma coisa que... bei... uma das piores coisas, né... dai... bah... (P1, 43, *comunicação pessoal*, diagnóstico há dois meses; tratamento há 11 dias).

Nessa direção, Cardoso e Santos (2013), em seu estudo empírico com pacientes a serem submetidos ao Transplante de Células Tronco-hematopéticas, avaliaram que as reações descritas pelos participantes no recebimento do diagnóstico são semelhantes às presentes no luto normal, descritas por Kübler-Ross (1981), tais como: choque, negação, revolta, barganha, depressão e aceitação. Para que se dê prosseguimento à vida e se possa chegar ao momento de aceitação e integração da doença como parte da trajetória, é necessária a vivência do processo de luto. Segundo Cominato e Queiroz (2006), o luto remete ao rompimento e ao conjunto de reações em consequência da perda. De modo geral, constitui-se como uma reação à perda real de um objeto amado. Caracteriza-se, geralmente, como o afastamento de atitudes consideradas normais, podendo ser superado após um certo lapso de tempo, não sendo considerado uma condição patológica (Freud, 1915/2006). Parkes (1998) concorda, ao dizer que o luto se constitui como uma resposta normal a um estresse, sem que seja considerado uma doença mental.

Garcia-Roza (2011) aponta, ainda, que quando há a perda de um objeto de amor, o vínculo até então estabelecido tem que ser desfeito para dar lugar a outros. Diante do processo de luto e de dor que a perda remete, ocorre uma inibição do eu e uma restrição do seu campo de atividades. Além disso, como resultado da perda, o luto comumente é precipitado pela busca de sentido em níveis que vão desde a prática (Por que sou eu quem

está doente?), passando pelo relacional (Quem eu sou agora, que não sou mais um trabalhador?) e chegando ao espiritual ou existencial (Por que Deus permitiu que isso acontecesse comigo?) (Neimeyer, 2011).

Nessa direção, Pinheiro et al. (2010) apontam que o luto se constitui como a assimilação psíquica da perda do objeto e reinvestimento em um substituto. Nesse caso, o objeto perdido pode se remeter à saúde, à rotina, ao lazer, ao trabalho, à identidade ou a inúmeras outras perdas singulares. Trata-se de um trabalho psíquico frente a situações estranhas, manifestações corporais desconfortáveis e organizações de vida diferenciadas, ou seja, trata-se de uma nova configuração que o sujeito tem que assimilar e investir. Diante de tal trabalho, é preciso processar as mudanças e se reorganizar frente a elas. Assim, é necessário que se integre tal vivência à subjetividade, não a tomando como um acontecimento externo e isolado.

É possível associar a morte de uma parte de si, que era responsável por seu reconhecimento econômico e social, conferindo-lhe traços de sua subjetividade, com o processo de luto que tal perda acarreta. Ademais, destacam-se os sentimentos recorrentes de incerteza e sofrimento intenso, que acompanham os pacientes durante a vivência da doença e a hospitalização, diante de tantas mudanças em suas vidas habituais, posto que gera uma nova realidade, que deve ser conhecida e habitada, como lustrado nas seguintes falas: “É. Vamos ver o que vai se agora... Daqui pra frente” (P5, 52, diagnóstico e tratamento há dois meses).

Ai sei lá, ficou meio... a gente fazia uma coisa, e agora deu uma pausa, né... não sei o que vai se daqui pra frente... Medo só do que vai se daqui pra frente... Não sei... Nem sei... Claro que muda, né. A gente tá num caminho, de repente, tu interrompe, pra ti retornar de novo aquele caminho de repente pode ser difícil, né. Ou não... pode voltar tudo ao normal de novo, não sei... Só o tempo vai dizer agora. Não tem como eu te explicar, né (P1, 42, *comunicação pessoal*, diagnóstico há dois meses; tratamento há 11 dias).

Deste modo, retoma-se a importância do processo de luto, uma vez que, segundo Pinheiro et al. (2010), é realizado um trabalho de ligação e integração daquilo que desorganiza os investimentos do sujeito e que está, por um momento, sem construção narrativa. Além disso, é o que impulsiona a elaboração e a simbolização da perda, mediante a reconstrução da dor psíquica. Para

tanto, a fim de que se possa impulsionar a elaboração das perdas e do prenúncio da morte, aponta-se como uma importante aliada, a fala, a construção de narrativas sobre a doença, a morte e o que elas provocam, dando encaminhamento a sentimentos positivos e negativos que estão sendo vivenciados (Flach, Lobo, Potter & Lima, 2012). Na mesma direção, situa-se a importância da escuta do outro e a não minimização do sofrimento:

Não tem, eu acho que nem existe uma explicação pra isso, né. Não existe. E... eu tava brincando, dum dia pro outro apareceu, 15 a 20 dias já tava com... com a notícia que eu tava com esse negócio. É brabo. [silêncio]. As pessoas tentam conforta: ah, não é nada, pouca coisinha, coisinha pouca; não... é... não adianta, tem que encara a realidade, não adianta. Se é, é, né (P1, 43, *comunicação pessoal*, diagnóstico há dois meses; tratamento há 11 dias).

Diante disso, as redes de apoio se configuram como essenciais para o compartilhamento das suas vivências, assim como para a estimulação da resiliência, fornecendo recursos e continência. Elas se configuram como fortes aliadas para elaboração do luto (Franqueira, Magalhães & Féres-Carneiro, 2015), diante do compartilhamento e da identificação:

É... é que, sei lá, tanta gente que tem esse problema também, não é só a gente. Se for só a gente, bom, ai poderia pensa, “só eu”? Mas ai depois que tu... descobre isso, ai passa a conhecer, decerto, talvez mais de mil com o mesmo problema. Agora mesmo, esses dias que eu to baixado aqui, quantos já passaram aqui, tudo com o mesmo problema desse tipo (P3, 44, *comunicação pessoal*, diagnóstico há um mês; tratamento na semana da entrevista).

Dessa forma, destaca-se o quanto os eventos do tratamento, bem como a doença, desencadeiam uma desestruturação psíquica em função das inúmeras perdas que a doença provoca. É nesse sentido que se ressalta a importância do trabalho de luto, trabalho psíquico que possibilita o processamento das perdas causadas pela doença e pelo processo de tratamento. Isso é fundamental para que o sujeito possa ressignificar seus investimentos, sua vida e a si mesmo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Tendo em vista o que foi explorado, ressalta-se o impacto gerado pela doença, uma vez que, para os entrevistados, há um sofrimento significativo, no que se refere às esferas física e psíquica. No momento em que há um rompimento de suas vidas funcionais e atividades cotidianas, há, conseqüentemente, o abandono da vida que consideravam normal, o que, de certa forma, obriga os pacientes a se adaptarem a um novo esquema de vida imposto pela doença.

Ao terem que abrir mão de suas profissões, de atividades habituais e prazerosas, bem como adentrarem em uma lógica diferente, que exige maiores limites e cuidados, os sujeitos sentem-se descaracterizados, impotentes e passivos. Essas inúmeras perdas acarretadas pela doença precisam ser processadas e elaboradas. Nessa direção, destaca-se a importância do trabalho do luto, a fim de que o sujeito possa assimilar as perdas e integrar a vivência como parte de sua vida. A partir desse trabalho intenso e doloroso, é possível que o sujeito se reorganize e se aproprie do processo enquanto sujeito ativo, resignificando tais vivências. Tendo em vista a amplitude das modificações que a doença impõe à vida de tais sujeitos e o trabalho de elaboração psíquica que tais modificações exigem, destaca-se a importância do acompanhamento psicológico para tais pacientes, a fim de facilitar o processo de integração da vivência do adoecimento.

Neste trabalho, apesar da amplitude existente em relação ao tempo do diagnóstico e tratamento, não se observou diferenças significativas em relação ao modo como a doença e suas repercussões são vivenciadas, em função do tempo do recebimento do diagnóstico e início do tratamento. Nesse contexto, o tempo não foi um destaque para a vivência dos participantes, o que ressalta a importância da estrutura subjetiva e singular da vivência do adoecimento de cada sujeito, acerca das limitações da doença, dos abalos cotidianos e da elaboração das perdas. Destaca-se que um possível estudo comparativo, que tenha como foco a análise específica do impacto do tempo do diagnóstico e tratamento seria de fundamental importância, inclusive, para fornecer subsídios para a prática profissional de intervenção com esses pacientes.

Por fim, entende-se relevante situar a importância do trabalho realizado, uma vez que, na contemporaneidade, vive-se um modelo cultural do “ser homem”, no qual não é permitido um espaço para pensar e se deparar com a perspectiva concreta do adoecer e da finitude, um momento de imperativo de felicidade e

desconsideração pela dor do outro. É preciso, portanto, frisar a relevância de poder se apropriar daquilo que é genuinamente seu, tal como o sofrimento, expressá-lo, vivenciá-lo e, enfim, resignificá-lo.

REFERÊNCIAS

- American Cancer Society. (2014). *What is advanced cancer?* Recuperado de <http://www.cancer.org/treatment/understandingyourdiagnosis/advancedcancer/advanced-cancer-what-is>
- Angerami-Camon, V. A. (2003). O psicólogo no hospital. In: V. A. Angerami-Camon, F. A. R. Trucharte, R. B. Knijnik & R. W. Sebastiani (Eds.), *Psicologia hospitalar: teoria e prática* (pp. 01-14). São Paulo: Pioneira Thomson Learning.
- Bauer, M. W., & Gaskell, G. (2008). *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático* (7a ed., P. Guareschi, trad.). São Paulo: Vozes.
- Bendassoli, P. F. (2011). Crítica às apropriações psicológicas do trabalho. *Psicologia & Sociedade*, 23(1), 75-84. Recuperado de <http://www.scielo.br/pdf/psoc/v23n1/a09v23n1.pdf>
- Brasil (2016). Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Resolução nº 510*, de 7 de abril de 2016. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, Recuperado de <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>
- Câmara, R. de A., & Amato, M. A. P. (2014). A vivência de pacientes com câncer hematológico sob a perspectiva do psicodrama. *Revista Brasileira de Psicodrama*, 22(1), 85-91.
- Cardoso, E. A. D. O., & dos Santos, M. A. (2013). Luto antecipatório em pacientes com indicação para o Transplante de Células-tronco Hematopoéticas. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(9), 2567-2575. Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n9/v18n9a11.pdf>
- Castro-Arantes, J. de M., & Lo Bianco, A. C. (2013). Corpo e finitude: a escuta do sofrimento como instrumento de trabalho em instituição oncológica. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(9), 2515-2522. doi: 10.1590/S1413-81232013000900005
- Combinato, D. S., & Queiroz, M. de S. (2006). Morte: uma visão psicossocial. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 11(2), 209-216. doi: 10.1590/S1413-294X2006000200010
- Coutinho, M. C., Krawulski, E., & Soares, D. H. P. (2007). Identidade e trabalho na contemporaneidade: repensando articulações possíveis. *Psicologia*

- & *Sociedade*, 19(spe), 29-37. doi: 10.1590/S0102-71822007000400006
- Dóro, P. M., Pasquin, R., Medeiros, C. R., Bitencourt, M. A., & Moura, G. L. (2004). O câncer e sua representação simbólica. *Psicologia ciência e profissão*, 24(2), 120-134. doi: 10.1590/S1414-98932004000200013
- Ferreira, N. M. L., Dupas, G., Costa, D. B., & Sanchez, K. de O. L. (2010). Câncer e família: compreendendo os significados simbólicos. *Ciência Cuidado e Saúde*, 9(2), 269-277. doi: 10.4025/ciencucuidsaude.v9i2.8749
- Flach, K., Lobo, B. de O. M., Potter, J. R., & Lima, N. S. (2012). O luto antecipatório na unidade de terapia intensiva pediátrica: relato de experiência. *Revista da SBPH*, 15(1), 83-100. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582012000100006&lng=pt&tlnl=pt.
- Franqueira, A. M. R., Magalhães, A. S., & Féres-Carneiro, T. (2015). O luto pelo filho adulto sob a ótica das mães. *Estudos de Psicologia*, 32(3), 487-497. doi: 10.1590/0103-166X2015000300013
- Freud, S. (2006). Luto e melancolia. In: *Edição Standard das Obras Completas de S. Freud* (Vol. XIV). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1917 [1915])
- Garcia-Roza, L. A. (2011). *Introdução à metapsicologia freudiana 3*. Rio de Janeiro, RJ: Jorge Zahar.
- Gil, A. C. (2002). *Como elaborar projetos de pesquisa* (4a. ed.). São Paulo, SP: Atlas.
- Jaman-Mewes, P., & Rivera, M. S. (2014). Vivir con cancer: una experiencia de cambios profundos provocados por la quimioterapia. *Aquichan*, 14 (1), 20-31. Recuperado de <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/2394/3374>
- Kübler-Ross, E. (1981). *Sobre a morte e o morrer*: O que os doentes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e aos seus próprios parentes (1a. ed.). São Paulo, SP: Martins Fontes.
- Laplanche, J., & Pontalis, J.-B. (2001). *Vocabulário de psicanálise*. São Paulo, SP: Martins Fontes.
- Lerner, K., & Vaz, P. (2017). Minha história de superação: sofrimento, testemunho e práticas terapêuticas em narrativas de câncer. *Interface (Botucatu)*, 21(61), 153-163. doi: 10.1590/1807-57622015.0822
- Marques, A. P. F. de S. (2004) Câncer e estresse: um estudo sobre crianças em tratamento quimioterápico. *Psicol. hosp.*, 2(2). Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S167774092004000200006
- Martins, A. M., & Modena, C. M. (2016). Estereótipos de gênero na assistência ao homem com câncer: desafios para a integralidade. *Trabalho, educação e saúde*, 14(2), 399-420. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1981-7746-sip00110>
- Mathias, C. V., Girardon-Perlini, N. M. O., Mistura, C., Jacobi, C. da S., & Stamm, B. (2015). O adoecimento de adultos por câncer e a repercussão na família: uma revisão da literatura. *Rev. de Atenção à Saúde*, 13(45), 80-86. doi: 10.13037/rbcs.vol13n45.2818
- Minayo, M. C. S. (2014). *O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde* (14a.ed.). São Paulo: Hucitec.
- Modena, C. M., Martins, A. M., Gazzinelli, A. P., & Schall, S. S. L. de A. V. T. (2014). Câncer e masculinidades: sentidos atribuídos ao adoecimento e ao tratamento oncológico. *Temas em psicologia*, 22(1), 67-78. doi <http://dx.doi.org/10.9788/TP2014.1-06>
- Neimeyer, R. A. (2011). Reconstructing meaning in bereavement: summary of a research program. *Estudos de Psicologia*, 28(4), 421-426. doi: 10.1590/S0103-166X2011000400002
- Parkes, C. M. (1998). *Luto: estudos sobre a perda na vida adulta*. (Trad. Maria Helena Franco), São Paulo: Summus.
- Phillips, E., Montague, J., & Archer, S. (2017). “A peculiar time in my life”: making sense of illness and recovery with gynaecological cancer. *International journal of qualitative studies on health and well-being*, 12(1). doi: 10.1080/17482631.2017.1364603
- Pinheiro, M. T. da S., Quintella, R. R., & Veezteman. (2010). Distinção Teórico-Clínica entre depressão, luto e melancolia. *Psic. Clin.*, 22(2), 147 – 168. doi: 10.1590/S0103-56652010000200010
- Quintana, A. M., Kegler, P., Santos, M.S. dos., & Lima, L.D. (2006). Sentimentos e percepções da equipe de saúde frente ao paciente terminal. *Paidéia*, 16(35), 415-425. doi: 10.1590/S0103-863X2006000300012
- Quintana, A. M., Wottrich, S. H., Camargo, V. P., Cherer, E. de Q., & Ries, P. K. (2011). Lutos e lutas: Reestruturas familiares diante do câncer em uma criança/adolescente. *Psicol. Argum.*, 29(65). Recuperado de <http://www2.pucpr.br/reol/pb/index.php/pa?dd1=4594&dd99=view&dd98=pb>
- Reticena, K. de O., Beuter, M., & Sales, C. (2015). Life experiences of elderly with cancer pain: the existential comprehensive approach. *Revista da*

- Escola de Enfermagem da USP*, 49(3), 417-423. doi:10.1590/S0080-623420150000300009
- Rezende, A. M., Brito, V. F. D.S., Malta, J.D.S., Schall, V.T., & Modena, C. M. (2009). Vivências de crianças e adolescentes com câncer: o desenho fala. *Cesumar*, 11(1). Recuperado de <http://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/iccesumar/article/view/600/764>
- Salci, M. A., & Marcon, S. S. (2010). A convivência com o fantasma do câncer. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 31, 18-25. doi: 10.1590/S1983-14472010000100003
- Silva, L. F. da., Cabral, L. E. & Christoffel, M. M. (2010) As (im)possibilidades de brincar para o escolar com câncer em tratamento ambulatorial. *Acta Paul Enferm*, 23(3), 334-40. doi: 10.1590/S0103-21002010000300004
- Soares, C. & Afonso, R. M. (2014). Valores associados ao trabalho: Um estudo com a população residente na Covilhã. *Aná. Psicológica*, 32(1). doi: 10.14417/ap.838
- Turato, E. R. (2013). *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: Construção teórico-epistemológica* discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. (6ª.ed.) Petrópolis, RJ: Vozes.
- Whitaker, M. C. O., Nascimento, L. C., Bousso, R. S., & Lima, R. A. G. de. (2013). A vida após o câncer infantojuvenil: experiências dos sobreviventes. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 66(6), 873-878. doi: 10.1590/S0034-71672013000600010
- Woodward, K. (2012) Identidade e diferença: uma introdução teórica e conceitual. In: Hall S, Silva TT, Woodward H. *Identidade e diferença: a perspectiva dos estudos culturais*. (11a.ed.). Petrópolis, RJ: Vozes.

Endereço para correspondência:

Cristine Gabrielle da Costa dos Reis
Campus Reitor João David Ferreira Lima, s/n
CEP: 88040-900 – UFSC, Trindade, Florianópolis/SC
E-mail: cristinecostareis@hotmail.com

Recebido em 12/10/2017

Aceito em 07/11/2017

A reconstrução dos contornos do eu: um olhar psicanalítico sobre a amputação

Reconstruction of ego outlines: a psychoanalytic look on amputation

Priscila Ferreira Friggi^I

Alberto Manuel Quintana^{II}

Cristine Gabrielle Da Costa Dos Reis^{III}

Universidade Federal de Santa Maria.

Camila Peixoto Farias^{IV}

Universidade Federal de Pelotas.

Resumo

A amputação de membros é um procedimento reconstrutor, porém, altamente invasivo, podendo causar abalos não apenas orgânicos, mas psíquicos. Partindo disso, investigou-se, por meio de uma pesquisa qualitativa e de um aporte teórico psicanalítico, como os sujeitos amputados vivenciam a mudança corporal. Foram entrevistados 9 sujeitos submetidos à cirurgia de amputação em um hospital público do Rio Grande do Sul. Compreendeu-se que a amputação assumiu um caráter traumático para esses sujeitos, provocando uma ruptura nos alicerces simbólicos constitutivos de cada um e repercutindo diretamente na imagem corporal e em seu narcisismo. Diante disso, mostrou-se necessário o processo de reintegração corporal que exige um trabalho de luto pelo membro amputado e pela imagem corporal mantida até o momento da cirurgia.

Palavras-chave: amputação; psicanálise; narcisismo; imagem corporal; luto.

Abstract

Limbs amputation is a reconstructive procedure, however, highly invasive and can cause not only organic, but also psychic damage. It was investigated through a qualitative research and a psychoanalytic theoretical framework, how amputees individuals experience the body change. There were nine interviewed subjects who underwent amputation surgery on a public hospital in *Rio Grande do Sul*. It was understood that the amputation brought a traumatic character to the subjects, causing a break in the constitutive symbolic foundation of each and has a direct impact on body image and in its narcissism. Thus, it proved to be necessary a process of grief work to the amputated limb, to the body reintegration, and for the body image kept until the surgery.

Keywords: amputation; psychoanalysis; narcissism; body image; grief.

A cirurgia de amputação de membros é um procedimento de caráter reconstrutor que objetiva melhorar a qualidade de vida das pessoas e trazer de volta o bom funcionamento do corpo, tendo em vista que as áreas afetadas por doenças ou acidentes comprometem a atividade corporal e, por essa razão, são amputadas (Smeltzer & Bare, 2006). No cenário brasileiro, de acordo com dados publicados em 2013 pelo Ministério da Saúde (MS), estima-se que a incidência de amputação é de

13,9 para cada 100.000 habitantes por ano, e sua maioria caracteriza-se pela extirpação de membros inferiores.

A amputação, embora seja de cunho reconstrutor, conforme mencionado, também é considerada um procedimento altamente invasivo, podendo causar abalos não apenas orgânicos, mas também psíquicos a quem a vivencia. Winograd, Solero-de-Campos & Drummond (2008) pontuaram que, quando o sujeito se depara com doenças, perdas motoras ou cognitivas e lesões corporais, ele passa,

I Graduada em Psicologia pela Universidade Franciscana-UNIFRA, de Santa Maria-RS, no ano de 2009. Especialista em Gestão e Atenção Hospitalar pelo Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Saúde do Sistema Público de Saúde, da Universidade Federal de Santa Maria-UFSM, EM 2012. Mestre em Psicologia com ênfase na Saúde pela UFSM em 2015. Universidade Federal de Santa Maria.

II Graduação em Psicologia pela Universidad Argentina J F Kennedy (1980). Mestre em Psicologia Clínica pela Pontifícia Universidade Católica do Rio De Janeiro (1989). Doutor em Ciências Sociais - Antropologia Clínica pela Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (1998). Pós-Doutor em Bioética pela Universidad Complutense de Madrid (21013). É Professor Titular da Universidade Federal de Santa Maria-UFSM, curso de Graduação e Pós-graduação em Psicologia. Universidade Federal de Santa Maria.

III Graduada em Psicologia pela Universidade Federal de Santa Maria-UFSM (2014). Mestre em Psicologia com Ênfase na Saúde pela UFSM(2017). Atualmente é doutoranda em Psicologia na Universidade Federal de Santa Catarina-UFSC. Universidade Federal de Santa Catarina

IV Psicanalista graduada em Psicologia pela Universidade Federal de Santa Maria - UFSM em 2004. Mestre e Doutora em Teoria Psicanalítica pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (2009-2013). Pós-doutora em Psicologia pela UFSM (2016). Professora adjunta do Curso de Psicologia da Universidade Federal de Pelotas e professora colaboradora do curso de Psicologia e da Pós-graduação em Psicologia da UFSM. Universidade Federal de Pelotas.

concomitantemente, por transformações subjetivas que precisam ser consideradas devido a sua relação estreita com esses acometimentos físicos. Assim, a partir de um referencial psicanalítico alicerçado na teoria Freudiana e em seus desdobramentos contemporâneos, considera-se que a problemática da cirurgia de amputação de membros é perpassada pela questão da construção subjetiva do corpo e do quanto um procedimento invasivo como esse pode influenciar diretamente nesse aspecto.

Nessa perspectiva, o corpo é reconhecido como subjetivo, apresenta-se diferente de um corpo biológico ou um corpo estético. É um corpo que vai além das queixas de ordem somática e não se reduz ao conceito de organismo, é um todo em funcionamento perpassado pela história de cada sujeito (Fernandes, 2006; Lazzarini & Viana, 2006).

Cabe destacar que essa concepção de um corpo subjetivo não estava presente desde o início na teoria psicanalítica, mas foi construída à medida que Freud avançava seus estudos no campo da histeria. Tais estudos o conduziram a pensar em um corpo afetado pelo outro, pelos investimentos, pela linguagem, distanciando-se do discurso inerente à medicina e à neurologia que se referiam a um corpo exclusivamente anatomopatológico (Rodrigues & Prizskulnik, 2011). Para Lazzarini e Viana (2006), Freud deu início a uma verdadeira revolução na concepção de corpo, que começou alicerçada no corpo soma e culminou na noção de corpo erógeno.

O corpo, nessa perspectiva, é pensado como um corpo que se constitui a partir do investimento do outro, responsável por despertar o pulsional. Nesse primeiro momento, que Freud (1905/1996) denomina de autoerotismo, o pulsional age sobre as partes do corpo de forma anárquica, constituindo um corpo fragmentado. A unificação das pulsões é a base para constituição de uma imagem unificada do corpo. Tal imagem vai delineando-se por meio da ação e do investimento do outro e é fundamental para a constituição narcísica.

A passagem do autoerotismo, ou seja, da fase anárquica das pulsões, para o narcisismo, ocorre a partir do processo de unificação pulsional. O primeiro objeto das pulsões unificadas será o eu, constituindo, assim, o narcisismo (Freud, 1914/1996). Tal processo está intimamente articulado à constituição de uma imagem unificada do corpo. Tendo isso em vista, Dolto (1984) indica que a imagem corporal está diretamente relacionada à história de cada um, ou seja, é particular e específica de um tipo de relação libidinal. A autora também elucida que a imagem corporal é a memória inconsciente da relação com o outro e uma síntese das experiências de caráter emocional vivenciadas pelo sujeito desde bebê.

Nasio (2008) destaca que a mencionada relação com o outro se refere ao contato afetivo, simbólico e carnal entre o cuidador e o bebê, desde a vida intrauterina. Isso significa que, por meio dessa relação com o cuidador, as impressões e as sensações corporais provenientes desse contato deixam marcas no psiquismo da criança. Assim, vai sendo construída a autoimagem, alicerçada no processo de erogeneização corporal, isto é, por meio desse intenso contato afetivo, o cuidador vai investindo o corpo do bebê, recobrando-o de sentidos e o localizando no universo simbólico familiar.

Nesse ponto, encontra-se a articulação entre a imagem corporal e o narcisismo, justamente porque o processo de unificação corporal é a base para a constituição narcísica. Isso significa que as pulsões que se encontravam circulando anarquicamente pelas partes do corpo vão unificando-se por meio do narcisismo e delineando o corpo do bebê enquanto unificado e separado do corpo da mãe. Assim, essa ação narcísica possibilita que a autoimagem e o eu construam-se concomitantemente (Laplanche & Pontalis, 2001).

Quanto a isso, destaca-se que no autoerotismo não há uma unidade ou uma representação total do corpo, faltando, nessa fase, o eu e a representação que cada indivíduo faz de si. Essa representação é instituída pelo narcisismo. Nesse contexto, o narcisismo é entendido como uma etapa que prepara para o investimento no objeto, situando-se entre o autoerotismo e o amor objetual (Fernandes, 2006; Lazzarini & Viana, 2010). Portanto, é somente após a constituição do eu que será possível o investimento no outro, em um objeto externo.

Inicialmente, o eu se constitui como um reservatório de libido, o que é fundamental para a constituição narcísica. Posteriormente, essa libido, entendida como narcísica, passa a ser direcionada aos objetos externos e torna-se, então, libido objetual. É fundamental para o funcionamento psíquico que haja um equilíbrio entre os investimentos direcionados ao eu e os investimentos direcionados aos objetos. Um abalo nos investimentos dirigidos ao eu, nos contornos narcísicos já constituídos, tem efeito direto na dinâmica dos investimentos dirigidos aos objetos, exigindo um trabalho de reorganização psíquica.

Nesse sentido, baseando-se nos aspectos discutidos sobre a constituição narcísica, destaca-se a íntima articulação entre a amputação de membros e o narcisismo, uma vez que uma intervenção física dessa magnitude pode provocar alterações na imagem unificada do corpo, o que reverbera nos contornos do eu. Acredita-se nisso devido à desestruturação do segmento corporal que é provocada por esse procedimento, bem como por uma possível interferência na imagem de si mesmo e na vivência do próprio corpo. Sendo a imagem corporal

a base para a constituição do narcisismo, questiona-se: um sujeito cujos limites corporais foram abalados por conta de uma amputação de membros não terá também seus limites narcísicos abalados?

Partindo desse questionamento, este estudo objetivou investigar como os sujeitos amputados vivenciam o processo de mudança corporal por meio de uma pesquisa qualitativa e do aporte teórico psicanalítico, alicerçado na teoria freudiana e em seus desdobramentos contemporâneos. Especificamente, buscou-se investigar a relação entre a cirurgia de amputação de membros e o narcisismo, bem como de que maneira a perda do membro se articula com a problemática da imagem corporal.

MÉTODOS

Desenho do estudo

Este estudo caracterizou-se como uma pesquisa qualitativa de cunho exploratório e descritivo. Seu desenvolvimento se deu com participantes submetidos à cirurgia de amputação de membros assistidos em um hospital público do interior do Rio Grande do Sul.

A pesquisa qualitativa mostrou-se a mais apropriada ao estudo, pois, segundo Turato (2013), é um tipo de pesquisa que visa proporcionar o entendimento e a interpretação dos sentidos e das significações alusivas a um fenômeno, referindo-se a algo que não é visível ao olhar comum. O autor acrescentou que esse método cria um modelo de entendimento intenso de ligações entre os elementos e busca compreender o processo a partir de como o objeto de estudo acontece e se manifesta.

Em relação ao caráter exploratório e descritivo, Gil (2002) o mencionou como típico da pesquisa na qual os objetivos de concentram em conhecer melhor o objetivo a ser investigado, descobrindo significados e diversos aspectos a serem considerados. A pesquisa descritiva objetiva descrever as características de determinadas populações, fatos ou fenômenos e suas relações, sem manipulá-los (Gil, 2002).

Participantes

Foram selecionados para a pesquisa sujeitos amputados em decorrência de doença crônica; maiores de 18 anos; de ambos os sexos; completando, no mínimo, 1 mês de pós-operatório e, no máximo, 1 ano; em processo de reabilitação pós-amputação no referido hospital e residentes na cidade onde o hospital se localiza.

Processo de coleta e análise dos dados

Este estudo foi encaminhado para apreciação da Direção de Ensino, Pesquisa e Extensão do hospital no qual foi desenvolvido. Após sua aprovação e aceite, a pesquisa foi enviada à Plataforma Brasil e assim encaminhado ao Comitê de Ética da universidade com a qual a pesquisadora era vinculada, sendo aprovado com o número CAAE 26372514.1.0000.5346. Ressalta-se que esta pesquisa seguiu as diretrizes da resolução nº. 466, de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde para pesquisa com seres humanos.

As coletas aconteceram de março a dezembro de 2014 e foram realizadas 09 entrevistas semiestruturadas gravadas em áudio para posterior transcrição. Para a interpretação dos dados, optou-se pela técnica da Análise de Conteúdo (Bardin, 2011), um método que utiliza procedimentos objetivos e sistemáticos na descrição dos conteúdos das falas, condensando e agrupando suas partes comuns. Nesse tipo de análise, cabe ao pesquisador fazer inferências e interpretar os resultados (Bardin, 2011).

Ressalta-se que todos os participantes foram voluntários e todas as informações concernentes ao estudo e seus objetivos foram passadas em encontro anterior à entrevista. Para garantir o sigilo dos participantes, seus nomes foram trocados por códigos, conforme se pode visualizar na Tabela I, em que constam também as informações concernentes às doenças, à idade de cada sujeito e ao tempo de amputação.

Tabela 1

Perfil dos Entrevistados

Participantes	Sexo	Idade	Tipo de amputação	Tempo de amputação
E1	M	65	Amputação Transfemoral por Diabetes Mellitus	40 dias
E2	M	64	Amputação de pé esquerdo e pododáctilos do pé direito por Diabetes Mellitus	3 meses
E3	M	51	Hemipelvectomy por Neoplasia	7 meses
E4	M	44	Amputação de ante pé esquerdo por Diabetes Mellitus	5 meses

E5	M	58	Amputação Transtibial por Diabetes Mellitus	1 ano
E6	F	76	Amputação de todos os pododáctilos por Diabetes Mellitus	3 meses
E7	F	66	Amputação Transfemoral por Trombose	2 meses
E8	F	65	Desarticulação do quadril por Diabetes Mellitus	1 ano
E9	F	74	Desarticulação do quadril por Diabetes Mellitus	2 meses

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dentre os resultados alcançados mediante a análise dos dados, as categorias se destacaram por pontuar questões de relevância quanto às vivências e sentimentos associados à amputação, diretamente relacionados às problemáticas do narcisismo e da imagem corporal.

Nunca se está preparado: o encontro com o desconhecido

Entende-se, nesse estudo, que o corpo é construído subjetivamente, sendo um todo em funcionamento que transcende as queixas de ordem somática. De acordo com a teoria Freudiana, o corpo é construído por percepções, investimentos libidinais, representações, pulsões e fantasias (Nasio, 2008). Assim, o corpo na perspectiva psicanalítica não se restringe ao conceito de organismo, pois é atravessado pela história de cada um e constitui-se na interface entre o psíquico e o somático (Fernandes, 2006; Lazzarini & Viana, 2006).

Partindo desse pressuposto, a cirurgia de amputação de membros é aqui compreendida enquanto uma intervenção que abala o corpo subjetivo, e não somente um procedimento cirúrgico que secciona um membro anatômico. Por isso, esta categoria se debruçara sobre o impacto causado pela notícia da amputação e suas repercussões psíquicas, tendo em vista o quanto esse momento é propulsor de desamparo para quem o vivencia e o confronta com uma situação de difícil representação e elaboração.

Assim, um procedimento cirúrgico como esse provoca não apenas uma instabilidade emocional, como também traz à tona a ameaça de morte que esse evento representa (Sebastiani & Maia, 2005). Sobre isso, ressalta-se que a mencionada instabilidade e o temor do futuro são evidenciados e potencializados frente à iminente perda do membro, o que foi observado nas seguintes falas, referentes às reações no momento da notícia da amputação: “Eu já tava preparado [...] Eu nunca imaginava que isso aí ia acontecer comigo, eu nunca imaginava na minha vida [...] (choro intenso)” (E4, *comunicação pessoal*, 44). “Então, eu já tava esperando, mas só que... [...] Então uma amputação realmente foi um choque emocional muito grande” (E3, *comunicação pessoal*, 51).

As contradições presentes nestes discursos revelaram que a notícia provocou, abruptamente, um encontro com aquilo que o psiquismo não teve recursos para elaborar. O processo de elaboração psíquica é concebido como um processo de trabalho, realizado pelo aparelho psíquico, com o objetivo de dominar as excitações que se apresentam a ele e que correm o risco de acumularem-se, tornando-se patogênicas (Laplanche & Pontalis, 2001). Embora os entrevistados citados tenham mencionado um conhecimento prévio da possibilidade de amputação e que estavam esperando por isso, suas falas demonstraram que, diante da notícia, eles se depararam com o vazio de recursos para lidar com esse fato novo.

Quanto a isso, Zecchin (2004) apontou que é nesse confronto entre a mutilação que se faz real e a ausência de recursos internos para enfrentá-la que se observa um despreparo do aparelho psíquico para lidar com essa situação, para realizar o trabalho de elaboração psíquica, revelando uma condição de fragilidade. O fato de o sujeito não ter como evitar esse confronto, exposto no corpo, é uma das razões desse evento apresentar-se como algo gerador de intensa angústia e difícil de ser subjetivado.

O choro de E4 e o referido “[...] choque emocional muito grande” de E3 revelaram não apenas essa fragilização, mas também o estado de desamparo que a notícia da amputação provocou, confrontando-os com a impotência diante de algo que estava prestes a materializar-se em seus corpos. Segundo Rocha, o que define o desamparo “é a situação de total passividade em que se encontra o sujeito, a incapacidade de, com seus próprios recursos, encontrar saída para seus impasses” (Rocha, 2000, p. 130). Isso pode ser visualizado na fala de E7 ao referir “Não, jamais eu pensei que eu iria ouvir isso. Pra mim parecia que o mundo ia acabar” (*comunicação pessoal*).

Na concepção de Freud (1895/1996), o estado de desamparo, no adulto, é o protótipo do seu próprio nascimento, evento traumático propulsor de intensa angústia. Isso porque, ao nascer, o bebê é totalmente impotente diante de um excesso de tensão gerado pelas necessidades orgânicas que precisam ser satisfeitas e pelas quais ele é submerso por ainda não ter recursos

para dominá-las (Laplanche & Pontalis, 2001). É nesse período que surgem as trocas libidinais e simbólicas entre o bebê e o cuidador, que ficam registradas no psiquismo do sujeito e possibilitam a construção de significados para as experiências advindas do contato com o mundo externo, base do processo de constituição e elaboração psíquica. Logo, são as trocas simbólicas que vão atribuir sentido aos eventos e às situações vivenciadas pelo sujeito durante sua vida (Freud, 1895/1996).

É por meio dessas trocas simbólicas que vão sendo construídas as tramas representacionais, que permitem a criação ilusória de uma realidade segura e eficaz diante das ameaças de desamparo. O desamparo vem à tona justamente quando o sujeito confronta-se com situações que ameaçam essas construções simbólicas, alicerces da sua estruturação psíquica e do trabalho elaborativo (Freud, 1895/1996).

No momento da notícia da amputação, os entrevistados citados vivenciaram essa ameaça em suas construções simbólicas, pois esse comunicado foi recebido como algo que irrompe qualquer possibilidade de enfrentamento. Isso significa que, em seu universo simbólico, os recursos elaborativos que dispunham não deram conta do impacto gerado pela notícia da amputação.

Nessa direção, Debenetti e Fonseca (2006) pontuaram que há eventos que serão imediatamente integrados ao psiquismo pelo fato de o sujeito lançar mão de recursos internos que vão dar conta de elaborar a experiência. Entretanto, ao longo da existência, o sujeito pode não conseguir elaborar alguns eventos, tampouco construir um sentido para eles. Isso parece ocorrer com a vivência da mutilação corporal, conforme alguns entrevistados demonstraram, não apenas por ser um evento desconhecido, mas por ter um caráter traumático.

Sobre isso, é importante trazer o que Freud elucidou sobre o trauma. Em *Além do Princípio do Prazer* (1920/1996), o autor explicou o trauma enquanto uma experiência desestruturante e de uma excitação tão intensa que não é tolerada nem dominada pelo sujeito, ocorrendo, assim, uma espécie de ruptura em suas construções simbólicas e uma paralisação do psiquismo, justamente pelo transbordamento de estímulos. Essa ruptura torna a experiência impossível de ser representada e elaborada psiquicamente (Laplanche & Pontalis, 2001). Mais tarde, Freud (1926/1996) definiu que, além do excesso de excitação, há, por outro lado, a fragilização e o despreparo do ego, que se vê sem recursos para integrar e absorver essa intensidade de estímulos, o que fragiliza e ameaça suas fronteiras.

Posto isso, pode-se dizer que a notícia da amputação assumiu um caráter traumático para os entrevistados

devido a sua característica de excitação excessiva, correlacionada ao despreparo e à fragilização do ego diante desse evento. Por essa razão, é notório que esses sujeitos depararam-se com uma impossibilidade de encontrar, em seu universo representacional, recursos que possibilitassem a atribuição de um sentido à mutilação corporal, ou seja, recursos que permitissem a realização de um trabalho elaborativo diante desse evento que os fragilizou narcisicamente.

Para além da perda do membro: a fragilidade narcísica

Por ser a amputação de membros um evento que leva à incapacidade física, sabe-se que o amputado defronta-se com limitações que contemplam todas as esferas de sua vida, não se restringindo apenas à perda de uma parte importante de seu corpo. Essa perda estende-se à saúde, à eficiência corporal e causa dificuldades desde o âmbito pessoal até o profissional (Oliveira, 2004; Paiva & Goellner, 2008).

É justamente nessa direção que esta categoria segue, abordando a amputação como um evento que fragiliza narcisicamente o sujeito. Ao lançar-se um olhar à subjetividade do sujeito amputado, o que se observa não é somente a perda da autonomia, mas uma perda da imagem de si mesmo e um abalo em seu narcisismo.

Essas limitações que restringem e, muitas vezes, impossibilitam a autonomia dos sujeitos amputados os colocam em contato constante com suas fragilidades, com uma imagem de si e um modo de vida que não existem mais. Ao referirem-se à vida antes da amputação, E3 e E4 mencionaram sobre esse confronto traduzido pelas restrições que lhes foram impostas, como se pode ver nos excertos a seguir: “Eu gostava de trabalhar no hospital, a atividade é muito cansativa, ela é muito corrida [...] Era muito bom e era muito intenso” (E3, *comunicação pessoal*, 51). “Antes de acontecer isso, eu tinha a minha liberdade, trabalhava na oficina, passava o dia trabalhando, eu tava sempre muito ativo” (E4, *comunicação pessoal*, 44)

Percebe-se que nesse tipo de contexto, o passado no qual havia um corpo não amputado se reatualiza e se faz presente sucessivamente, por meio de tudo aquilo que o sujeito amputado não pode mais realizar ou dar continuidade, em sua condição atual, devido às limitações físicas (Paiva & Goellner, 2008). Uma vez convivendo com essas dificuldades, não há como evitar o confronto com as fragilidades do próprio corpo e com seus desdobramentos nas diversas dimensões da vida.

Logo, tanto a mutilação sentida no corpo quanto as possibilidades para lidar com essa realidade são transpostas à vida e às experiências do cotidiano, ou seja, é

preciso que o sujeito amputado se reconheça nessa nova forma de vivenciar seu próprio corpo. Tal vivência do corpo mutilado somente pode ser entendida quando se considera a construção da imagem corporal e sua relação com o narcisismo, uma vez que ela provoca alterações na imagem unificada do corpo, reverberando nos limites narcísicos. Assim, diante da fragilização narcísica que a amputação provoca, o sujeito vê-se limitado em seu corpo e em suas atividades, logo sua autoimagem precisa ser reestruturada.

Nesse sentido, Winograd, Solero-de-Campos e Drummond (2008) destacam que na amputação de membros há uma morte real de alguma parte significativa do corpo e uma morte simbólica de um estilo particular de vida, de um jeito de ser, de uma identidade e ainda é preciso que se consiga dar vida a todo o restante que se mantém saudável. Na fala seguinte o entrevistado demonstra a necessidade de um reinvestimento libidinal em si mesmo para que seu corpo possa retornar ao estado de unidade:

Depois, o pós-amputação. . . É querer trabalhar e não poder, é querer fazer alguma coisa e não poder, não conseguir, a parte mais difícil foi essa, a minha aposentadoria [...] O que antes eu queria fazer, hoje eu tenho que colocar um se [...] Levanto, tomo chimarrão, fico sentado né [...] O que eu não quero pra mim é uma vida contemplativa assim né, isso eu não quero pra mim (E3, *comunicação pessoal*, 51)

Percebe-se, através desse fragmento, a ausência do imprescindível processo de reintegração corporal e, além disso, indícios de um narcisismo fragilizado, o que denota, também, um abalo na subjetividade, já que se sabe da importância da ação narcísica para a construção subjetiva de cada um. Assim, a reconstrução da autoimagem e o investimento nos limites corporais são, tal como no início da vida, essenciais para que o novo corpo, amputado, torne-se uma unidade e seja representado.

Freud (1923/1996) conceituou o ego (eu) como uma projeção mental da superfície do corpo derivado das sensações corpóreas dela originadas. Tendo isso em vista, é preciso que uma nova imagem unificada do corpo seja projetada no psiquismo desses sujeitos para que possam vivenciar seus corpos como eles se apresentam, ou seja, com a amputação e com todo o restante saudável, base de uma reestruturação narcísica.

Logo, a amputação exige uma reestruturação nas esferas físicas e psíquicas, tendo em vista que causa uma ameaça às fronteiras corporais, desestrutura a imagem

corporal e consequentemente causa uma ameaça às fronteiras narcísicas. Assim, essa reestruturação deverá acontecer tanto nos limites corporais quanto nos limites do eu.

O confronto com a falta: reconstruindo a própria imagem

A amputação pode adquirir contornos traumáticos e, por essa razão, sua elaboração, sua integração no aparelho psíquico pode tornar-se difícil, como indicado anteriormente. Em decorrência disso, uma vez que a amputação não foi representada, o sujeito depara-se com uma dificuldade, também, de reconstruir a percepção de si mesmo. Isso porque, enquanto a mudança corporal não é integrada no aparelho psíquico, através da realização do trabalho de luto pela perda do membro amputado, a reconstrução da autoimagem fica prejudicada.

Assim, o foco dessa categoria será a reintegração corporal e a sua relação com o trabalho de luto pelo membro amputado e pela antiga imagem corporal. Esse processo é de indiscutível importância quando se trata da construção de novos limites corporais e narcísicos após um processo de amputação.

Nesse contexto, a alteração dos contornos corporais, explícita no próprio corpo, não foi integrada ao psiquismo desses sujeitos, isso está intimamente articulado a não realização do trabalho de luto, conforme se pôde observar quando E8 referiu: “Não mudou nada de diferente. Eu me senti bem, eu me senti feliz da vida, não fiquei triste nem nada” (E8, *comunicação pessoal*, 65). E, ainda, quando os seguintes entrevistados verbalizaram: “Mas eu não sinto nada, nada, nada. Tranquilo, tranquilo mesmo [...] Tô feliz da vida” (E2, *comunicação pessoal*, 64). “É, eu só cortei os dedo e pronto né, tirei os dedo e daí tudo bem [...] Mas eu não sinto nada, nada, nada mesmo” (E6, *comunicação pessoal*, 76).

Nota-se que a referência ao sentimento de bem-estar diante da amputação, que num primeiro momento poderia ser pensado como o uso da negação, revela, sob um olhar mais aprofundado, que a perda do membro ainda não foi representada psiquicamente por esses sujeitos. Contudo, para que isso aconteça, há um trabalho a ser feito, ou seja, um processo de elaboração da perda do membro e da antiga vivência corporal para que uma nova configuração do corpo, uma nova imagem corporal seja construída.

Para um melhor entendimento dessa relação, salienta-se o que Freud (1917/1996) elucidou sobre o luto, explicando-o sob a lógica da perda do objeto e a consequente falta de interesse e de investimentos no

mundo externo. Isso significa que, diante de uma perda, real ou simbólica, ocorre um desequilíbrio de investimentos libidinais, isto é, o sujeito enlutado desinveste dos objetos externos, e a libido fica localizada no eu, através de um superinvestimento que deverá ser temporário, mas que é fundamental para o desligamento do objeto perdido.

Tendo isso em vista, se o processo de luto não acontecer de maneira satisfatória, a reintegração das fronteiras do corpo será prejudicada e o processo de desinvestimento do membro amputado será muito difícil. Isso prejudicará também a reconstrução da imagem de si, ação que também depende do êxito da elaboração da perda do membro. Enquanto E8, E2 e E6 demonstraram, anteriormente, que esse processo não começou a acontecer, pois referiram que a amputação não acarretou mudanças tampouco sofrimento, E7 sinalizou que a perda do membro já começou a ser elaborada, principalmente quando, ao referir-se ao corpo após a cirurgia, falou “Um dia eu ia ter que olhar né pro meu corpo. Foi difícil, bem difícil, é ainda bem complicado, mudou. . . (choro) (E7, *comunicação pessoal*, 66)”.

Baseando-se nisso, pode-se inferir que, para que esses sujeitos reconstruam suas autoimagens, é fundamental a elaboração da perda do membro amputado, o que possibilitará o investimento dos novos limites corporais. Isso constitui o alicerce para uma reorganização narcísica, para reorganização dos limites do eu. Para que isso ocorra, o corpo precisa ser vivenciado enquanto um corpo novo, diferente e mutilado, marcado por novos limites, por um novo contorno. Assim, esse corpo com novos contornos deverá ser novamente erogeneizado e investido para que a imagem de si e o narcisismo sejam reestruturados.

Nota-se que a relação entre a reconstrução da imagem corporal e o trabalho de luto é de indiscutível relevância nesse contexto da amputação de membros, haja vista que se o trabalho de luto pelo membro perdido não for realizado, novos limites corporais não serão construídos e a reconstrução da imagem corporal não será possível. Isso reverbera diretamente na impossibilidade de aceitar e lidar com a nova condição física, especialmente com as dificuldades e as limitações impostas pela nova realidade corporal.

Enquanto o sujeito transita por esse período de tentativas de reintegração corporal e (re) significações, há que se lançar um olhar para algumas manifestações que permeiam as limitações e restrições advindas da amputação, conforme esta categoria apontou. Não há como abordar a realidade da amputação sem mencionar a dor no membro ausente, que muitas vezes alia-se ao

restante de limitações e é tratada apenas como mais um sintoma ou característica da vida pós-amputação. Esse olhar mais atento será discutido a seguir.

*Quando o membro ausente faz sentir-se:
uma leitura além das sensações*

No cenário da amputação, também é comum ouvir relatos a respeito da sensação de dor nos membros que foram seccionados, a chamada Síndrome do Membro Fantasma, que também deve ser considerada quando se trata de reintegração corporal. Tecnicamente, essa dor explica-se pelo fato de que o amputado tem a sensação de que o membro perdido continua presente, ou seja, há a consciência de dor na extremidade que foi retirada. É uma sensação muito real que pode ser queimação, dormência, pontadas e até mesmo uma ilusão vívida da existência e do movimento do membro ausente (Benedetto et al., 2002; Seren & De Tilio, 2014; Demidoff, Pacheco, & Sholl-Franco, 2007).

O presente estudo está alicerçado em uma concepção psicanalítica do corpo e, dessa forma, a dor fantasma será, aqui, abordada e compreendida sob essa perspectiva. Isso significa que, embora a dor fantasma seja comum e relatada pela grande maioria de pessoas submetidas à amputação (Demidoff et al., 2007), é importante que se atente aos aspectos subjetivos que estão implicados nessas sensações e sua relação com a imagem corporal, o que será o foco desta categoria.

Lembrando que a imagem corporal é a representação inconsciente do corpo, pode-se entender o porquê de os sujeitos ainda sentirem o membro que foi retirado, o que vai muito além de uma sensação ou de um reflexo. Quando os limites corporais são alterados por uma amputação, pode-se pensar que a representação desse corpo, sua imagem inconsciente, mantém-se a mesma de antes da amputação, necessitando um trabalho psíquico para a construção de uma nova imagem corporal.

Durante as entrevistas, esse assunto foi abordado por alguns participantes, quando mencionaram sobre o corpo depois da amputação, assim como nos relatos a seguir, referindo-se a uma ilusória presença desses membros ausentes:

Eu sentia como se meu joelho tivesse normal, sentia coceira [...] Colocava a mão no joelho e sentia dores muito fortes no calcanhar. . . . Que não existe né. Era como se eu tivesse assim pisando numa quina, numa ponta assim, sabe. Uma coisa muito estranha, é como se tivesse ali, muita dor, muito forte,

realmente. E eu pensava assim, mas o que que é isso. . . É uma coisa muito estranha. (E3, *comunicação pessoal*, 51).

Diante dessa fala, pode-se pensar que essa impressão de que os membros amputados ainda estão presentes e causando sensações como coceira e dores de diferentes intensidades, referem-se a uma imagem corporal que ainda não foi abandonada pelo sujeito. Durante a vida, muitos eventos podem abalar essa autoimagem, mas não significa que vão exigir uma reconstrução da mesma. Entretanto, um evento como a amputação de membros, além de causar uma ruptura na autoimagem, faz com que sua reconstrução seja essencial para a reintegração corporal e para que manifestações de dores e sensações no membro já retirado, por exemplo, possam cessar.

Benedetto et al. (2002) apontaram que, após a amputação, essa imagem do corpo sofre um abalo e, enquanto a perda do membro não é assimilada pelo sujeito, a dor fantasma pode surgir, mostrando que tal perda ainda não foi elaborada, que o processo de luto ainda não foi realizado. Isso porque em sua autoimagem o membro ainda existe, isto é, a alteração ocorreu apenas no corpo anatômico e não em sua vivência subjetiva do corpo.

Isso significa que há um conflito entre a imagem corporal e o corpo real, ou seja, entre a imagem psíquica do corpo e a imagem real e anatômica deste, tal como ele está após a amputação. E é esse corpo real que confronta constantemente o sujeito com uma outra imagem, a imagem anterior à amputação, a qual ele está com dificuldades de abandonar.

Assim, a permanência dessa dor fantasma pode indicar dificuldades no processo de reintegração corporal (Benedetto et al., 2002), embora caiba destacar que esse processo leva tempo e, enquanto não estiver consolidado, a dor fantasma pode existir. Isso se explica pelo fato de que a integração psíquica dessa mutilação corporal não ocorre imediatamente após o evento cirúrgico, ou seja, a retirada de um membro anatômico não é suficiente para que a autoimagem e os limites narcísicos se modifiquem instantaneamente. Para isso acontecer, é imprescindível a ação do trabalho de luto, a elaboração da perda do membro, como visto, pois, logo após a amputação, o que vigora é a imagem corporal existente antes da amputação.

Compreende-se esse fenômeno devido ao fato de a perda representar uma perda de si mesmo, uma perda narcísica e não apenas uma perda física (Bazhuni & Sant'Ana, 2006). Somente após a elaboração dessa perda é que o reinvestimento narcísico no corpo mutilado vai

acontecer, tornando-o unificado novamente e reestruturando sua autoimagem.

Uma vez que todo esse processo aconteça, pode-se pensar que a amputação venha a ser uma aliada na melhora da qualidade de vida desses sujeitos, embora essa ideia, num primeiro momento, pareça uma contradição, visto que esse procedimento retira uma parte do corpo. No entanto, ao chegar às vias da cirurgia de amputação, sabe-se que, provavelmente, outros métodos já foram utilizados e não obtiveram sucesso terapêutico, levando os sujeitos a optarem entre perder uma parte de si mesmos ou correr sérios riscos de piorar seu estado de saúde e até riscos de morte.

Quando a perda é necessária: a amputação como possibilidade de vida

Em muitos casos, a amputação assume um caráter de salvação para o sujeito, sendo uma possibilidade de sobrevivência e término de alguns tipos de dores e de intervenções altamente invasivas que não alcançavam resultados positivos. Além disso, não é raro que a amputação represente a única saída para evitar a morte. Diante do êxito desse processo, a amputação pode associar-se à chance de uma vida com qualidade mesmo diante de muitas limitações e incapacidades que esse evento pode trazer.

Tendo isso em vista, esta última categoria vai abordar a cirurgia de amputação como uma possibilidade de vida, de acordo com o que foi observado nos depoimentos de alguns entrevistados, que sinalizaram o quanto a secção de uma parte do corpo foi necessária para maiores chances de sobrevivência, conforme pode-se visualizar nos seguintes relatos: “Antes da cirurgia era uma vida triste, eu não dormia de noite...Mas hoje, depois da cirurgia pronta, eu não sinto mais dor e não tem mais perigo nem risco de aumentar a infecção” (E2, *comunicação pessoal*, 64). “Mas sabe que o médico mesmo me disse ‘se a senhora não fizer a amputação, vai acontecer que vai subir essa trombose, vamo ter que fazer, é a única saída” (E7, *comunicação pessoal*, 66.) “No meu caso a amputação seria o último recurso tentado pela medicina” (E3, *comunicação pessoal*, 51).

Contudo, não basta que a retirada de um membro anatômico proporcione uma melhora no estado de saúde do sujeito se ele não se reconhecer sob essa nova condição corporal e não conseguir integrá-la psiquicamente. A amputação só repercutirá enquanto uma possibilidade de vida se ele perder esse membro subjetivamente, elaborar essa perda e reconstruir sua autoimagem, reconstruindo-se, assim, narcisicamente.

Se isso não acontecer, a amputação pode representar algo mortífero ao sujeito, o que se explica retomando o caráter traumático desse evento e os efeitos patogênicos que sua não elaboração pode causar. Ademais, não vivenciar o luto pelo corpo mutilado e pela imagem corporal abalada ou vivenciá-lo de maneira patológica pode levar o sujeito a caminhos danosos. Um exemplo disso é quando o sujeito não consegue desligar-se do objeto que foi perdido, no caso, uma parte de seu corpo e, assim, não investe novamente em si mesmo, prejudicando a ação narcísica que vai tornar seu corpo uno, mesmo mutilado. Quanto a isso, Freud (1917/1996) esclareceu que, ao não direcionar investimentos libidinais a si mesmo, concentrando-os no objeto perdido, o sujeito viverá um processo patológico de luto.

Desse modo, as dificuldades nesse processo de reconstrução da imagem corporal e dos contornos narcísicos estão intimamente relacionadas à ausência de um trabalho de luto satisfatório, conforme observado nas categorias apresentadas. O que se espera é que o sujeito amputado tenha condições de se reinvestir libidinalmente e possa integrar a sua imagem os novos contornos corporais e suas potencialidades. É desse trabalho que vai depender sua reestruturação narcísica, com a ausência do membro integrada a sua imagem ou, como ausência que não pôde ser elaborada, ganhando um caráter patológico, mortífero.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo mostrou que, embora a cirurgia de amputação de membros tenha representado uma melhora na qualidade de vida dos entrevistados, assumiu, por outro lado, um caráter traumático, provocando uma abrupta ruptura nos alicerces simbólicos constitutivos de cada um, ameaçando todo o arcabouço que o sustentava até o momento da perda do membro, repercutindo diretamente na imagem de si mesmo e em seu narcisismo.

Diante desse evento, mostrou-se necessário o processo de reintegração corporal que, para ter êxito, exige um trabalho de luto não só pelo membro amputado, mas também pela imagem corporal mantida até o momento da cirurgia. E, diante de uma imagem corporal abalada, sabe-se que a ação narcísica de unificação corporal terá de ser reestruturada para que a imagem do corpo, agora mutilado, seja reconstruída.

Quanto a isso, sublinha-se a importância de se realizar um acompanhamento psicológico ao sujeito amputado, escutar suas fantasias, angústias, receios e incertezas diante desse corpo modificado e das

reverberações que produz em sua vida. Sugere-se que o acompanhamento psicológico aconteça, principalmente, durante toda a internação, desde o preparo pré-cirúrgico até a alta hospitalar, garantido que, mesmo em um período curto de tempo, o sujeito expresse seus sentimentos diante de um evento dessa magnitude.

Além disso, espera-se que esta pesquisa possa contribuir para a percepção de que a amputação de membros pode desvelar-se enquanto uma possibilidade de vida. E, uma vez que representa uma chance de sobrevivência, este trabalho buscou mostrar que a mesma não se refere apenas à sobrevivência orgânica, física e biológica, mas a uma sobrevivência psíquica, a uma reestruturação necessária que vai tornar esse corpo mutilado um corpo uno, cenário de potencialidades.

Por fim, cabe destacar a importância do acompanhamento psicológico nos processos de protetização, uma vez que o uso de prótese não exclui o trabalho de luto pelo membro extirpado. A ausência desse processo, ou seja, se não ocorrer a reestruturação da imagem corporal e do narcisismo, a adaptação ao membro artificial pode ficar comprometida e ser permeada por muitas dificuldades ou, até mesmo, ser impossibilitada.

REFERÊNCIAS

- Bardin, L. (2011). *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Bazhuni, N. F. N., & Sant'anna, P. A. (2006). O jogo de areia no atendimento psicológico de paciente com membro inferior amputado. *Psicologia: Teoria e Prática*, 8(2), 86-101.
- Benedetto, K. M., Forgione, M. C. R., & Alves, V. L. R. (2002). Reintegração corporal em pacientes amputados e a dor fantasma. *Acta Fisiátrica*, 9(2), 85-89.
- Brasil, Ministério da Saúde. (2013). *Diretrizes de Atenção à Pessoa Amputada*.
- Debenetti, C. I., & Fonseca, T. M. G. (2006). Por uma clínica do impessoal: articulações entre o corpo e o tempo. *Rev. Mal-Estar Subj.*, 6(2), 345-369.
- Demidoff, A. O., Pacheco, F. G., & Sholl-Franco, A. (2007). Membro-fantasma: o que os olhos não vêem, o cérebro sente. *Ciências e Cognição*, 12, 234-239.
- Dolto, F. (1984). *A Imagem inconsciente do corpo*. São Paulo: Editora Perspectiva.
- Fernandes, M. H. (2006). Entre a alteridade e a ausência: o corpo em Freud e sua função na escuta do analista. *Percurso*, 29(2), 51-64.
- Freud, S. (1996). Além do princípio do prazer. In: S. Freud, *Edição Standard das Obras Completas de*

- Sigmund Freud* (J. Salomão, trad., Vol. 18). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1920)
- Freud, S. (1996). Luto e melancolia. In: S. Freud, *Edição Standard das Obras Completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, trad., Vol. 14). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1917 [1915])
- Freud, S. (1996). Sobre o narcisismo: uma introdução. In: S. Freud, *Edição Standard das Obras Completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, trad., Vol. 14). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1914)
- Freud, S. (1996). Três ensaios sobre a teoria da sexualidade. In: S. Freud, *Edição Standard das Obras Completas de Sigmund Freud* (J. Salomão, trad., Vol. 7). Rio de Janeiro: Imago. (Trabalho original publicado em 1905)
- Gil, A. C. (2002). *Como elaborar projetos de pesquisa*. (4 ed.) São Paulo: Atlas.
- Laplanche, J., & Pontalis, J. B. (2001). *Vocabulário de Psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes.
- Lazzarini, E. R., & Viana, T. C. O. (2006). Corpo em Psicanálise. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 22(2), 241-250.
- Nasio, J. D. (2008). *Meu corpo e suas imagens*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editora.
- Paiva, L., & Goellner, S.V. (2008). Reinventando a vida: um estudo qualitativo sobre os significados culturais atribuídos à reconstrução corporal de amputados mediante a protetização. *Interface - Comunic., Saúde, Educ.*, 12(26), 485-497.
- Rocha, Z. (2000). *Destinos da angústia na psicanálise freudiana*. São Paulo: Escuta.
- Rodrigues, L. M., & Prizskulnik, L. (2011). *Uma psicanalista em uma equipe multidisciplinar: atendimento a pacientes com amputação em reabilitação com próteses* (Dissertação de Mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo).
- Sebastiani, R. W., & Maia, E. M. C. (2005). Contribuições da psicologia da saúde-hospitalar na atenção ao paciente cirúrgico. *Acta Cirúrgica Brasileira*, 20(1), 50-55.
- Smeltzer, S. C., & Bare, B. G. (2006). *Tratado de Enfermagem médico-cirúrgica*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- Turato, E. R. (2013). *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: Construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas*. Petrópolis: Vozes.
- Winograd, M., Sollero-de-Campos, F., & Drummond, C. O. (2008). Atendimento psicanalítico com pacientes neurológicos. *Rev Mal-estar e Subjetividade*, 8(1), 139-170.
- Zecchin, R. N. (2004). *A perda do seio: um trabalho psicanalítico institucional com mulheres com câncer de mama*. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Endereço para correspondência:

Priscila Ferreira Friggi
 Centro de Atendimento Educacional
 Rua Augusto Emmel, 96
 CEP: 96878-000 – Vale do Sol/RS
 E-mail: prifriggi@hotmail.com

Recebido em 13/11/2017

Aceito em 17/12/2017

Avaliação da resiliência em Psicologia: revisão do cenário científico brasileiro

Resilience Assessment in Psychology: a review of brazilian scientific scenario

Karina da Silva Oliveira^I
Tatiana de Cássia Nakano^{II}

Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUC-Campinas).

Resumo

O termo resiliência tem sido utilizado para referir-se à indivíduos capazes de retomar o equilíbrio emocional após grandes adversidades. Todavia, há pouco consenso acerca da melhor forma de avaliar esta habilidade. Assim, o presente estudo teve como objetivo analisar a produção científica versada à avaliação da resiliência no país. Para isto, usou-se as bases de dados: Periódicos CAPES/MEC, Scielo e Pepsic, utilizando as palavras-chave: avaliação e resiliência. Foram indicadas 314 produções, destas 31 foram selecionadas. Observou-se predominância de estudos empíricos, voltado à adultos, publicados, em sua maioria (74%), em forma de artigo. A estratégia de avaliação mais utilizada pelos pesquisadores foi a avaliação qualitativa. É possível concluir que a avaliação da resiliência é um tema em desenvolvimento no cenário nacional.

Palavras-chave: Avaliação Psicológica, Resiliência, Revisão

Abstract

The term resilience refers to individuals who can regain emotional balance after great adversity. However, there is little consensus on the best way to evaluate this ability. Thus, this study aimed to analyze the scientific literature related to the assessment of the resilience in Brazil. For this, we used the databases: Periodicos CAPES / MEC, SciELO and Pepsic, using the key words: assessment and resilience. 314 productions were found and 31 of these were selected. There was a predominance of empirical studies, focused on adults, published, mostly (74%) in the form of article. The strategy most used by the researchers was the qualitative assessment. It was concluded that the assessment of resilience is a developing theme on the national scene.

Keywords: Psychological Assessment, Resilience, Review

A resiliência, foco do presente texto, tem se mostrado um construto psicológico com diversas possibilidades de investigação (Godoy, Joly, Piovezan, Dias & Silva, 2010; Infante, 2007; Masten, 2014; Prince-Embury, Saklofske & Keefer, 2017; Reppold, Mayer, Almeida & Hutz, 2012). Todavia, os estudos relacionados à compreensão desse construto ainda se mostram recentes e têm sido marcados pelo desenvolvimento de fundamentos teóricos e princípios metodológicos, de maneira que ainda se fazem presentes inúmeras lacunas e controvérsias conceituais, teóricas e metodológicas (Reppold et al., 2012), envolvendo aspectos relacionados à origem do termo, definição do constructo e possibilidades de mensuração.

O termo resiliência tem sido utilizado por diversas áreas do conhecimento (Brandão, Mahfoud & Giardonoli-Nascimento, 2011). Entretanto, no que diz respeito a área da Psicologia, Masten (2001) afirma que as primeiras pesquisas começaram a ser realizadas,

ao longo da década de 1970, por um grupo pioneiro de psicólogos e psiquiatras. O objeto de estudo, nesta época, era compreender o desenvolvimento e a evolução de condições psicopatológicas em casos, nos quais, as condições ambientais não se mostravam favoráveis ao indivíduo (Infante, 2007). Contudo, ao estudar esses indivíduos, pesquisadores encontraram, diferentemente do esperado, sujeitos que apresentavam adaptabilidade social e boas condições de saúde mental. Este desenvolvimento saudável, contrário às expectativas delineadas pelo ambiente hostil começou a ser alvo de interesse científico.

Importante destacar que historicamente os modelos teóricos em Psicologia eram insuficientes para explicar fenômenos de saúde e sobrevivência humana, dado o fato de se encontrarem apoiados em um paradigma patológico (Díaz, Giraldo & Buitrago, 2006), e, portanto, o interesse científico pela compreensão aprofundada das condições adversas e protetivas começa a se fazer presente entre pesquisadores (Poletto & Koller,

^I Atualmente cursando doutorado em Psicologia: Ciência e Profissão, sob a linha de pesquisa de Avaliação do Potencial Humano, sendo orientada pela Profa. Dra. Tatiana de Cássia Nakano. Graduada em Psicologia, pela Pontifícia Universidade Católica de Campinas (PUC-Campinas), especialista pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP) em Neuropsicologia Aplicada à Neurologia Infantil, e mestre em psicologia pela PUC-Campinas.

^{II} Docente do curso de pós-graduação stricto sensu em Psicologia da PUC-Campinas, pesquisadora da linha de Instrumentos e processos em avaliação psicológica. Pós Doutorado na Universidade São Francisco (2009) e Doutorado em Psicologia como Profissão e Ciência (2006) pela PUC-Campinas.

2011; Sapienza & Pedromônico, 2005; Truffino, 2010). Desde então, conceitos como ‘invulnerabilidade’, ou ainda, ‘invencibilidade’ (Poletto & Koller, 2011; Truffino, 2010) passam a ser investigados.

Ao longo das décadas seguintes, o conceito de invulnerabilidade sofreu um processo de refinamento até assumir o termo “resiliência” (Kaplan, 2002). Os delineamentos de pesquisas, assim como as compreensões acerca do fenômeno foram sendo modificadas, fazendo-se notar tanto o aprofundamento em aspectos voltados à relação entre fatores de riscos e de proteção (Sapienza & Pedromônico, 2005), bem como, em outros momentos, um enfoque prioritário em aspectos de personalidade que garantiriam a resposta positiva frente às adversidades (Masten, 2001).

A resiliência, no entanto, vai sofrer importante impulso com o surgimento do movimento científico da Psicologia Positiva (Krentzman, 2013), emergido por volta do final da década de 1990 e começo dos anos 2000, a partir da publicação do artigo denominado “*Positive Psychology: an introduction*” de Seligman e Csikszentmihalyi (2000). Neste trabalho, os autores defendiam uma alteração do paradigma psicopatológico, predominantemente utilizado em Psicologia, defendendo a necessidade de que os profissionais passassem a se dedicar à compreensão dos aspectos positivos da experiência humana (Pacico & Bastianello, 2014). É importante ressaltar que Seligman e Csikszentmihalyi (2000) não defendiam a sobreposição do paradigma positivo, em detrimento ao paradigma psicopatológico, mas sim que existisse o equilíbrio entre estas perspectivas.

Desde então, a resiliência tem sido destacada como um dos elementos foco de estudo pela Psicologia Positiva, visto que, ambos, guardados os devidos escopos de trabalho, buscam compreender os processos e fatores envolvidos no desenvolvimento psicológico sadio (Poletto, 2006). Do mesmo modo, tem-se observado um esforço de inúmeros profissionais e áreas para a construção de um conhecimento focado nos fenômenos indicativos de aspectos saudáveis, relacionados, notadamente, a sistemas de adaptação ao longo do desenvolvimento, dentre os quais pode-se destacar a resiliência (Masten, 2001).

Como resultado desse processo histórico e mudança de paradigma, é possível afirmar que, atualmente, o conceito de resiliência se mostre bastante amplo, sendo considerado como um fenômeno psicológico (Yunes, 2003) presente em todos os indivíduos (Masten, 2001, 2014), que pode se desenvolver e se manifestar ao longo do ciclo vital (Fontes, 2010; Godoy, Joly, Piovezan, Dias & Silva, 2010; Infante, 2007; Masten, 2001; Poletto, Wagner & Koller, 2004), sempre que o indivíduo for submetido à uma condição adversa

(Luthar, Cicchetti & Becker, 2000; Yunes, 2011), real ou percebida (Castillo et al., 2016). O enfrentamento das condições adversas envolverá a utilização de recursos sociais (Masten, 2001, 2014; Prince-Embury, 2006; 2010; Yunes, 2011) e individuais (Castillo et al., 2016; Gloria & Steinhardt, 2014), a fim de apresentar um desfecho positivo, ou ainda, adaptação positiva (Infante, 2007; Masten, 2001; Reppold et al., 2012).

Dada sua relevância na Psicologia, um movimento científico de busca pela construção de possibilidades de avaliação desse construto começou a ser percebido (Infante, 2007; Masten, 2001). Entretanto, diferenças sensíveis na compreensão do fenômeno da resiliência podem ser notadas. Inicialmente, a avaliação da resiliência, sob o termo de ‘invulnerabilidade’ e ‘invencibilidade’, consistia na identificação de fatores de risco e protetivos e o possível equilíbrio entre estes (Benetti & Crepaldi, 2012). Em um segundo momento, o refinamento das compreensões acerca da resiliência provocaram o entendimento de que a medição do processo de resiliência estaria intimamente relacionada tanto à avaliação das adversidades (a qual envolve a medida dos riscos, ou ainda, os eventos negativos experimentados pelo indivíduo em todos os níveis: biológicos, físicos, sociais, emocionais e desenvolvimentais) quanto a avaliação da adaptação positiva (que segue, em linhas gerais, os mesmos níveis envolvidos na avaliação das adversidades). Os primeiros seriam compreendidos como fatores de risco e, os segundos, como fatores de proteção, dentro de um modelo que considera a resiliência enquanto processo desenvolvimental, ou ainda processo de resposta resiliente (Masten, 2001).

Para Infante (2007), um aspecto importante envolve a busca pela compreensão de quais características internas, cognitivas e emocionais estariam envolvidas nesse processo, de maneira que, a autora ressalta a necessidade de que não seja atribuída, à resiliência, uma concepção de atributo pessoal, mas sim uma habilidade diretamente relacionada e influenciada pelas diferentes instâncias envolvidas na vida do indivíduo, e mais especificamente, na vida da criança.

A importância desse processo justifica-se, de acordo com Masten (2001), diante da constatação de que, ainda que todas as pessoas apresentem alguma característica resiliente, alguns indivíduos encontram dificuldades em desenvolvê-la, dado o caráter subjetivo de apreciação que uma pessoa pode conferir a uma determinada situação, assim como, pela relação estabelecida com o ambiente no qual está inserido (Yunes, 2003). Desse modo, a expressão da resposta resiliente basear-se-á principalmente na interpretação que o indivíduo faz daquele evento adverso e dos mecanismos de proteção que possui. Nesse sentido, o estudo da resiliência

marca-se pela necessidade de irmos além da identificação dos fatores de risco e impulsionarmos a busca pela compreensão dos recursos pessoais e contextuais que podem ser utilizados no enfrentamento das adversidades.

Do mesmo modo que a existência de diferenças essenciais nos pontos de vistas e compreensões acerca da resiliência se fazem presentes, tal como apontadas anteriormente, diferenças também são percebidas em relação ao processo de avaliação desse fenômeno. Consequentemente, o avanço na conceituação do construto acabou por gerar uma ampla variedade de possibilidades de medida. Diante desse quadro, uma tentativa de classificação foi feita por Reppold e colaboradores (2012), os quais propuseram a existência de, ao menos, quatro formas tradicionalmente utilizadas para a realização da aferição da resiliência: (1) obtenção de escores de testes associando-os à outras medidas de desempenho, (2) perfis de personalidade obtidos através de instrumentos de personalidade ou temperamento, (3) uso de métodos qualitativos de investigação, tal como entrevistas, análise de história de vida e avaliação realizada por terceiros, (4) demais possibilidades, tais como análise de discurso direto e indireto. Os mesmos autores, ao analisarem as escalas de autorrelato disponíveis para a avaliação da resiliência, concluíram ainda que os instrumentos avaliam, em sua maioria, características subjacentes à resiliência e não o construto diretamente em si. Buscam assim, contemplar o fenômeno conforme a sua complexidade e amplitude exigem.

Diante do exposto, considerando o papel relevante da avaliação psicológica na operacionalização e na investigação dos construtos e fenômenos, considerando também, a complexidade e a amplitude do fenômeno da resiliência, assim como as lacunas ainda encontradas em relação à sua avaliação, o presente trabalho teve como objetivo compreender como os pesquisadores nacionais têm procedido com a avaliação da resiliência, de modo a tentar caracterizar a produção científica brasileira na temática.

MÉTODO

Materialis

A fim de que fosse possível alcançar o objetivo deste estudo, realizou-se uma revisão sistemática da literatura. Assim, o levantamento das publicações relacionadas a avaliação da resiliência foi realizado em três bases de dados: Periódicos CAPES/MEC (<http://www-periodicos-capes-gov-br>), *Scientific Electronic Library Online* (<http://www.scielo.org/php/index.php?lang=pt>) e Periódicos Eletrônicos em Psicologia (<http://pepsic.bvsalud.org/>). Para a identificação dos estudos foi utilizada a combinação das seguintes palavras-chave “avaliação” e “resiliência”, sem limitação do período de busca. Ainda neste sentido, é importante informar que a primeira busca ocorreu em março de 2015 e, a última, em julho de 2017.

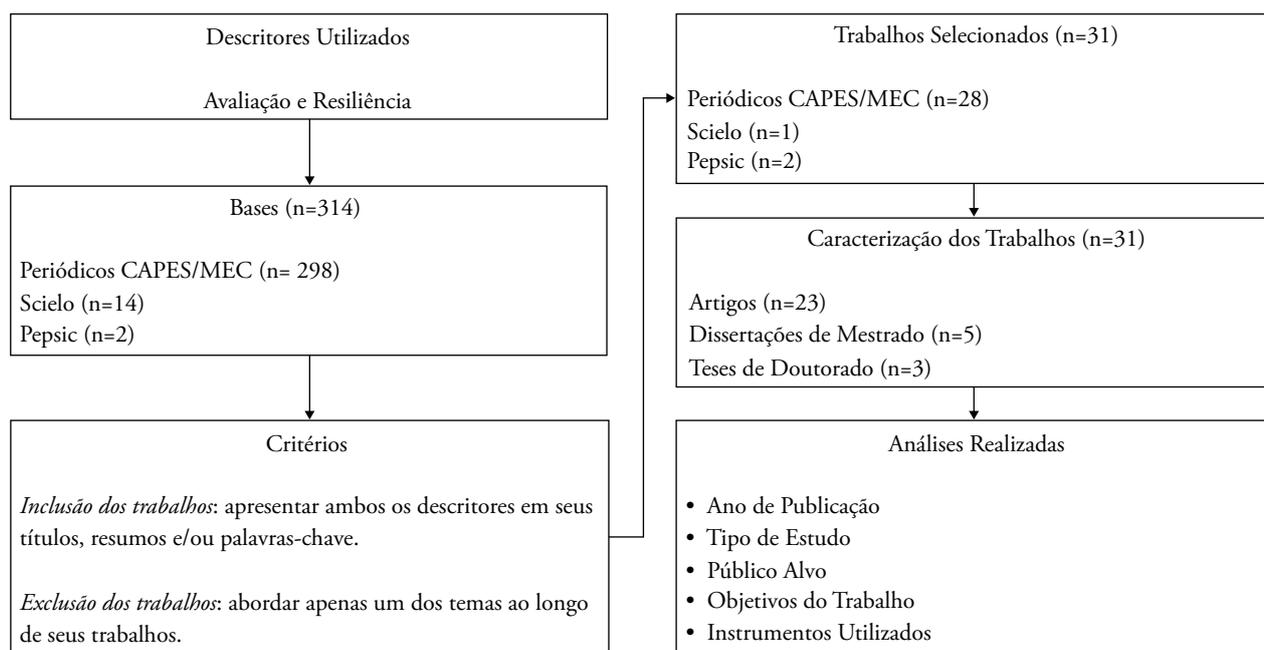


Figura 1

Fluxograma referente ao delineamento da seleção dos artigos desta revisão bibliográfica.

Os resultados indicaram a presença de 314 produções, distribuídas da seguinte forma nas bases selecionadas: 298 provenientes da base Periódicos CAPES/MEC, 14 na Scielo e duas publicações na Pepsic. Dada a presença de trabalhos que não se relacionavam diretamente à temática, a análise dos títulos, resumos e palavras-chaves foi realizada a fim de identificar as produções que apresentassem, simultaneamente, os dois descritores, tal ação teve como objetivo favorecer a identificação dos trabalhos, cujo foco, fosse a avaliação da resiliência em psicologia. Desse modo foram excluídos os trabalhos que apresentavam apenas uma das palavras chaves, ou seja, aqueles que apresentaram somente o termo “resiliência” ou “avaliação”, e ainda, que tratassem do conceito da resiliência em outras áreas do conhecimento.

Dos 314 trabalhos encontrados, 31 atendiam aos critérios supracitados, os quais estavam distribuídos da seguinte forma: 28 trabalhos eram provenientes da base Periódicos CAPES/MEC, dois da Pepsic e um da Scielo), sendo 23 artigos (74%), cinco dissertações de mestrado (16%) e três teses de doutorado (10%). Tais trabalhos foram analisados no presente estudo.

Procedimentos

Os trabalhos foram analisados em relação a uma série de características, cujos resultados foram, posteriormente, tabulados em termos de frequência e porcentagem:

- ano da publicação: ano em que o trabalho foi publicado (no caso de artigos) e que aconteceu a defesa (no caso de teses e dissertações);
- tipo de estudo: empíricos ou teóricos;
- população estudada: de acordo com a faixa etária (crianças, adolescentes, adultos);
- temática: temática abordada em cada estudo;
- tipo de publicação: artigo, dissertação ou tese e;
- instrumentos utilizados: nome do instrumento, método ou técnica.

RESULTADOS

A primeira análise realizada teve como objetivo verificar o interesse científico acerca da temática da avaliação da resiliência. Como forma de atingi-lo foi realizada a análise da distribuição dos trabalhos por ano de publicação. Os resultados indicaram que a primeira publicação brasileira sobre a avaliação da resiliência aparece no ano de 1999. Pode-se verificar que, ao longo do período compreendido entre a primeira publicação e a mais recente encontrada (1999-2014, em um total de 16 anos), o número de trabalhos localizados pode ser considerado pequeno, uma média de 1,93 por ano. Os dados são apresentados na Figura 2.

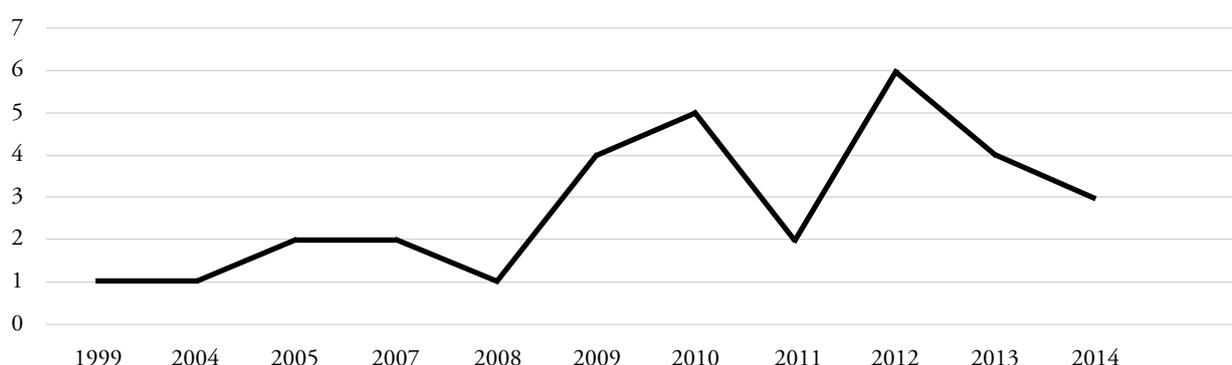


Figura 2

Frequência das produções por ano de publicação.

De acordo com a Figura 2, pode-se observar picos de publicações nos anos de 2010 (n=5) e 2012 (n=6), ainda que o crescimento não se mostre linear. Não foram encontradas produções entre o período de

2000 a 2003 e no ano de 2006. Nota-se crescimento do interesse na temática notadamente a partir do ano de 2009, com exceção do ano de 2011, quando há uma queda no número de produções.

Posteriormente, os trabalhos foram analisados quanto ao tipo de estudo. Para isto, foi realizada a análise da frequência das produções empíricas e teóricas. Dos 31 trabalhos analisados, 80% mostraram-se de natureza empírica (n=25), concordando com os dados apresentados por Lopes e Martins (2011). Tomando-se os estudos teóricos encontrados (20% do total), pôde-se perceber que os mesmos buscam refletir a respeito da complexidade do constructo da resiliência (Liborio & Ungar, 2010), a interface da resiliência com a avaliação e intervenção familiar (Charepe & Figueiredo, 2010), o levantamento de instrumentos existentes para aferição do constructo (Reppold, Mayer, Almeida, & Hutz, 2012; Scorsolini-Comin & Santos, 2010), assim como, o levantamento teórico acerca do desenvolvimento de crianças brasileiras nascidas pré-termo e de muito baixo peso (Custódio, Crepaldi, & Cruz, 2012).

Posteriormente, os trabalhos foram analisados em relação à população alvo. Os resultados indicaram que, dentre esses estudos, a maior parte volta-se a investigação da resiliência em adultos (56%), ainda que estudos com crianças (24%) e adolescentes (20%) também se façam presentes. Em seguida, a temática abordada em cada estudo foi categorizada. Assim sendo, observou-se que 29,03% dos trabalhos tratavam da avaliação de características resilientes associadas a fatores de risco e de proteção. Outras 22,58% das produções avaliaram as características resilientes em famílias ou grupos familiares. Também 22,58% dos trabalhos tiveram como objetivo principal a construção

ou adaptação de instrumentos. Foram identificados, em menor número, estudos voltados à avaliação da resiliência frente ao estresse (6,45%), em ambiente empresarial (6,45%), associada à qualidade de vida (6,45%), frente às condutas suicidas (3,22%) e estudos de levantamento teórico (3,22%).

A análise seguinte visou o levantamento dos instrumentos e técnicas utilizadas e análise da frequência com a qual foram mencionados. Foram encontrados 61 diferentes instrumentos e técnicas, listados nos 31 trabalhos analisados, de maneira que mais de um instrumental pode ter sido utilizado em cada pesquisa. Os resultados mostraram que a forma de avaliação mais comumente empregada foi a avaliação qualitativa da resiliência (20%), composta por entrevistas com os sujeitos, familiares e pessoas próximas e análise de histórias de vida.

Ainda no que diz respeito as técnicas para avaliação da resiliência, um instrumento bastante utilizado foi a Escala de Resiliência de Wagnild e Young (1993) que foi citada em cinco publicações (8%), seguida do Inventário de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial da Saúde (n=4). Os instrumentos que compõem o quarto e quinto lugar em frequência de uso foram a Escala de Resiliência para Adultos (Pereira, Cardoso, Alves, Narciso & Canavarro, 2013) e a *Connor-Davidson Resilience Scale* (Lopes & Martins, 2011), ambos presentes em 5% dos estudos analisados. Os demais instrumentos encontrados nos trabalhos analisados, podem ser verificados na Tabela 1.

Tabela 1

Instrumentos citados nos trabalhos analisados.

Instrumento	Frequência	Porcentagem
Avaliação qualitativa (entrevistas, história de vida e demais estratégias)	12	20
Resilience Scale	5	8
Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde – WHOQOL-Bref	4	7
Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC)	3	5
Escala de Resiliência para Adultos (ERA)	3	5
Family Background Questionnaire (FBQ)	2	3
Inventário de Depressão Beck (BDI)	2	3
Inventário de Estilos Parentais	2	3
Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI)	2	3
Adolescent Resilience Scale	1	2
CARE-Index (CCI)	1	2
Child Abuse and Trauma Scale (CAT)	1	2
Child Psychosocial Distress Screener (CPDS)	1	2
Child Health and Illness Profile, Child Edition (CHIP-CE)	1	2

Deployment Risk and Resilience Inventory (DRRI)	1	2
Escala Comportamental Infantil A2 de Rutter	1	2
Escala de Ajustamento Diádico Revista (EAD-R)	1	2
Escala de Auto-Eficácia Geral Percepcionada (EAEGP)	1	2
Escala de Eventos Adversos	1	2
Functional Assessment of Multiple Sclerosis	1	2
California Healthy Kids Survey Resilience Assesment Module (HKSRA)	1	2
Inventário de Recursos no Ambiente Familiar	1	2
Inventário de Socialização Organizacional (ISO)	1	2
Inventário Multidimensional de Coping	1	2
Inventário de Percepções Adolescentes (IPA)	1	2
Minnesota Multiphasic Personality Inventory 2 (MMPI-2)	1	2
Parental Bonding Instrument (PBI)	1	2
Perceived Stress Scale (PSS)	1	2
Positive and Negative Suicide Ideation (PANSI)	1	2
Questionário de Coping em Diferentes Situações	1	2
Questionário de Reivich e Shatté	1	2
Questionário de Suporte Social	1	2
Sentido Interno de Coerência (SIC)	1	2
Suicide Behavior Questionnaire Revised (SBQR)	1	2
Suicide Resilience Inventory (SRI)	1	2
Total	61	100

Ainda que, aparentemente, um grande número de instrumentos tenha sido localizado nas pesquisas, ressalva deve ser feita após a análise dos mesmos. Somente parte deles assumem-se, de modo direto, como propostas de avaliação da resiliência (*Resilience Scale*, *Connor-Davidson Resilience Scale*, Escala de Resiliência para Adultos, *Adolescent Resilience Scale*, *Deployment Risk and Resilience Inventory* e *Suicide Resilience Inventory*), ou seja, menos de 10% dos instrumentais citados nos estudos. Os demais envolveram instrumentos que avaliam outros construtos, associados ou não à resiliência. Nesse sentido, torna-se importante ressaltar que, embora os trabalhos analisados tivessem, como foco, tal construto (tendo sido localizados a partir da presença dessa palavra chave), nem sempre a resiliência se mostrou construto principal enfocado.

Com a finalidade de aprofundar os dados extraídos nesta análise, optou-se por apresentar um breve relato dos principais instrumentos de avaliação da resiliência que foram identificados. A Escala de Resiliência de Wagnild e Young (1993) foi o instrumento mais utilizado pelos pesquisadores brasileiros na condução de seus estudos, conforme apresentado na Tabela 1. Originalmente denominada de “*The Resilience Scale*”, o instrumento tem como principal objetivo avaliar níveis de adaptação psicossocial positiva em condições,

situações e eventos adversos (Deep & Pereira, 2012). A escala foi adaptada para a realidade brasileira por Pesce, Assis, Avanci, Santos, Malaquias e Carvalhaes (2005). É importante ressaltar que, embora o instrumento esteja adaptado à população e que apresente boas evidências de validade e confiabilidade, até o presente momento, a escala não elenca a lista de instrumentos aprovados pelo Conselho Federal de Psicologia, por meio do Sistema de Avaliação de Testes Psicológicos (SATEPSI).

O segundo instrumento mais citado foi a escala “*The Connor-Davidson Resilience Scale – CD-RISC*” desenvolvida por Connor e Davidson (2003). Segundo os autores o instrumento foi construído a partir da necessidade de mensurar o potencial resiliente de um indivíduo exposto a uma experiência traumática que possa desencadear respostas típicas de quadros depressivos, ansiosos e de estresse pós-traumático. Na literatura nacional foi identificado um único estudo de busca por evidências de validade para uso na população brasileira, realizado por Lopes e Martins (2011), não se encontrando disponível para uso profissional. A “*Resilience Scale for Adults – RSA*” é um instrumento norueguês. A escala foi construída com o intuito de oferecer, aos psicólogos, uma medida de resiliência que favorecesse a avaliação dos fatores protetivos individuais e sociais (Hjemdal, Roazzi, Dias & Friborg, 2015).

O instrumento foi adaptado à cultura portuguesa por Pereira, Cardoso, Alves, Narcioso e Canavarro (2013), sendo que, os autores ao traduzirem a escala, optaram por chamá-la de Escala de Resiliência para Adultos (ERA). No que diz respeito à população brasileira, Hjemdal, Roazzi, Dias e Friborg (2015) foram responsáveis por realizar a adaptação cultural do instrumento original. Os autores afirmam que apesar dos resultados promissores, o instrumento ainda deve ser submetido a outros estudos a fim de que possa ser considerado apto para uso em âmbito nacional.

Dentre os instrumentos citados há menção à escala *Adolescent Resilience Scale – ARS*, que foi desenvolvida por Oshio, Kaneko, Nagamine e Nakaya (2003) com a finalidade de avaliar a resiliência em estudantes de nível secundário a jovens adultos que tivessem experimentado eventos negativos em suas histórias de vida. Cabe apontar que não foram encontrados outros estudos com este instrumento, ou ainda, estudos de adaptação para a população brasileira.

O instrumento “*Deployment Risk and Resilience Inventory*” foi desenvolvido com o objetivo de avaliar características de risco e potencial resiliente na comunidade militar e veteranos de guerra nos Estados Unidos (King, King, Vogt, Knight, & Samper, 2006). Os autores apresentam estudos voltados às propriedades psicométricas dos instrumentos e ainda que o instrumento seja citado por pesquisadores brasileiros (Reppold et al., 2012) não foi encontrado nenhum estudo nacional com o teste.

E finalmente, o inventário “*Suicide Resilience Inventory*” tem como principal objetivo avaliar a resiliência em adolescentes e jovens adultos frente ao suicídio (Osman, Gutierrez, Muehlenkamp, Dix-Richardson, Barrios, & Kopper, 2004). Em âmbito nacional, há um estudo de busca por evidências de validade do instrumento (Prieto, 2007). O estudo investigou a precisão do instrumento, por meio da análise do alpha de Cronbach, o qual apresentou um valor de 0,91. Sendo assim, a autora considera que o instrumento apresenta bom nível de confiabilidade. Importante ressaltar que não foram encontrados outros estudos referentes à adaptação e demais propriedades psicométricas. Assim como não se encontra aprovado junto ao SATEPSI.

Os demais instrumentos identificados nas pesquisas, apesar de terem sido utilizados nos trabalhos analisados, se constituem, na realidade, em técnicas e testes que avaliam diferentes construtos e não a resiliência em si. Diferentes construtos que vem sendo apontados na literatura como fatores de risco e proteção e, portanto, tomados como uma medida indireta do construto da

resiliência, foram encontrados. Considerando-se que, ao limitar a busca por meio do uso do descritor “resiliência”, os autores julgaram pertinente apresentar todos os construtos e instrumentos encontrados nas pesquisas analisadas, a fim de que um quadro mais amplo de como a área de avaliação da resiliência se encontra atualmente no Brasil.

Assim, o que pode ser verificado é a presença de instrumentos para avaliar qualidade de vida (WHOQOL-Bref), suporte familiar (FBQ), depressão (BDI), estilos parentais (Inventário de Estilos Parentais), sintomas psicopatológicos (BSI), abuso e trauma infantil (CAT), dificuldades psicossociais (CPDS), ajustamento (EAD-R), auto-eficácia (EAEGP), socialização (ISO), *coping* (Inventário Multidimensional de Coping; Questionário de Coping em Diferentes Situações), personalidade (MMPI-2), estresse (PSS), ideação suicida (PANSI), suporte social (Questionário de Suporte Social), coerência (SIC) e comportamento suicida (SBQR), tal como é possível observar ao longo da Tabela 1.

DISCUSSÃO

Os dados encontrados confirmam a percepção de que o conceito ainda se encontra em desenvolvimento (Yunes, 2003), sendo um termo relativamente novo na Psicologia (Brandão et al., 2011; Sapienza & Pedromônico, 2005). No Brasil, pode-se notar que o interesse científico pela temática se instala com quase uma década de atraso, visto que, mundialmente sua ascensão inicia-se na década de 1990 (Pesce et al., 2005), tendo sido impulsionado, nos últimos anos, pelo crescimento do movimento associado à Psicologia Positiva (Krentzman, 2013). Faz-se possível notar que o surgimento de publicações sobre resiliência no contexto nacional coincide com a divulgação mais intensa desse movimento e seu fortalecimento em nosso país, conforme apontado por Paludo e Koller (2011). Considerando-se a colocação de Yunes (2003), de que, somente na última década os encontros internacionais têm trazido esse construto para discussão científica, podemos verificar que os dados encontrados nas bases nacionais pesquisadas acompanham essa tendência apontada pela autora.

Conforme apresentado anteriormente, 80% dos trabalhos mostraram-se de natureza empírica, concordando com os dados apresentados por Lopes e Martins (2011) nos quais os autores apontam para esta tendência nos focos de investigação. Faz-se necessário ponderar, que a análise, aqui apresentada, envolveu somente produções nacionais e que, nosso país não tem tradição no

desenvolvimento de modelos teóricos, de modo que os dados encontrados se justificam. Entretanto, lacuna pode ser citada em relação à ausência de trabalhos teóricos que se propusessem a discutir ou ampliar o conceito de resiliência, bem como apresentar seus modelos teóricos e consequentes formas de avaliação.

Observou-se que, do ponto de vista da população investigada, os dados encontrados, na presente análise, contrariam os dados encontrados na literatura científica. Segundo esta, a maioria das investigações têm sido focadas nas crianças nascidas e criadas em condições de extrema pobreza (Valdebenito, Loizo & Garcia, 2007). Vergara (2008) também corrobora esta compreensão sobre o foco de investigações na população infantil, afirmando que a maior parte dos estudos sobre resiliência tem sido realizada por psicólogos, médicos, pedagogos com foco em crianças e jovens. Também Infante (2007) afirma que o tema é mais comumente investigado na infância, a fim de compreender de que maneira crianças e adolescentes são capazes de enfrentar e superar situações extremas de adversidades.

Todavia, este dado não foi observado na análise das produções investigadas. Tal fato pode ser justificado perante a constatação de Carvalho, Teodoro e Borges (2014), os autores afirmam que o estudo voltado ao tema da resiliência envolve a compreensão das relações dinâmicas existentes entre os comportamentos adaptados, as condições de risco e os mecanismos de proteção, de modo que se mostraria mais adequada a condução de pesquisas em avaliação da resiliência com adultos, tendo em vista que há uma história pregressa que favorece a identificação de comportamentos resilientes. Desta forma, considerando que o foco das análises apresentadas no presente estudo, envolveram a compreensão de métodos de avaliação da resiliência, é coerente que o enfoque no período de vida adulta tenha sido predominante nos estudos investigados.

Por sua vez, os resultados observados por meio da análise das temáticas investigadas nos estudos, apontou para a predominância de trabalhos que buscam investigar os processos resilientes em situações de vulnerabilidade, risco e proteção, assim como, em famílias em situação de risco, destacados na literatura nacional como os principais focos da pesquisa na temática (Polleto & Koller, 2011). No que diz respeito aos resultados relacionados às técnicas frequentemente utilizadas pelos pesquisadores, nota-se que a forma de avaliação mais comumente empregada foi a avaliação qualitativa, composta por entrevistas com os sujeitos, familiares e pessoas próximas e análise de histórias de vida, este

dado corrobora a percepção encontrada na literatura especializada (Reppold et al., 2012).

A partir das descrições dos instrumentos, é possível observar que tais técnicas se tratam de obras desenvolvidas internacionalmente. Dos seis instrumentos mais frequentes nas publicações consultadas, quatro se voltam à avaliação direta da resiliência e apresentam estudos iniciais de adaptação à população brasileira e/ou estudos de investigação de suas qualidades psicométricas. Os demais, ou seja, a maior parte dos instrumentos empregados nas pesquisas, avaliam outros construtos, relacionados ou não à resiliência. Nesse sentido, é oportuno informar que não é possível afirmar que tais instrumentos sejam capazes de aferir objetivamente tal construto, ainda que possam contribuir para o processo de avaliação enquanto medidas adjacentes à esta.

Entretanto, diante da ausência de instrumentos específicos de avaliação do construto, aprovados para uso pelo CFP e disponibilizados para uso profissional, uma hipótese que se estabelece envolve o fato dos pesquisadores acabarem por fazer uso de instrumentos que avaliam construtos próximos ou relacionados. Faz-se necessária a criação e adaptação de instrumentos específicos para avaliação da resiliência para uso na população brasileira, assim como a condução de estudos voltados à investigação de suas qualidades psicométricas, tal como determina o Conselho Federal de Psicologia (2003).

Desse modo é possível observar que a avaliação do constructo da resiliência no âmbito nacional ainda se caracteriza como um campo em desenvolvimento. Neste sentido, a urgência no desenvolvimento de medidas adequadas ao construto, a fim de que sejam ampliados os estudos frente ao tema, é recomendada (Pesce, Assis, Avanci, Santos, Malaquias & Carvalhaes, 2005). Somente assim será possível construir uma linguagem comum e consolidar os achados.

Considerando-se que o conceito de resiliência encontra pouco consenso acerca de sua definição, apresentando-se muitas vezes, como contraditórias, associando a expressão da resiliência a fatores tais como adaptação e superação, inato e adquirido, permanente e circunstancial (Junqueira & Deslandes, 2003), conseqüentemente faz-se notar também pouco consenso quanto à melhor forma de proceder com a avaliação. A diversidade de instrumentos e técnicas, assim como de construtos envolvidos, encontrada nesse levantamento de estudos nacionais, confirma essa percepção. Como consequência, Lopes e Martins (2011) afirmam que a divergência conceitual é refletida nas maneiras de mensuração existentes, sendo, essa, uma área que ainda demanda investimento por parte dos pesquisadores

brasileiros. Nesse sentido, tais dados também confirmam a opinião apresentada por Reppold et al. (2012), de que a maior parte dos instrumentos disponíveis avalia construtos associados e/ou características subjacentes à resiliência e não o construto em si, tal como foi possível observar na Tabela 1. De modo que esta realidade, a de mensurar a resiliência por meio de medidas indiretas, e não através de medidas objetivas, caracteriza-se como uma lacuna importante no cenário nacional.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No levantamento aqui apresentado, foi possível observar um interesse crescente pela resiliência expresso nas publicações, notadamente na última década, assim como um empenho dos pesquisadores em definir o conceito de forma mais clara e consensual e a busca por possibilidades de realizar sua avaliação com segurança. Todavia, a falta de um conceito comum e de concordância dos pesquisadores frente ao conceito, aponta para diferentes possibilidades de estudo e para a amplitude de pesquisas aqui relatada, seja em relação ao tipo de estudo, população alvo, temática envolvida ou instrumento/técnica utilizada.

Considerando-se que, no presente estudo, ao optar-se por realizar a análise dos dados a partir de palavras chaves bastante específicas é possível que estudos que tratam da avaliação da resiliência de forma indireta não tenham sido contemplados. Do mesmo modo, dado o fato de que muitas bases de dados se tornaram eletrônicas somente nos últimos anos, muitos trabalhos podem ter sido excluídos da busca, ainda que, em sua maior parte, os resultados tenham confirmado a percepção da literatura científica sobre as tendências da área.

Diante dessas limitações, as quais restringem a possibilidade de generalização dos resultados, sugere-se a condução de outros estudos a fim de que as compreensões aqui expostas possam ser ampliadas, envolvendo, por exemplo, outros descritores, outras bases de dados ou ainda novas categorias de análise. Sugere-se ainda a ampliação da revisão de pesquisas, ampliando-a para o cenário internacional, a fim de que os dados aqui relatados possam ser confirmados e expandidos.

Indiferente à essas limitações expostas, o que se faz notar é que a temática da resiliência tem se mostrado, cada vez mais, foco de interesse de pesquisadores das mais diferentes áreas, notadamente na Psicologia, dada sua capacidade de atuar enquanto recurso de proteção e desenvolvimento para os indivíduos. Por tal motivo merece ser melhor investigada, dentro de um enfoque mais atual da Psicologia Positiva.

REFERÊNCIAS

- Affi, T. O., & MacMillan, H. L. (2011). Resilience following child maltreatment: a review of protective factors. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 56 (5), 266-272. doi: 10.1177/070674371105600505.
- Brandão, J. M., Mahfoud, M., & Gianordoli-Nascimento, I. F. (2011). A construção do conceito de resiliência em psicologia: discutindo as origens. *Paidéia*, 21 (49), 263-271. doi: 10.1590/S0103-863X2011000200014.
- Cardozo, G., & Dubini, P. (2006). Promoción de salud y resiliencia en adolescentes desde el ámbito escolar. *Psicodebate*, 7, 21-39.
- Carvalho, V. D., Teodoro, M. L. M., & Borges, L. O. (2014). Escala de resiliência para adultos: aplicação entre servidores públicos. *Avaliação Psicológica*, 13(2), 287-295.
- Castro, E. K., & Moreno-Jimenez, B. (2007). Resiliencia en niños enfermos crónicos: aspectos teóricos. *Psicología em Estudo*, 12 (1), 81-86.
- Charepe, Z. B., & Figueiredo, M. H. J. S. (2010). Promoción de la esperanza y resiliencia familiar: prácticas apreciativas. *Investigación y Educación en Enfermería*, 28, 250-257.
- Connor, K. M., & Davidson, J. R. T. (2003). Development of a new resilience scale: the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*, 18(1), 71-82. doi: 10.1002/da.10113.
- Custódio, Z. A. O., Crepaldi, M. A., & Cruz, R. M. (2012). Desenvolvimento de crianças nascidas pré-termo pelo teste Denver-II: revisão da produção científica brasileira. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 25 (2), 400 – 406. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-79722012000200022>
- Deep, C. A. F. N., & Pereira, I. (2012). Adaptação da “The Resilience Scale” para a população adulta portuguesa. *Psicologia USP*, 23 (2), 417 – 433. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-65642012005000008>.
- Díaz, S. C. P., Giraldo, A. F. R. & Buitrago, H. C. (2006). Factores resilientes asociados al rendimiento académico en estudiantes pertenecientes a la Universidad de Sucre. *Psicología Caribe*, 17, 196-219.
- Fiorentino, M. T. (2008). La construcción de la resiliencia en el mejoramiento de la calidad de vida y la salud. *Suma Psicológica*, 15(1), 95-114. <http://dx.doi.org/10.14349/sumapsi2008.18>
- Greco, C., Morelato, G., & Ison, M. (2006). Emociones positivas: una herramienta psicológica para promocionar el proceso de resiliencia infantil. *Psicodebate: Psicología, Cultura y Sociedad*, 7, 81-94.

- Hjemdal, O., Roazzi, A., Dias, M. G. B. b., & Friborg, O. (2015). The cross-cultural validity of the Resilience Scales for Adults: a comparison between Norway and Brazil. *BMC Psychology*, 3 (18), 2 – 9. <https://doi.org/10.1186/s40359-015-0076-1>
- Infante, F. (2007). A resiliência como processo: uma revisão da literatura recente. In A. Melillo & E. N. S. Ojeda (Orgs.), *Resiliência – descobrindo as próprias fortalezas* (p. 23 – 38). Porto Alegre: Artmed.
- Junqueira, M. F. P. S., & Deslandes, S. F. (2003). Resiliência e maus tratos à criança. *Cadernos de Saúde Pública*, 19 (1), 227-235. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2003000100025>
- King, L. A., King, D. W., Vogt, D. S., Knight, J., & Samper, R. E. (2006). Deployment risk and resilience inventory: A collection of measures for studying deployment-related experiences of military personnel and veterans. *Military Psychology*, 18(2), 89-120.
- Krentzman, A. R. (2013). Review of the application of Positive Psychology to substance use, addiction, and recovery research. *Psychology of Addictive Behaviors*, 27 (1), 151 – 165. doi: 10.1037/a0029897
- Liborio, R. M. C., & Ungar, M. (2010). Resiliência oculta: a construção social do conceito e suas implicações para práticas profissionais junto a adolescentes em situação de risco. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 23 (3), 476 – 484. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-79722010000300008>
- Lopes, V. R., & Martins, M. C. F. (2011). Validação fatorial da Escala de Resiliência Connor-Davidson (Cd-Risc-10) para brasileiros. *Revista Psicologia: Organizações e Trabalho*, 11 (2), 36-50.
- Luthar, S.; Cicchetti, D.; Becker, B. (2000). The Construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development*, 71 (3), 543-558.
- Masten, A. S. (2001). Ordinary magic: resilience processes in development. *American Psychologist*, 56 (3), 227-238.
- Oliveira, M. A., & Nakano, T. C. (2011). Revisão sobre criatividade e resiliência. *Temas em Psicologia*, 19 (2), 467-479.
- Oshio, A., Kaneko, H., Nagamine, S., & Nakaya, M. (2003). Construct validity of the Adolescent Resilience Scale. *Psychological Reports*, 93 (1), 1217-1222. doi: 10.2466/PR0.93.7.1217-1222
- Osman, A., Gutierrez, P. M., Muehlenkamp, J. J., Dix-Richardson, F., Barrios, F. X. & Kopper, B. (2004). Suicide resilience inventory – 25: development and preliminary psychometric properties. *Psychological Reports*, 93 (3), 1349 – 1360. doi: 10.2466/PR0.94.3.1349-1360
- Paludo S., & Koller, S. H. (2011). Psicologia positiva, emoções e resiliência. in Dell’Aglío, D. D., Koller, S. H., & Younes, M. A. M. (2011). *Resiliência e Psicologia Positiva: interfaces do risco à proteção* (pp. 69 – 86). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Pereira, M., Cardoso, M. Alves, S., Narciso, I., & Canavarro, M. C. (2013). *Estudos preliminares das características psicométricas da Escala de Resiliência para Adultos (ERA)*. Coimbra: Associação Portuguesa de Psicologia. Retirado de: <http://hdl.handle.net/10316/23602>
- Pereira, M., Cardoso, M., Alves, S., Narciso, I., & Canavarro, M. C. (2013). Estudos preliminares das características psicométricas da Escala de Resiliência para Adultos (ERA). in A. Pereira, M. Calheiros, P. Vagos, I. Direito, S. Monteiro, C. F. Silva, & A. Gomes (Eds.), *Livro de atas do VIII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia* (pp.93-103). Aveiro: Associação Portuguesa de Psicologia.
- Pesce, R. P., Assis, S. G., Santos, N., & Oliveira, R. V. C. (2005). Risco e proteção: em busca de um equilíbrio promotor de resiliência. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 20 (2), 135-143. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-37722004000200006>
- Poletto, M. & Koller, S. H. (2011). Resiliência: uma perspectiva conceitual e histórica in Dell’Aglío, D. D., Koller, S. H. & Yunes, M. A. M. (2011). *Resiliência e psicologia positiva: interfaces do risco a proteção* (p. 19 – 44). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Poletto, M., Wagner, T. M. C., & Koller, S. H. (2004). Resiliência e desenvolvimento infantil de crianças que cuidam de crianças: uma visão em perspectiva. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 20 (3), 241-250. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-37722004000300005>
- Prince-Embury, S. (2010). Introduction to special issue: assessing resiliency in children and adolescents. *Journal of Psychoeducational Assessment*, 28 (4), 287-290. <https://doi.org/10.1177/0734282910366830>
- Prince-Embury, S., Saklofske, D. H., & Keefer, K. V. (2017). Tree-factor model of personal resilience. In. U. Kumar (Ed.), *The Routledge International Handbook of Psychosocial Resilience* (pp. 118-141). New York: Taylor & Francis Group.
- Prieto, D. Y. C. (2007). Indicadores de proteção e risco para suicídio por meio de escalas de autorrelato. (Tese de Doutorado). Retirado de: <http://hdl.handle.net/10482/1781>.
- Reppold, C. T., Mayer, J. C., Almeida, L. S., & Huts, C. S. (2012). Avaliação da resiliência: controvérsia em

- torno do uso de escalas. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 25 (2), 248 – 255. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-79722012000200006>
- Scorsolini-Comin, F., & Santos, M. A. (2010). The scientific study of happiness and health promotion: An integrative literature review. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 18(3), 472-479. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692010000300025>
- Sapienza, G., & Pedromônico, M. R. M. (2005). Risco, proteção e resiliência no desenvolvimento da criança e do adolescente. *Psicologia em Estudo*, 10 (2), 209-216. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-73722005000200007>
- Seligman, M., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: an introduction. *American Psychologist*, 55 (1), 5-14. doi: 10.1037/0003-066X.55.1.5
- Truffino, J. C. (2010). Resiliencia: una aproximación al concepto. *Psiquiatría y Salud Mental*, 3 (4), 145 – 151. doi: 10.1016/j.rpsm.2010.09.003
- Valdebenito, E., Loizo, J. M., & García, O. (2007). Factores de resiliencia en familias de personas detenidasdesaparecidas en la dictadura militar 1976-1983 en la Provincia de San Luis. *Revista electrónica de psicología política*, 5 (15). Recuperado em 23 de Outubro, 2010, de pepsic.homolog.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S166935822007000300005&lng=pt&nrm=isso
- Vergara, S. C. (2008). A resiliência de profissionais angolanos. *Revista de Administração Pública*, 42 (4), 701 – 718.
- Wagnild G. M., & Young H. M. (1993). Development and psychometric evaluation of the Resilience Scale. *Journal of Nursing Measurement*, 1 (2), 165–178.
- Yunes, M. A. M. (2003). Psicologia positiva e resiliência: o foco no indivíduo e na família. *Psicologia em Estudo*, 8(1), 75-84.

Endereço para correspondência:

Karina da Silva Oliveira
Avenida John Boyd Dunlop, s/nº
Jd. Ipaussurama, Campinas/SP
E-mail: karina_oliv@yahoo.com.br

Recebido em 04/10/2017

Aceito em 31/10/2017

Inteligência e desempenho escolar em crianças entre 6 e 11 anos

Intelligence and school performance in children between 6 and 11 years

Denise Oliveira Ribeiro^I
Patrícia Martins de Freitas^{II}

Universidade Federal da Bahia

Resumo

O desempenho escolar faz parte do desenvolvimento de crianças e adolescentes, sendo um importante preditor de sucesso na vida adulta. O objetivo deste estudo foi investigar a relação entre inteligência e desempenho acadêmico, analisando a influência da idade, sexo e escola. Participaram 196 crianças com idade entre 6 a 11 anos, de escolas públicas e particulares da cidade de Vitória da Conquista, BA. Foram aplicados os Teste de Desempenho Escolar e as Matrizes Progressivas Coloridas de Raven. As análises foram feitas através dos seguintes testes: correlação de Spearman e Kendall. Os resultados mostraram correlações moderadas e significativas entre inteligência e desempenho escolar ($\rho=0.57$; $p<0.05$), o que demonstra a importância da avaliação da inteligência em casos de dificuldades de aprendizagem.

Palavras-chave: inteligência; desempenho escolar; aprendizagem, desenvolvimento infantil; sexo.

Abstract

The school performance is part of the development of children and adolescents, is an important predictor of success later in life. The aim of this study was to investigate the relationship between intelligence and academic performance, controlling the influence of age, gender and school. They participated in 196 children aged 6 to 11 years from public and private schools in the city of Vitoria da Conquista, Bahia. The Academic Performance Test and Coloured Progressive Matrices of Raven were applied. Analyses were made by the following tests: Spearman and Kendall. The results showed moderate and significant correlations between intelligence and school performance ($\rho=0.57$; $p<0.05$), that showed the importance of intelligence's assessment in cases with learning disability.

Keywords: intelligence; school performance; learning, child development; sex.

O desenvolvimento acadêmico é uma preocupação para os diversos níveis do sistema social. Desde a família, que foca as necessidades das crianças que fazem parte do seu núcleo, até mesmo o sistema político e econômico que precisa implementar ações para garantir o efetivo desenvolvimento escolar (Alves, 2013; Alves, Nogueira, Nogueira & Resende, 2013; Oliveira-Ferreira et al. 2012). Esse interesse é motivado pelos efeitos negativos do baixo rendimento escolar. As falhas no desenvolvimento de habilidades escolares podem gerar lacunas de aprendizagem que comprometem o desenvolvimento global do indivíduo, limitando suas possibilidades de inserção social (Bandeira, Rocha, Souza, Del Prette & Del Prette, 2006). Para lidar com as dificuldades de aprendizagem muitas famílias procuram o suporte profissional, sendo esse um dos principais motivos para buscar o atendimento psicológico na clínica infanto-juvenil (Moreira, Magalhães & Alves, 2014; Silves, 2006).

Considerando a importância que o desempenho escolar tem para o desenvolvimento de crianças e adolescentes, conhecer os fatores que contribuem para o melhor rendimento acadêmico tem sido um crescente foco de pesquisa. O objetivo deste estudo foi verificar a relação entre inteligência fluída e desempenho escolar, analisando o desempenho em leitura, escrita e aritmética.

A relação entre inteligência e desempenho acadêmico desperta muito interesse, produzindo inúmeras investigações (Au et al., 2015; Calvin, Fernandes, Smith, Visscher & Deary, 2010; Deary, Strand, Smith & Fernandes, 2007; Valentini & Laros, 2014). O pressuposto de associação positiva entre esses construtos foi estabelecido pela compreensão da inteligência como uma função que representa a capacidade do indivíduo para aprender. Desta forma, a avaliação da inteligência como a quantificação do potencial para a aprendizagem assume um papel importante na compreensão das variáveis que influenciam ou predizem o desenvolvimento

^I Graduação em Psicologia pela Universidade Federal da Bahia. Mestranda em Psicologia: Cognição e Comportamento pela Universidade Federal de Minas Gerais.

^{II} Doutora em Ciências da Saúde, área de concentração Saúde da Criança e do Adolescente, pela Faculdade de Medicina da UFMG, em 2009. Mestre em Psicologia, área de concentração Psicologia do Desenvolvimento, pela Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da UFMG em 2004 e graduação em Psicologia pela mesma instituição em 2003. Professora associada do Instituto Multidisciplinar em Saúde da Universidade Federal da Bahia. Programa de Pós Graduação em Ensino da Universidade do Sudeste da Bahia. Coordenadora do Núcleo de Investigações Neuropsicológicas da Infância e Adolescência.

escolar. Diversos estudos confirmam essa relação e os resultados nos testes de inteligência têm sido considerados bons preditores de desempenho acadêmico (Floyd, Evans & McGrew, 2003; Primi, Ferrão & Almeida, 2010; Alloway & Gregory, 2013; Gomes, 2010; Lu, Weber, Spinath & Shi, 2011). A inteligência tem sido identificada como uma variável que explica em torno de 50 a 80% do desempenho acadêmico (Au et al., 2015; Calvin et al., 2010; Valentini & Laros, 2014). Se pelo menos 50% da variância do desempenho acadêmico pode ser compreendido pela inteligência, isso significa que essa é uma variável importante para compreensão do desenvolvimento escolar e seus possíveis atrasos. Nesse estudo, essa hipótese foi testada, considerando a relação da inteligência com o desempenho acadêmico e habilidades escolares específicas, leitura, escrita e aritmética.

A influência da inteligência sobre o desempenho escolar parecer ser um tema esgotado, porém, pode-se encontrar na literatura resultados que não confirmam essa relação ou encontram coeficientes de correlação mais baixos, sugerindo menor poder de explicação da variável inteligência em relação ao desempenho escolar. Portanto, identificamos uma polaridade de evidências (Alloway & Alloway, 2010; Siquara, 2014). Tais divergências demonstram a necessidade de estudos que confirmem ou não essa relação e sua magnitude. Atualmente, diversos estudos demonstram resultados de alta variância comum entre memória de trabalho e medidas de inteligência a partir do fator g, o que tem direcionado as pesquisas sobre o desempenho acadêmico para investigações sobre a influência da memória de trabalho sobre o desempenho de habilidades escolares (Siquara, 2014; Piccolo & Salles, 2013).

Dentre as evidências que confirmam a relação da inteligência com o desempenho acadêmico temos o estudo de Gomes e Golino (2012) que demonstrou que as habilidades cognitivas gerais e específicas tem uma predição de 30 a 60% do desempenho acadêmico geral. Outros estudos investigaram a relação entre inteligência e desempenho acadêmico em aritmética (Lu et al., 2011; Primi, Santos & Vendramini, 2002; Stock, Desoete & Roeyers, 2009). Os resultados específicos à matemática também foram encontrados por Stock et al., (2009) verificando que raciocínio sequencial (ou habilidade de seriação) e classificação são preditores importantes das habilidades aritméticas nos anos iniciais do Ensino Fundamental I. Concluída a etapa de escolarização, inteligência e memória de trabalho explicam 36% da variância nos escores em matemática (Lu et al., 2011).

Lemos, Almeida, Guisande e Primi (2008) demonstram resultados que apontam para uma correlação moderada e estatisticamente significativa entre os testes de inteligência e as medidas de desempenho escolar.

No entanto, os coeficientes obtidos nesse estudo revelam que a correlação entre inteligência e desempenho escolar diminuem à medida que avançam os níveis escolares, o que aponta para um efeito mais significativo da série escolar sobre o desempenho acadêmico se comparada à idade na diferenciação cognitiva dos alunos (Almeida, Lemos, Guisande & Primi, 2008). Esse resultado não foi confirmado nos estudos de Deary et al. (2007) que demonstram correlação de 0,81 entre desempenho acadêmico e medidas de inteligência em um estudo prospectivo de cinco anos. Os resultados encontrados por Deary et al., (2007) mostraram que as crianças que tiveram bons escores para inteligência aos 11 anos eram jovens com bons resultados no desempenho acadêmico aos 16 anos. A variância explicada variou de 58,6% em matemática e 48% em inglês para 18,1% em arte e desenho. Meninas não mostraram nenhuma vantagem em g, mas tiveram um desempenho significativamente melhor sobre todos as disciplinas, com exceção de Física.

Também existem estudos que demonstram correlações fracas e não significativas entre inteligência e desempenho acadêmico. No estudo de Maia e Fonseca (2002), crianças e adolescente foram avaliados em leitura e inteligência com objetivo de verificar a correlação entre essas variáveis. Entretanto, o resultado não encontrou correlação entre essas variáveis. Segundo as autoras, a medida de QI mostrou-se pouco eficiente para prever sucesso ou fracasso na aquisição de leitura. Em Siquara (2014) os resultados demonstraram a memória de trabalho como bom preditor do desempenho em leitura, escrita e matemática. Por outro lado, o QI não apresentou correlações significativas com o desempenho acadêmico. Alloway e Alloway (2010) defendem que no início da escolarização a memória de trabalho consegue ser um preditor mais forte do desempenho escolar do que as medidas de QI.

A inteligência pode variar considerando as diferenças de sexo e níveis escolares (Nisbett et al. 2012). Segundo Nisbett, et al. (2012) foi encontrado melhores desempenhos para os meninos em tarefas que envolviam habilidades visuoespaciais enquanto que as meninas apresentaram melhores desempenhos em tarefas de habilidades verbais como fluência e memória verbal. Outro estudo mostrou resultados comparando a inteligência de meninos e meninas com melhor desempenho para os meninos nas três medidas do WISC-R (Liu & Lynn, 2015). Objetivando investigar a relação entre níveis escolares e inteligência, Roth et al. (2015), em um estudo de meta-análise, evidenciaram que a inteligência é um forte preditor do avanço nas séries escolares, sendo que o tipo de teste de inteligência utilizado não interfere significativamente nas correlações com os níveis acadêmicos.

Deve-se considerar também a influência do tipo de escola em que a criança está inserida como uma variável que influencia o desempenho em testes de inteligência (Sbicigo, Piccolo, Fonseca & Salles, 2014; Piffer & Lynn, 2014). Em seu estudo, Shayer et al. (2015), ao compararem crianças de escolas públicas e particulares, evidenciaram que os estudantes de escola pública obtiveram resultados inferiores em comparação com os alunos de escola particular, tanto em testes de inteligência quanto em baterias de funções executivas. Os estudos sobre as diferenças de desempenho podem ser úteis para implementar mudanças de ensino que favoreçam o desenvolvimento cognitivo dos alunos, apontando para a importância de se considerar essas diferenças na normatização de testes e baterias de avaliação da inteligência.

Esse estudo propõe analisar a hipótese de convergência entre as variáveis inteligência e desempenho acadêmico analisadas conforme a idade, o sexo e o tipo de escola, com o objetivo de testar a hipótese de correlação entre inteligência e o desempenho acadêmico de crianças entre 6 a 11 anos, utilizando estatística descritiva e inferencial. Outra hipótese do estudo é a inteligência como preditora do desempenho escolar.

MÉTODO

Participantes

Participaram do estudo 196 crianças com idades entre 6 e 11 anos, de ambos os sexos, estudantes do 1º ao 5º ano do Ensino Fundamental de escolas públicas e privadas do Município de Vitória da Conquista, BA. Sendo 55,6% do sexo masculino, a idade média dos participantes foi de (M = 8,73 anos; DP = 1,75 anos). As crianças que possuíam diagnóstico de algum transtorno do desenvolvimento informado pelos pais foram excluídas, sendo um total de três crianças. A escolaridade foi distribuída em 14,4% do primeiro, 23,4% do segundo, 21,9% do terceiro, 17,9% do quarto e 19,9% do quinto ano do Ensino fundamental. Sendo 77,2% estudantes de escolas públicas e 22,8% de escolas particulares.

Instrumentos

Teste das Matrizes Progressivas Coloridas de Raven (Angelini, Alves, Custódio, Duarte, & Duarte, 1999): é um instrumento desenvolvido para avaliar a inteligência fluída através de raciocínio lógico, utilizando o paradigma de associação. O instrumento é composto por três séries de 12 itens: A, Ab e B, sendo que os estímulos são apresentados em ordem de dificuldade crescente. Através dos resultados do Raven é

possível identificar o nível intelectual de crianças a partir de 4 anos e 9 meses até 12 anos.

Teste de Desempenho Escolar (TDE): é um instrumento psicométrico que avalia o desempenho escolar em três áreas específicas: escrita, aritmética e leitura. Esse instrumento permite investigar capacidades fundamentais de escolares de 1ª a 6ª séries do Ensino Fundamental. É usado para indicar de maneira abrangente quais áreas da aprendizagem escolar estão preservadas ou prejudicadas no examinando (Stein, 1994). O subteste de escrita é composto por um ditado de 34 palavras, que obedece a uma ordem crescente de dificuldade, e pela escrita do próprio nome (Giacomoni, Athayde, Zanon & Stein, 2015). O subteste de aritmética consiste na solução oral de problemas matemáticos e cálculo de operações que devem ser respondidos por escrito, variando em grau de complexidade. O subteste de leitura é apresentado sob a forma de lista de 70 palavras isoladas do contexto que devem ser reconhecidas pelo examinando.

Procedimentos

A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Multidisciplinar em Saúde da UFBA, parecer número 207.981, respeitando os critérios da resolução 196/96 do Ministério da Saúde. Após aprovação do projeto no Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto Multidisciplinar em Saúde da UFBA, foram realizadas reuniões com as escolas participantes para esclarecer os propósitos da pesquisa. As reuniões nas escolas tinham como objetivo apresentar o projeto para os pais e os que manifestassem interesse, recebiam o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A coleta de dados foi realizada de forma individual em uma sala reservada para a pesquisa na própria escola da criança, durando aproximadamente 60 minutos. Para a realização das análises foi utilizado o Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 22. Foi utilizado o nível de significância de ($p < 0,05$). Para melhor compreensão do perfil de desempenho da amostra foi realizada a comparação entre sexo no desempenho escolar e no teste de inteligência, utilizado o teste não-paramétrico Mann-Whitney. Para o cálculo das correlações, utilizou-se o coeficiente de correlação de Spearman para verificar possíveis relação entre os escores de inteligência fluída e o desempenho escolar.

RESULTADOS

Na Tabela 1 encontra-se o resultado da correlação entre inteligência e desempenho escolar. Observa-se que o coeficiente de correlação obtido foi moderado e

significativo para a correlação entre escores do Raven e escore total do TDE ($\rho = ,57$; $p < ,00$) e também com os subtestes de leitura ($\rho = ,59$; $p < ,00$), com o subteste de escrita ($\rho = ,62$; $p < ,00$) e com o subteste de aritmética ($\rho = ,63$; $p < ,00$).

Tabela 1

Correlação entre inteligência e desempenho escolar.

	TDE – Total		Leitura		Escrita		Aritmética	
	rho	p	rho	p	rho	p	rho	p
Raven	,57	,001	,59	,000	,62	,000	,63	,000

Nota: TDE – Teste de Desempenho Escolar; Raven – Teste das Matrizes Progressivas Coloridas de Raven; Leitura Escrita e Aritmética subtestes do TDE; rho – correlação de Spearman; p – significância estatística $p < 0,05$.

Para testar a correlação entre inteligência e desempenho escolar comparando sexo masculino e feminino utilizou-se a correlação de Spearman. Como observado na Tabela 2, encontrou-se uma correlação estatisticamente moderada e significativa para o sexo masculino ($\rho = ,54$; $p < ,01$) enquanto que para o sexo feminino a correlação foi forte e significativa ($\rho = ,71$; $p < ,01$).

Tabela 3

Análise descritiva do desempenho no Raven, TDE e seus subtestes por sexo, com teste de significância da comparação de mediana (Mann-Whitney).

	Sexo								p
	Feminino				Masculino				
	Média	DP	Mediana	IC	Média	DP	Mediana	IC	
Raven	21,37	6,25	21,00	20,2-22,48	22,32	6,21	23,00	21,39-23,24	0,16
TDE Total	75,37	38,75	85,00	68,54-82,20	71,92	5,87	82,00	66,44-77,40	0,39
Leitura	48,89	23,96	60,00	44,66-53,11	47,86	23,09	58,00	44,86-51,29	0,15
Escrita	16,50	11,11	17,00	14,54-18,45	14,81	10,89	15,00	13,20-16,43	0,25
Aritmética	10,03	6,64	10,00	8,86-11,20	9,19	5,87	8,00	8,32-10,06	0,31

Nota: TDE – Teste de Desempenho Escolar; DP – Desvio Padrão; IC – Intervalo de Confiança em 95%, considerando o limite inferior e o limite superior.

Os resultados da Tabela 4 demonstram os valores da correlação entre inteligência e rendimento escolar por grupos de idade (6-7, 8-9, 10-11). Os coeficientes de correlação encontrados foram moderados e significativos para os três grupos etários investigados.

Para avaliar a concordância entre os dois tipos de escolas e os resultados da correlação entre o Raven e do TDE foi utilizado à medida de associação entre duas variáveis (Kendall's). Como observado na Tabela 5, verificou-se que há concordância significativa entre

Tabela 2

Correlação entre inteligência e desempenho escolar por sexo.

	TDE			
	Feminino		Masculino	
Escore Total do Raven	rho	p	rho	p
	,71	,001	,54	,001

Nota: TDE – Teste de Desempenho Escolar; Raven – Teste das Matrizes Progressivas Coloridas de Raven; rho – correlação de Spearman; p – significância estatística $p < 0,05$.

Verificou-se a existência de diferença entre os desempenhos quando comparados por sexo no subteste de leitura e escrita do TDE através da análise descritiva dos resultados obtidos. Como descrito na Tabela 3, embora a média do grupo masculino seja maior para o teste de inteligência ($M = 22,32$), o grupo feminino obteve médias melhores tanto no cálculo do TDE Total ($M = 75,37$) quando nos subtestes do mesmo, como escrita ($M = 16,50$), aritmética ($M = 10,03$) e leitura ($48,89$). Para tais comparações foram realizados teste de hipótese para verificar o nível de significância das diferenças entre os sexos e todas mostraram nível de significância maior que 0,05.

a correlação do Raven e do TDE em ambos os tipos de escolas.

A análise regressão linear múltipla, utilizando o método stepwise, com n amostral total ($n = 196$), utilizando o resultados obtidos no teste de inteligência como variável preditora e o desempenho escolar (TDE total) como variável critério, encontrou-se os seguinte resultado: a inteligência fluída demonstrou poder de predição para o desempenho escolar [$R = 0,63$, adj $R^2 = 0,40$; $B = 3,83$ ($p < 0,00$)].

Tabela 4*Correlação entre inteligência e desempenho escola por agrupamento de 6-7, 8-9; 10-11 anos.*

	TDE					
	6 – 7		8 – 9		10 – 11	
Escore Total do Raven	rho	p	rho	p	rho	P
	,58	,01	,58	,01	,58	,01

Nota: TDE – Teste de Desempenho Escolar; Raven – Teste das Matrizes Progressivas Coloridas de Raven; rho – correlação de Spearman; p – significância estatística $p < 0,05$.

Tabela 5*Concordância entre inteligência e desempenho escola por tipo de escola.*

	TDE			
	Pública		Privada	
Escore Total do Raven	τ	p	τ	p
	,40	,01	,42	,01

Nota: TDE – Teste de Desempenho Escolar; Raven – Teste das Matrizes Progressivas Coloridas de Raven; τ – coeficiente de correlação de Kendall; p – significância estatística $p < 0,05$.

DISCUSSÃO

O estudo do perfil cognitivo de crianças na fase escolar contribui para identificar alterações importantes do desenvolvimento e possíveis dificuldades de aprendizagem. Evidenciar a relação da inteligência com o desempenho escolar favorece os procedimentos de avaliação e nossa compreensão sobre as variáveis que influenciam o desenvolvimento escolar. De acordo com Siqueira & Gurgel-Giannetti (2011) em torno de 15% a 20% das crianças no início da escolarização apresentam dificuldade em aprender. O alto percentual de crianças com problemas na escolarização é o que torna relevante os estudos para compreender as variáveis que estão relacionadas com o melhor desempenho. Os resultados encontrados no presente estudo confirmam a relação entre inteligência e desempenho acadêmico, sugerindo que a inteligência fluída deve ser considerada quando o desfecho sobre o sucesso no desenvolvimento escolar estiver em questão. Os resultados da análise de regressão confirmaram a hipótese de predição, demonstrando que a inteligência explica uma variância de 40% do desempenho escolar. Esse resultado mostra a importância de considerar os aspectos cognitivos ao tratarmos do desempenho escolar. A avaliação da inteligência tem sido pouco utilizada nos contextos educacionais, porém os resultados podem ser úteis para entender possíveis casos de dificuldade de aprendizagem.

De acordo com outros estudos, os escores em testes de inteligência parecem explicar uma parte

importante do desempenho em habilidades escolares (Au et al., 2015; Calvin et al., 2010; Deary et al., 2007; Valentini & Laros, 2014), mesmo quando removidos os efeitos de outras variáveis cognitivas, tais como velocidade do processamento e memória de trabalho (Rohde & Thompson, 2007).

Os resultados obtidos através da correlação demonstram que a inteligência tem relação com o desempenho acadêmico. Assim, foi possível comprovar a hipótese da pesquisa, na medida em que se encontrou correlações moderadas e significativas. Considerando as possíveis interferências das variáveis idade, sexo e tipo de escola sobre a relação entre inteligência e o desempenho escolar, verificou-se, mesmo controlando as possíveis diferenças entre tais variáveis, a correlação entre inteligência e desempenho escolar permaneceram variando entre moderadas e fortes. Por outro lado, estudos que buscam encontrar a correlação de outras funções com desempenho escolar têm mostrado coeficientes menores, como por exemplo Fonseca, Lima, Ims, Coelho e Ciasca (2015) que investigaram as correlações entre tarefas de funções executivas e desempenho escolar, encontrando coeficientes menores que 0,40. Esses resultados são importantes para verificarmos que a inteligência se confirma como um forte preditor do desempenho escolar.

A comparação entre o sexo mostrou diferenças sendo encontrada uma correlação positiva forte para o sexo feminino e moderada para o masculino. Foi verificado uma relação convergente entre a medida de inteligência e o desempenho acadêmico para ambos os sexos.

Em relação ao sexo, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre o desempenho dos meninos e das meninas nos subtestes de leitura e escrita do TDE. Assim, os dados não mostraram diferenças de sexo para o desempenho acadêmico, nem mesmo na comparação das correlações entre a inteligência e o desempenho acadêmico de crianças entre 6 e 11 anos.

Um resultado semelhante foi verificado por Marturano, Toller & Elias (2005) que avaliou o desempenho escolar em crianças com baixo nível socioeconômico e queixa de desempenho escolar, não encontrando diferenças de sexo. Contrário ao que foi verificado na pesquisa de Flores-Mendoza, Mansur-Alves, Lelé e Bandeira (2007), no qual as meninas obtiveram melhores resultados do que os meninos no TDE e nos subtestes de escrita e leitura. Já os meninos, saíram-se melhor apenas no subteste de aritmética. Outros estudos que afirmam ter encontrado correlações moderadas, positivas entre os resultados nos testes de inteligência e as classificações escolares. A pesquisa feita por Mackintosh (2011) reconhece que existe uma correlação de 0,4 e 0,7 entre os escores de QI e graus de desempenho escolar, assim como o estudo de Rinderman e Neubauer (2004) que utilizou dois testes de inteligência e notas de quatro exames escolares (linguagem, ciências, matemática, física e ciências humanas), encontrando uma correlação de 0,53.

Para Gomes e Golino (2012) existem evidências que confirmam a interdependência da inteligência com o desempenho acadêmico. Os autores apontam a importância de considerar o efeito dos processos educacionais sobre a inteligência, sendo a escolarização um dos mecanismos para o desenvolvimento intelectual. Desta forma, a relação evidenciada nesse estudo, indica a importância das práticas pedagógicas que reconheçam as bases do processo de ensino aprendizagem fundamentadas em funções cognitivas.

A compreensão dos diversos fatores que influenciam o desempenho acadêmico deve continuar sendo pesquisada, pois outros fatores podem interagir com a variável inteligência, aumentando assim, o seu poder de explicação sobre o desempenho acadêmico. Os resultados sobre memória de trabalho e inteligência podem ser também um caminho para compreender melhor como tais variáveis contribuem para explicar o desempenho escolar (Colom, Flores-Mendoza & Rebollo, 2003).

A inteligência é uma medida que está relacionada com o desempenho de habilidades escolares, evidenciando sua importância para o processo de aprendizagem escolar. Conclui-se que a inteligência pode ser utilizada como um preditor do desempenho escolar em crianças

com idade entre 6 e 11 anos. Apesar dos resultados serem uma importante contribuição para os modelos teóricos da avaliação cognitiva, para a psicometria e para a prática profissional associada ao desempenho escolar é importante considerarmos as limitações do estudo que estão relacionados ao viés de amostra, sendo a mesma definida pela conveniência, não atendendo aos rigores de aleatorização. Outra limitação que precisa ser considerada é em relação do TDE, que como instrumento de avaliação do desempenho escolar, possui algumas fragilidades como o viés cultural nas palavras que fazem parte dos subtestes de leitura e escrita, o efeito teto detectado pelo estudo de Lúcio e Pinheiro (2014) e a necessidade de normas por região, sendo os resultados de normatização encontrados em Minas Gerais diferentes dos que compõe o manual do instrumento (Oliveira-Ferreira, et al. 2012; Lúcio, Pinheiro & Nascimento, 2009).

As contribuições práticas apontam para o uso da avaliação da inteligência como uma medida que auxilia na identificação de possíveis situações de baixo rendimento acadêmico, sendo possível minimizar tais efeitos a partir de programas de estimulação. Outras variáveis devem ser investigadas para compor um modelo mais esclarecedor sobre desempenho acadêmico, como variáveis individuais, autoconceito, auto eficácia, habilidades sociais e ambientais como família e escola, sendo necessários estudos para avançarmos na explicação das variáveis mediadoras e moderadoras.

REFERÊNCIAS

- Alloway, T.P. & Alloway, R. G. (2010). Investigating the predictive roles of working memory and IQ in academic attainment. *Journal of Experimental Child Psychology*, 106(1), 20-29.
- Alloway, T. P., & Gregory, D. (2013). The predictive ability of IQ and Working Memory scores in literacy in an adult population. *International Journal of Educational Research*, 57, 51-56.
- Almeida, L. S., Lemos, G., Guisande, M. A. & Primi, R. (2008) Inteligência, escolarização e idade: normas por idade ou série escolar? *Avaliação Psicológica*, 7(2), 117-125.
- Alves, F. (2013). Políticas educacionais e desempenho escolar nas capitais brasileiras. *Cadernos de Pesquisa*, 38(134), 413-440.
- Alves, M. T. G., Nogueira, M. A., Nogueira, C. M. M., & Resende, T. F. (2013). Fatores familiares e desempenho escolar: uma abordagem multidimensional. *Revista Dados*, 56(3).

- Angelini, A. L., Alves, I. C. B.; Custódio, E. M.; Duarte, W. F. & Duarte, J. L. M. (1999). *Matrizes Progressivas Coloridas de Raven: Escala Especial. Manual*. São Paulo: CETEPP.
- Au, J., Sheehan, E., Tsai, N., Duncan, G. J., Buschkuhl, M., & Jaeggi, S. M. (2015). Improving fluid intelligence with training on working memory: a meta-analysis. *Psychonomic bulletin & review*, 22(2), 366-377.
- Bandeira, M., Rocha, S. S., Souza, T. M. P., Del Prette, Z. A. P., & Del Prette, A. (2006). Comportamentos problemáticos em estudantes do ensino fundamental: Características da ocorrência e relação com habilidades sociais e dificuldade de aprendizagem. *Estudos de Psicologia*, 11(2), 199-208.
- Calvin, C. M., Fernandes, C., Smith, P., Visscher, P. M., & Deary, I. J. (2010). Sex, intelligence and educational achievement in a national cohort of over 175,000 11-year-old school children in England. *Intelligence*, 38(4), 424-432.
- Colom, R., Flores-Mendoza, C., & Rebollo, I. (2003). Working memory and intelligence. *Personality and Individual Differences*, 34, 33-39.
- Deary, I. J., Strand, S., Smith, P. & Fernandes, C. (2007) Intelligence and educational achievement. *Intelligence*, 35, 13-21.
- Flores-Mendoza, C. E., Mansur-Alves, M., Lelé, A. J. & Bandeira, D. R. (2007) Inexistência de Diferenças de Sexo no Fator g (Inteligência Geral) e nas Habilidades Específicas em Crianças de Duas Capitais Brasileiras. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 20(3), 499-506.
- Floyd, R. G., Evans, J. J., & McGrew, K. S. (2003) Relations between measures of Cattell-Horn-Carroll (CHC) cognitive abilities and mathematics achievement across the school-age years. *Psychology in the Schools*, 40(2), 155-171.
- Fonseca, G. U. S., Lima, R. F., Ims, R. E., Coelho, D. G., & Ciasca, S. M. (2015). Evidências de validade para instrumentos de atenção e funções executivas e relação com desempenho escolar. *Temas em Psicologia*, 23(4), 843-858.
- Giacomoni, C. H., Athayde, M. L., Zanon, C. & Stein, L. M. (2015). Teste do Desempenho Escolar: evidências de validade do subteste de escrita. *Psico-USF*, 20(1), 133-140.
- Gomes, C. M. A. (2010). Avaliando a avaliação escolar: notas escolares e inteligência fluida. *Psicologia em Estudo*, 15(4), 841-849.
- Gomes, C. M. A. & Golino, H. F. (2012) O que a inteligência prediz: diferenças individuais ou diferenças no desenvolvimento acadêmico? *Psicologia: teoria e prática*, 14(1), 126-139.
- Lemos, G., Almeida, L. S., Guisande, M. A. & Primi, R. (2008). Inteligência e rendimento escolar: análise da sua relação ao longo da escolaridade. *Revista Portuguesa de Educação*, 21(1), 83-99.
- Liu, J. & Lynn, R. (2015). Chinese sex differences in intelligence: some new evidences. *Perspectives on Individual Differences*, 75, 90-93.
- Lu L., Weber H. S, Spinath F. M., & Shi, J. (2011). Predicting school achievement from cognitive and non-cognitive variables in a Chinese sample of elementary school children. *Intelligence*, 39(2-3), 130-140.
- Lúcio, P. S., Pinheiro, A. M. V., & Nascimento, E. D. (2009). O impacto da mudança no critério de acerto na distribuição dos escores do subteste de leitura do teste de desempenho escolar. *Psicologia em Estudo*, 14(3), 593-601.
- Lúcio, P. S. & Pinheiro, A. M. V. (2014) Novos estudos psicométricos para o subteste de leitura do teste de desempenho escolar. *Temas em Psicologia*, 22(1), 109-119.
- Mackintosh, N. J. (2011) *IQ and Human Intelligence*. (2a ed.). Oxford: Oxford University Press.
- Maia, A. C. B., & Fonseca, M. L. (2002). Quociente de inteligência e aquisição de leitura: Um estudo correlacional. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 15(2), 261-270.
- Marturano, E. M., Toller, G. P. & Elias, L. C. S. (2005). Gênero, adversidade e problemas socioemocionais associados à queixa escolar. *Estudos de Psicologia*, 22(4), 371-380.
- Moreira, R. S., Magalhães, L. C., & Alves, C. R. (2014). Efeito do nascimento prematuro no desenvolvimento motor, comportamento e desempenho de crianças em idade escolar: revisão sistemática. *Jornal de Pediatria*, 90(2), 119-134.
- Nisbett, R. E., Aronson, J., Blair, C., Dickens, W., Flynn, J., Halpern, D. F., & Turkheimer, E. (2012). Intelligence: New findings and theoretical developments. *American Psychologist*, 67, 130-159.
- Oliveira-Ferreira, F., Costa, D. S., Micheli, L. R., Sílvia Oliveira, L. D. F., Pinheiro-Chagas, P., & Haase, V. G. (2012). School Achievement Test: Normative data for a representative sample of elementary school children. *Psychology & Neuroscience*, 5(2), 157.
- Piccolo, L. D. R., & Salles, J. F. (2013). Vocabulário e memória de trabalho predizem desempenho em leitura de crianças. *Psicologia: Teoria e Prática*, 15(2), 180-191.

- Piffer, D., & Lynn, R. (2014). New evidence for differences in fluid intelligence between north and south Italy and against school resources as an explanation for the north south IQ differential. *Intelligence*, 46, 246-249.
- Primi, R., Ferrão, M. E. & Almeida, L. S. (2010). Fluid intelligence as a predictor of learning: A longitudinal multilevel approach applied to math. *Learning and Individual Differences*, 20(5), 446-451.
- Primi, R., Santos, A. A., & Vendramini, C. M. M (2002). Habilidades básicas e desempenho acadêmico em universitários ingressantes. *Estudos de Psicologia*, 7, 47-55.
- Rindermann, H. & Neubauer, A. C. (2004) Processing speed intelligence, creativity, and school performance: Testing of causal hypotheses using structural equation models. *Intelligence*, 32(6), 573-589.
- Rohde, T. E. & Thompson, L. A. (2007) Predicting academic achievement with cognitive ability. *Intelligence*, 35(1), 83-92.
- Roth, B., Becker, N., Romeyke, S., Schäfer, S., Domnick, F. & Spinath, F. M. (2015). Intelligence and school grades: a meta-analysis. *Intelligence*, 55, 118-137.
- Sbicigo, J. B., Piccolo, L. R., Fonseca, R. P. & Salles, J. F. (2014). Working memory and fluid intelligence: the role executive processes, age and school type in children. *Universitas Psychologica*, 3(2), 15-25.
- Shayer, B., Carvalho, C., Mota, M., Argollo, N., Abreu, N. & Bueno, O. F. A. (2015). Desempenho de escolares em atenção e funções executivas no Nepsy e inteligência. *Psicologia Teoria e Prática*, 17, 120-135.
- Silvares, E. F. D. M. (2006). *Atendimento psicológico em clínicas-escola*. Campinas: Alínea.
- Siquara, G. M. (2014) *A influência da memória operacional no desempenho acadêmico em crianças de 7 a 12 anos de idade*. Dissertação (Dissertação de Mestrado, Universidade Federal da Bahia, Instituto de Psicologia).
- Siqueira, C. M. & Gurgel-Giannetti, J. (2011). Mau desempenho escolar: uma visão atual. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 57(1), 78-87.
- Stein, L. M. (1994). *Teste de Desempenho Escolar: manual para aplicação e interpretação*. São Paulo, SP: Casa do Psicólogo.
- Stock, P., Desoete, A., & Roeyers, H. (2009). Predicting Arithmetic Abilities: The Role of Preparatory Arithmetic Markers and Intelligence. *Journal of Psychoeducational Assessment*, 27(3), 237-251.
- Valentini, F., & Laros, J. A. (2014). Inteligência e desempenho acadêmico: revisão de literatura. *Temas em Psicologia*, 22(2), 1-15.

Endereço para correspondência:

Patrícia Martins de Freitas
 Instituto Multidisciplinar em Saúde
 Universidade Federal da Bahia
 Rua Hormindo Barros 58, Bairro Candeias
 CEP: 45.029-094 – Vitória da Conquista/BA
 E-mail: pmfrei@gmail.com

Recebido em 02/02/2017

Aceito em 18/04/2017

Evaluation of the Implementation of Brief Interventions to Substance Abuse in a Socioeducative Context

Avaliação da Implementação de Intervenções Breves no Uso de Substâncias em Contexto Socioeducativo

Maria Angélica Alves da Silva^I

Denise De Micheli^{III}

Universidade Federal de São Paulo.

André Luiz Monezi Andrade^{II}

Pontifícia Universidade Católica de Campinas.

Resumo

Objetivo: Avaliar o conhecimento e dificuldades dos profissionais de centros socioeducativos na realização triagem e intervenção breve (TIB) em adolescentes em conflito com a Lei. **Método:** 102 profissionais que participaram ou não de capacitações responderam a um questionário específico referente a TIB. **Resultados:** A falta de tempo na aplicação da TIB e o perfil do adolescente da Fundação Casa foram as principais crenças/dificuldades detectadas. Aqueles que realizaram um curso prévio de capacitação na área de álcool/drogas apresentaram menores chances de adesão e as dificuldades encontradas na aplicação da TIB reduziram a motivação dos profissionais para sua aplicação. **Conclusão:** Estes dados indicam necessidade na atualização da formação profissional a partir de um ambiente para o diálogo e supervisão dos procedimentos.

Palavras-chave: Transtornos relacionados ao uso de substâncias; comportamento do adolescente; intervenção breve; atos infracionais.

Abstract

Objective: To evaluate the knowledge and the difficulties of professionals who work in socio-educational contexts on the performing of screening and brief intervention (SBI) with youth in conflict with the law. **Method:** One hundred two professionals filled a specific questionnaire regarding SBI. **Results:** lack of time for application of SBI as well as the belief that this procedure is not efficient for these youths were the main difficulties observed. Those who concluded a prior course about substance abuse had fewer chances of adherence. Besides, the difficulties observed for applying SBI reduced their motivation to perform it. **Conclusion:** These data indicate the necessity to change some components of these training programs by introducing an environment for dialogue as well as supervision of all procedures adopted.

Keywords: Substance-Related Disorders; adolescent behavior; brief intervention; infractions

In Brazil, the population of children and youth is one of the most impaired by various socioeconomic problems that hamper the full growth and development. A significant portion of adolescents is deprived of opportunities as social inclusion in their community context. Infractions committed by adolescents are a complex phenomenon due to multiple causes involved such as the lack of adequate housing, restriction to the consumption of goods and services, low level of education, weakened interpersonal relationships and the exposition to violence in their communities (Assis & Constantino, 2005; Nunes, Andrade, & Morais, 2013). According to the Brazilian Institute of Geography and Statistics, 40% of Brazilians who live in poverty are people up to 14 years of age (IBGE, 2013).

The involvement with infractions is only one of several aggravations that make up the framework of the

vulnerability of these young people (Nardi, Jahan, & Dell'Aglio, 2014). Such infractions are related to a wide range of events in the life of these adolescents, which reflect the fragile condition during childhood and adolescence interfering their decision making (Marusch, Estevão, & Bazon, 2013).

Based on the National Survey of Socio-Educational Assistance to Adolescents in Conflict with the Law (Brasil, 2011), in 2010, 17,703 adolescents were on restriction and deprivation of liberty; 12,041 being imprisoned; 3,934 remanded in custody and 1,728 in semi-custody. This same report showed an increase of 4.5% of adolescents on restriction and deprivation of liberty in relation to the data of the previous year (2009). The common profile of these adolescents was: being an abusive drug user; having ages ranging from 13 to 17 years; having dropped out of school and/

^I Universidade Federal de São Paulo.

^{II} Centro de Ciências da Vida - Pontifícia Universidade Católica de Campinas.

^{III} Universidade Federal de São Paulo.

or a low level of education; not working and living in regions of low socioeconomic power.

Between the 2010 and 2011, the data from National Council of Justice indicated that the average age of those teenagers who admitted having committed infractions was 16 years and 26% of the infractions were related to the use or trafficking of psychoactive substances (Brasil, 2012).

Regarding the use of the substance, most of the adolescents were using substances at the time of the infraction, mainly tobacco, alcohol, marijuana and crack (Brasil, 2011). These data are consistent with other studies, in which the use of the substance is more common among those who were serving correctional sentences (Ferigolo, Arbo, Malysz, Stein, & Barros; 2004; ILANUD, 2007). In the Southeast of Brazil, although drug trafficking corresponds to 32% of infractions (the second most practiced infraction), almost 78% of the adolescents reported using some illicit substance (Brasil, 2012). According to some authors, the sooner they begin using alcohol and marijuana, the sooner they commit infractions (Drazdowski, Jaggi, Borre, & Kliewer, 2015).

For the effectiveness of socio-educational measures, it is necessary that the professionals involved with these adolescents be well prepared for this activity. If they have success, these measures can display some corrective/protective effects and support the adolescents to get involved in the society again. In Brazil, there is a law (12,594/2012) to assist those adolescents in conflict with the law, which was established by Brazilian National System of Socio-Educational Service (SINASE). Thus, SINASE proposed that competent institutions seek qualified professionals to work with teenagers who are serving correctional sentences and/or offer them some sort of training or continuing education.

The implementation of prevention programs is critical for more effective results, because an early detection and interventions on substance abusers may be more effective in reducing the substance consumption (Schmidt, Schulte, Seo, Kuhn, Donnell, Kriston, et al., 2015). Among different kind of interventions, Screening and Brief Intervention (SBI) is one of the most effective strategies which is based on the principles of the motivational interview (Keurhorst, Van de Glind, Amaral-Sabadini, Anderson, Kaner, Newbury-Birch, et al., 2015). In addition, professionals of different backgrounds can perform SBI and that has a duration of application between 20 and 40 minutes. Due to this fact, SBI is a widely disseminated technique supported by the World Health Organization focusing on those professionals who work in primary care centers (Schmidt et al., 2015, Darnell, Dunn, Atkins, Ingraham & Zatzick, 2015; Clifford & Shakeshaft, 2011). Some

authors observed that SBI was effective to reduce the consumption of different kind of psychoactive substances, such stimulants (Goncalves, Ometto, Bechara, Malbergier, Amaral, Nicastri, et al., 2014), depressants (Klimas, Marie-Henihan, McCombe, Swan, Anderson, Bury et al., 2015) and hallucinogens (Fuster, Cheng, Wang, Bernstein, Palfai, Alford, et al., 2015).

Despite the effectiveness of SBI, its implementation in health primary care units and social centers still is difficult in Brazil. Some authors evaluated the implementation of SBI in a specialized service for firefighters and observed a good effect of SBI (Ronzani, Ribeiro, Amaral & Souza-Formigoni, 2005). In this study, the authors highlighted some difficulties in SBI's implementation, like the absence of administrative organization and the limitations of management and motivation of the professionals involved. The characteristics of the professionals, such as their beliefs on the use of drugs, confidence and prior knowledge on the substance abuse subject seem to improve the effectiveness of SBI in adolescents (Ronzani, Castro, & Souza-Formigoni, 2008).

The main objective of this study was to evaluate the acceptability and feasibility of a training program to psychologists and social workers who works in different socio-educational institutions. As a secondary aims, we intend to: identify the perception of these professionals on the conducting of the SBI on their routine practice; compare the knowledge and the difficulties described by previously trained professionals in relation to those who had not undergone training; analyze possible predictors of adherence and motivation to perform the SBI their routine practice.

METHOD

Sample

We carried out a cross-sectional study and the sample was composed of 102 professionals working in four Provisional Correctional Detention Centers of Fundação Casa (FCASA) who filled out the instruments correctly after previous SBI training (valid questionnaires). The criteria for inclusion were: being permanent employees at one of the four Institutions, working as social workers or psychologists. We excluded 86 professionals who did not fill out the questionnaires.

Local

The management of the Centers of Socio-Educational Assistance is distributed among 11 Regional

Divisions throughout the State of São Paulo. Four divisions participated in this study, two belonging to the metropolitan region of São Paulo (Eastern Metropolitan Regional Division 1 – Tatuapé, DRM III – Eastern Metropolitan Regional Division II – Brás (main entrance to Fundação CASA) and two in the countryside of the State (DRL– Coastal Regional Division and DRMC – Metropolitan Regional Division of Campinas).

Instruments

For assessment of the basic concepts of psychoactive substances and evaluation of the perception of the professionals on the applicability of SBI we designed an anonymous self-completed questionnaire, with 36 questions. Eight questions were related to conceptual aspects of drug abuse and SBI, 12 on their professional profile and 16 were related to the personal opinions of the professionals on the implementation of SBI from dichotomous variables.

The professionals were also trained to apply the ASSIST instrument (Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test) during the screening of the adolescents. ASSIST was developed by researchers from the World Health Organization and has eight questions to assess the severity of use alcohol and/or other drugs. In Brazil, the ASSIST instrument was validated and showed robust psychometric properties (Henrique, De Micheli, Lacerda, & Formigoni, 2004). Some characteristics of this instrument, make it suitable for the use in different contexts: its standardized structure, ease and speed in application (not exceeding seven to nine minutes), concurrent addressing of several classes of substances, ease in the interpretation of its scores, use by health professionals of diverse backgrounds; it promotes the planning of the intervention to be performed. (De Micheli, Fisberg, & Souza-Formigoni, 2004).

Ethics

This study was approved by the Ethics and Research Committee of the Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP (CAAE 32787714.3.0000.5505) and by Escola de Formação e Capacitação Profissional of FCASA. The FCASA is responsible for authorization of studies with admitted adolescents and/or servers.

Procedures

After obtaining the approval of both Ethics Committees, we booked a meeting with the managers

of the Provisional Correctional Detention Centers (CDCs) to present as the objectives of this study as to discuss the procedure to collect the data. These four CDCs were selected for being places where the initial screening of the adolescents occurs. Thus, considering the objectives of this study, these CDCs are strategic for concentrating the professionals who are responsible for carrying out the screening performed with the adolescents, at the time of their arrival at FCASA.

All participants assigned the Terms of Informed Consent before the training program. Thereafter, we performed a training with the 188 professionals interested in participating in the study. This training program is part of a continuous improvement program proposed by SINASE in order to qualify psychologists and social workers who work at CDCs. The training course was conducted by experienced professionals in SBI and has approximately 8 hours and the main topics covered were; (a) general concepts on psychoactive substances; (b) different patterns of consumption; (c) importance of early detection (screening) and use of the ASSIST instrument in practical exercise; (d) conditions for performance of SBI from the FRAMES's structure (Feedback, Responsibility; Advice, Menu of Options, Empathy, Self-Efficacy) based on the model proposed by Sanchez-Craig, Neumann, Souza-Formigoni and Rieck (1991).

One week after the training program, the participants filled the questionnaire and placed them into ballot boxes located in different Institutions. We used ballot boxes to avoid any embarrassment on the part of the participants, while preserving the anonymity of the professionals. The ballot boxes were available during one week in the four institutions described above.

Data Analysis

Initially, we evaluated the normality of the distribution of the continuous variables through the Shapiro-Wilk test by using a significance level of 5%. The continuous variables were transformed into Z-score to detect possible data outliers that could affect the analysis. We used χ^2 test for the analysis of categorical variables and Analysis of Variance (ANOVA) for the continuous variables. Depending on the number of groups, it was used one or two way's ANOVA. When significance was detected through ANOVA, we used the Scheffé's test to identify specific differences.

In accordance with the recommendation from the American Psychological Association, we described in the tables both the significance level and the effect size, and

the confidence intervals (CI 95%) (Cumming, Fidler, Kalinowski, & Lai, 2012). Regarding effect sizes, we used Eta-squared Test (η^2) for analyses by ANOVA considering (0 to .4 = low effect; .41 to .79 = medium effect; .8 to 1 = high effect) (Levine & Hullett, 2002). When used χ^2 test, Cramer's V Test was performed to show the effect sizes, considering the following degrees of freedom; $df(1)$ (0 to .1 = small effect; .11 to .3 = medium effect; .31 to 1, large effect); $df(2)$ (0 to .07 = small effect; .08 to .21 = medium effect; 0.22 to 1, large effect) (Cohen, 1988).

We analyzed the understanding of participants about the SBI procedures and some conceptual aspects of drug abuse by calculating the sum of the adjustments of each question to get a simple arithmetical average of the number of correct answers. We considered as adhesion's criteria those professionals who reported to apply SBI during their routine practice and "motivation for applying SBI" those who reported they felt motivated to apply the SBI. For both criteria, the following variables were included in the regression models: gender (0 = male; 1 = female), difficulties in the application of SBI (0 = no; 1 = yes) and specific course in the field (having some specific training course in the field prior to the training offered at FCASA (0 = no; 1 = yes). These analyses were based on previous studies (Babor, Higgins-Biddle, Dauser, Higgins, & Bureson, 2005; Patterson, 2015).

The significance level adopted in all analyses was 5% and we used Statistica 14.0 (Statsoft Inc) and the software GraphPad Prism 6.0 to perform all analyses.

RESULTS

Regarding the participants' characteristics, 58% were psychologists, 92% being female, the average age was 47 years (SD = 7.1) and about 50% had postgraduate courses (*latolstricto sensu*). When analyzed the specific courses concerning the use/abuse of drugs, 37% concluded some extra course and 76% concluded the basic training offered by FCASA. In addition, 51% of the professionals had between 15 and 20 years of service at FCASA and 12% of having another employment relationship. As regards gender factor, it was not detected any difference between the professionals who were trained or not at FCASA, as shown in Table 1. A one-way ANOVA detected a significant effect of age between groups in which those participants from trained group had a higher average age ($p < .01$). In addition, significant differences were observed regarding the time of service at FCASA (in months), for the group that received training had served longer at FCASA. The same was observed concerning time (in months) in the socio-educational experience of these professionals.

Table 1
Sociodemographic and professional profile of participants.

	Trained	95% CI	Non-trained	95% CI	Test	<i>p</i>	Effect size
Age (M, SD)	46.4 (± 8.8)	[44.3- 48.6]	40.9 (± 9.0)	[37.4 – 44.5]	$F(1, 92) = 7.01$	*	.74
Time of degree in years (M, SD)	18.1 (± 7.9)	[16 – 20.1]	16.3 (± 9.5)	[13 – 19.6]	$F(1, 92) = 0.85$		.15
Total time worked at FCASA in months (M, SD)	140.7 (± 7.6)	[121.1 – 160.5]	100.6 (±109.3)	[66.9 – 134.4]	$F(1, 100) = 4.15$	*	.52
Total time worked at CDC in months (M, SD)	63.8 (± 50.7)	[53.3 -74.4]	26.7 (± 30.5)	[8.7 - 44.8]	$F(1, 100) = 12.3$	*	.93
Gender					$\chi^2 = .65$		.08
Male	5 (6.6%)	[.02 - .14]	3 (11.6%)	[.02 - .03]			
Female	71 (93.4%)	[.86 - .98]	23 (88.4%)	[.70 - .98]			
Profession					$\chi^2 = .19$		.04
Psychologist	43 (56.6%)	[.44 - .67]	16 (61.5%)	[.40 - .79]			
Social Worker	33 (43.4%)	[.32 - .55]	10 (38.5%)	[.20 - .60]			
Do you have a postgraduate education?					$\chi^2 = .62$		.08
Yes	37 (48.7%)	[.37 - .60]	15 (57.7%)	[.37 - .76]			
No	39 (51.3%)	[.40 - .62]	11 (42.3%)	[.23 - .63]			

Have you ever take an extension course on substance abuse?					$\chi^2 = 2.77$	.17
Yes	32 (42.2%)	[.31 - .54]	6 (24%)	[.08 - .43]		
No	43 (57.8%)	[.46 - .68]	19 (76%)	[.56 - .91]		
Do you have an experience on socio-educational methods?					$\chi^2 = .53$	.07
Yes	58 (81.7%)	[.7 - .89]	22 (88%)	[.69 - .97]		
No	13 (18.3%)	[.1 - .29]	3 (22%)	[.09 - .45]		
Do you have a second job?					$\chi^2 = 4.66$	* .21
Yes	6 (7.9%)	[.03 - .16]	6 (24%)	[.09 - .45]		
No	70 (92.1%)	[.83 - .97]	19 (76%)	[.56 - .91]		

Note: Trained ($n = 76$) and Non-trained ($n = 26$) participants. Effect size was expressed based on Cramer's V Test for analyses with χ^2 and Eta Square Test ($\eta\rho^2$) for ANOVA. * $p < .05$, ** $p < .01$

About the main beliefs/difficulties highlighted by the professionals, the lack of time was a significant factor between the groups, since those non-trained professionals argued that this is one of the main obstacles to implementing the SBI (93%) in their practice routine. In addition, almost 30% of this group pointed out that the profile of the adolescents did not

correspond to the proposal of SBI. In the category "others", they mentioned some difficulties such as the possibility of the adolescents lying when giving answers, inappropriate instrument or location for the performance of SBI and impossibility of continuation of the intervention when the adolescents left the CDCs.

Table 2

The main difficulties observed for the performing of SBI among participants.

	Trained		95% CI	Non-trained		95% CI	Test	p	Effect size
	n	%		n	%				
The SBI have to be performed only by experts.							$\chi^2 = 2.55$	.11	.25
Agree	24	31.6	[.21 - .43]	4	15.4	[.04 - .34]			
Disagree	52	68.4	[.56 - .78]	22	84.6	[.65 - .95]			
The SBI is not effectiveness to those adolescents who are serving correctional sentences.							$\chi^2 = 3.39$	*	.33
Agree	11	14.5	[.07 - .24]	8	30.8	[.14 - .51]			
Disagree	65	84.6	[.74 - .91]	18	69.2	[.48 - .85]			
I have no specific knowledge about ASSIST							$\chi^2 = .51$	*	.05
Agree	18	23.7	[.14 - .35]	8	30.8	[.14 - .51]			
Disagree	58	76.3	[.65 - .85]	18	69.2	[.48 - .85]			
I have no specific knowledge about SBI							$\chi^2 = .06$	.80	.00
Agree	5	6.6	[.02 - .14]	13	50	[.30 - .70]			
Disagree	71	93.4	[.85 - .98]	13	50	[.30 - .70]			
I have no specific knowledge about substance abuse							$\chi^2 = .24$	.62	.02

Agree	4	5.3	[.01 - .13]	15	57.7	[.39 - .76]	$\chi^2 =$ 12.86	***	1.27
Disagree	72	94.7	[.87 - .99]	9	42.3	[.23 - .63]			
I have no time to perform the SBI in practice routine.									
Agree	17	22.3	[.13 - .33]	24	93	[.74 - .99]			
Disagree	59	77.7	[.66 - .86]	2	7	[.01 - .25]			

Note: Trained (n = 76) and Non-trained (n = 26) participants. Effect size was expressed based on Cramer's V Test for analyses with χ^2 and Eta Square Test (η^2) for ANOVA. *p < .05, *** p < .001

Table 3 indicates the main predictors of the professionals for adherence to training and motivation in the application of SBI on their workplaces. The adjusted logistic regression showed that those with a prior course in the field of alcohol and drugs adhered less than professionals

who had not completed any courses. Regarding the predictors for motivation, the more difficulties observed by the staff in the implementation of SBI, the smaller the chances of motivation for the implementation of SBI. The other variables were not predictors for the model.

Table 3

Adjusted ordered regression (aOR) predicting adherence (N = 100) and motivation (N = 100) to perform SBI.

	Adherence	95% CI	p	Motivation	95% CI	p
Gender						
Male	1			1		
Female	.69	[.10 - 4.58]	.72	.45	[.08 - 2.46]	.37
Do you have difficulties to implement SBI in your practice routine?						
No	1			1		
Yes	.48	[.16 - 1.41]	.18	.35	[.13 - .90]	*
Have you ever take an extension course on substance abuse?						
No	1			1		
Yes	.29	[.09 - .94]	*	1.28	[.53 - 3.10]	.57

(N=100) to perform SBI. *p < .05

DISCUSSION

Our main findings showed that certain difficulties/beliefs of the professionals were more prominent, as many of them mentioned that do not have time for the application of SBI and that the profile of the adolescents of FCASA does not apply for the conducting of SBI. In addition, those who completed a prior course in the field of alcohol/drugs had lower chances of adherence to apply the SBI, and the difficulties observed in its application reduced the motivation of the professionals for doing it.

Although evidence about the effectiveness of SBI, there is still some resistance from health professionals for its implementation in their routine practices (Babor & Kadden, 2005; Keurhorst et al., 2015; Ronzani, Mota & Souza., 2009). In this way, some difficulties observed in this study were similar to other findings in which the lack of time as one of the greatest limitations

among health professionals for the application of SBI (Babor et al., 2005). However, the authors argue that the lack of time is not justified, for a percentage of only 5% to 20% of the population screened in primary health meet the criteria for receiving a SBI. This argument is debatable on the socio-educational context, because the percentages of substance use among adolescents in conflict with the law are significantly higher than those estimated by the authors based on primary health care contexts (Davoglio & Gauer, 2011; Martins & Pillon, 2008; Pinho, Dunningham, Aguiar, Filho, Guimarães, Almeida, et al., 2006). Thus, the high demand in the socio-educational context may interfere with on perception of the professionals about the time available, as a difficulty for implementation of SBI. Likewise, some authors also identified sub-dimensioning of human resources to the demand as a major difficulty for the implementation of routines of monitoring

and application of SBI (Rahm, Boggs, Martin, Price, Beck, Backer, Dearing et al., 2015)

Regarding the difficulties observed by the professionals, some of them believe that SBI would not be effective on those adolescents within the CDCs context. These data were observed mainly on those professionals from the non-trained group. Some authors observed that professionals who believe that any use of substance represents dependence are more resistant to associate with users and believe that interventions are not very effective (Bakhshi & While, 2014). Clifford and Shakeshaft (2011) evaluated the implementation process of SBI in a primary health care service in New Zealand and found that the negative attitudes of professionals were acquired from their beliefs about the impossibility of changing the behavior of users. Moreover, these attitudes also influenced their behavior of resistance and hostility in dealing with the substance users. The authors stated that continuous training programs could contribute to improving the perception and attitude of the professional concerning this specific population. Regarding the knowledge on the SBI procedure and use of ASSIST instrument, professionals from both groups reported having a robust prior knowledge, both on the instrument and on the intervention. However, a portion of the trained professionals believed that these procedures should be performed only by specialists, similar findings having been observed by other authors (Amaral-Sabadini, Saitz, & Souza-Formigoni, 2010; Babor et al., 2005).

When analyzed the predictors of adherence to the course, having a prior specific course in the field reduced the chances to adhere to the intervention. This is an important issue due to the training offered on SBI field can enhance performance both in quality and in quantity of applications of ASSIST and brief interventions carried out in primary care services (Cruvinel, Richter, Bastos, & Ronzani, 2013). In our study, the logistic model indicated that those who reported some difficulties to implement an SBI program on their CDCs feel less motivated to perform SBI on their routine practices. Our data are similar to some authors in which the adherence is closely linked with the levels of motivation (Azari, Ratanawongsa, Hettema, Cangelosi, Tierney, Coffa, et al., 2015; Darnell et al., 2015).

Overall, our results showed slight behavioral changes in the practice routine of those professionals submitted to our program training compared with non-trained participants. Although the training is important, they do not necessarily quite change the work practice of the professionals, nor the difficulties encountered

in everyday life, which may leave them to feelings of unpreparedness, disorientation and fear (De Micheli et al., 2004). One reason to a slight effect was the duration of the training conducted in this study (8h), which may have been insufficient to clarify some preconceptions of the professionals. Even more intensive training does not preclude the need for a permanent and continuing education process that enables continuous changes in the practices and concepts, producing effective changes both in the context in which they occur, and in beliefs, care models, practices and values (Babor & Kadden, 2005).

According to SINASE, professionals should have specific theoretical and practical knowledge of their field of work. In this study, we observed that some professionals had some postgraduate degrees (*lato-sensu*) that have little relation to the work performed at FCASA. These data, taken together suggest a professional distancing from the guidelines of the implementation of Provisional Detention and socio-educational measures. Bazon (2002) presented a differentiated professional training model established in Canada, in which professionals of different education backgrounds could join a department of the university and undergo a training process for working with vulnerable populations. Thus, these professionals could serve these populations guided by a specific training and, only then, would be considered as qualified to work within the socio-educational context and related fields.

This study has limitations as the sample size that does not allow more robust analyses and due to this fact, these data should not be extrapolated to the profiles in general of professionals who apply SBI in socio-educational contexts. Moreover, our sample was also limited in four CDCs of FCASA of the State of São Paulo. Another limitation is that the training was conducted by psychologists and social workers jointly, without taking into account specific aspects of each. As some properly capacitated professionals took part in the training, there was no control if all those who completed it had the exact same productivity. Thus, it is possible that the difficulties of professionals in other contexts and in different regions of Brazil are different with specific demands of the adolescents and sociocultural aspects of each location. Future studies on this issue need to consider increase the sample size and evaluate new modalities of training/intervention taking into account specific characteristics of these professionals and adolescents.

Considering the perception of the professionals of this study regarding the practice of SBI, so that the

transposition of the challenges/difficulties for carrying out the procedures of SIB is possible, and for the alignment of the practices to specific guidelines for the socio-educational context, actions must go beyond training. These data highlight the need to think about alternatives for the structuring of more integrated and interactive training based on strategies such as periodic recycling, the creation of environments for dialogue and supervision of routine procedures that can motivate and encourage the application of SBI.

REFERENCES

- Amaral-Sabadini, M.B., Saitz, R., & Souza-Formigoni, M.L.O. (2010). Do attitudes about unhealthy alcohol and other drug (AOD) use impact primary care professionals' readiness to implement AOD-related preventive care? *Drug and Alcohol Review*, 29(6), 655-661. doi: 10.1111/j.1465-3362.2010.00222.x
- Assis, S. G., & Constantino, P. (2005). Perspectivas de prevenção da infração juvenil masculina. *Ciência & Saúde Coletiva*, 10(1), 81-90. doi: 10.1590/S1413-81232005000100014
- Azari, S., Ratanawongsa, N., Hetteima, J., Cangelosi, C., Tierney, M., Coffa, D., Shapiro, B., et al. (2015). A Skills-Based Curriculum for Teaching Motivational Interviewing-Enhanced Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment (SBIRT) to Medical Residents: *MedEdPORTAL Publications*. doi: 10.15766/mep_2374-8265.10080
- Babor, T. E., Higgins-Biddle, J., Dauser, D., Higgins, P., & Bureson, J. A. (2005). Alcohol screening and brief intervention in primary care settings: implementation models and predictors. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 66(3), 361-368. doi: 10.15288/jsa.2005.66.361
- Babor, T. F., & Kadden, R. M. (2005). Screening and interventions for alcohol and drug problems in medical settings: what works? *The Journal of Trauma*, 59(3 Suppl), S80-87; discussion S94-100. doi: 10.1097/01.ta.0000174664.88603.21
- Bakhshi, S., & While, A. E. (2014). Health professionals' alcohol-related professional practices and the relationship between their personal alcohol attitudes and behavior and professional practices: a systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 11(1), 218-248. doi: 10.3390/ijerph110100218
- Bazon, M. R. (2002). *Psicoeducação: Teoria e prática para a intervenção junto a crianças e adolescentes em situação de risco psicossocial*: Holos, Ribeirão Preto.
- Bernado, J.F. (2011). *Competência moral e perfil de profissionais que atendem o adolescente em conflito com a lei*. Dissertação de Mestrado. Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Filosofia e Ciências, Marília-SP. Retrieved from: <http://repositorio.unesp.br/handle/11449/91220>
- Brasil. (2011). Presidência da República. Secretaria de Direitos Humanos (SDH). Levantamento Nacional Atendimento Socioeducativo ao Adolescente em Conflito com a Lei. Brasília. Retrieved from: <http://www.sdh.gov.br/sobre/aceso-a-informacao/auditorias/relatorios/2011/relatorio-de-gestao-2011>
- Brasil. (2012). Conselho Nacional de Justiça. Panorama Nacional: A execução de Medidas Socioeducativas de Internação Programa Justiça ao Jovem. Brasília. Retrieved from: http://www.cnj.jus.br/images/programas/justica-ao-jovem/panorama_nacional_justica_ao_jovem.pdf
- Clifford, A., & Shakeshaft, A. (2011). Evidence-based alcohol screening and brief intervention in Aboriginal Community Controlled Health Services: experiences of health-care providers. *Drug and Alcohol Review*, 30(1), 55-62. doi: 10.1111/j.1465-3362.2010.00192.x
- Cruvinel, E., Richter, K. P., Bastos, R. R., & Ronzani, T. M. (2013). Screening and brief intervention for alcohol and other drug use in primary care: associations between organizational climate and practice. *Addiction Science & Clinical Practice*, 8 (4), 1-8. doi: 10.1186/1940-0640-8-4
- Cumming, G., Fidler, F., Kalinowski, P., & Lai, J. (2012). The statistical recommendations of the American Psychological Association Publication Manual: Effect sizes, confidence intervals, and meta-analysis. *Australian Journal of Psychology*, 64(3), 138-146. doi: 10.1111/j.1742-9536.2011.00037.x
- Darnell, D., Dunn, C., Atkins, D., Ingraham, L., & Zatzick, D. (2015). A Randomized Evaluation of Motivational Interviewing Training for Mandated Implementation of Alcohol Screening and Brief Intervention in Trauma Centers. *Journal of Substance Abuse Treatment*. doi: 10.1016/j.jsat.2015.05.010
- Davoglio, Tácia Rita, & Gauer, Gabriel José Chittó. (2011). Adolescentes em conflito com a lei: aspectos sociodemográficos de uma amostra em medida socioeducativa com privação de liberdade. *Contextos Clínicos*, 4(1), 42-52.

- Retrieved from: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-
- De Micheli, D., Fisberg, M., & Souza-Formigoni, M.L.O. (2004). Estudo da efetividade da intervenção breve para o uso de álcool e outras drogas em adolescentes atendidos num serviço de assistência primária à saúde. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 50 (3), 305-313. doi: 10.1590/S0104-42302004000300040
- Drazdowski, T. K., Jaggi, L., Borre, A., & Kliwer, W. L. (2015). Use of prescription drugs and future delinquency among adolescent offenders. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 48(1), 28-36. doi: 10.1016/j.jsat.2014.07.008
- Ferigolo, M. B., Arbo, E., Malysz, A.S, Stein, A.T., & Barros, H. (2004). Prevalência do consumo de drogas na FEBEM, Porto Alegre. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 26(1), 10-16. doi: 10.1590/S1516-44462004000100006
- Fuster, D., Cheng, D. M., Wang, N., Bernstein, J. A., Palfai, T. P., Alford, D. P., Samet, J.H. et al. (2015). Brief intervention for daily marijuana users identified by screening in primary care: a subgroup analysis of the ASPIRE randomized clinical trial. *Substance Abuse*, 0, 1-7. doi: 10.1080/08897077.2015.1075932
- Goncalves, P. D., Ometto, M., Bechara, A., Malbergier, A., Amaral, R., Nicastrí, S., Martins, P.A., et al. (2014). Motivational interviewing combined with chess accelerates improvement in executive functions in cocaine dependent patients: a one-month prospective study. *Drug and Alcohol Dependence*, 141, 79-84. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2014.05.006
- Henrique, I. F. S., De Micheli, D., Lacerda, R.B., & Souza-Formigoni, M.L.O. (2004). Validação da versão brasileira do teste de triagem do envolvimento com álcool, cigarro e outras substâncias (ASSIST). *Rev Assoc Med Bras*, 50(2), 199-206. doi: 10.1590/S0104-42302004000200039
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). (2013). *Síntese de indicadores sociais: Uma análise das condições de vida da população brasileira. Estudo e Pesquisa: informação demográfica e socioeconômica*. Rio de Janeiro. Retrieved from: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv66777.pdf>
- Instituto Latino Americano das Nações Unidas para Prevenção de Delito e Tratamento de Delinquente - ILANUD. (2007). Mapeamento nacional das medidas socioeducativas em meio aberto [Relatório Resumido]. Brasília, DF: Secretaria Especial de Direitos Humanos/Presidência da República.
- Retrieved from: http://www.ilanud.org.br/midia/doc/relatorio_resumido_mapeamento_mse_abr2009.pdf
- Klimas, J., Marie-Henihan, A., McCombe, G., Swan, D., Anderson, R., Bury, G., Dunne, C., et al. (2015). Psychosocial Interventions for Problem Alcohol Use in Primary Care Settings (PINTA): Baseline Feasibility Data. *Journal of Dual Diagnosis*, 11(2):97-106. doi: 10.1080/15504263.2015.1027630
- Levine, T. R., & Hullett, C. R. (2002). Eta squared, partial eta squared, and misreporting of effect size in communication research. *Human Communication Research*, 28(4), 612-625. doi: 10.1111/j.1468-2958.2002.tb00828.x
- Martins, M. C., & Pillon, S. C. (2008). A relação entre a iniciação do uso de drogas e o primeiro ato infracional entre os adolescentes em conflito com a lei. *Cadernos de Saúde Pública*, 24(5), 1112-1120. doi: 10.1590/S0102-311X2008000500018
- Marusch, M. C., Estevão, R. & Bazon, M. R. (2013). Aplicação de Medidas Socioeducativas em Adolescentes: Avaliação Auxiliar às Tomadas de Decisão. *Psico*, 44(3), 453-463. Retrieved from: <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/15828/10420>
- Nardi, F. L., Jahn, G. M., & Dell'Aglio, D. D. (2014). Perfil de adolescentes em privação de liberdade: eventos estressores, uso de drogas e expectativas de futuro. *Psicologia em Revista*, 20(1), 116-137. doi: 10.5752/P.1678-9523.2014v20n1p116
- Nunes, M.C.A., Andrade, A.G.S., & Morais, N.A. (2013). Adolescentes em conflito com a lei e família: um estudo de revisão sistemática da literatura. *Contextos Clínicos*, 6(2), 144-156. Retrieved from: <http://revistas.unisinos.br/index.php/contextosclinicos/article/view/ctc.2013.62.07/3641>
- Patterson, S. W. (2015). Factors influencing the implementation of a brief alcohol screening and educational intervention in social settings not specializing in addiction services. *Social Work in Health Care*, 54(4), 345-364. doi: 10.1080/00981389.2015.1005270
- Pinho, S. R. Dunningham, W., Aguiar, W. M., Filho, A.S.A., Guimarães, K., Almeida, T.R.P., Dunningham, V.A. (2006). Morbidade psiquiátrica entre adolescentes em conflito com a lei. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 55(2), 126-130. doi: 10.1590/S0047-20852006000200006
- Rahm, A. K., Boggs, J. M., Martin, C., Price, D. W., Beck, A., Backer, T. E., & Dearing, J. W. (2015). Facilitators and barriers to implementing Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment

- (SBIRT) in primary care in integrated health care settings. *Substance abuse*, 36(3), 281-288. doi: 10.1080/08897077.2014.951140
- Ronzani, T. M., Castro, P. M., & Souza-Formigoni, M. L. O. (2008). Avaliação de um processo de implementação de práticas de prevenção ao uso de risco de álcool entre agentes comunitários de saúde. *HU Revista*, 34(1), 39-48. Retrieved from: <https://hurevista.ufjf.emnuvens.com.br/hurevista/article/view/66/72>
- Ronzani, T. M., Mota, D. C. B., & Souza, I. C. W. (2009). Prevenção do uso de álcool na atenção primária em municípios do estado de Minas Gerais. *Revista de Saúde Pública*, 43, 51-61. doi: 10.1590/S0034-89102009000800009
- Ronzani, T. M., Ribeiro, M. S., Amaral, M. B., & Souza-Formigoni, M.L.O. (2005). Implantação de rotinas de rastreamento do uso de risco de álcool e de uma intervenção breve na atenção primária à saúde: dificuldades a serem superadas. *Cadernos de Saúde Pública*, 21(3), 852-861. doi: 10.1590/S0102-311X2005000300019
- Sanchez-Craig, M., Neumann, B., Souza-Formigoni, M. L. O., & Rieck, L. (1991). Brief treatment for alcohol dependence: level of dependence and treatment outcome. *Alcohol and Alcoholism Supplement*, 1, 515-518. Retrieved from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1845590>
- Schmidt, C.S., Schulte, B., Seo, H. N., Kuhn, S., Donnell, A., Kriston, L., Verthein, U., et al. (2015). Meta-analysis on the effectiveness of alcohol screening with brief interventions for patients in emergency care settings. *Addiction*, 111(5), 783-794. doi: 10.1111/add.13263

Endereço para correspondência:

André Luiz Monezi Andrade
Centro de Ciências da Vida.
Pontifícia Universidade Católica de Campinas
Av. John Boyd Dunlop, s/n
CEP: 13034-685–Jardim Ipaussurama, Campinas/SP
E-mail: andre.andrade@puc-campinas.edu.br

Recebido em 23/03/2017

Aceito em 10/04/2017