

# Psicologia em pesquisa

Revista do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFJF



Volume 7 | Número 2  
Julho - Dezembro de 2013



REVISTA  
PSICOLOGIA  
EM PESQUISA



## Psicologia em Pesquisa

ISSN 1982-1247

Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFJF | Brasil

Volume 7 Número 2

Julho - Dezembro 2013

### Missão

**Psicologia em Pesquisa** é um periódico eletrônico semestral (junho 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

Saulo de Freitas Araujo – UFJF

#### Editores Associados

Fernando Antonio Basile Colugnati – UNICAMP  
Francis Ricardo dos Reis Justi – UFJF  
Francisco Teixeira Portugal – UFRJ  
Jorge Artur Peçanha de Miranda Coelho – UFAL  
Telmo Mota Ronzani – UFJF  
Vitor Geraldi Haase – UFMG

#### 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

#### Assistente do Editor

Cíntia Fernandes Marcellos – UFJF  
Thiago Constâncio Ribeiro Pereira – UFJF

#### Equipe Técnica

Fabírcia Creton Nery – UFJF  
Franciele Resende de Souza – UFJF  
Henrique Pinto Gomide – UFJF

#### Revisão, Diagramação e Projeto Gráfico

Zeppelini Editorial

#### Conselho Editorial

Acácia Angeli Aparecida dos Santos – Universidade São Francisco  
Adelina Guisande – Universidad de Santiago de Compostela (Espanha)  
Alexander Moreira-Almeida – Universidade Federal de Juiz de Fora  
Ana Maria Jacó-Vilela – Universidade Estadual do Rio de Janeiro  
Ann Dowker – University of Oxford (Inglaterra)  
António M. Diniz – Universidade de Évora (Portugal)  
Antônio Maurício Castanheira Neves – Universidade Católica de Petrópolis  
Carla Witter – Universidade São Judas Tadeu  
Cláudio Garcia Capitão – Universidade São Francisco  
Eduardo José Manzini – Universidade Estadual Paulista  
Enrique Saforcada – Universidad de Buenos Aires (Argentina)  
Erikson Felipe Furtado – Universidade de São Paulo  
Fernando Vidal – Universitat Autònoma de Barcelona (Espanha)  
Geraldina Porto Witter – Universidade Camilo Castelo Branco  
Gerardo Prieto – Universidad de Salamanca (Espanha)  
Gerson Yukio Tomanari – Universidade de São Paulo  
José Antônio Damásio Abib – Universidade Federal de São Carlos  
Leandro Almeida – Universidade do Minho (Portugal)  
Makilim Nunes Batista – Universidade São Francisco  
Márcia Maria Peruzzi Elia da Mota – Universidade Estadual do Rio de Janeiro  
Marcos Emanuel Pereira – Universidade Federal da Bahia  
Maria Bentes de Carvalho – Universidade Federal do Pará  
Maria do Carmo Guedes – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo  
Mônica Sanches Yassuda – Universidade de São Paulo  
Richard Saitz – Boston University (EUA)  
Richard Theisen Simanke – Universidade Federal de Juiz de Fora  
Sandra Regina Kirchner Guimarães – Universidade Federal do Paraná  
Sônia Maria Guedes Gondim – Universidade Federal da Bahia  
Thomas Sturm – Universitat Autònoma de Barcelona (Espanha)  
William Barbosa Gomes – Universidade Federal do Rio Grande do Sul  
Zilda Aparecida Pereira Del Prette – Universidade Federal de São Carlos

Sumário

Editorial

139 **Ampliando Horizontes**

*Saulo de Freitas Araujo*

Artigos / Articles

140 **Inclusão no Ensino Superior: Percepções de Professores em uma Universidade Portuguesa**

*Inclusion in Higher Education: Teachers' Perceptions in a Portuguese University*

*Ana Pereira Antunes, Catarina Pereira Faria, Sandra Estêvão Rodrigues, Leandro Silva Almeida*

151 **Imigração e Trabalho: Um Estudo sobre Identidade Social, Emoções e Discriminação contra Estrangeiros**

*Immigration and Labor: A Study on Social Identity, Emotions, and Discrimination against Foreigners*

*Sônia Maria Guedes Gondim, Elza Maria Techio, Juliana Paranhos, Talita Moreira, Carolina Brantes, José Bonifácio Sobrinho, Vitor Santana*

164 **A Eficácia de Vídeo Informativo sobre Ansiedade em Pacientes Submetidos à Exodontia**

*Efficacy of Audiovisual Information on Anxiety for Patients Undergoing Tooth Extraction*

*Maylu Botta Hafner, Juliana Zanatta, Gustavo Sattolo Rolim, Antonio Bento Alves de Moraes, Angélica Maria Bicudo Zeferino*

171 **Mecanismos de Defesa em Pacientes Oncológicos Recidivados: Um Estudo Clínico-Qualitativo**

*Defense Mechanisms among Patients with Relapsed Cancer: A Clinical-Qualitative Study*

*Gizelle Mendes Borges, Rodrigo Sanches Peres*

180 **Comportamento Alimentar Inadequado e Insatisfação Corporal em Jovens Atletas: Comparações em Função das Características Esportivas**

*Inadequate Eating Behavior and Body Dissatisfaction in Young Athletes: Comparisons According to Sports Characteristics*

*Leonardo de Sousa Fortes, Maria Elisa Caputo Ferreira*

188 **Contribuições de Edith Stein para a Fundamentação Filosófica da Psicologia Científica**

*Edith Stein's Contributions to the Philosophical Foundation of Scientific Psychology*

*Carolina de Resende Damas Cardoso, Marina Massimi*

200 **Investigação dos Domínios Cognitivos de Pacientes com Síndrome de Williams Usando as Escalas Wechsler**

*Investigation of Cognitive Domains in Williams Syndrome's Patients Using Wechsler's Scales*

*Larissa de Souza Salvador, Flávia Neves Almeida, Annelise Júlio-Costa, Maria Raquel Santos Carvalho, Vitor Geraldi Haase*

208 **Atenção e Funções Executivas em Crianças com Dislexia do Desenvolvimento**

*Attention and Executive Functions in Children with Developmental Dyslexia*

*Ricardo Franco de Lima, Cintia Alves Salgado Azoni, Sylvia Maria Ciasca*

220 **Trajetórias Investigativas da Possessão: Uma Abordagem Etnopsicológica**

*Investigative Courses on Spirit Possession: An Ethnopsychological Approach*

*Rafael de Nuzzi Dias, José Francisco Miguel Henriques Bairrão*

230 **Paternidade Adolescente: Um Estudo sobre Autopercepções do Fenômeno**

*Teenage Fatherhood: A Study on Self-perceptions of the Phenomenon*

*Geanne Pereira Alves Paulino, Naiana Dapieve Patias, Ana Cristina Garcia Dias*

242 **Violência Doméstica e Crenças: Intervenção com Profissionais da Atenção Primária à Saúde**

*Domestic Violence and Beliefs: Intervention with Health Primary Care Professionals*

*Camila Resende Soares Brum, Lélío Moura Lourenço, Carla Ferreira de Paula Gebara, Telmo Motta Ronzani*

251 **Revisão Bibliométrica das Produções Acadêmicas sobre Suicídio entre 2002 e 2011**

*Bibliometric Review of Academic Production about Suicide between 2002 and 2011*

*Joanneliese de Lucas Freitas, Aneliana da Silva Prado, Bruna Mathias, Gêssica Ribeiro Greschuck, José Dequech Neto*

Seção livre / Open session

261 **Os Movimentos Sociais, a Ciência, a Medicalização e a Antropologia: Comentário Sobre o Artigo “Os Equívocos e Acertos da Campanha ‘Não à Medicalização da Vida’”**

*Rui Harayama*

266 **Os Equívocos do Artigo “Os Equívocos e Acertos da Campanha ‘Não à Medicalização da Vida’”**

*Lygia de Sousa Viégas, Jason Gomes Rodrigues Santos, Ariane Rocha Felício de Oliveira*

277 **Ciência Baseada em Evidência? Resposta aos Comentários ao Artigo “Os Equívocos e Acertos da Campanha ‘Não à Medicalização da Vida’”**

*Lincoln Frias, Annelise Júlio-Costa*

Resenha / Review

281 **Ações Integradas Sobre Drogas: Prevenção, Abordagens e Políticas Públicas**

*Henrique Pinto Gomide*

## Editorial

### Ampliando Horizontes

Com este número, a PSICOLOGIA EM PESQUISA encerra mais um ano de atividades, trazendo contribuições de várias áreas da psicologia e cumprindo seu compromisso com a diversidade temática e metodológica característica deste campo.

No primeiro artigo, Antunes, Faria, Rodrigues e Almeida analisam as percepções de professores do ensino superior em Portugal em relação à inclusão de alunos com necessidades especiais. Os resultados revelam percepções favoráveis ao processo de inclusão educativa, condicionado por fatores ideológicos e instrumentais.

Em seguida, Gondim et al. analisam a questão da identidade social, das emoções e da discriminação contra estrangeiros no mercado de trabalho brasileiro. Entre outras coisas, os resultados mostram que as emoções intergrupais e a percepção de ameaça geral contribuem para a explicação da percepção de discriminação.

Em estudo experimental, Hafner et al. avaliam a eficácia de um vídeo informativo sobre ansiedade em pacientes submetidos à exodontia. Ao contrário do que se esperava, contudo, os autores concluíram pela ineficácia da variável independente.

No quarto artigo, Borges e Peres realizam um estudo clínico-qualitativo no qual investigam os mecanismos de defesa empregados por pacientes oncológicos adultos recidivados. Os principais mecanismos encontrados foram a racionalização, a regressão, a projeção e a denegação. Ao final, os autores indicam a relevância desse tipo de estudo para o aprimoramento da assistência oferecida a tais pacientes.

A seguir, Fortes e Ferreira comparam o comportamento alimentar inadequado (CAI) e a insatisfação corporal (IC) em atletas do sexo masculino de esportes coletivos. Os resultados evidenciam que atletas de esportes coletivos demonstraram maior frequência de CAI quando comparados aos demais grupos.

No sexto artigo, Cardoso e Massimi fazem uma investigação histórica sobre as contribuições de Edith Stein para a fundamentação filosófica da psicologia enquanto ciência rigorosa da subjetividade. As autoras enfatizam a nova concepção de subjetividade que Stein traz para a área.

Entrando no campo da neuropsicologia, Salvador et al. investigam o perfil cognitivo de pacientes com Síndrome de Williams utilizando as Escalas Wechsler. Os resultados revelam um padrão

de desempenho semelhante entre os participantes na escala verbal, mas uma discrepância entre habilidades verbais e não verbais em 40% dos participantes.

Ainda no campo da neuropsicologia, Lima, Azoni e Ciasca avaliam a atenção e as funções executivas (FE) em crianças com Dislexia do Desenvolvimento (DD). Os principais resultados sugerem que indivíduos com DD podem apresentar prejuízos na atenção e em componentes das FE. Além disso, eles possuem um padrão diferente de rastreamento visual e seleção de recursos executivos, principalmente diante de estímulos com conteúdo verbal.

No nono artigo, Dias e Bairráo abordam o tema da possessão e discutem as vantagens e desvantagens de uma abordagem etnopsicológica baseada na psicanálise lacaniana.

Em seguida, Paulino, Patias e Dias trazem um estudo qualitativo sobre o fenômeno da paternidade adolescente. A análise das entrevistas sugere uma percepção positiva dos participantes em relação à nova situação vivida.

No penúltimo artigo, Brum, Lourenço, Gebara e Ronzani investigam os efeitos de um programa de intervenção sobre as crenças e atitudes dos profissionais da Atenção Primária à Saúde em relação à violência doméstica. Os resultados revelam que a intervenção produziu uma alteração significativa nas crenças dos profissionais, mas não na confiança que eles sentem em relação à sua habilidade para lidar com a situação.

Encerrando a seção de artigos, Freitas et al. apresentam uma análise bibliométrica sobre o suicídio. Os resultados revelam alto índice de estudos teóricos e a necessidade de publicações que contribuam para a construção de políticas públicas de prevenção e gerenciamento do fenômeno em populações específicas.

Na seção livre, PSICOLOGIA EM PESQUISA abre espaço para uma discussão sobre o tema da medicalização da saúde a partir de duas cartas-resposta ao artigo de Frias e Júlio-Costa, publicado no número anterior.

Para encerrar esta edição, há uma resenha do livro “Ações Integradas Sobre Drogas: Prevenção, Abordagens e Políticas Públicas”, organizado por Telmo Ronzani.

*Saulo de Freitas Araujo*

## Inclusão no Ensino Superior: Percepções de Professores em uma Universidade Portuguesa

### Inclusion in Higher Education: Teachers' Perceptions in a Portuguese University

Ana Pereira Antunes<sup>I</sup>

Catarina Pereira Faria<sup>I</sup>

Sandra Estêvão Rodrigues<sup>II</sup>

Leandro Silva Almeida<sup>II</sup>

#### Resumo

As universidades enfrentam desafios crescentes com a democratização do ensino e o ingresso de alunos com necessidades especiais. Neste trabalho, analisamos as percepções dos professores do ensino superior sobre a inclusão desses alunos nesse nível de ensino. Os participantes são 10 docentes, diretores de curso do 1º ciclo, com uma idade média de 41,5 anos, sendo seis homens e quatro mulheres. Os dados foram recolhidos por meio de entrevista semiestruturada e analisados utilizando-se a abordagem da *grounded theory*. Os resultados apontam para percepções favoráveis ao processo de inclusão educativa, condicionado por fatores ideológicos e instrumentais, e para uma noção alargada de necessidades educativas especiais, destacando-se a necessidade de recursos tecnológicos e humanos para apoio à inclusão, pelo que tecemos algumas apreciações, que se podem refletir em termos de intervenção ou de estudos futuros.

**Palavras-chave:** Inclusão escolar; necessidades educativas especiais; atitudes dos professores; ensino superior.

#### Abstract

Universities face increasing challenges related to the democratisation of education and the admission of students with special needs. In this paper, we analyzed the teachers' perceptions about the inclusion of these students at this level of education. The participants are 10 teachers, 6 males and 4 females, with an average age of 41.5 years old. All teachers are also Degree Directors of 1<sup>st</sup> training courses. Data collection was carried out using a semi-structured interview and data analysis was done based on grounded theory approach. The results reveal positive perceptions of the inclusive educational process, which is conditioned by ideological and instrumental factors, and a broad concept of special educational needs, highlighting the need for technological and human resources to support inclusion. The concluding section presents some reflections that may have implications for future research and intervention.

**Keywords:** School inclusion; special educational needs; teachers' attitudes; higher education.

<sup>I</sup>Universidade da Madeira, Portugal

<sup>II</sup>Universidade do Minho, Portugal

A educação inclusiva esteve associada durante muito tempo aos níveis de ensino do pré-escolar, básico e secundário. Porém, devido ao recente alargamento da escolaridade obrigatória, à utilização das novas tecnologias da informação e da comunicação e ao regime de contingente especial de acesso ao ensino superior para estudantes com deficiência física ou sensorial, este torna-se cada vez mais acessível a pessoas com necessidades educativas especiais (NEE). Neste trabalho, adotamos a designação NEE, referindo-se, num sentido lato, à necessidade de adequação da resposta educativa aos alunos portadores de deficiência física ou sensorial ou com dificuldades de aprendizagem, transpondo para esse nível de ensino a designação conforme legislação em vigor no âmbito do regime da educação especial. Em Portugal continental, no Decreto-Lei nº 3/2008, de 7 de janeiro, podemos ler no ponto 1, do artigo 1º:

[...] a criação de condições para a adequação do processo educativo às necessidades educativas especiais dos alunos com limitações significativas ao nível da actividade e da participação num ou vários domínios de vida, decorrentes de alterações funcionais e estruturais, de carácter permanente, resultando em dificuldades continuadas ao nível da comunicação, da aprendizagem, da mobilidade, da autonomia, do relacionamento interpessoal e da participação social.

Na Região Autónoma da Madeira, no Decreto Legislativo Regional nº 33/2009/M, de 31 de dezembro, podemos ler no artigo 6º, alínea g:

“Necessidades educativas especiais” o conjunto de necessidades intrínsecas às crianças e jovens com problemas sensoriais, físicos,

intelectuais ou emocionais, ou ainda, com perturbações graves da personalidade ou do comportamento, da fala, da aprendizagem, ou problemas graves de saúde, derivados de fatores orgânicos ou ambientais, quando comparados com outros na mesma faixa etária e que são inerentes ao processo individual de aprendizagem e de participação na vivência escolar, familiar e comunitária.

Face à evolução das políticas de acesso e de inclusão no ensino superior, o aumento de estudantes com NEE nesse nível de ensino coloca também à Universidade desafios sobre o processo de inclusão, no sentido de responder eficazmente às necessidades individuais dos alunos, garantindo-lhes não só o acesso, mas igualmente o sucesso educativo (Rodrigues, 2004; Rodrigues et al., 2007).

Nos últimos anos, têm-se realizado alguns estudos em Portugal sobre a temática da inclusão no ensino superior, focando principalmente as percepções dos alunos com NEE sobre o processo de inclusão nesse nível de ensino (Abreu, 2011; Espadinha, 2010; Pires, 2007; Reis, 2003; Rodrigues et al., 2007; Souza, 2011). Todavia, se atentarmos à relevância que outros estudos têm atribuído à influência das atitudes e das crenças dos docentes do ensino superior no processo de inclusão e no sucesso académico do estudante com NEE (Elhoweris & Alsheikh, 2006; Lidio & Camargo, 2008; Mamah, Deku, Darling & Avoke, 2011), constatamos que importa conhecer e investigar também as percepções desses docentes.

Em Portugal, o número de candidatos com deficiência física ou sensorial admitido no ensino superior continua a aumentar. Segundo Pires (2009), o número de estudantes com NEE quase triplicou em pouco mais de uma década quando se refere à identificação de 816 estudantes com NEE no ensino superior, realizada pelo Grupo de Trabalho para o Apoio a Estudantes com Deficiências no Ensino Superior (GTAEDDES), no ano letivo 2007/2008, em comparação com os 244 estudantes com NEE identificados, em nível nacional, no ano letivo 1994/1995 (Patrício, 2002). No entanto, algum cuidado deve acompanhar a análise desses dados, uma vez que alguns estudantes não se identificam junto dos serviços académicos disponíveis, procurando evitar a estigmatização, o que poderá significar a existência de um número real de estudantes com NEE a frequentar o ensino universitário superior ao divulgado (Fernandes & Almeida, 2007).

A inclusão pressupõe a organização e aplicação de respostas educativas que possibilitem a adequação dos conteúdos e das estratégias pedagógicas, a eliminação de barreiras arquitetónicas, e, muito importante, a eliminação de barreiras relacionadas com as atitudes da comunidade educativa, onde se incluem as atitudes dos professores universitários (Ferreira, 2007). Para alguns desses docentes, a inclusão constitui um aspecto positivo para todos os intervenientes no processo educativo, assumindo-se que nessa educação inclusiva os estudantes com NEE têm oportunidade de adquirir conhecimento, minimizando os efeitos negativos de uma educação mais segregadora, e aprender novas competências por meio de imitação de modelos diferentes (Mamah et al., 2011; Wang, 2009).

Infelizmente, no entanto, alguns docentes no ensino superior ainda receiam que a inclusão de estudantes com NEE possa afetar negativamente o rendimento académico da turma, desconhecendo a investigação na área que aponta para a ausência de efeitos adversos no processo de ensino-aprendizagem por parte dos estudantes sem NEE (Ferrari & Sekkel, 2007). As percepções que os professores possuem atuam como filtros na interpretação da realidade e podem influenciar os seus comportamentos. Assim, os professores que possuem percepções positivas sobre os estudantes com NEE acabam por desenvolver, com mais frequência, práticas eficazes de inclusão (Elhoweris & Alsheikh, 2006; Leatherman, 2007).

Nesse quadro, os docentes do ensino superior parecem manifestar três tipos de opinião em relação à inclusão de estudantes com NEE:

- concordar que é benéfica para todos os estudantes e que constitui um direito civil;
- defender a possibilidade de inclusão dos estudantes com NEE e prestar apoios adequados no contexto de sala de aula sem promover a estigmatização ou a alienação;
- defender que a inclusão de estudantes com NEE na sala de aula tem um efeito negativo sobre os estudantes sem NEE e que estudantes com determinado tipo de NEE não podem receber uma educação adequada em uma sala de aula comum.

Face a essa tipologia, os professores universitários parecem partilhar da primeira perspectiva, mais direcionada para as questões legais, demonstrando uma posição favorável à inclusão dos estudantes com

NEE, embora se verifique uma minoria de docentes que partilha de uma visão mais conservadora de segregação educativa (Elhoweris & Alsheikh, 2006).

Claro que variáveis individuais, como traços de personalidade, características sociodemográficas, capacidade de criar e manter redes de apoio social, competências técnico-profissionais e condições de trabalho, também se revelam como fatores influenciadores das percepções sobre a inclusão educativa (Fakolade, Adeniyi & Tella, 2009). Os professores são pessoas em interação e construção, que também se constroem e se desenvolvem ao longo do tempo. No entanto, parece que o tempo de serviço, por si só, não altera de forma significativa as atitudes dos docentes face à inclusão de alunos com NEE (Fakolade et al., 2009). Mas, se durante a sua experiência profissional, tiverem a oportunidade de vivenciar situações e interações positivas com alunos com NEE, percebendo a inclusão destes como positiva, tais professores acabam por desenvolver uma percepção favorável da inclusão, construída a partir da experiência vivenciada (Elhoweris & Alsheikh, 2006; Leatherman, 2007). Por vezes, na sua prática docente, também sentem dificuldade em conciliar os valores do desempenho individual e do culto da meritocracia, em uma lógica de competição, característicos dos sistemas educativo e social atuais, com a lógica da inclusão e do atendimento diferenciado (Felizardo, 2010).

Em termos de práticas educativas, requerem-se ainda várias mudanças. O discurso de vários estudantes universitários com NEE revela a existência de barreiras ao processo de inclusão, centradas nas medidas educativas e estratégias pedagógicas adotadas pelos docentes no contexto de aula (Healey, Fuller, Bradley & Hall, 2006). Considerando o processo de ensino e aprendizagem, apesar de variar de acordo com a NEE apresentada, encontra-se referência à desadequação dos materiais, às dificuldades na realização de exames, ao discurso rápido dos professores nas aulas e às dificuldades em responder a perguntas e em participar nas discussões nas aulas (Alqaryouti, 2010; Espadinha, 2010).

Ainda que o sucesso académico dos estudantes com NEE no ensino superior pareça estar correlacionado com determinadas condições institucionais, também em nível nacional, esses alunos apontam como fatores inibidores da inclusão: a ocorrência de atitudes discriminatórias no contexto universitário, dificuldades na adaptação à metodologia e às estratégias pedagógicas utilizadas pelos docentes, ausência

de um serviço de apoio e regulamentos específicos (Fernandes & Almeida, 2007; Pires, 2007). Por tudo isso, e tomando também a parca investigação sobre a inclusão de alunos com NEE no ensino superior, justificamos o presente estudo partindo de um trabalho mais alargado (Faria, 2012), com a necessidade de refletirmos e melhor conhecermos o que pensam os professores do ensino superior sobre a inclusão dos alunos com NEE nas instituições universitárias.

## Método

### *Participantes*

Para a constituição do grupo de participantes, teve-se em consideração que os docentes exercessem a função de diretor de curso do 1º ciclo (3 primeiros anos da graduação) no ano letivo 2011/2012 e que o grupo em estudo pudesse ser representativo do potencial de variações e diversidades de percepções acerca do processo de inclusão (Strauss & Corbin, 1998). Assim sendo, contamos com a participação de dez docentes com habilitações académicas em várias áreas de conhecimento, pertencentes aos diferentes centros de competências que constituem as unidades orgânicas da sua instituição superior (três docentes pertenciam ao centro de competências de artes e humanidades; dois docentes pertenciam ao centro de competências de ciências exatas e engenharia; quatro docentes pertenciam ao centro de competências de ciências sociais e um docente pertencia ao centro de competências de tecnologias da saúde).

Podemos acrescentar, ainda, que seis professores são homens e quatro são mulheres, com idades compreendidas entre os 30 e os 53 anos ( $M=41,5$ ;  $DP=7,7$ ). Os participantes exercem funções como docentes na instituição de ensino no mínimo há 1 ano e no máximo há 20 anos ( $M=10,6$ ;  $DP=4,8$ ) e desempenhavam no momento do estudo o cargo de diretores de cursos entre 2 meses e 5 anos ( $M=3,4$ ;  $DP=1,7$ ).

### *Instrumento*

Para a coleta de dados, utilizamos uma entrevista semiestruturada como instrumento único, procurando identificar padrões e temas na perspectiva dos participantes, aprofundando o conhecimento sobre essa temática relativamente pouco investigada nesse ciclo de estudos. A construção do roteiro da entrevista

ta semiestruturada resultou dos objetivos definidos na investigação e da análise de outros estudos (Lidio & Camargo, 2008; Rebelo, 2011), sendo que se constituiu por quatro grandes domínios:

- conceito de inclusão e de NEE (por exemplo: o que pensa sobre a inclusão de estudantes com NEE no ensino superior?);
- medidas educativas e estratégias pedagógicas (por exemplo: a inclusão de estudantes com NEE altera a prática pedagógica do docente?);
- aspectos facilitadores e inibidores do processo de inclusão (por exemplo: que fatores podem facilitar ou inibir o processo de inclusão dos estudantes com NEE?);
- impacto do aluno com NEE no ensino superior (por exemplo: qual é o impacto da inclusão de estudantes com NEE?).

Anteriormente à versão final do roteiro utilizado, realizou-se uma primeira entrevista com o presidente de um dos centros de competência da instituição onde ocorreu o estudo, uma vez que desempenha funções de alguma forma semelhantes às dos diretores de curso do 1º ciclo (por exemplo: docência, coordenação e supervisão), procurando treinar e validar a aplicação da mesma, verificando-se a adequabilidade das questões e ensaiando também a sua transcrição integral e análise de conteúdo.

### *Procedimentos*

Após a autorização do organismo superior responsável pela gestão e coordenação dos cursos do 1º ciclo do ensino superior da instituição, para a realização do estudo foram contactados os 21 diretores de curso desse ciclo. Por meio de correio eletrónico, foram informados sobre o enquadramento e objetivos do estudo e convidados a participar. Face à resposta positiva de dez professores, as entrevistas foram agendadas de acordo com a disponibilidade manifestada, tendo sido realizadas durante o mês de junho, majoritariamente nos seus gabinetes de trabalho, garantindo-se a privacidade e o anonimato dos dados (recorre-se a siglas na transcrição de excertos das entrevistas na descrição dos resultados). As entrevistas individuais tiveram uma duração variável entre os 28 e os 92 minutos e foram registadas em áudio para análise posterior, com a devida autorização dos participantes. Apenas um participante evidenciou algum desconforto com a gravação da entrevista, pelo que, nesse caso, procedemos ao registo de notas em papel.

As entrevistas foram transcritas integralmente e, no processo de análise de conteúdo e de categorização, seguimos a abordagem da *grounded theory* (Strauss & Corbin, 1998). Antes de procedermos à análise das entrevistas, foi definida a unidade de análise, que foi definida como a componente tripartida das atitudes, ou seja, cada expressão de crenças, sentimentos e comportamentos (Zimbardo & Ebbesen, 1973). Cada unidade de análise foi sinalizada no corpo da entrevista com um sublinhado de cor diferente, o que possibilitava a sua fácil distinção e localização. Uma vez que, a partir de uma única unidade de análise, emergiam várias categorias e propriedades, assumiram-se as categorias como não mutuamente exclusivas, pois podiam estar relacionadas com diferentes temas, utilizando-se, assim, uma estratégia de multicategorização (Rodrigues, 2004).

Em um primeiro momento, as entrevistas foram analisadas e categorizadas individualmente. Posteriormente, foi realizada uma análise mais global, procurando-se definir propriedades (podem ser definidas como características gerais ou específicas de uma categoria) e dimensões (permitem situar as propriedades em um intervalo ou em uma escala que não necessita ser numérica) das categorias encontradas, cruzar informação e relacionar as categorias comuns entre elas (Fernandes & Maia, 2001; Strauss & Corbin, 1998). Apesar de não ter sido alcançada a saturação teórica (Strauss & Corbin, 1998) com esse grupo de participantes, mas perante a impossibilidade de alargar a coleta de dados devido à proximidade do final do ano letivo, procedemos à análise das categorias emergentes nos dados coletados.

### **Resultados**

No que tange às *percepções dos docentes acerca da inclusão*, emergiram dois grandes temas: um relativo ao *processo de inclusão educativa* (remetendo a aspectos que condicionam o processo de inclusão) e outro relativo às *necessidades educativas especiais* (referente a aspectos relacionados com as NEE).

#### *Processo de Inclusão Educativa*

Face ao *processo de inclusão educativa*, parece que as percepções dos docentes podem-se agrupar em três categorias: *motivos* (origem do movimento/paradigma da inclusão), *conceitualização*. (ideias as-

sociadas ao modelo de inclusão educativa) e *aspectos influentes no processo de inclusão* (fatores facilitadores ou inibidores do processo de inclusão do aluno com NEE no ensino superior).

No discurso dos professores, encontramos três subcategorias distintas para os *motivos* que justificam a ocorrência do processo de inclusão:

- as *dificuldades encontradas pelos estudantes*

[...] haverá alunos que terão determinadas características pessoais que, do meu ponto de vista, podem dificultar um pouco mais este processo de adaptação [...] (E1);

- o *direito legal*

[...] tecnicamente e teoricamente ninguém pode ser contra a questão da inclusão, porque até está prevista na própria Constituição [...] (E8);

- e o *direito social*

[...] direito de participar na vida de uma comunidade a que pertencem ou a que deverão pertencer [...] (E1).

No que se refere à *conceitualização* do processo de inclusão, os professores referem uma série de opiniões que se podem agrupar em três subcategorias diferentes, nomeadamente a:

- *igualdade de oportunidades*

[...] é dar as mesmas oportunidades àquelas pessoas que têm dificuldades ou necessidades educativas [...] (E3);

- *ensino diferenciado*

[...] temos de adaptar, ou melhor, o ensino tem de ser adaptado para acolher a diferença de todos os alunos, sejam elas quais forem [...] (E4);

- e *ensino indiferenciado*

[...] nós tentamos tratar uma pessoa que tem características diferentes dando exatamente o mesmo que damos aos outros. (E5).

Finalmente, no que se refere aos *aspectos influentes no processo de inclusão*, encontramos três subcategorias como facilitadores ou inibidores do processo de inclusão do aluno com NEE no ensino superior: o *professor* (referente a aspectos inerentes ao professor), a *instituição* (aspectos relacionados com o funcionamento institucional) e o *aluno* (características da NEE que apresenta).

Em relação à subcategoria *professor*, encontramos cinco propriedades:

- *relação pedagógica*

[...] eu acho que é muito da relação que se vai estabelecer, uma relação que se vai estabelecer entre o docente e o aluno [...] que poderão surgir, vá lá, resultados mais positivos [...] (E1);

- *conhecimento acerca das NEE*

Quando eu avisei as pessoas: 'Atenção! Vamos ter X alunos com X'. A maior parte das pessoas não fazia ideia do que era, não conhecia. (E2);

- *experiência pedagógica com estudantes com NEE*

O fato de eu ter esse tipo de alunos leva a que eu tenha vários discursos e vários comportamentos, também uma certa sensibilização ao comportamento dos alunos. (E6);

- *competências técnico-profissionais do docente*

[...] alunos que envolvam um maior dispêndio de tempo podem ser encarados como uma ameaça por parte dessa fração muito ampla de docentes que não gosta de dar aulas. (E8);

- e *autoeficácia do docente*

Professores mais confiantes nas suas capacidades e nas suas competências têm maior probabilidade de aceitar alunos com NEE. (E10).

A subcategoria *instituição* caracteriza-se pela emergência de cinco propriedades:

- *disponibilidade financeira da instituição*

[...] devido à situação financeira, a universidade não consegue; pode admitir estes alunos, mas falta, sei lá, os aparelhos e as coisas necessárias. (E7);

- *recursos materiais disponíveis*

[...] se o aluno invisual precisar de uma máquina para datilografar, se a universidade não tiver esse tipo de equipamentos, obviamente que o professor não pode fazer nada [...] (E9);

- *número de estudantes com NEE por turma*

[...] mas eu também digo que, se fossem mais alunos com necessidade, era impossível [...] se fossem mais era inviável. (E5);

- *dimensão das turmas*

[...] reconheço que não é fácil para um professor que tem 40 alunos ou 45 alunos ou até mais fazer um tratamento diferenciado. (E3);

- *e legislação disponível*

Há pouca legislação na área, e poucas pessoas sabem o que fazer... e é um bocadinho ver o que se faz no ensino secundário e tentar dar continuidade a isso. (E4).

A terceira subcategoria, *aluno*, caracteriza-se pela referência à *necessidade educativa especial do estudante*:

[...] não é expectável que, de fato, uma pessoa que não consiga ver consiga fazer alguns dos trabalhos, portanto, [...] há coisas que são pura e simplesmente impossíveis de ultrapassar. Que não será possível em algumas áreas resolver [...] (E2).

### *Necessidades Educativas Especiais*

No que toca ao tema designado por *necessidades educativas especiais*, verificamos que as percepções dos pro-

fessores caracterizam-se pela emergência de cinco categorias: *causas* (fatores que podem contribuir para o aparecimento ou desenvolvimento de características associadas às NEE); *tipo de NEE* (referente à duração temporal); *grau de severidade* (atendendo à gravidade do comprometimento funcional); *consequências* (implicações das NEE no percurso académico do estudante no ensino superior) e *sinualização da NEE* (referente à comunicação do diagnóstico de NEE ao diretor de curso).

No que se refere à subcategoria *causas*, as suas percepções apontaram para variáveis *intrínsecas* (aspectos internos do indivíduo) e *extrínsecas* (aspectos inerentes à ação do meio no desenvolvimento de características associadas às NEE). Nas *causas intrínsecas*, encontramos aspectos:

- *biológicos*

Estas características quanto a mim são variáveis, algumas terão mais a ver com aspectos [...] biológicos, fisiológicos [...] (E1);

- *e psicológicos*

[...] mas normalmente se a pessoa não está bem consigo próprio [...] desencadeia alguma instabilidade emocional e até estados de ansiedade bastante perturbadores [...] (E3).

Nas *causas extrínsecas*, encontram-se quatro propriedades que ajudam a melhor especificar a subcategoria, nomeadamente:

- *contexto familiar*

[...] fatores de natureza familiar [...] (E3);

- *contexto escolar*

As escolas regionais estão nos últimos lugares, sobretudo na disciplina de português, o que significa que a oralidade, a construção de texto dos alunos são muito reduzidas. (E8);

- *contexto universitário*

Alguns desequilíbrios emocionais poderão surgir já no decurso da própria formação desencadeados também por coisas múltiplas. (E1);

- e situações *acidentais*

Isto foi um acidente que ele teve com o automóvel e fez-lhe amputar a perna. (E3).

Considerando a categoria da *tipologia da necessidade educativa especial* em função da sua duração, constatamos a emergência das subcategorias *caráter permanente* (manifestação por um período ilimitado de tempo) e *caráter temporário* (manifestação temporária), tendo sido nomeadas propriedades com as características que os estudantes manifestam e que os docentes associam às NEE.

Em relação à subcategoria *caráter permanente*, são apontadas manifestações em vários níveis:

- *motor*

Pessoas com problemas de movimento [...]. (E7);

- *sensorial*

Repare quando o aluno apresenta dificuldades dessa natureza, a nível sensorial, problemas graves de visão, surdez [...] (E1);

- *emocional*

Desencadeia alguma instabilidade emocional [...] (E3);

- *comunicacional*

Pessoas com problemas na fala [...] (E7);

- *dificuldades de aprendizagem específica*

[...] tive uma aluna que teve dislexia. (E7);

- *saúde*

Pessoas que têm cancro, doenças crónicas também deveriam ser objeto dessas atenções. (E6);

- e *relação interpessoal*

Vamos ter X alunos com síndrome de Asperger. (E2).

Na subcategoria *caráter temporário*, encontramos três propriedades:

- *competência académica*

Pessoas que não tenham capacidades numéricas, de cálculo matemático básico, que não saibam ler nem pensar de uma forma lógica [...] (E4);

- *funcionamento psicológico*

[...] têm ou apresentam em situações pontuais alguns desequilíbrios [...] (E1);

- e *habilidade motora*

[...] partiu uma perna, pode ser uma operação que a pessoa faz, pode ser uma entorse. (E9).

Quanto à categoria *grau de severidade*, emergem as subcategorias:

- *grave* (referente à intensidade acentuada da problemática com limitações acentuadas também)

Repare quando o aluno apresenta dificuldades dessa natureza, a nível sensorial, problemas graves de visão, surdez [...] (E1);

- e *ligeira* (referente à intensidade relativamente leve da problemática e consequente limitação parcial)

Pessoas que necessariamente não têm de ser cegas, mas podem ter problemas de visão, daltónicos podem ter que ser incluídos. (E6).

A categoria *consequências* reflete-se na subcategoria *dificuldades académicas*, que se caracteriza pelas propriedades:

- *avaliação insatisfatória em unidades curriculares*

[...] não teve uma avaliação satisfatória. (E1);

- e *abandono académico*

[...] muitas vezes não acabam o curso e desistem [...] (E4).

No que respeita à categoria *sinalização da necessidade educativa especial*, os docentes referiram que esta é efetuada por diferentes agentes:

- *estudante*  
a aluna já me informou do seu caso [...] (E7);
- *docente*  
Só viemos a saber por acaso e foi através de um colega professor que disse [...] (E5)
- *pais*  
[...] o pai de um deles [...] quando veio fazer a matrícula, tratou-nos de nos informar e depois veio entregar os papéis. (E2);
- ou *unidade de assuntos acadêmicos*  
[...] recebemos um requerimento de um aluno que tem dislexia (E2).

## Discussão

Parece que este grupo de docentes *percebe a inclusão* e opina sobre ela, por meio de dois grandes temas: um considerando o paradigma atual da inclusão, que traduzimos pelo tema *processo de inclusão educativa*, e outro pelo entendimento ou caracterização que faz das situações de necessidade especial, que designamos neste estudo pelo tema *necessidades educativas especiais*.

Verificamos que este grupo de professores reconhece que a inclusão deve acontecer como resultado de um direito à educação e à formação dos alunos com NEE, não só como *direitos legais e sociais*, mas também como resposta do sistema educativo aos que revelam mais *dificuldades de adaptação*. Essas percepções vão ao encontro de diretivas consignadas em diversos documentos internacionais na lógica do paradigma da educação inclusiva, contemplando o ser humano na generalidade ou o aluno em particular.

Em nível nacional, a legislação sobre a inclusão de alunos com NEE segue os princípios da educação inclusiva, mas quando consideramos o ensino superior, verificamos alguma diferenciação entre Portugal continental e a Região Autónoma da Madeira. Nesta, no Decreto Legislativo Regional nº 33/2009/M, de 31 de dezembro, encontra-se uma alusão à possibilidade de aplicação desse diploma no ensino superior em situações devidamente comprovadas. No entanto, em

Portugal continental, o Decreto-Lei nº 3/2008, de 7 de janeiro, aplica-se explicitamente ao ensino pré-escolar, básico e secundário, não se verificando regulamentação específica para o ensino superior, sendo que as várias universidades vão elaborando regulamentos internos que contemplam o atendimento a essas situações. Aliás, procurando auxiliar na qualidade dos serviços prestados e no sucesso acadêmico dos alunos, foi criado, em 2004, o GTAEDDES, ao qual se associam, atualmente, várias universidades portuguesas.

Os professores entrevistados, no que se refere à *conceitualização* do processo de inclusão, parecem reger-se pela *igualdade de oportunidades e ensino diferenciado*, permitindo-nos antecipar o princípio da não discriminação e a consciência de que a inclusão implica que a instituição se reestruture e proceda às alterações necessárias para receber e formar o aluno. No entanto, a referência a um *ensino indiferenciado* – “[...] nós tentamos tratar uma pessoa que tem características diferentes dando exatamente o mesmo que damos aos outros” (E5) – permite-nos verificar que ainda existem docentes que não internalizaram o verdadeiro conceito de educação inclusiva, pautando-se a sua percepção por um modelo mais conservador e que não responde à diversidade.

No que se refere aos fatores *influentes no processo de inclusão*, encontramos fatores associados ao *professor*, não se colocando à parte nesse processo, remetendo à sua responsabilização na eficácia do processo, refletida nas percepções de autoeficácia, de competência técnico-profissional, da qualidade da relação pedagógica e de experiência prévia na lecionação de alunos com NEE. Por exemplo, a experiência de trabalho com alunos com NEE percebida como bem-sucedida parece influenciar o desenvolvimento de crenças favoráveis à inclusão (Elhoweris & Alsheikh, 2006; Leatherman, 2007).

Os participantes do estudo, desempenhando o papel de diretores de curso, esperando-se, portanto, que tenham de lidar com alguns procedimentos burocráticos e mediar processos de interação entre os alunos e os vários docentes, referem alguns fatores associados à *instituição* como condicionantes do processo de inclusão. Sabemos que determinadas condições institucionais, como a existência de serviços de apoio e de regulamentos específicos, revelam-se determinantes no sucesso dos alunos com NEE (Fernandes & Almeida, 2007; Pires, 2007). Esse parece ser um aspecto que merece uma reflexão cuidada, pois a instituição onde ocorreu o estudo não tem um serviço específico de atendimento aos alunos com NEE e não

integra o GTAEDS, apesar de contemplar a atenção educativa a esses estudantes de uma forma relativamente generalista no seu regulamento de avaliação, deixando a forma de intervenção mais específica ao critério do docente. Acreditamos que repensar a forma de atendimento direto e indireto a esses alunos poderia constituir uma mais-valia com repercussões na permanência dos alunos com NEE no ensino superior (Correia, Malusá, Mourão & Santos, 2011), sendo que deveriam ser contempladas igualmente possibilidades de consultadoria aos docentes (Vidacek-Hains, Kirinic & Kovacic, 2011).

Verificamos que os docentes entrevistados referem, também, a própria NEE apresentada pelos estudantes como um aspecto a ter em conta no processo de inclusão, remetendo-nos para a necessidade de serem constantemente equacionadas e contrabalançadas as potencialidades e as dificuldades dos alunos, bem como os conhecimentos dos professores sobre os recursos específicos de apoio existentes, nomeadamente, em relação às novas tecnologias e às possibilidades de serem utilizados.

Ora, quando analisamos os dados referentes ao tema NEE, verificamos que os professores referem-se não só às deficiências físicas e sensoriais, mais notórias e também contempladas pelo contingente especial de acesso ao ensino superior, mas também a outras dificuldades. Aliás, no discurso das entrevistas, o conceito de perturbações emocionais é frequentemente utilizado pelos professores e alguns deles parecem utilizá-lo como sinónimo de deficiência mental. Tal fato, a não diferenciação entre a perturbação mental e a deficiência mental, é relatado em outros estudos e poderá estar associado à falta de conhecimento aprofundado e específico acerca das NEE, sendo que este revela-se como um fator determinante no sucesso da educação inclusiva (Lídio & Camargo, 2008).

Não queremos terminar esta discussão sem referir que a forma como o diretor de curso toma conhecimento da situação do aluno é diversificada, revelando, por um lado, a falta de uniformização do procedimento em nível institucional e, por outro lado, a forma como o aluno com NEE vivencia a sua situação. Em algumas situações, parece não haver interesse explícito em usufruir de medidas educativas de apoio, mas em outras situações, essa necessidade torna-se explícita, verificando-se até o envolvimento parental e de colegas mais próximos. Além disso, sabemos também que alguns alunos no ensino superior

evitam ser identificados pelos serviços institucionais com receio de serem estigmatizados (Fernandes & Almeida, 2007). A esse propósito, importa lembrar que a responsabilidade da inclusão do estudante com NEE cabe a toda a comunidade acadêmica, mas também depende do papel do estudante na promoção da sua inclusão.

### Considerações Finais

De uma forma geral, o grupo de professores entrevistados assume um posicionamento próprio face à educação inclusiva no ensino superior. No entanto, importaria uma política nacional mais específica nesse domínio, que se traduzisse em uma maior uniformização de diretivas e práticas. Parece-nos que, se existem escolas básicas e secundárias de referência em função das problemáticas, talvez se pudesse equacionar igualmente a criação de universidades de referência.

No caso da universidade onde foi realizado o estudo, parece-nos que a existência de um artigo específico no regulamento de avaliação da aprendizagem, designado por “medidas de apoio aos alunos com necessidades educativas especiais, deficiências físicas e sensoriais”, ainda que generalista, mas procurando contemplar aspectos mais adequados à realidade do ensino superior; o fato de vários diretores de curso terem se disponibilizado a partilhar as suas percepções acerca da inclusão, apesar da sobrecarga de trabalho no final do ano letivo; e a aplicação de medidas extraordinárias na prática educativa não contempladas no regulamento, relatadas no estudo mais alargado que realizamos (Faria, 2012), são aspectos que traduzem sensibilidade e abertura dos docentes para responder às exigências da implementação do paradigma inclusivo no ensino superior.

No entanto, o número de participantes não constitui uma representação do universo dos professores, ressaltando que não se atingiu o ponto de saturação teórica. Isso significa que o alargamento da coleta de dados, junto de outros diretores de curso (e sobretudo de professores em geral), até se atingir a saturação teórica, poderia permitir a incorporação de novos dados na análise, podendo implicar a reorganização das categorias atuais ou a criação de outras categorias, o que possibilitaria a criação de um modelo compreensivo dos fundamentos e processos de inclusão dos alunos com NEE no ensino superior.

Uma variante deste estudo poderia ser a sua replicação ao nível do 2º ciclo do ensino superior,

pois surgem outros desafios em relação à aquisição de novas competências e colocam-se questões importantes relacionadas com a participação dos alunos com NEE nas unidades de estágio curricular e de dissertação de mestrado, sendo que os mesmos as referem como situações de desvantagem quando comparados com os colegas (Espadinha, 2010).

A presente investigação constitui um estudo exploratório sobre a inclusão no ensino superior dando voz aos professores. Partilhamos da ideia de que os professores são um elemento-chave no sucesso da inclusão educativa também no ensino universitário. Esperamos que este estudo constitua mais uma contribuição à reflexão e à concretização do que se entende por inclusão educativa e, em última instância, por sociedade inclusiva.

## Referências

- Abreu, S. M. (2011). *Alunos com necessidades educativas especiais: Estudo exploratório sobre a inclusão no ensino superior*. Dissertação de Mestrado não publicada, Universidade da Madeira, Funchal.
- Alqaryouti, I. A. (2010). Inclusion the disabled students in higher education in Oman. *International Journal for a Cross-Disciplinary Subjects in Education*, 1(4), 216-222.
- Correia, L. M., Malusá, S., Mourão, M. P., & Santos, A. F. (2011). A educação especial alcança o ensino superior: Como proceder? In Barca, A., Peralbo, M., Porto, A., Blanco, J., Silva, B. D. & Almeida, L. S. (Eds.), *Libro de Actas do XI Congresso Internacional Galego-Portugués de Psicopedagogía* (pp. 93-101). Corunha: Universidade da Corunha.
- Elhoweris, A., & Alsheikh, N. (2006). Teachers' attitudes toward inclusion. *International Journal of Special Education*, 21(1), 115-118.
- Espadinha, A. C. (2010). *Modelo de atendimento às necessidades educativas especiais baseado na tecnologia: Estudo de caso centrado em alunos de baixa visão*. Dissertação de Mestrado não publicada, Faculdade de Motricidade Humana, Universidade Técnica de Lisboa, Lisboa.
- Fakolade, O. A., Adeniyi, S. O., & Tella, A. (2009). Attitude of teachers toward the inclusion of special needs children in general education classroom: The case of teachers in some selected schools in Nigeria. *International Electronic Journal of Elementary Education*, 1(3), 156-169.
- Faria, C. P. (2012). *Inclusão de alunos com necessidades educativas especiais no ensino superior: Estudo exploratório sobre as perceções dos docentes*. Dissertação de Mestrado não publicada, Universidade da Madeira, Funchal.
- Felizardo, S. M. (2010). Perspectivas sobre a inclusão de alunos com necessidades educativas especiais. In Nogueira, C., Silva, I., Lima, L., Almeida, A. T., Cabecinhas, R., Gomes, R., Machado, C., Maia, A., Sampaio, A., & Taveira, M. C. (Eds.), *Actas do VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia* (pp. 2878-2888). Acesso em 10 de Julho de 2012, em "<http://www.actassnip2010.com>"
- Fernandes, E., & Almeida, L. (2007). Estudantes com deficiência na universidade: Questões em torno da sua adaptação e sucesso académico. *Revista de Educação Especial e Reabilitação*, 14, 7-14.
- Fernandes, E., & Maia, A. (2001). Grounded Theory. In E. Fernandes, & L. Almeida (Eds.), *Modelos e técnicas de avaliação: Contributos para a prática e a investigação psicológica* (pp. 49-76). Braga: Centro de Estudos em Educação e Psicologia, Universidade do Minho.
- Ferrari, M. A., & Sekkel, M. C. (2007). Educação inclusiva no ensino superior: Um novo desafio. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 27(4), 636-647.
- Ferreira, S. L. (2007). Ingresso, permanência e competência: Uma realidade possível para universitários com necessidades educativas especiais. *Revista Brasileira de Educação Especial*, 13(1), 43-60.
- Healey, M., Fuller, M., Bradley, M., & Hall, T. (2006). Listening to students: The experiences of disabled students of learning at university. In M., Adams, & S. Brown, (Eds.), *Towards inclusive learning in higher education: Developing curricula for disabled students* (pp. 32-43). London: Routledge Falmer.
- Leatherman, J. (2007). "I just see all children as children": Teachers' perception about inclusion. *The Qualitative Report*, 12(4), 594-611.
- Lidio, V., & Camargo, M. (2008). A percepção do docente na inclusão de aluno com necessidades educativas especiais no ensino superior. *Revista Triângulo*, 1(1), 4-19. Acesso em 11 de Maio de 2012, em "<http://www.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/revistatriangulo/article/view/44/66>"
- Mamah, V., Deku, P., Darling, S., & Avoke, S. (2011). University teachers' perception of inclusion of visually impaired in Ghanaian Universities. *International Journal of Special Education*, 26(1), 70-79.

- Patrício, M. I. (2002). Políticas de inclusão no sistema educativo: A escola e a socialização das pessoas com deficiência. *Revista Portuguesa de Administração e Políticas Públicas*, 3(1-2), 119-128.
- Pires, L. A. (2007). *A caminho de um ensino superior inclusivo? A experiência e percepções dos estudantes com deficiência: Estudo de caso*. Dissertação de Mestrado não publicada. Faculdade de Motricidade Humana, Lisboa.
- Pires, L. A. (2009). *Levantamento nacional dos apoios aos estudantes com deficiência no ensino superior*. Comunicação apresentada no I Seminário GTAEDS (Grupo de Trabalho para o Apoio a Estudantes com Deficiências no Ensino Superior): Contributos para uma Universidade Inclusiva, Faculdade de Letras da Universidade de Lisboa, Lisboa.
- Rebelo, M. (2011). *Concepções e práticas do 2º e 3º ciclo do ensino básico face à inclusão de crianças com necessidades educativas especiais*. Dissertação de Mestrado não publicada, Escola Superior de Educação de Lisboa, Lisboa.
- Reis, M. C. (2003). *As pessoas deficientes/estudantes no ensino superior: O papel dos gabinetes de apoio*. Dissertação de Mestrado não publicada, Universidade do Porto, Porto.
- Rodrigues, S. M. (2004). *A experiência da perda de visão, a vivência de um processo de reabilitação, e as percepções sobre a qualidade de vida*. Dissertação de Mestrado não publicada, Universidade do Minho, Braga.
- Rodrigues, S. E., Fernandes, E., Mourão, J., Almeida, L., Soares, A. P., & Veloso, A. (2007). Estudantes com deficiência no ensino superior: Percepção dos fatores facilitadores e inibidores da integração e do sucesso académico. In A., Barca, M., Peralbo, A., Porto, B. D., Silva, & L. S. Almeida, (Eds.), *Actas do IX Congresso Galego-Português de Psicopedagogia* (pp. 371-321). Corunha: Universidade da Corunha.
- Souza, L. (2011). *Concepções dos alunos com necessidades educativas especiais acerca das aspirações, expectativas e obstáculos ao seu desenvolvimento profissional*. Dissertação de mestrado não publicada, Universidade Técnica de Lisboa, Lisboa.
- Strauss, A., & Corbin, J. (1998). *Basics of qualitative research: Techniques and procedures for developing grounded theory*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Vidacek-Hains, V., Kirinic, V., & Kovacic, A. (2011). Students with disabilities and other special needs in the process of higher education: Inclusion issues. *International Journal of Knowledge and Learning*, 7(1), 70-85.
- Wang, H. L. (2009). Should all students with special educational needs be included in mainstream education provision? A critical analysis. *International Education Studies*, 2(4), 154-161.
- Zimbardo, P., & Ebbesen, E. B. (1973). *Influência em atitudes e modificação do comportamento*. São Paulo: Edgar Blucher.

**Endereço para correspondência:**

Ana Pereira Antunes  
 Centro de Artes e Humanidades, Universidade da Madeira  
 Edifício da Penteadá, Caminho da Penteadá  
 CEP: 9000-390 – Funchal, Portugal  
 E-mail: aantunes@uma.pt

Recebido em 15/02/2013

Revisto em 23/09/2013

Aceito em 04/10/2013

## Imigração e Trabalho: Um Estudo sobre Identidade Social, Emoções e Discriminação contra Estrangeiros\*

Immigration and Labor: A Study on Social Identity, Emotions, and Discrimination against Foreigners

Sônia Maria Guedes Gondim<sup>1</sup>

Elza Maria Techio<sup>1</sup>

Juliana Paranhos<sup>1</sup>

Talita Moreira<sup>1</sup>

Carolina Brantes<sup>1</sup>

José Bonifácio Sobrinho<sup>1</sup>

Vitor Santana<sup>1</sup>

### Resumo

Esta pesquisa analisa o poder explicativo da percepção de concorrência do estrangeiro no mercado de trabalho brasileiro, da identidade social, das emoções intergrupais e da supressão e reavaliação cognitiva na percepção de discriminação contra estrangeiros. Oitenta e nove pessoas que se encontravam nas áreas de circulação do aeroporto internacional de uma capital brasileira responderam ao *survey* eletrônico. Foram realizadas análises descritivas e de regressão. As emoções intergrupais e a percepção de ameaça geral contribuem para a explicação da percepção de discriminação. Encontrou-se correlação positiva entre a ameaça simbólica, econômica e hostilidade para com o estrangeiro. A supressão e reavaliação emocional não possuem relevância na explicação da percepção de discriminação.

**Palavras-chave:** Imigração; identidade social; mercado de trabalho; emoções intergrupais.

### Abstract

This research analyzes the explanatory power of perceived competition concerning foreigners in the Brazilian labor market, and of social identity, intergroup emotions, suppression and cognitive reappraisal on the perception of discrimination against foreigners. Eighty-nine people passing through the circulation areas of the international airport of a major Brazilian city responded to the electronic survey. Descriptive and regression analyses were conducted. Intergroup emotions and the perceptions of a general threat are factors that explain the perception of discrimination. A positive correlation was found between the symbolic, economic threat and hostility towards foreigners. Suppression and reappraisal of emotions have no relevance in explaining the perception of discrimination.

**Keywords:** Immigration; social identity; labor market; intergroup emotions.

<sup>1</sup>Universidade Federal da Bahia (Salvador), Brasil

Fome, violência e perseguição política, aliadas à esperança de encontrar felicidade em outras terras, explica, há muito tempo, a mobilidade de pessoas no mundo. As diferenças entre povos e nações expõem as pessoas à intolerância, à exclusão e à discriminação nos países de migração.

Apesar de, entre os anos 2000 a 2008, ter saltado de 2 para 3,7 milhões o número de brasileiros que saíram para trabalhar fora do país (Brzozowski, 2012), assiste-se à retomada do crescimento de imigrantes que afluem ao país por motivos econômicos. Pelos dados da coordenação geral de imigração (CGig) do Ministério do Trabalho e Emprego no Brasil (Ministério do Trabalho e Emprego [MTE], 2011), o número de autorizações concedidas a estrangeiros para trabalharem no país saltou de 29.488, em 2007, para 56.006,

em 2010. Dados de 2012 do MTE sinalizam que os estadunidenses (n=7.179) ocupam o topo da lista, seguidos pelos filipinos (n=3.698), haitianos (n=3.483) e ingleses (n=3.428).

São Paulo é uma das cidades brasileiras que mais recebem estrangeiros (n=83.679, 1% do total no Brasil) (Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada, 2011). Esse grupo social é caracterizado por nível educacional superior (46%), jornada de trabalho acima de 45 horas semanais (58,2%) e remuneração mensal mais elevada, distinguindo-se dos migrantes do sul, sudeste e centro-oeste do país. Resultados da pesquisa de Vilela (2011) também indicam que, na maioria, os estrangeiros possuem iguais ou melhores condições de trabalho que os brasileiros.

A outra face da moeda dos movimentos migratórios é revelada pelos indicadores de trabalho escravo envolvendo estrangeiros no Brasil (Baeninger, 2012), caracterizado pela ausência de acordo fixando direitos e deveres na relação de empregador e empregado. Bolivianos lideram a lista de estrangeiros que trabalham nessas condições, seguidos de paraguaios e peruanos (Veloso, 2011). A situação dos bolivianos já havia sido objeto de análise de Illes, Timóteo e Fiorucci (2008) nos acompanhamentos feitos pelo Centro de Apoio do Serviço Pastoral dos Migrantes, entidade vinculada à Confederação Nacional dos Bispos do Brasil (CNBB). O Centro de Apoio atua diretamente no atendimento às vítimas e no enfrentamento ao tráfico de imigrantes, em especial os sul-americanos provenientes da Bolívia, Paraguai e Peru, que chegam ao Brasil para trabalhar nas oficinas de costuras de São Paulo.

Quais seriam, então, as implicações desse cenário e como isso se converteria em um problema de relevância científica? Em uma nova ordem mundial na qual as fronteiras territoriais, sociais, econômicas, políticas, culturais e valorativas tornam-se menos definidas e mais flexíveis, impõe-se um novo formato de relações políticas entre os países que gera consequências psicossociais. Ao lado da expansão das fronteiras da economia brasileira, que levou os brasileiros a trabalharem em outros países, presencia-se o crescimento da concorrência no mercado de trabalho interno. A rivalidade passa a ser não somente com um compatriota, mas com um estrangeiro.

O objetivo da pesquisa foi analisar se a tendência de discriminação contra estrangeiros pode ser explicada pela percepção de concorrência no mercado de trabalho nacional, pelos processos de identificação social, pela percepção de ameaça, pelas emoções intergrupais e pelo uso de estratégias individuais de regulação emocional. A articulação dos conceitos se dá pela suposição de que a percepção de concorrência no mercado de trabalho nacional ativa a identidade social e desencadeia um conjunto de emoções direcionadas aos estrangeiros, com repercussões na emergência de comportamentos discriminatórios no trabalho. As estratégias de autorregulação emocional poderiam exercer um papel de moderação na exacerbação ou atenuação dos comportamentos discriminatórios.

Há quatro aportes teóricos mais significativos para o desenvolvimento do estudo proposto: a identidade social, as emoções sociais (ou afetos) direcionadas a grupos de estrangeiros (emoções intergrupais),

a teoria das estratégias de regulação emocional e as do preconceito e discriminação.

## Identidade e Categorização Social

Vinculada à perspectiva das relações intergrupais, Tajfel e Turner (1979) introduzem a definição de identidade social como aquela parte do autoconceito pessoal que deriva do conhecimento ou reconhecimento da pertença a um determinado grupo ou categoria social e do significado valorativo e emocional associado a essa pertença.

A teoria da identidade social proposta por Tajfel e Turner não é uma única teoria, mas um conjunto de microteorias que tentam explicar como cada um se percebe como membro do grupo e estabelece relações com os membros de seu próprio grupo (endogrupo) e os de outros grupos (exogrupos). Apresentada como uma alternativa das explicações individualistas na Psicologia social norte-americana, Tajfel (1983) chamava a atenção para a necessidade de articulação entre as variáveis psicológicas e sociais, integrando diferentes níveis de explicação (intrapessoal, interpessoal, intragrupal e intergrupar, posicional e ideológico), com base na suposição da importância do *status* e poder e da posição que a pessoa ocupa na sociedade na formação de sua identidade e no seu comportamento.

A identidade social ativa um conjunto de afetos e atitudes para consigo mesmo e o seu grupo de pertencimento, contribuindo para o autoconceito (crenças e cognições) e a autoestima (atitudes e emoções). A identidade social é, portanto, parte do autoconceito do indivíduo, que é construído a partir da consciência de pertença a um ou mais grupos sociais.

Na busca de estabelecer uma visão mais integrada da identidade social com a realidade social, o marco teórico introduz outros construtos psicossociais relevantes que facilitam a compreensão da construção da identidade social, tais como a categorização e a comparação social. O processo de categorização social facilita a identificação da pessoa como membro de grupos sociais, ao ter em conta a crença de que compartilham características comuns (Smith & Mackie, 1997). Tal processo de categorização surge da necessidade do processamento cognitivo, não só de categorizar pessoas (agrupar unidades), mas de se autocategorizar (Turner, Hogg, Oakes, Reicher & Wetherell, 1987).

Nesse processo, a identidade social torna-se relevante quando uma das categorias grupais inclui a própria pessoa. Devido à necessidade de manter uma relação interpessoal próxima com os membros do mesmo grupo, ou por interesse pessoal, desenvolve-se o viés endogrupal, que consiste na preferência por aquelas pessoas com as quais se compartilha uma categoria social, contrapondo-se à derrogação exogrupal, que é a tendência para a desvalorização de pessoas percebidas como membros de outros grupos (Tajfel & Turner, 1979).

Outro conceito que compõe a teoria da identidade social é o da comparação social (Festinger, 1954). É mediante o processo de comparação que uma identidade social é colocada em evidência. As pessoas tendem a realizar comparações em dimensões relevantes, para marcar diferenças e preservar a autoestima do grupo de pertença (distintividade intergrupala) (Abrams & Hogg, 1990).

Associada à teoria da identidade social, categorização e comparação social, encontra-se a teoria integradora da ameaça (Stephan et al., 2002), que tem como origem a teoria dos conflitos reais. A teoria integradora das atitudes intergrupais sugere que a origem do preconceito encontra-se em quatro tipos básicos de ameaça: a) a realista (conflito por recursos escassos); b) a simbólica (diferenças percebidas entre os grupos no que tange aos valores, crenças e normas); c) estereótipos negativos (geram expectativas negativas de interação); d) ansiedade intergrupala (ansiedade produzida pela possibilidade de estabelecer contato com membros de outros grupos ou diferentes do endogrupo).

- Objetivo específico 1: identificar o sentimento de afinidade e de concorrência de brasileiros em relação a grupos de estrangeiros (africanos, asiáticos, europeus, norte-americanos e sul-americanos).

### **Emoções e Sentimentos Direcionados a Categorias Sociais: Emoções Intergrupais**

As emoções e os demais estados afetivos (sentimentos, humores, temperamentos) cumprem funções essenciais na vida humana (por exemplo, Fernández-Abascal, Garcia-Rodríguez, Jiménez-Sánchez, Martín-Díaz & Domínguez-Sánchez, 2010). As emoções são fenômenos complexos de difícil demarcação científica, em que estão implicadas condições desencadeantes (estímulos externos e internos), experiências subjetivas ou sentimentos (interpretação subjetiva), diversos níveis de processamento

cognitivo (processos valorativos), mudanças fisiológicas (processos de ativação), padrões expressivos de comunicação (expressividade), efeitos motivadores de ações e funções adaptativas (Dixon, 2012; Izard, 2010; Kleiniganna & Kleiniganna, 1981). Em resumo, as emoções e os diversos estados afetivos cumprem três funções básicas: adaptativas (preparar o organismo para a ação), sociais (comunicar estados de ânimo) e motivacionais (ativar condutas específicas).

As emoções podem ser classificadas em primárias e secundárias (Damásio, 1994). As primeiras tiveram um papel fundamental na filogenia e na ontogenia (Darwin, 1859) e, embora haja controvérsias sobre quais seriam elas, as mais comumente referidas são tristeza (função de reintegração), alegria (função de afiliação), asco (função de afastamento), surpresa (função de exploração), medo (função de proteção) e raiva (função de autodefesa).

Emoções secundárias dizem respeito a outros tipos de emoções e estados afetivos que cumprem funções adaptativas de natureza social, moral e autoconsciente, dentre as quais se destacam culpa, inveja, vergonha, orgulho, arrogância e ciúme. Tais emoções são consideradas autoconscientes, pois, para sua emergência, necessitam da identidade pessoal, da internalização de normas sociais (discernir o que é certo ou errado) e da capacidade de autoavaliação das ações e pensamentos (Etxebarria, 2010; Hoffman, 1992; Lewis, 2000; Mascolo & Fischer, 1995; Tangney & Fischer, 1995). Vinculado a esse entendimento de haver emoções sociais que se somam às emoções primárias, há um conjunto de estados afetivos que regulam a qualidade das interações humanas, contribuindo para a aproximação e o afastamento de grupos sociais. As emoções e os estados afetivos, portanto, podem explicar tanto comportamentos prossociais como atos de violência e discriminação.

A teoria das emoções intergrupais (Kemper, 1978; Parkinson, Fischer & Manstead, 2005) ajuda a compreender melhor essas associações. As emoções intergrupais são vivenciadas pelos indivíduos quando eles se identificam com o grupo social (identidade social), fazendo desse grupo parte de sua identidade pessoal (Mackie, Devos & Smith, 2000; Smith, 1993). Quatro critérios classificam as emoções como intergrupais: 1) distinguem-se das emoções no nível individual (estas não necessitam de compartilhamento); 2) dependem do grau de identificação com o grupo; 3) exigem um nível de compartilhamento no grupo; 4) orientam

as atitudes e os comportamentos nas relações com os membros do próprio grupo e de outros grupos (Smith, Seger & Mackie, 2007). Em resumo, a premissa básica da teoria das emoções intergrupais é de que, quando os indivíduos se identificam com o grupo, essa identidade intragrupo passa a fazer parte do seu eu, adquirindo significância emocional e social.

De acordo com o modelo conceitual de Smith et al. (2007), as emoções grupais e intergrupais se diferenciam não só das emoções individuais, mas também das emoções sociais (ou autoconscientes). As últimas emergem das interações sociais e definem uma qualidade de relação com outros grupos, mas nem sempre são compartilhadas intragrupo. Por exemplo, a empatia envolve a capacidade de se colocar no lugar da outra pessoa e compreender o que ela está sentindo. Não significa que todos os membros do grupo sintam-se empáticos com uma dada pessoa. Trata-se de uma emoção social, mas não necessariamente de uma emoção intergrupar (compartilhada pelo endogrupo em relação a pessoas pertencentes ao exogrupo). No entanto, uma emoção social pode ser compartilhada por um grupo e vir a se tornar intergrupar. A vergonha pode ser uma emoção social compartilhada por filiados a um partido político conhecido por defender a ética, cujos membros foram flagrados em atos de corrupção. A vergonha torna-se compartilhada no nível intragrupo como forma de oposição aos corruptos e traidores dos ideais do partido (grupo dos não corruptos contra o grupo dos corruptos).

A compreensão da articulação entre emoções sociais, grupais e intergrupais é importante neste estudo, ao se supor que a percepção de ameaça de um grupo estrangeiro ativa a identidade social (sentimento de pertencimento a um país, no caso, o Brasil) e contribui para o surgimento de emoções intergrupais (de brasileiros para com estrangeiros), repercutindo na manifestação de comportamentos discriminatórios em relação a estrangeiros.

- Objetivo específico 2: avaliar as associações entre o grau de afinidade (identidade social) com o grupo estrangeiro e as emoções intergrupais que sinalizam sociabilidade (aproximação) ou hostilidade (afastamento) para com estrangeiros e de que modo isso explica as tendências discriminatórias.

## Regulação Emocional

A regulação emocional é definida como processos conscientes, inconscientes, automáticos e con-

trolados de mudança da expressão emocional e dos estados internos para modificar a experiência pessoal (Gross, 1998, 2007). A temática da regulação emocional traz a discussão das funções que ela cumpre na vida humana e em sociedade. No âmbito pessoal, a autorregulação evita o sofrimento e mantém a saúde e o bem-estar psicossocial (Zapf & Holz, 2006), além de maximizar o prazer via expressão de emoções positivas (Salovey, Rothman & Rodin, 1998). Em termos sociais, é importante aliada na conformidade às expectativas e normas sociais e cumpre um papel relevante no gerenciamento de emoções negativas para assegurar a qualidade dos relacionamentos sociais (Van Kleef, 2009; Van Kleef & Cotê, 2007).

Gross (1998) distingue dois grandes grupos de estratégias de regulação emocional: focadas nos aspectos antecedentes e focadas nos consequentes. No primeiro grupo, o indivíduo controla a situação e a percepção da situação desencadeadora de emoção por meio da seleção ou da modificação da situação, atenção posicionada e mudança cognitiva. A seleção da situação consiste em aproximar-se ou distanciar-se de pessoas, objetos e eventos para evitar emoções indesejáveis ou fazer vir à tona emoções desejáveis; a modificação da situação consiste em expressar emoções intencionais para mudar o curso da interação em andamento; a atenção posicionada consiste em redirecionar o foco da atenção para:

- i) distração, que centra em aspectos não emocionais da situação ou em outros eventos mais prazerosos;
- ii) concentração, que foca uma outra atividade para evitar pensar na situação que evoca a emoção, e
- iii) ruminação, que foca demasiadamente o evento eliciador da emoção e suas consequências, com o objetivo de esgotar as possibilidades de se sofrer pelo evento, fazendo-o perder a sua força.

A mudança cognitiva consiste em negar e interpretar positiva ou negativamente, comparar o que se sente com o que outras pessoas sentem em situações semelhantes ou reavaliar a situação de uma perspectiva distinta para atenuar o seu impacto emocional.

Na regulação focada nos aspectos consequentes, o indivíduo tenta mudar os estados fisiológicos pessoais e a expressão da emoção, uma vez que ela tenha sido eliciada. As estratégias para lidar com os aspectos fisiológicos referem-se às ações para atenuar ou compensar os impactos emocionais por meio de exercícios respiratórios, de *biofeedback* e de relaxamento e ainda pelo uso de tranquilizantes, relaxantes musculares, álcool,

comida e cigarro. A regulação da expressão também pertence a esse grupo de estratégias focadas nos aspectos consequentes e é feita por meio da supressão (tentar não mostrar) ou da intensificação (fazer questão de mostrar) para modular a experiência emocional. Há ainda outra estratégia de regulação focada nos aspectos consequentes, que é o compartilhamento social das emoções. Após experiências de forte impacto emocional negativo, as pessoas escrevem em diários e também conversam com amigos ou até mesmo desconhecidos sobre os seus sentimentos pessoais, na tentativa de atenuá-los ou modificá-los, conseguir suporte e até mesmo efetuar comparações que permitam a reavaliação de sentimentos.

- Objetivo específico 3: testar o papel moderador das estratégias de supressão (estratégia superficial ou com foco no consequente emocional) e de reavaliação (estratégia profunda ou com foco no antecedente) nas tendências discriminatórias contra estrangeiros. A suposição é de que a reavaliação cognitiva está relacionada a uma avaliação mais positiva do grupo de estrangeiros concorrentes, estando associada à sociabilidade na interação intergrupal, enquanto a supressão de sentimentos está associada à hostilidade na interação intergrupal.

### Preconceito e Discriminação

O preconceito é definido como uma atitude negativa em relação a uma pessoa pelo simples fato de ela ser percebida como membro de um grupo social para o qual são atribuídas características negativas. O preconceito ancora-se na crença de que essa pessoa possui as características negativas atribuídas ao seu grupo de pertencimento (Allport, 1954). A atitude seria constituída por dois componentes: um cognitivo (generalização categorial) e outro disposicional (afetivo – hostilidade), que influenciam os comportamentos discriminatórios (Pereira, Torres, & Almeida, 2003). A discriminação, por sua vez, é o comportamento objetivo ou a intenção de agir de forma a diferenciar positivamente os membros do endogrupo dos do exogrupo. Tajfel (1983) dá um salto no entendimento dos comportamentos discriminatórios ao destacar a influência dos estereótipos no processo. Definidos como crenças socialmente compartilhadas sobre a natureza dos grupos (endo e exogrupo), os estereótipos seriam desencadeadores de ações específicas em relação ao exogrupo. Nessa perspectiva, destaca-se como fator determinante dos preconceitos sociais a inserção do indivíduo

em uma categoria social e seu grau de identificação para com ela. Os indivíduos procuram manter uma identidade social positiva, que contribui para elevar a autoestima. Quanto maior a identificação com um grupo, maior a tendência a diferenciar positivamente o endogrupo em comparação com o exogrupo, aspectos fundamentais para alicerçar o estudo aqui proposto em relação à categoria social de estrangeiros que concorre no mercado de trabalho nacional.

Pelas perspectivas clássicas e a teoria integrada das atitudes intergrupais de Stephan et al. (2002), os principais fatores psicossociais explicativos dos processos de preconceito e discriminação social são: 1) a percepção de conflito real por recursos escassos e as ameaças sociais percebidas; 2) a ameaça simbólica; 3) os estereótipos negativos; 4) a ansiedade sentida quando em contato com grupos diferentes ou desconhecidos; e 5) os valores culturais autoritários e normativos que enfatizam a exclusão do diferente e do estranho. A socialização mediante valores convencionais e hierárquicos reforçaria, então, as crenças conservadoras, etnocêntricas e a forte identificação com o endogrupo, levando, por sua vez, a uma maior sensibilidade em relação à ameaça real e simbólica e igualmente fortalecendo os comportamentos discriminatórios.

Ao analisar esses fatores explicativos do comportamento discriminatório, pode-se aventar a hipótese de que, embora o brasileiro historicamente seja considerado como hospitaleiro e receptivo para com os estrangeiros, diferentemente de países que vivem conflitos étnico-raciais históricos, a disputa no mercado de trabalho por postos especializados de maior *status* e remuneração podem vir a desencadear processos psicossociais discriminatórios, ativados pela ameaça à identidade social (ameaça simbólica), à ameaça instrumental (econômica e de segurança) e à autoestima grupal.

- Objetivo específico 4: avaliar as relações entre percepção de ameaça (simbólica, econômica e de segurança) e tendências comportamentais de amabilidade (por exemplo, tentar fazer amizades, elogiá-los quando fazem bem o trabalho, procurar aprender com eles, falar bem deles etc.) e de hostilidade (por exemplo, ignorar a presença deles, colocar apelidos, dar tarefas adicionais, espalhar rumores, evitar cumprimentá-los etc.) para com o grupo estrangeiro de forte concorrência.

Em resumo, a suposição geral da pesquisa é de que a identidade social nacional é ativada em presença de grupos de trabalhadores estrangeiros que passam

a atuar no mercado de trabalho local, aumentando a concorrência por postos de trabalho (em especial, nos casos de maior atratividade). Uma vez ativada a identidade social e a percepção de ameaça (real e/ou simbólica), um conjunto de emoções compartilhadas pelo endogrupo (grupo social de nacionalidade) passa a ter como alvo o grupo social estrangeiro considerado ameaçador (exogrupo), com repercussões na tendência de comportamentos discriminatórios em relação a esse grupo. A variável da autorregulação emocional (estratégias de regulação emocional) atuaria como moderadora, repercutindo no aumento ou diminuição de discriminação social.

## Método

Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo e correlacional.

### *Participantes*

Participaram da pesquisa 89 pessoas, sendo a maioria de homens (59%). A idade média dos entrevistados foi de 32,57 anos (desvio padrão – DP=10,61), variando entre 18 a 63 anos. Em relação ao nível educacional, 30,7% (n=27) possuía pós-graduação; 23,9% (n=21), nível superior completo; 27,3% (n=24), nível superior incompleto e 13,6% (n=12), ensino médio completo.

Cinco participantes (5,6%) têm pelo menos um dos pais estrangeiros e 15 (16,9%) possuem ao menos um dos avós de outra nacionalidade. Quanto ao *status* ocupacional, 74% (n=66) estão inseridos no mercado de trabalho. A maioria deles, 53,93% (n=48), trabalha ou já trabalhou com estrangeiros, mas a experiência de trabalho no exterior é pequena (n=10), não ultrapassando 4 anos.

### *Instrumentos*

#### *Medida de Emoções Intergrupais*

A medida de sentimentos nas relações intergrupais foi baseada em estudos anteriores sobre atribuições de emoções entre líderes e liderados (Gondim, Álvaro-Estramiana, Schweiger-Gallo, Sá, & Rios, 2008). A medida possui 28 itens, descrevendo afetos presentes nas interações intergrupos, distribuídos em duas dimensões de 14 itens cada: sociabilidade positiva (por exemplo, amizade, solidariedade, compreen-

são) e sociabilidade negativa (por exemplo, falsidade, repulsa, superioridade). A escala de resposta é do tipo Likert de 5 pontos, variando de (1) “Definitivamente não é o que sentimos” a (5) “Definitivamente é o que sentimos”. A análise fatorial pelo método de extração dos eixos principais e rotação oblíqua teve como solução os dois fatores, explicando 43,7% da variância. As cargas fatoriais oscilaram de 0,35 a 0,77, a dimensão sociabilidade positiva obteve  $\alpha=0,90$  e a sociabilidade negativa,  $\alpha=0,88$ .

#### *Medida de Percepção de Discriminação*

Os itens foram construídos pela equipe de pesquisadores com base na literatura de assédio moral no trabalho, especialmente os trabalhos de Hirigoyen (2001), e envolvem comportamentos discriminatórios dirigidos ao grupo social de estrangeiros percebidos como fortes concorrentes no mercado de trabalho nacional. A medida é composta de 22 itens, distribuídos em duas dimensões: Amabilidade – comportamentos de aproximação intergrupais; e Hostilidade – comportamentos de distanciamento e pouca cordialidade intergrupais. A escala de resposta é do tipo Likert de 5 pontos, variando de (1) “Definitivamente os brasileiros não agem assim” a (5) “Com certeza os brasileiros agem assim”.

A análise fatorial por extração dos eixos principais e de rotação oblíqua indicou a presença dos dois fatores, cada um com 11 itens, explicando 43,7% da variância. As cargas fatoriais oscilaram de 0,45 a 0,78, a dimensão amabilidade obteve  $\alpha=0,72$  e a dimensão de hostilidade,  $\alpha=0,89$ .

#### *Escala de Regulação Emocional*

Criada por Gross e John (2003), a escala propõe-se a avaliar o uso de dois tipos de estratégias de regulação emocional: reavaliação cognitiva e inibição de emoções negativas (supressão). A reavaliação cognitiva é um mecanismo de mudança cognitiva, que envolve a reavaliação de situações para atenuar o impacto negativo. A inibição de emoções ou supressão é uma forma de modulação de respostas de controle de manifestação facial ou verbal de emoções. Possui 10 itens, a serem respondidos em uma escala do tipo Likert de 5 pontos, variando de (1) “Definitivamente não é o que faço” a (5) “Definitivamente é o que faço”. Seis itens medem a reavaliação cognitiva (por exemplo, “Quando quero sentir menos emoções negativas

mudo o jeito que estou pensando sobre a situação”) e quatro itens, a supressão (por exemplo, “Eu controlo minhas emoções tentando evitá-las”). O coeficiente de consistência interna total da escala no estudo original apresentou  $\alpha=0,69$ .

A análise fatorial pelo método dos eixos principais e rotação oblíqua realizada com a amostra deste estudo revelou dois fatores, explicando 33,21% da variância. As cargas fatoriais oscilaram de 0,38 a 0,81, a consistência interna total da escala apresentou  $\alpha=0,69$ , o fator de reavaliação cognitiva apresentou  $\alpha=0,70$  e o fator de supressão,  $\alpha=0,65$ .

### *Medida de Percepção de Ameaça*

A medida foi adaptada da escala desenvolvida por Stephan e Stephan (2000) de percepção de ameaça à segurança política (por exemplo, “A vinda dessas pessoas pode fazer com que aumente a criminalidade no Brasil”), econômica (por exemplo, “Os recursos e desenvolvimento econômico dos brasileiros estão ameaçados pelos estrangeiros que vêm trabalhar no Brasil”) e simbólica (por exemplo, “A nossa liberdade e direitos estão ameaçados pelos estrangeiros que vêm trabalhar no Brasil”). A medida possui 6 itens a serem respondidos em uma escala do tipo Likert de 5 pontos, variando de (1) “Discordo totalmente” a (5) “Concordo totalmente”. Dentre os itens, dois referem-se à percepção de ameaça econômica, três estão relacionados à percepção de ameaça simbólica e um é sobre a percepção de ameaça à segurança. A consistência interna da medida apresentou  $\alpha=0,65$ .

### *Outras Variáveis Mensuradas*

No questionário, foram incluídas também duas questões sobre o grau de aceitação da vinda do estrangeiro para trabalhar no Brasil “Em que medida acha que o Brasil deve permitir que estrangeiros venham trabalhar no Brasil” e “Em que medida acha que o Brasil deve permitir que estrangeiros altamente qualificados venham trabalhar no Brasil”, respondidas em uma escala de 4 pontos, variando de (1) “Não deve permitir a vinda de ninguém” a (4) “Deve permitir a vinda de muitas pessoas”. O preconceito foi medido pela aceitação de relações de proximidade e intimidade na relação com o estrangeiro, mediante uma escala de 7 níveis que variava de (1) Máxima relação de intimidade (casamento) a (7) Máximo afastamento (expulsão do país). Perguntou-se também sobre a

percepção de concorrência no mercado de trabalho nacional e de afinidade (identidade social) de diversos grupos estrangeiros (africanos, asiáticos, norte-americanos, europeus e latino-americanos), fazendo uso de uma escala de resposta de 5 pontos para cada uma das perguntas, variando de (1) “Não tenho nenhuma afinidade/fraco concorrente” a (5) “Tenho completa afinidade/forte concorrente”.

### *Procedimentos de Coleta de Dados*

Para a coleta de dados, foi utilizado um questionário eletrônico (EFS Survey, da Globalpark). A coleta foi realizada no Aeroporto Internacional de Salvador, no período de 6 a 13 de agosto de 2012. As pessoas presentes nas áreas de circulação do aeroporto eram abordadas por um dos membros da equipe de pesquisa (devidamente credenciados conforme regulamento da administração do aeroporto) e convidadas a preencherem o questionário eletrônico. Após esclarecimentos iniciais e concordância, o participante optava por responder ao questionário *on-line* pelo *notebook* da equipe de pesquisa ou pelo seu computador pessoal mediante o *link* de acesso. Na primeira página, era apresentado o termo de consentimento livre e esclarecido. O tempo máximo de resposta foi de até 25 minutos.

### *Procedimentos de Análise de Dados*

Inicialmente, foram adotados os procedimentos para avaliar o atendimento aos pressupostos de normalidade da distribuição em relação aos erros de estimação. Foram realizados os testes Kolmogorov-Smirnov e Shapiro-Wilk pelo *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 17. Os resultados não indicaram significância estatística, revelando haver normalidade na distribuição (Field, 2009; Hair, Black, Babin, Anderson, & Tatham, 2009). Estatísticas descritivas foram utilizadas para caracterização da amostra e análise da distribuição das respostas nas variáveis mensuradas. Para as análises inferenciais, utilizaram-se medidas comparativas, como o teste *t*, análise de variância (ANOVA), análise multivariada de variância (MANOVA) e análise de regressão múltipla.

A título de esclarecimento, procurou-se saber o tamanho da amostra necessário para a análise dos dados por meio de modelos de regressão, considerando-se naturalmente as características do desenho do presente estudo e um tamanho de efeito esperado como moderado.

Usou-se o *software* G\*Power (disponível em <http://www.softpedia.com/get/Science-CAD/G-Power.shtml>), em que se fixou o nível de significância desejado ( $p < 0,05$ ) e poder de teste padrão nos programas de análise estatística de dados (i.e., 0,80), considerando-se 4 preditores na análise de regressão. O resultado indicou ser necessária uma amostra de no mínimo 85 participantes, sendo esse número menor do que o tamanho da amostra usada neste estudo.

## Resultados

Serão apresentadas inicialmente as análises descritivas, comparativas e as correlações, seguidas pelos resultados da análise de regressão múltipla, que pretendeu testar o valor preditivo de variáveis antecedentes na percepção de discriminação contra estrangeiros considerados fortes concorrentes no mercado nacional.

### *Análises Descritivas e Comparativas*

- Aceitação do estrangeiro: conforme resultado do teste  $t$  para dados emparelhados, o brasileiro aceita a vinda de estrangeiros qualificados para trabalharem no país ( $M=3,00$ ;  $DP=0,93$ ) de forma mais intensa que aceita a vinda de estrangeiros em geral ( $M=2,55$ ;  $DP=0,79$ ) [ $t_{(88)}=-4,102$ ;  $p < 0,00$ ].

Para avaliar o efeito das variáveis sexo, idade, nível educacional e *status* ocupacional, realizaram-se ANOVAs, cujos resultados não foram estatisticamente significativos.

- Percepção de ameaça do estrangeiro: a principal percepção de ameaça estrangeira é econômica ( $M=2,72$ ;  $DP=0,85$ ), seguida da simbólica ( $M=2,39$ ;  $DP=0,72$ ) e de segurança ( $M=2,08$ ;  $DP=1,18$ ). Os resultados dos testes  $t$  para dados emparelhados mostram que a ameaça econômica é maior que a simbólica ( $[t_{(88)}=3,274$ ;  $p < 0,0]$ ) e a de segurança [ $t_{(88)}=-4,467$ ;  $p < 0,00$ ]. A ameaça simbólica, por sua vez, é maior que a ameaça à segurança [ $t_{(88)}=2,609$ ;  $p < 0,00$ ].

Os resultados da MANOVA por medidas emparelhadas não indicaram diferenças estatisticamente significativas na percepção de ameaça em função do sexo, idade, nível educacional e *status* ocupacional.

- Percepção de concorrência e afinidade em relação a grupos de estrangeiros: o resultado do teste  $t$  para uma única amostra, utilizando-se o valor 3 como critério, revelou ser significativa a diferença em todas as categorias na percepção de concorrência. Os norte-americanos ( $M=3,84$ ;  $DP=1,214$ ) [ $t_{(88)}=6,546$ ;  $p < 0,01$ ], os europeus ( $M=3,72$ ;  $DP=1,206$ ) [ $t_{(88)}=5,625$ ;  $p < 0,01$ ] e os asiáticos ( $M=3,51$ ;  $DP=1,447$ ) [ $t_{(88)}=3,397$ ;  $p < 0,05$ ] apresentaram médias acima do ponto de corte, representando forte percepção de concorrência. Em contrapartida, o grupo de africanos ( $M=1,94$ ;  $dp=1,152$ ) [ $t_{(88)}=-8,652$ ;  $p < 0,01$ ] e os sul-americanos ( $M=2,61$ ;  $DP=1,144$ .) [ $t_{(88)}=-3,242$ ;  $p < 0,01$ ] apresentaram médias abaixo do ponto de corte, representando menor percepção de concorrência.

Em relação à afinidade, observou-se que os sul-americanos ( $M=3,30$ ;  $DP=1,162$ ) [ $t_{(88)}=2,463$ ;  $p < 0,05$ ] e os europeus ( $M=3,42$ ;  $DP=1,166$ ) [ $t_{(88)}=3,364$ ;  $p < 0,01$ ] foram percebidos como os grupos de maior afinidade, enquanto os asiáticos ( $M=2,55$ ;  $DP=1,216$ ) [ $t_{(88)}=-3,488$ ;  $p < 0,01$ ], o grupo de menor percepção de afinidade. Os norte-americanos ( $M=2,80$ ;  $DP=1,254$ ) [ $t_{(88)}=-1,522$ ;  $p=0,132$ ] e os africanos ( $M=3,01$ ;  $DP=1,327$ ) [ $t_{(88)}=0,080$ ;  $p=0,937$ ] estão na média, destarte, grupos neutros.

Para avaliar o efeito das variáveis sexo, idade, nível educacional e *status* ocupacional, realizaram-se ANOVAs, cujos resultados não foram estatisticamente significativos.

Da América do Norte, os Estados Unidos lideraram a lista (31,1%) de concorrentes. Da Ásia, a China ocupa essa posição (20,4%). Da Europa, a Alemanha (10,7%); da América do Sul, a Argentina (6,8%); e da África, Angola (3,9%).

- Emoções intergrupais: os brasileiros percebem mais sentimentos positivos na sua relação com os estrangeiros concorrentes ( $M=3,06$ ;  $DP=0,78$ ) do que negativos ( $M=2,37$ ;  $DP=0,78$ ), e a diferença entre essas médias é significativa, confirmada pelo resultado do teste  $t$  [ $t_{(88)}=5,32$ ;  $p < 0,01$ ]. Todavia, não foram encontradas diferenças em relação à idade, ao nível educacional, ao *status* ocupacional e ao sexo. As principais emoções intergrupais percebidas em relação a grupos estrangeiros forte concorrentes são seriedade ( $M=3,48$ ;  $DP=1,11$ ), sociabilidade ( $M=3,21$ ;  $DP=1,08$ ), sinceridade ( $M=3,13$ ;  $DP=1,15$ ) e simpatia ( $M=3,11$ ;  $DP=1,20$ ). Os sentimentos

negativos mais percebidos na relação foram superioridade ( $M=2,89$ ;  $DP=1,42$ ), intimidação ( $M=2,83$ ;  $DP=1,44$ ), prepotência ( $M=2,76$ ;  $DP=1,42$ ) e arrogância ( $M=2,56$ ;  $DP=1,33$ ).

- Regulação emocional: as estratégias de reavaliação cognitiva ( $M=3,58$ ;  $DP=0,72$ ) apresentaram médias maiores e significativas que as de supressão de emoções ( $M=2,86$ ;  $DP=0,85$ ) [ $t_{(88)}=6,897$ ;  $p<0,01$ ]. A ANOVA não revelou diferenças significativas no uso de estratégias por sexo, idade, *status* ocupacional e nível educacional.
- Preconceito e aceitação de proximidade com estrangeiro: 87,29% ( $n=82$ ) dos brasileiros apresentaram indicadores de aceitação de proximidade com o estrangeiro, tais como ter relacionamentos íntimos, conviver no ambiente de trabalho ou compartilhar o mesmo bairro. Uma minoria ( $n=7$ ) manifestou receio em ter relações íntimas e até expulsar o estrangeiro do Brasil. Em relação ao preconceito, os indicadores são baixos. A maior média foi no item de incômodo em ter chefes de raça ou grupo étnico diferente ( $M=1,83$ ;  $DP=1,074$ ). Não foram encontradas diferenças para as demais variáveis sociodemográficas.
- Percepção de discriminação do brasileiro em relação ao estrangeiro: os brasileiros apresentam alta amabilidade ( $M=3,48$ ;  $DP=0,76$ ) e baixa hostilidade ( $M=2,12$ ;  $DP=0,77$ ) para com o grupo estrangeiro concorrente. As médias foram estatisticamente significativas [ $t_{(88)}=10,143$ ;  $p<0,01$ ]. A menor média de amabilidade foi do item “poupá-los de tarefas adicionais em comparação com as dos demais colegas de trabalho” ( $M=2,58$ ;  $DP=1,17$ ) e a maior foi do item “tentar fazer amizade com eles” ( $M=3,83$ ;  $DP=1,16$ ). As médias da dimensão hostilidade oscilaram de “fazer ligações telefônicas ameaçadoras” ( $M=1,64$ ;  $DP=0,98$ ) a “imitar o sotaque para ridicularizá-los perante outras pessoas” ( $M=2,40$ ;  $DP=1,23$ ). A ANOVA não identificou diferenças significativas de tendências discriminatórias para as variáveis sociodemográficas do estudo.

#### Análise da Interação

Foi testado o efeito da interação das emoções intergrupais negativas (alta e baixa) e das estratégias de regulação emocional (alta e baixa) sobre as percepções de discriminação.

Os resultados da ANOVA fatorial não revelaram efeito de interação das estratégias de supressão [ $F_{(1,89)}=2,32$ ;  $p=0,13$ ], nem das de reavaliação cognitiva [ $F_{(1,89)}=0,61$ ;  $p=0,43$ ]. Somente foi encontrado efeito principal das emoções intergrupais negativas [ $F_{(1,89)}=4,07$ ;  $p=0,05$ ].

#### Análise de Regressão

Utilizou-se o método *enter* de regressão múltipla para analisar em que medida as variáveis utilizadas neste estudo predizem as percepções de discriminação contra o grupo de estrangeiro percebido como forte concorrente. Por razões teóricas, optou-se por incluir inicialmente os preditores emoções intergrupais negativas, percepção de ameaça do estrangeiro, regulação emocional de supressão e percepção de concorrência, a fim de avaliar seus impactos no fator de hostilidade para com o estrangeiro. Posteriormente, foram usados os preditores percepção de afinidade com grupos estrangeiros, emoções intergrupais positivas e estratégias de regulação emocional de reavaliação a fim de avaliar o impacto no fator amabilidade para com o estrangeiro. Os resultados da análise da regressão são apresentados nas Tabelas 1 e 2.

As emoções negativas e a percepção de ameaça explicam 24% da variância de respostas de hostilidade para com o estrangeiro, sendo que as emoções intergrupais negativas têm maior impacto ( $\beta=0,37$ ) que a percepção de ameaça estrangeira ( $\beta=0,21$ ). Ou seja, para cada aumento em uma unidade de desvio padrão de emoções negativas e de percepção de ameaça estrangeira, aumenta respectivamente em 0,37 e 0,21 (desvio padrão) a percepção de hostilidade para com estrangeiros. As estratégias de regulação emocional de supressão e a percepção de concorrência não têm impacto na explicação da hostilidade. As emoções positivas de brasileiros para com estrangeiros e o uso de estratégias de regulação emocional de reavaliação cognitiva explicam 17% da variância de respostas de amabilidade para com o estrangeiro, com impactos semelhantes ( $\beta=0,29$  e  $0,24$ , respectivamente). Ou seja, a cada aumento de uma unidade de desvio padrão de emoções positivas e de uso da estratégia de reavaliação emocional, aumenta em 0,29 e 0,24 (desvio padrão) a percepção de amabilidade para com o estrangeiro.

Foi aplicada a fórmula de Stein para avaliar o quanto o  $R^2$  representa diferentes amostras da população, tendo sido obtidos os valores 0,10 (no caso dos preditores de hostilidade) e 0,08 (no caso dos preditores de amabilidade).

**Tabela 1.** *Análise de regressão para hostilidade para com os estrangeiros*

Variáveis	$\beta^*$	EP $\beta^{**}$	$\beta^{***}$
Constante	0,63	0,47	
Emoções intergrupais negativas	0,36	0,09	0,37****
Percepção de ameaça estrangeira	0,22	0,10	0,21*****

\*Beta não padronizado; \*\*erro padrão do beta; \*\*\*beta padronizado

$R^2=0,24$  (n=89; \*\*\*\*p<0,001; \*\*\*\*\*p<0,05)

**Tabela 2.** *Análise de regressão para amabilidade para com os estrangeiros*

Variáveis	$\beta^*$	EP $\beta^{**}$	$\beta^{***}$
Constante	1,47	0,51	
Emoções intergrupais positivas	0,26	0,10	0,29****
Regulação emocional - reavaliação	0,25	0,10	0,24****

\*Beta não padronizado; \*\*erro padrão do beta; \*\*\*beta padronizado

$R^2=0,17$  (n=89; \*\*\*\*p<0,05)

res de amabilidade), indicando limites na generalização dos resultados, principalmente para os preditores de hostilidade. A estatística Durbin-Watson apontou valores próximos de 2, atendendo à hipótese de independência dos erros.

Foram analisados também os indicadores para fins de diagnóstico de não multicolinearidade entre os previsores, o que foi atendido (índice de tolerância acima de 0,20 e fator de inflação da variância – FIV – abaixo de 10). A análise das estatísticas residuais indicou que somente 3% dos casos tinham resíduos padronizados (2% aquém do esperado, que era de 5%). Por fim, a análise dos gráficos dos resíduos indica que foi atendida a hipótese de linearidade dos dados.

## Discussão

O principal objetivo da pesquisa foi analisar se a percepção de discriminação contra estrangeiros pode ser explicada pela percepção de concorrência no mercado de trabalho nacional, pela percepção de afinidade para com estrangeiros, pela percepção de ameaça, pelas emoções intergrupais e pelo uso de estratégias individuais de regulação emocional. Os resultados indicam que somente as emoções intergrupais negativas e a percepção de ameaça contribuem para expli-

car a percepção de discriminação (fator hostilidade). A aceitação do estrangeiro no mercado de trabalho brasileiro talvez explique esse resultado. Além disso, por não se perceber o estrangeiro como um forte concorrente (as médias foram baixas), a identidade social nacional não se vê ameaçada a ponto de ativar emoções negativas para com os estrangeiros (suposição inicial do estudo). A associação entre emoções intergrupais negativas e a percepção de discriminação, portanto, é mais bem explicada pela aceitação e não tanto pela identidade social, supostamente ativada quando se percebe haver ameaça estrangeira no mercado de trabalho nacional (Ramos, Techio, Páez & Herranz, 2005).

O mito da receptividade do estrangeiro apontado por Simai e Baeninger (2011) também ajuda na compreensão dos resultados deste estudo. Na perspectiva das autoras, o mito é compreendido como um processo de naturalização e mascaramento de conflitos internos de caráter ideológico que nega a presença na identidade nacional de traços de xenofobia, revelada por uma história de exploração de indígenas, negros africanos e de migrantes internos no Brasil Colônia.

A receptividade ao estrangeiro como traço da identidade nacional é fortalecida pela história da miscigenação no Brasil (Freyre, 1940) e pela difusão dessa

imagem pelos meios de comunicação de massa (por exemplo, as novelas *Os Imigrantes*, veiculada em 1981, e *Terra Nostra*, em 1999). Isso ajudaria a explicar o discurso normativo da receptividade aos estrangeiros da amostra desta pesquisa. Outra explicação na mesma direção pode ser encontrada em Floriani, coordenador acadêmico da Casa Latino-americana (CASLA), em Curitiba, para quem, no imaginário brasileiro, a tolerância para com a vinda de estrangeiros decorre do hibridismo étnico-cultural na formação da população (Assad, 2012).

O uso de estratégia de regulação emocional de supressão (inibir emoções negativas ou positivas) não possui relevância na explicação da percepção de discriminação. No entanto, o uso da estratégia de reavaliação cognitiva (flexibilidade de mudar eventos eliciadores de emoções negativas) ajuda na predição da amabilidade para com o estrangeiro.

Os resultados também sinalizam de modo claro que os grupos de estrangeiros percebidos como de afinidade são distintos dos que se percebem como concorrentes — os norte-americanos, europeus e asiáticos sendo percebidos como grupos concorrentes e os sul-americanos e africanos, como grupos afins.

Três limitações do estudo podem ser mais facilmente destacadas. A primeira refere-se à amostra, visto ter sido por conveniência, limitando o seu poder de generalização para a população, o que foi indicado pelo resultado da fórmula de Stein para testar o ajuste do  $R^2$ , sugerindo também aumentar a amostra em estudos futuros. A segunda diz respeito ao segmento da população que participou da pesquisa, com nível instrucional elevado, 23% tendo ascendentes de outra nacionalidade, o que provavelmente pode contribuir para um posicionamento mais favorável em relação ao estrangeiro qualificado. A terceira refere-se à ausência de estudos com o desenho semelhante, o que limita as possibilidades de comparação deste trabalho com outros achados empíricos. Todavia, como a pesquisa está sendo realizada em outros países da Europa, como Espanha e Portugal, ampliam-se as possibilidades de se explorar comparativamente seus achados.

## Referências

Abrams, D., & Hogg, M. A. (1990). Social identification, self-categorization and social influence. In W. Stroebe, & M. Hewstone (Eds.), *European review of social psychology* (Vol. 1, pp. 195-228). Chichester: Wiley.

- Allport, G. W. (1954). *The nature of prejudice*. Reading: Addison Wesley.
- Assad, L. (2012). Nova onda de estrangeiros chega ao Brasil. Acesso em 10 de Novembro de 2012, em [http://cienciaecultura.bvs.br/scielo.php?pid=S0009-67252012000200005&script=sci\\_arttext](http://cienciaecultura.bvs.br/scielo.php?pid=S0009-67252012000200005&script=sci_arttext)
- Baeninger, R. (Org.) (2012) *Imigração Boliviana no Brasil*. Campinas: Núcleo de Estudos de População/Unicamp; Fapesp; CNP.
- Brzozowski, J. (2012). Migração internacional e desenvolvimento econômico. *Estudos Avançados*, 26(75), 137-156.
- Damásio, A. R. (1994). *Descartes' error. Emotion, reason, and the human brain*. New York: Grosset; Putman Book.
- Darwin, C. (1859). *On the origin of species by means of natural selection, or the preservation of favoured races in the struggle for life*. London: John Murray.
- Dixon, T. (2012). Emotion: the history of a keyword in crisis. *Emotion Review*, 4(4), 338-344.
- Etxebarría, I. (2010). Las emociones autoconscientes: culpa, vergüenza y orgullo. In E. G. Fernández-Abascal, B. García-Rodríguez, M. P. Jiménez-Sánchez, M. D. Martín-Díaz, & F. J. Domínguez-Sánchez (Orgs.), *Psicología de la emoción* (pp. 431-453). Madrid: Editorial Universitaria Ramon Areces.
- Fernández-Abascal, E. G., Garcia-Rodríguez, B., Jiménez-Sánchez, M. P., Martín-Díaz, M. D., & Domínguez-Sánchez, F. J. (Orgs.) (2010). *Psicología de la emoción*. Madrid: Editorial Universitaria Ramon Areces.
- Festinger, L. (1954). A theory of social comparison processes. *Human Relations*, 7(2), 117-140.
- Field, A. (2009). *Descobrimo a estatística usando o SPSS*. Porto Alegre: Artmed.
- Freyre, G. (1940). *O Mundo que o português criou: aspectos das relações sociais e de cultura do Brasil com Portugal e as colônias portuguesas*. Rio de Janeiro: José Olympio. Livro consultado na Biblioteca Virtual Gilberto Freyre. Acesso em 10 julho de 2013, em <http://prossiga.bvfgf.org.br>
- Gondim, S. M. G., Álvaro-Estramiana, J. L., Schweiger-Gallo, I., Sá, M. O., & Rios, M. (2008). O Chefe tem sempre razão? Um estudo intercultural das expectativas sociais em interações de trabalho. *Revista Interamericana de Psicologia*, 42(2), 381-389.

- Gross, J. J. (1998). The emerging field of emotion regulation: an integrative review. *Review of General Psychology*, 2(3), 271-299.
- Gross, J. J. (2007). *Handbook of Emotion Regulation*. New York: The Guilford Press.
- Gross, J. J., & John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85, 348-362.
- Hair, J. F. Jr., Black, W. C., Babin, B. J., Anderson, R. E., & Tatham, R. L. (2009). Exame de seus dados. In J. F. Jr. Hair, W. C. Black, B. J. Babin, R. E. Anderson, & R. L. Tatham, *Análise multivariada de dados* (pp. 51- 99). Porto Alegre: Bookman.
- Hirigoyen, M. F. (2001). *Assédio moral: a violência perversa no cotidiano*. São Paulo: Editora Bertrand Brasil.
- Hoffman, M. L. (1992). Development of prosocial motivation: empathy and guilt. In N. Eisenberg-Berg (Ed.), *The development of prosocial behavior* (pp. 281-313). New York: Academic Press.
- Illes, P., Timóteo, G. L. S., & Fiorucci, E. S. (2008). Tráfico de pessoas para fins de exploração do trabalho na cidade de São Paulo. *Cadernos Pagu*, 31, 199-217.
- Izard, C. (2010). The many meanings/aspects of emotion: definitions, functions, activation, and regulation. *Emotion Review*, 2(4), 363-370.
- Kemper, T. D. (1978). *A social interactional theory of emotions*. New York: John Wiley & Sons.
- Kleiniganna, P. R. Jr., & Kleiniganna, A. M. (1981). A categorized list of emotion definitions, with a suggestion for a consensual definition. *Motivation and Emotion*, 5, 345-379.
- Lewis, M. (2000). Self-conscious emotions: embarrassment, pride, shame, and guilt. In M. Lewis, & J. M. Haviland-Jones (Eds.), *Handbook of emotions* (pp. 623-636). New York: The Guilford Press.
- Mackie, D. M., Devos, T., & Smith, E. R. (2000). Intergroup emotions: explaining offensive action tendencies in an intergroup context. *Journal of Personality and Social Psychology*, 79, 602-616.
- Mascolo, M. F., & Fischer, K. W. (1995). Developmental transformations in appraisals for pride, shame, and guilt. In J. P. Tangney, & K. W. Fischer (Eds.), *Self-conscious emotions: the psychology of shame, guilt, embarrassment, and pride* (pp. 64-113). New York: The Guilford Press.
- Ministério do Trabalho e Emprego (2011, Junho). Mais de 13 mil autorizações de trabalho concedidas a estrangeiros no primeiro trimestre. Acesso em 24 de Agosto de 2012, em <http://portal.mte.gov.br/imprensa/mais-de-13-mil-autorizacoes-de-trabalho-concedidas-a-estrangeiros-no-primeiro-trimestre.htm>
- Parkinson, B., Fischer, A. H., & Manstead, A. S. R. (2005). *Emotion in social relations*. Cultural, group, and interpersonal processes. New York: Psychology Press.
- Pereira, C., Torres, A. R., & Almeida, S. T. (2003). Um estudo do preconceito na perspectiva das representações sociais: Análise da influência de um discurso justificador da discriminação no preconceito racial. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 16(1), 95-107.
- Ramos, D., Techio, E., Páez, D., & Herranz, K. (2005). Factores predictores de las actitudes ante la inmigración. *Psicología Social*, 20(1), 19-37.
- Salovey, P., Rothman, A. J., & Rodin, J. (1998). Health behavior. In D. Gilbert, S. Fiske, & G. Lindzey (Eds.), *The handbook of social psychology* (4<sup>th</sup> Ed., Vol. 2, pp. 636-683). New York: McGraw-Hill.
- Simai, S., & Baeninger, R. (2011). The national myth of receptivity in Brazil. Acesso em 08 de Agosto de 2012, em <http://ejournals.library.vanderbilt.edu/index.php/ameriquests/article/view/245/1338>
- Smith, E. R. (1993). Social identity and social emotions: toward new conceptualizations of prejudice. In D. M. Mackie, & D. L. Hamilton (Eds.), *Affect, cognition, and stereotyping: interactive processes in group perception* (pp. 297-315). San Diego, CA: Academic Press.
- Smith, E. R., & Mackie, D. M. (1997). *Psicología Social*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Smith, E. R., Seger, C. R., & Mackie, D. M. (2007). Can emotions be truly group level? Evidence regarding four conceptual criteria. *Journal of Personality and Social Psychology*, 93(3), 431-446.
- Stephan, W. G., Boniecki, K. A., Ybarra, O., Bettencourt, A., Ervin, K. S., Jackson, L. A., McNatt, P. S., & Renfro, C. L. (2002). The role of threats in the racial attitudes of Blacks and Whites. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 28(9), 1242-1254.
- Stephan, W. G., & Stephan, C. W. (2000). An integrated threat theory of prejudice. In S. Oskamp (Ed.), *Reducing prejudice and discrimination* (pp. 23-45). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.

- Tajfel, H. (1983). Categorização social, identidade social e comparação social. In H. Tajfel, *Grupos humanos e categorias sociais – Estudos em Psicologia Social II* (pp. 289-303). Lisboa: Livros Horizonte.
- Tajfel, H., & Turner, J. (1979). An integrative theory of intergroup conflict. In W. G. Austin, & S. Worchel (Eds.), *The Social Psychology of Intergroup Relations* (pp. 33-47). Monterey, CA: Brooks-Cole.
- Tangney, J. P., & Fischer, K. W. (Eds.). (1995). *Self-conscious emotions: The psychology of shame, guilt, embarrassment, and pride*. New York: The Guilford Press.
- Turner, J. C., Hogg, M. A., Oakes, P. J., Reicher, S. D., & Wetherell, M. S. (1987). *Rediscovering the social group: a self-categorization theory*. Cambridge, MA: Basil Blackwell, Inc.
- Van Kleef, G. A. (2009). How emotions regulate social life: The emotions as social information (EASI) model. *Current Directions in Psychological Science*, 18, 184-188.
- Van Kleef, G. A., & Côté, S. (2007). Expressing anger in conflict: When it helps and when it hurts. *The Journal of Applied Psychology*, 92(6), 1557-1569.
- Veloso, T. (2011, Abril). Trabalho escravo, a face podre da moda. *Valor Econômico*. Acesso em 04 de Outubro de 2011, em <http://www.valor.com.br/arquivo/881449/trabalho-escravo-face-podre-da-moda>
- Vilela, E. M. (2011). Desigualdade e discriminação de imigrantes internacionais no mercado de trabalho brasileiro. *Dados*, 54(1), 89-128.
- Zapf, D., & Holz, M. (2006). On the positive and negative effects of emotion work in organizations. *European Journal of Work and Organizational Psychology*, 15(1), 1-28.

**Endereço para correspondência:**

Sônia Maria Guedes Gondim  
 Rua Rodrigo Argolo, 293/502 – Rio Vermelho  
 CEP 41940-220 – Salvador/BA  
 E-mail: sggondim@gmail.com

Recebido em 07/12/2012

Revisto em 08/04/2013

Aceito em 23/05/2013

\* Apoio financeiro: Edital de Ciências Humanas do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq) (2010-2012).

## A Eficácia de Vídeo Informativo sobre Ansiedade em Pacientes Submetidos à Exodontia

### Efficacy of Audiovisual Information on Anxiety for Patients Undergoing Tooth Extraction

Maylu Botta Hafner<sup>1</sup>

Juliana Zanatta<sup>1</sup>

Gustavo Sattolo Rolim<sup>1</sup>

Antonio Bento Alves de Moraes<sup>1</sup>

Angélica Maria Bicudo Zeferino<sup>1</sup>

#### Resumo

Avaliou-se a eficácia de um vídeo informativo sobre ansiedade em pacientes submetidos a exodontia. Acompanharam-se 140 pacientes divididos nos Grupos Controle (GC) e Experimental (GE). Usaram-se aparelho de pressão arterial, Escala de Ansiedade Odontológica de Corah (DAS) e Inventário de Ansiedade de Beck (BAI) nos momentos pré-operatório imediato, pós-operatório imediato, pós-operatório mediato e antes da remoção de sutura. O GE assistiu ao vídeo no primeiro momento. Para análise dos dados, utilizaram-se ANOVA, Teste de Tukey e Teste de Contraste. Os resultados indicaram não haver diferença estatística para pressão arterial sistólica e DAS em nenhum momento. Frequência cardíaca, pressão arterial diastólica e BAI apresentaram diferença estatística entre os grupos nos quatro momentos. Sugere-se a não eficácia do vídeo para redução dessas medidas.

**Palavras-chave:** Ansiedade; psicologia; cirurgia oral.

#### Abstract

It was evaluated the efficacy of an informative video on anxiety in patients undergoing tooth extraction. We assessed 140 patients, divided into Control Group (CG) and Experimental Group (EG). Blood pressure apparatus, Corah's Dental Anxiety Scale (DAS) and Beck Anxiety Inventory (BAI) were used at immediate preoperative moment, immediate postoperative moment, mediate postoperative moment and before suture removal. The EG watched the video at the first moment. For data analysis, ANOVA, Tukey test and contrast were used ( $p \leq 0.05$ ). The results indicated no statistical difference for systolic blood pressure and DAS. Heart rate, diastolic blood pressure, and BAI score presented statistical difference between the groups in the four moments. It is suggested that there is no efficacy of the video for reducing these measures.

**Keywords:** Anxiety; psychology; oral surgery.

<sup>1</sup>Universidade Estadual de Campinas (Campinas), Brasil

A cirurgia de terceiros molares é um dos procedimentos invasivos mais frequentes em Odontologia, sendo comumente realizada em pacientes jovens (Van Wijk, Buchanan, Coulson & Hoogstraten, 2010; Alemany-Martínez, Valmaseda-Castellón, Berini-Aytés & Gay-Escoda, 2008). Destaca-se que os profissionais consideram essa cirurgia como relativamente simples devido à pequena probabilidade de risco ou complicações para o paciente (Kim, Kim & Myoung, 2010). A despeito da relativa simplicidade do procedimento, a exodontia de terceiros molares é percebida pelos pacientes como um procedimento aversivo, o que pode ser observado pelas respostas de afastamento ou preocupação, reconhecidas como indicadores de ansiedade (Kim et al., 2010; Muglali & Komerik, 2008; Fuentes, Gorenstein & Hu, 2009).

Estudos apontam que a ansiedade constitui um produto da relação da história de aprendizagem do indivíduo exposto a ambientes aversivos. Ou seja, a ansiedade é um padrão comportamental que pode ser ana-

lisado em repertórios de evitação, preocupação e/ou ativação fisiológica frente a uma situação desconhecida ou considerada como adversa ou nociva. O desconhecimento dos eventos ou o conhecimento de suas consequências ou efeitos colaterais podem aumentar a probabilidade de respostas de ansiedade quando o indivíduo tem de se submeter a um evento potencialmente doloroso (Skinner, 2006).

De um modo geral, os comportamentos considerados como indicadores de ansiedade são aprendidos nos mais diversos contextos de interação. Pode-se supor que as pessoas aprendem as respostas de ansiedade por observação direta, disseminação da informação e/ou aprendizagem vicariante (Rachman, 2009). Neste sentido, pode-se inferir que, em situações potencialmente aversivas, como as de procedimentos invasivos, a ocorrência de relatos de ansiedade (afastamento e ativação fisiológica) é muito provável. Dentre as três formas de aprendizagem, pode-se indicar o aprendizado direto, que estabelece uma relação

entre a resposta (submeter-se ao evento) e a apresentação de uma consequência dolorosa. Esse aprendizado poderá ocorrer e o sujeito responderá de modo ansioso, ou seja, sentirá ativação fisiológica e apresentará, concomitantemente, respostas de preocupação e sofrimento diante da necessidade de se expor a eventos semelhantes no futuro. O aprendizado por meio do relato verbal, de outro indivíduo, de que determinada situação é aversiva ou a observação das respostas de outrem também podem manter comportamentos de ansiedade (Milgrom, Mancl, King & Weinstein, 1995; Rachman, 2009).

Cabe saber se, quando o sujeito tem de se submeter a situações invasivas provavelmente dolorosas e passar por essa experiência de dor, a mesma situação pode ser modificada pelas mesmas variáveis que determinam e mantêm o repertório de ansiedade? A resposta inicial sugere que sim. Novas técnicas farmacológicas permitem que os sujeitos vivenciem a exposição a procedimentos invasivos sem apresentarem respostas de dor aguda (no caso, uma técnica anestésica bem-empregada). Porém, mesmo o uso de técnicas farmacológicas adequadas não impede que o sujeito sinta alguma dor e apresente respostas de ansiedade. A ansiedade antes, durante e após procedimentos invasivos pode ser observada numa ampla classe de respostas como: o aumento de solicitação por sedativos e analgésicos, o não seguimento de orientações do profissional (por esquecimento ou falha de compreensão) e um aumento de relatos de desconforto ou irritação (dada as alterações de respostas fisiológicas, pressão arterial e frequência cardíaca). Todas essas respostas podem dificultar o período pré-cirúrgico, a própria cirurgia e a recuperação do paciente, como também levá-lo à recusa de novas intervenções cirúrgicas (Bytzer & Lindeberg, 2007; Jlala, French, Foxall, Hardman & Bedforth, 2010; Medeiros & Nunes, 2001).

Jlala et al. (2010) sugerem que reduzir a ansiedade pré-operatória pode diminuir o tempo de internação em cirurgias hospitalares e reduzir as mudanças na rotina do paciente causadas pelo procedimento invasivo e melhorar a qualidade do período pós-operatório. Wong, Chan e Chair (2010) demonstram que preparar o paciente para cirurgias ortopédicas foi uma estratégia eficiente para promover melhoras na recuperação física e psicológica, diminuindo a dor e a ansiedade no período pós-operatório. No estudo de Jlala et al. (2010), avaliou-se o efeito de um vídeo informativo nas respostas de ansiedade de pacientes submetidos a cirurgias de membros superiores e inferiores utilizando-se o Inventário de Ansiedade

Traço Estado (IDATE). O vídeo possuía informações do procedimento cirúrgico, da anestesia, possíveis riscos e mostrava o acompanhamento de um paciente, desde da internação até a saída do centro cirúrgico. Os resultados indicaram que os pacientes que assistiram ao vídeo informativo apresentaram menores escores de ansiedade.

Muglali e Komerik (2008) avaliaram a ansiedade de pacientes ao longo do tratamento de cirurgia odontológica, utilizando a Escala de Ansiedade Odontológica de Corah (DAS) e o IDATE, antes e imediatamente após a cirurgia e também após uma semana de recuperação. Nesse estudo, observou-se grande diferença entre os escores indicadores de ansiedade dos pacientes nos dois instrumentos (DAS apresentou 26% da amostra estudada como severamente ansiosa e IDATE identificou 56% dessa mesma amostra como severamente ansiosa). Esses autores concluem que o DAS forneceu um mapeamento geral da ansiedade odontológica, porém não mostrou especificidade à cirurgia oral, por não permitir registros específicos da medida de ansiedade diante de um procedimento cirúrgico. A preparação do paciente pode ser realizada por meio da disseminação de informações. Do mesmo modo que o sujeito aprende que determinada situação é aversiva, pode aprender a discriminar novos eventos dos procedimentos e as prováveis sensações que estes produzem, além do fato de que determinadas sensações e procedimentos são esperadas. Esses vídeos podem apresentar duração entre 7 e 20 minutos (Muglali & Komerik, 2008; Jlala et al., 2010).

Kim et al. (2010) avaliaram os níveis de ansiedade e as alterações fisiológicas em situação de exodontia de terceiros molares e não encontraram diferença significativa entre o grupo que ouviu música durante o procedimento e o grupo controle. Ambas as avaliações foram feitas antes e ao longo da cirurgia. Os autores observaram que o grupo que ouviu música apresentou menores alterações na frequência cardíaca e obteve menores escores na escala DAS.

Os efeitos de recursos audiovisuais avaliados a partir de indicadores de ansiedade ainda não são completamente identificados, requerendo outros estudos para identificação de situações/recursos que possam beneficiar os pacientes em tratamentos cirúrgicos (Jlala et al., 2010). Diante do exposto, o objetivo deste trabalho foi analisar a eficácia de uma estratégia pré-cirúrgica, realizada com vídeo informativo, em relação à ansiedade e às medidas fisiológicas dos pacientes submetidos à exodontia de terceiros molares. Uma vez que ao paciente é forne-

cido de informações sobre o procedimento invasivo, busca-se avaliar como ele reage emocional e fisiologicamente ao evento clínico.

## Método

### *Participantes*

Foram avaliados 140 pacientes (70 do sexo masculino) do Serviço de Cirurgia da Faculdade de Odontologia de Piracicaba da Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP), que necessitavam de exodontia de, pelo menos, um terceiro molar em uma sessão odontológica. Os pacientes aceitaram participar da pesquisa nas condições especificadas pelo termo de consentimento livre e esclarecido e tinham idade entre 14 e 24 anos (média:  $19,32 \pm 2,83$ ). Foram excluídos os pacientes que não compareceram em algum dos momentos do procedimento de coleta de dados, deixaram de preencher algum dos questionários ou retiraram seu termo de consentimento.

### *Instrumentos*

#### *Inventário de ansiedade de Beck*

Esse inventário faz parte das Escalas Beck, desenvolvidas por Beck, Epstein, Brown e Steer em 1993. O Inventário de ansiedade de Beck (BAI) avalia, a partir de autorrelato do paciente, a intensidade dos sintomas de ansiedade. Esse inventário é composto por 21 itens que descrevem sintomas de ansiedade. Cada item pode ser graduado com escore que varia de 1 (“absolutamente não”) a 4 (“gravemente, dificilmente pude suportar”), resultando em pontuações que variam de 0 a 63. Esse instrumento foi validado no Brasil por Cunha (2001).

#### *Escala de Ansiedade Odontológica de Corah*

O instrumento de avaliação de ansiedade odontológica — Escala de Ansiedade Odontológica de Corah (DAS) — é composto por quatro questões de múltipla escolha, cada uma com cinco alternativas, relacionadas às reações do paciente diante de visitas ao dentista e de procedimentos que poderiam ser realizados nessa suposta visita. Cada alternativa varia de 1 a 5 pontos, sendo o valor 1 para a primeira alternativa e o valor 5 para a última alternativa, com escores que variam de 4 a 20 (Corah, 1969). Essa escala foi validada para a população brasileira em 2007 (Hu, Gorenstein & Fuentes, 2007).

### *Delineamento*

Este trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Odontologia de Piracicaba da Universidade Estadual de Campinas (Unicamp) (protocolo nº 024/2008). Todos os cuidados éticos foram seguidos pelos pesquisadores no transcorrer da pesquisa.

Os pacientes foram randomicamente distribuídos entre Grupo Experimental (GE) (indivíduos que assistiram ao vídeo informativo) e Grupo Controle (GC) (indivíduos que não assistiram ao vídeo informativo). A randomização foi realizada pelo pesquisador por meio de um programa específico encontrado no site <<http://www.randomizer.org>>.

Para avaliação da ansiedade e das mudanças fisiológicas dos pacientes, foram realizadas quatro verificações ao longo de uma semana de tratamento dos pacientes. Em cada momento, aplicou-se o BAI, a DAS e foram aferidas a pressão arterial sistólica (PAS), a diastólica (PAD) e a frequência cardíaca (FC). As avaliações nos quatro momentos foram realizadas em: (1) pré-cirúrgico imediato (imediatamente antes da cirurgia); (2) pós-cirúrgico imediato (imediatamente após a cirurgia); (3) pós-cirúrgico mediato I (três dias após exodontia); e (4) pós-cirúrgico mediato II (sete dias após exodontia, antes da remoção de sutura). Em todas as avaliações, era solicitado ao paciente que respondesse pensando no que ele sentia naquele momento em que estava respondendo ao questionário.

O vídeo informativo foi apresentado aos pacientes do GE após a primeira avaliação fisiológica e de ansiedade, imediatamente antes da cirurgia. Para garantir que os pesquisadores ficassem cegos com referência ao grupo ao qual pertencia cada paciente, um pesquisador atendia o paciente até o momento anterior à cirurgia, apresentando o vídeo (apenas para pacientes do GE), e outro pesquisador acompanhava os demais momentos (pós-cirúrgicos, imediato e mediatos).

A coleta dos dados fisiológicos foi realizada concomitantemente com a aplicação dos instrumentos de avaliação de ansiedade. Foi utilizado um Monitor Automático de Pressão Arterial de Pulso OMRON, modelo HEM-631INT, com visor digital. Esse monitor era ativado a cada dois minutos ao longo de um período de dez minutos, totalizando cinco medidas para cada índice fisiológico estudado. A medida de FC foi registrada apenas na primeira aferição, enquanto que, para as medidas de pressão arterial (sistólica e diastólica), foram registradas a máxima e a mínima de cada

momento. Durante a coleta desses dados, em todos os quatro momentos de avaliação, o paciente permaneceu sentado na cadeira odontológica.

### Video Informativo Animado

O vídeo tem a duração de cinco minutos e seis segundos e utiliza uma linguagem simples e direta. As informações de procedimento e as informações técnicas e sensoriais foram apresentadas por um narrador, acompanhadas por fotos e desenhos. O vídeo apresenta informações sobre a formação e a localização dos terceiros molares, local de atendimento, profissionais envolvidos, procedimentos necessários, formas de comunicação e de distração durante a cirurgia, além de informações sensoriais e cuidados pós-operatórios. Esse recurso audiovisual foi planejado e desenvolvido pelos pesquisadores visando fornecer aos pacientes todas as informações sobre o procedimento invasivo.

### Análise dos Dados

Para análise dos dados fisiológicos e dos escores resultantes dos instrumentos BAI e DAS, utilizou-se a Análise de Variância (ANOVA) para medidas repetidas ( $p \leq 0,05$ ), com transformação Rank, devido à não distribuição normal dos resultados e para diminuir a assimetria e variabilidade dos dados. Quando houve diferença significativa nas médias dos resultados do teste ANOVA, realizou-se teste de comparação múltipla

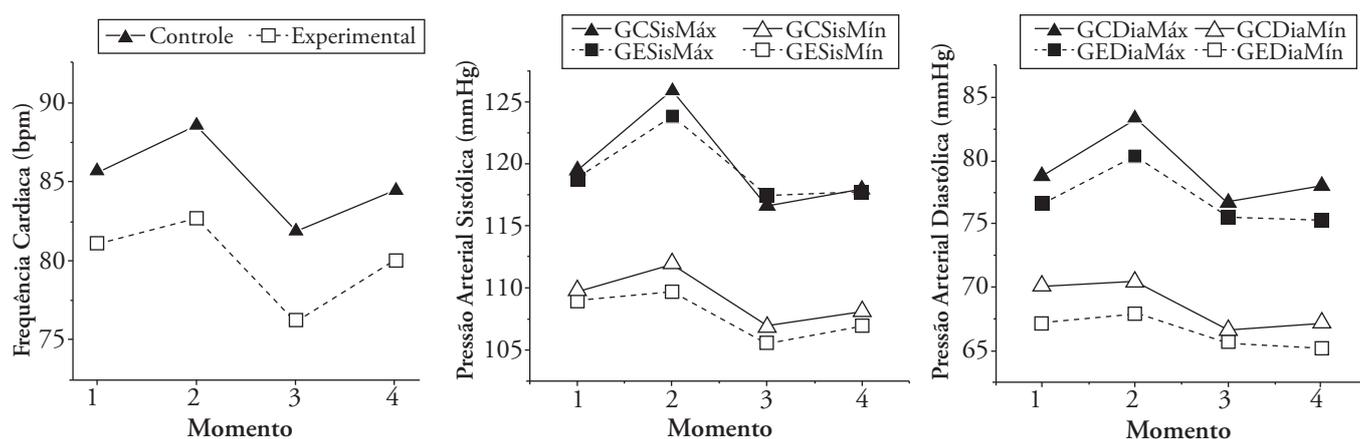
(teste de Tukey e Contraste) para identificar em quais momentos havia diferença estatisticamente significativa entre os grupos ( $p \leq 0,05$ ).

### Resultados

Os resultados obtidos são derivados do acompanhamento de 140 pacientes submetidos à exodontia de terceiro molar. Esses resultados são apresentados em duas figuras, com as médias dos dados fisiológicos (PAS e PAD) e dos escores de ansiedade obtidos pela aplicação dos instrumentos BAI e DAS, nos quatro momentos de avaliação de cada grupo.

Observam-se, na Figura 1, três gráficos referentes às médias iniciais de FC (lado esquerdo) e valores médios, máximo e mínimo de PAS (no centro) e de PAD (lado direito), obtidos em cada um dos quatro momentos de avaliação. Em todos os gráficos da Figura 1, a linha cheia (com triângulos cheios ou vazados) refere-se aos valores médios do GC e a linha tracejada (com quadrados cheios ou vazados), aos valores médios do GE. O eixo vertical mostra os valores fisiológicos médios, enquanto o eixo horizontal apresenta os momentos de avaliação.

No gráfico esquerdo da Figura 1, observa-se que ambos os grupos apresentam aumento da FC no segundo momento (pós-operatório imediato) (GC:  $88,57 \pm 14,55$ ; GE:  $82,70 \pm 13,13$ ). Após 4 dias de cirurgia (momento 3), verifica-se que a frequência cardíaca dos participantes dos dois gru-



Diferença estatisticamente significativa (Teste de Tukey e Contraste).

GCSisMáx: média da pressão arterial sistólica máxima do Grupo Controle; GESisMáx: média da pressão arterial sistólica máxima do Grupo Experimental; GCSisMín: média da pressão arterial sistólica mínima do Grupo Controle; GESisMín: média da pressão arterial sistólica mínima do Grupo Experimental; GCDiaMáx: média da pressão arterial diastólica máxima do Grupo Controle; GEDiaMáx: média da pressão arterial diastólica máxima do Grupo Experimental; GCDiaMín: média da pressão arterial diastólica mínima do Grupo Controle; GEDiaMín: média da pressão arterial diastólica mínima do Grupo Experimental; 1: pré-cirúrgico imediato; 2: pós-cirúrgico imediato; 3: pós-cirúrgico mediato I; 4: pós-cirúrgico mediato II.

**Figura 1.** Média de pressão arterial sistólica, diastólica e frequência cardíaca nos quatro momentos dos grupos

pos diminuí em relação ao momento anterior, apresentando os menores valores de todo o tratamento (GC:  $81,89 \pm 12,35$ ; GE:  $76,71 \pm 10,83$ ). No último momento, dia da remoção da sutura, os valores mostram novo aumento da FC para os dois grupos (GC:  $84,49 \pm 13,52$ ; GE:  $80,03 \pm 10,8$ ). Os grupos apresentaram diferença estatisticamente significativa em todos os momentos.

Ainda na Figura 1, o gráfico central refere-se aos dados de PAS dos dois grupos. Os escores não apresentam diferença estatisticamente significativa entre os grupos em nenhum dos momentos e mostram um mesmo padrão, tendo aumento nos momentos 2 (PAS máxima – GC2:  $125,93 \pm 8,66$ ; GE2:  $123,84 \pm 10,2$ ; PAS mínima – GC2:  $111,9 \pm 10,72$ ; GE2:  $109,69 \pm 12,55$ ) e 4 (PAS máxima – GC4:  $117,97 \pm 8,78$ ; GE4:  $117,77 \pm 10,39$ ; PAS mínima – GC4:  $108,09 \pm 8,29$ ; GE4:  $106,91 \pm 8,97$ ) e decréscimo no momento 3 (PAS máxima – GC3:  $116,6 \pm 9,38$ ; GE3:  $117,47 \pm 11,38$ ; PAS mínima – GC3:  $106,9 \pm 7,96$ ; GE3:  $105,56 \pm 12,14$ ). Novamente, o terceiro momento apresenta os menores valores.

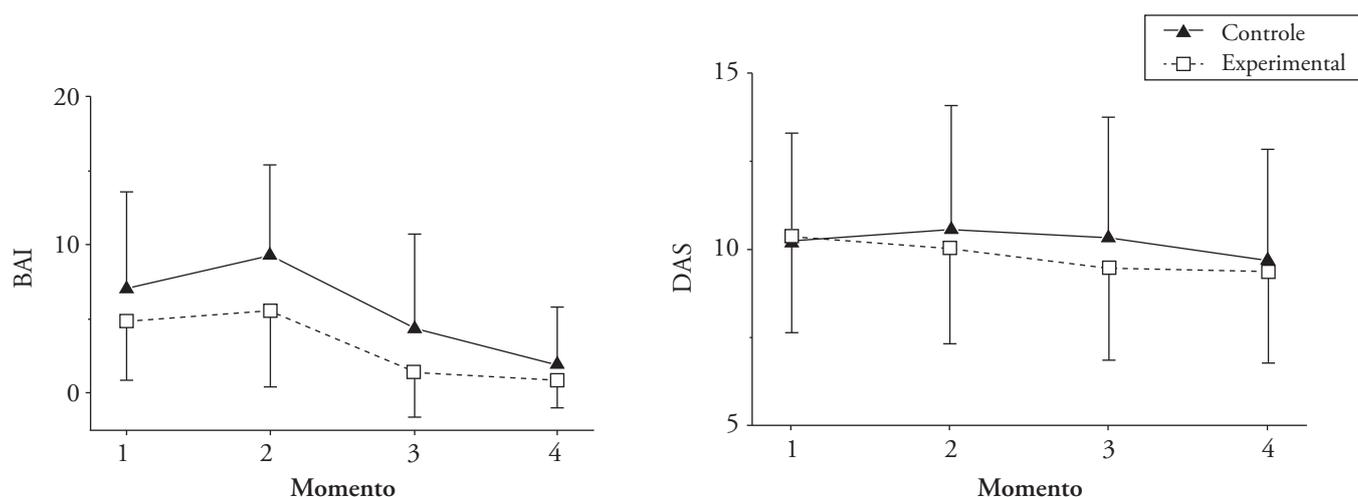
O gráfico localizado à direita da Figura 1 apresenta os índices de PAD dos dois grupos. Observa-se que há diferença estatisticamente significativa entre os grupos em todos os momentos. Novamente, há um decréscimo dos índices no momento 3 (PAD máxima – GC3:  $76,69 \pm 7,08$ ; GE3:  $75,54 \pm 9,62$ ; PAD mínima – GC3:  $66,54 \pm 9,0$ ; GE3:  $65,63 \pm 9,23$ ), porém os pacientes do GE apresentaram uma diminuição da PAD máxima,

enquanto os do GC apresentaram um aumento em relação ao momento anterior de avaliação. Destaca-se que não houve nenhuma diferença na análise intragrupos em nenhum momento.

Apresentam-se, na Figura 2, dois gráficos com os índices médios, valores máximos e mínimos de ansiedade obtidos com a aplicação dos instrumentos BAI e DAS (esquerda e direita, respectivamente), nos quatro momentos de avaliação. Em ambos os gráficos, a linha cheia (com triângulos cheios) refere-se aos dados obtidos do GC e a linha tracejada (com quadrados vazados), aos valores médios do GE.

Nessa Figura 2, observam-se à esquerda os dados do BAI, onde temos valores inferiores do GE, quando comparados aos valores do GC (GC1:  $7,1 \pm 6,59$ ; GE1:  $4,69 \pm 4,05$ ; GC2:  $9,33 \pm 6,21$ ; GE2:  $5,59 \pm 5,11$ ; GC3:  $4,43 \pm 6,3$ ; GE3:  $1,46 \pm 3,11$ ; GC4:  $1,94 \pm 3,9$ ; GE4:  $0,87 \pm 1,89$ ), porém essa diferença estatisticamente significativa apresenta-se em todos os momentos. Observa-se, no momento 4, a menor diferença entre os grupos.

Ainda nessa figura, à direita, apresentam-se os índices da escala DAS, onde se observam valores próximos e a mesma tendência entre os grupos em todos os momentos, não havendo diferença estatisticamente significativa entre os mesmos. Destaca-se que as médias do GC (GC1:  $10,2 \pm 3,07$ ; GC2:  $10,56 \pm 3,51$ ; GC3:  $10,31 \pm 3,4$ ; GC4:  $9,66 \pm 3,19$ ) sempre foram superiores às médias do GE, em todos os momentos (GE1:  $10,33 \pm 2,69$ ; GE2:  $10,03 \pm 2,7$ ; GE3:  $9,46 \pm 2,3$ ; GE4:  $9,37 \pm 2,3$ ). Ressalta-se que os pacientes do GE



Diferença estatisticamente significativa (Teste de Tukey e Contraste).

1: pré-cirúrgico imediato; 2: pós-cirúrgico imediato; 3: pós-cirúrgico mediato I; 4: pós-cirúrgico mediato II; BAI: Inventário de Ansiedade de Beck; DAS: Escala de Ansiedade Odontológica de Corah

**Figura 2.** Médias e desvio padrão de índices de ansiedade Inventário de Ansiedade de Beck e Escala de Ansiedade Odontológica de Corah nos quatro momentos dos grupos

apresentavam índices de ansiedade odontológica maiores no momento 1 e apresentaram índices menores do que os pacientes do GC, do segundo ao último momento (sem diferença significativa). Novamente, não foi encontrada diferença significativa na análise intragrupo em nenhum momento.

## Discussão

Este estudo avaliou a eficácia de um vídeo com informações técnicas e sensoriais sobre a diminuição de ansiedade. Os resultados obtidos não permitem afirmar que o vídeo informativo produz uma diminuição da ansiedade (autorrelato e mudanças fisiológicas) dos pacientes ao longo do período pós-operatório.

Observa-se nos resultados do presente estudo a mesma tendência para as medidas fisiológicas e de ansiedade (Figuras 1 e 2), com menor variação para o GE, porém sem apresentarem diferenças estatisticamente significativas para os grupos. Esses resultados corroboram os apresentados no estudo de Kim et al. (2010).

Os resultados de Muğlali e Komerik (2008) permitem inferir que a DAS pode não ser uma medida apropriada para o estudo da ansiedade em situação de exodontia. Dados do presente estudo também apontam que a DAS não foi satisfatória à avaliação de diferenças de ansiedade entre GE e GC em todos os quatro momentos.

Este estudo encontrou resultados divergentes da pesquisa de Jjala et al. (2010), o que pode ser justificado pelas diferenças metodológicas dos dois estudos, que utilizaram instrumentos diferentes e vídeos que abordavam conteúdos distintos.

Bytzer e Lindeberg (2007) avaliaram os efeitos de um vídeo com informações técnicas do procedimento de colonoscopia, apresentado previamente ao exame, sobre as respostas de ansiedade (avaliadas pelo IDATE). Observou-se que os resultados não apontaram diferença estatisticamente significativa entre os pacientes que assistiram ao vídeo e aqueles que não o assistiram. Apesar de o assunto abordado no vídeo de Bytzer e Lindeberg diferir do vídeo do deste trabalho, os resultados foram similares, não se encontrando alterações significativas na ansiedade dos pacientes. Pode-se pensar que os vídeos não apresentaram informação que satisfizesse a necessidade dos pacientes no momento anterior ao procedimento invasivo.

Utilizando-se outro tipo de vídeo informativo, com disponibilização de informação técnica, informações sensoriais, orientações de relaxamento e manejo de dor nos períodos pré e pós-operatórios para pacientes que seriam submetidos à cirurgia ortopédica, Wong et al. (2010) apontam uma redução dos escores de ansiedade. Os resultados encontrados por esses autores, utilizando o IDATE, podem ser justificados pelas informações contidas no vídeo, técnicas e complementares (relaxamento). Diferentemente do estudo de Wong, o presente estudo utiliza apenas a estratégia de vídeo informativo, não apresentando aos pacientes outras técnicas adicionais para redução de ansiedade. A estratégia adicional, inserida por Wong, pode ter sido componente essencial à redução de ansiedade desses pacientes, o que não foi verificado neste estudo.

Um ponto a ser destacado é o uso repetido (quatro avaliações) em curto espaço de tempo (uma semana) dos instrumentos de avaliação de ansiedade. A DAS avalia a ansiedade do sujeito em cinco situações específicas odontológicas e o BAI, originalmente, a ansiedade sentida na última semana. Esses instrumentos são utilizados amplamente na clínica e na pesquisa (devido à sua fácil aplicação e correção). O uso repetido (teste e reteste) é utilizado nas pesquisas e pode ser que esses instrumentos não sejam tão específicos devido à própria repetição. Em outras palavras, dada a característica desses instrumentos, a resposta do sujeito seria muito parecida (e, por isso, não haveria diferença significativa). A escolha desses instrumentos, apesar de suas dificuldades, é fundamentada pela literatura e por pesquisadores da área por avaliar de modo rápido e fidedigno a ansiedade (geral e odontológica) (Pekkan, Kilicoglu & Hatipoglu 2011; Muğlali & Komerik, 2008).

Diante dos resultados obtidos neste estudo e dos resultados revelados nas pesquisas relatadas anteriormente, sugerem-se novos estudos para identificação do efeito de vídeos informativos na ansiedade e na fisiologia dos pacientes submetidos a procedimentos invasivos. Com o uso de outro método, usando-se comparação de diferentes vídeos ou de diferentes estratégias, será possível identificar quais variáveis podem ser eficazes para diminuir o desconforto ao qual os pacientes cirúrgicos são submetidos.

## Referências

Alemany-Martínez, A., Valmaseda-Castellón, E., Berini-Aytés, L., & Gay-Escoda, C. (2008).

- Hemodynamic changes during the surgical removal of lower third molars. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 66(3), 453-461.
- Bytzer, P., & Lindeberg, B. (2007). Impact of an information video before colonoscopy on patient satisfaction and anxiety – a randomized trial. *Endoscopy*, 39(8), 710-714.
- Corah, N. L. (1969). Development of a dental anxiety scale. *Journal of Dental Research*, 48(4), 596.
- Cunha, J. A. (2001). *Manual da versão em português das Escalas de Beck*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Fuentes, D., Gorenstein, C., & Hu, L. W. (2009). Dental anxiety and trait anxiety: an investigation of their relationship. *British Dental Journal*, 206(8), E17.
- Hu, L. W., Gorenstein, C., & Fuentes, D. (2007). Portuguese version of Corah's Dental Anxiety Scale: transcultural adaptation and reliability analysis. *Depression and Anxiety*, 24(7), 467-471.
- Jlala, H. L., French, J. L., Foxall, G. L., Hardman, J. G., & Bedford, N. M. (2010). Effect of preoperative multimedia information on preoperative anxiety in patients undergoing procedures under regional anaesthesia. *British Journal of Anaesthesia*, 104(3), 369-374.
- Kim, Y. K., Kim, S. M., & Myoung, H. (2010). Independent predictors of satisfaction in impacted third molar surgery patients. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 38(3), 274-286.
- Medeiros, R. H. A., & Nunes, M. L. T. (2001). A influência do vídeo de informação adicional em pacientes submetidas à mastectomia: o estudo da ansiedade. *Psicologia em Estudo*, 6(2), 95-100.
- Milgrom, P., Mancl, L., King, B., & Weinstein, P. (1995). Origins of childhood dental fear. *Behavior Research and Therapy*, 33(3), 313-319.
- Muglali, M., & Komerik, N. (2008). Factors related to patients' anxiety before and after oral surgery. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 66(5), 870-877.
- Pekkan, G., Kilicoglu, A., & Hatipoglu, H., (2011). Relationship between dental anxiety, general anxiety level and depression in patients attending a university hospital dental clinic in Turkey. *Community Dental Health*, 28(2), 149-153.
- Rachman, S. (2009). Psychological treatment of anxiety: the evolution of behavior therapy and cognitive behavior therapy. *Annual Review of Clinical Psychology*, 5, 97-119.
- Schonfield, P., Jefford, M., Carey, M., Thomson, K., Evans, M., Baravelli, C., & Aranda, S. (2008). Preparing patients for threatening medical treatments: effects of a chemotherapy educational DVD on anxiety, unmet needs, and self-efficacy. *Supportive Care in Cancer*, 16(1), 37-45.
- Skinner, B. F. (2006). *Questões recentes na análise do comportamento*. São Paulo: Papyrus.
- Van Wijk, A. J., Buchanan, H., Coulson, N., & Hoogstraten, J. (2010). Preparatory information for third molar extraction: does preference for information and behavioral involvement matter? *Patient Education and Counseling*, 79(1), 94-99.
- Wong, E. M. L., Chan, S. W. C., & Chair, S. Y. (2010). Effectiveness of an educational intervention on levels of pain, anxiety and self-efficacy for patients with musculoskeletal trauma. *Journal of Advanced Nursing*, 66(5), 1120-1231.

**Endereço para correspondência:**

Maylu Botta Hafner  
 Departamento de Odontologia Social, Faculdade de Odontologia, Universidade Estadual de Campinas  
 Avenida Limeira, 901 – Areião  
 CEP 13414-903 – Piracicaba/SP  
 E-mail: mayluhafner@yahoo.com.br

Recebido em 13/07/2012

Revisto em 24/12/2012

Aceito em 05/02/2013

## Mecanismos de Defesa em Pacientes Oncológicos Recidivados: Um Estudo Clínico-Qualitativo\*

Defense Mechanisms among Patients with Relapsed Cancer: A Clinical-Qualitative Study

Gizelle Mendes Borges<sup>1</sup>  
Rodrigo Sanches Peres<sup>1</sup>

### Resumo

O presente estudo objetivou investigar os mecanismos de defesa empregados por pacientes oncológicos adultos recidivados. Trata-se de um estudo clínico-qualitativo, do qual participaram oito pacientes avaliados a partir do emprego de uma entrevista. A definição do número de participantes envolveu o critério de saturação. As entrevistas foram gravadas em áudio, transcritas na íntegra e analisadas de maneira independente. A racionalização, a regressão, a projeção e a denegação foram os mecanismos de defesa identificados com maior frequência, possivelmente em função da vivência da recidiva e do elevado poder disruptivo que a caracteriza. Conclui-se que a compreensão do funcionamento defensivo daqueles que se deparam com esse acontecimento pode auxiliar no aprimoramento da assistência multidisciplinar oferecida aos mesmos.

**Palavras-chave:** Psico-Oncologia; psicologia clínica da saúde; mecanismos de defesa.

### Abstract

The present study aimed to investigate the defense mechanisms used by patients with relapsed cancer. This is a clinical-qualitative study, which involved eight patients evaluated with a interview. The definition of the number of participants involved the saturation criteria. The interviews was audio-recorded, totally transcribed and analyzed independently. Rationalization, regression, projection, and denial were the defense mechanisms more frequently identified, possibly due the experience of relapse and its disruptive power. We conclude that the understanding of the defensive functioning of those who live this event can improve the multidisciplinary assistance offered to them.

**Keywords:** Psycho-Oncology; clinical health psychology; defense mechanisms.

<sup>1</sup>Universidade Federal de Uberlândia (Uberlândia), Brasil

O termo “câncer” abrange mais de 100 doenças que resultam do crescimento desordenado de células que, devido a modificações da expressão gênica, dividem-se rapidamente e invadem tecidos e órgãos, podendo, inclusive, se disseminar para diversas regiões do corpo (Caponero, 2008). Todas elas têm etiologia multifatorial, pois suas causas podem ser externas ou internas ao organismo e relacionar-se entre si. As causas externas referem-se ao meio ambiente e aos hábitos próprios de uma sociedade. As causas internas são, na maioria das vezes, geneticamente determinadas. Desde 2003, o câncer se afigura, no Brasil, como a segunda causa de morte na população, representando cerca de 17% dos óbitos de causa conhecida (Instituto Nacional de Câncer, 2011).

De modo geral, a cirurgia, a radioterapia, a quimioterapia e o transplante de medula óssea representam as principais modalidades terapêuticas para o câncer. A escolha de uma determinada modalidade ou até mesmo a combinação delas vai variar de acordo com cada caso e suas especificidades (Instituto Nacional de Câncer, 2011). Nos dias de hoje, o tratamento possui uma resolutividade considerável, sobretudo quando o diagnóstico é precoce. Entretanto, eventualmente a

doença pode evoluir para o surgimento de metástases ou recidivas, o que representa, conforme Torrano-Masetti (2000) e Canaverde (2011), um momento crítico na vida do paciente.

Uma recidiva possui um elevado poder disruptivo porque, como apontam diversos autores, simbolicamente representa o fracasso dos esforços enviados no tratamento e é vivenciada como uma nova ameaça ao corpo já fragilizado pela doença primária (Massie & Holland, 1991; Almeida, Mamede, Panobianco, Prado & Clapis, 2001; Peres, 2008). Sendo assim, pode afetar o funcionamento defensivo do paciente, ou seja, o conjunto de operações mentais adotadas pelo mesmo para se proteger das tensões às quais é submetido. O termo “mecanismos de defesa” designa, em Psicanálise, tais operações mentais, cujas finalidades básicas, para Zimerman (2001), são a manutenção da constância psíquica e a promoção do ajustamento à realidade externa.

O ego pode ser considerado o agente dos mecanismos de defesa, visto que representa, por definição, o polo defensivo da personalidade. Entretanto, na maioria das vezes, os mecanismos de defesa são empregados inconscientemente pelo ego. Por essa razão,

cada sujeito possui, conforme Kusnetzoff (1982), um repertório defensivo relativamente restrito. Mas vale salientar que apelar a essas operações psíquicas quando da deflagração de eventos altamente ansiógenos não deve ser considerado um processo psicopatológico *a priori*, pois a sobrevivência do aparelho psíquico encontra-se intimamente relacionada à sua capacidade de se proteger. É nesse sentido que autores como Vaillant (2001) sustentam que o funcionamento defensivo de um sujeito pode ser considerado um indicador de seu desenvolvimento egoico, mas não necessariamente de uma eventual psicopatologia.

Freud (1895/1996) propôs que a utilização de um determinado mecanismo de defesa poderá ser considerada psicopatológica apenas quando remeter à revivescência de sentimentos penosos — associados a acontecimentos prévios — dos quais o ego, quando da experiência original, não foi capaz de se defender mediante a execução de investimentos laterais. Além de gerar tensões internas que provocam desprazer, essa revivescência fomenta uma intensa regressão egoica, influenciando negativamente o equilíbrio da personalidade e o ajustamento do sujeito à realidade externa.

Como salienta Peçanha (2008), compreender o funcionamento defensivo de um paciente acometido por uma doença orgânica é essencial para que a assistência multidisciplinar oferecida ao mesmo seja compatível com seu modo típico de lidar com as tensões. Dada a relevância do assunto, algumas pesquisas recentes vêm sendo dedicadas à investigação dos mecanismos de defesa em diferentes populações clínicas. Oliveira e Yoshida (2009), por exemplo, avaliaram os sintomas psicopatológicos e o funcionamento defensivo de obesos grau III e verificaram, sobretudo naqueles que seriam submetidos à cirurgia bariátrica, a predominância de mecanismos de defesa classificados como imaturos ou desadaptativos, fato esse que pode dificultar o ajustamento às restrições decorrentes de tal procedimento.

Na área de Oncologia, podem-se citar as pesquisas de Peres (2008), Bandeira e Barbieri (2007), Capitão e Zamprona (2004) e Torrano-Masetti (2000). Todas elas avaliaram os mecanismos de defesa em diferentes grupos de pacientes acometidos por câncer, mas privilegiaram outras variáveis. Portanto, faz-se necessário expandir o conhecimento que atualmente se tem a respeito do assunto, dado que tal conhecimento pode ter importantes implicações para a assistência multidisciplinar oferecida aos mesmos. Assumindo essa assertiva, o presente estudo foi desenvolvido com

o intuito de investigar os mecanismos de defesa em um grupo de pacientes oncológicos adultos recidivados. Tal recorte justifica-se porque, como já mencionado, uma recidiva pode comprometer o funcionamento defensivo do indivíduo e dificultar seu ajustamento à realidade externa.

## Método

### *Desenho Metodológico*

O desenho metodológico do presente estudo foi inspirado no método clínico-qualitativo preconizado por Turato (2005). As pesquisas qualitativas, conforme Minayo (2012), têm como finalidades a compreensão e a interpretação de experiências humanas complexas, sendo que toda compreensão caracteriza-se por um entendimento contingente e incompleto e toda interpretação consiste na elaboração de possibilidades delineadas pela compreensão. Portanto, para Camic, Rhodes e Yardley (2003), as pesquisas qualitativas contemplam um determinado objeto a partir da análise de seus significados subjetivos. Inseridas no campo das pesquisas qualitativas, as pesquisas clínico-qualitativas visam, mais especificamente, explorar experiências humanas complexas em *settings* de saúde. Para tanto, sustentam-se em uma atitude clínica fundamentada nos princípios básicos da teoria psicanalítica e assumem como diretriz principal o estabelecimento de relações de sentido entre os dados obtidos (Turato, 2003).

### *Participantes*

Participaram do presente estudo oito pacientes, sendo seis mulheres e dois homens, que se encontravam em situação de recidiva oncológica e realizavam o tratamento médico preconizado em um hospital universitário. A Tabela 1 apresenta uma caracterização de tais pacientes e esclarece que a faixa etária dos mesmos variou dos 34 aos 77 anos e a escolaridade, do Ensino Fundamental incompleto ao Ensino Superior completo. No que se refere ao estado civil, observa-se que a maioria não convivia mais com o cônjuge, seja por viuvez ou divórcio. Não obstante, apenas uma participante não tinha filhos. A Tabela 2, por sua vez, sintetiza informações clínicas a respeito dos pacientes e revela que o tipo de doença primária dos mesmos foi diversificado. Porém, a maioria foi submetida a um mesmo tratamento, a saber: a quimioterapia.

*Estratégia de Recrutamento, Seleção e Definição dos Participantes*

Os participantes foram localizados por meio de buscas ativas realizadas a partir das indicações de profissionais de saúde do hospital universitário em questão, os quais foram solicitados, com a devida anuência institucional, a colaborar com o presente estudo, fornecendo aos pesquisadores informações a respeito de pacientes em tratamento considerados elegíveis para a coleta de dados. Vale destacar que foram considerados elegíveis os pacientes que atendiam aos seguintes critérios de inclusão: (1) possuir idade acima de 18 anos; (2) apresentar diagnóstico de recidiva de qualquer tipo de neoplasia maligna; (3) ter conhecimento desse diagnóstico há, no mínimo, um mês e (4) não possuir antecedentes psiquiátricos, suspeita de déficit intelectual, quadros demenciais ou distúrbios de comunicação capazes de comprometer a interação com os pesquisadores durante a coleta de dados.

É preciso salientar também que a definição do número de participantes do presente estudo foi executada com base no critério de saturação, o qual, a propósito, tem sido amplamente adotado no campo das pesquisas qualitativas. Portan-

to, como preconizam Fontanella, Ricas e Turato (2008), envolveu a identificação, a partir da avaliação dos pesquisadores, de certa repetição de dados. A utilização de tal critério tem o mérito, ainda segundo os referidos autores, de viabilizar a obtenção de um panorama representativo da realidade empírica pesquisada até mesmo quando — assim como ocorre no presente estudo — os participantes constituem uma amostra não probabilística de conveniência, de forma que representa um importante recurso para a validação científica.

*Instrumento*

O instrumento utilizado foi um roteiro semiestruturado de entrevista elaborado especialmente para o presente estudo (Anexo 1). As 40 questões que constituíram tal roteiro organizavam-se em três eixos, a saber: (1) dados de identificação; (2) primeira ocorrência da doença e (3) recidiva (Anexo 1). Desse modo, seu emprego possibilitou aos participantes relatarem suas histórias de adoecimento desde o diagnóstico da doença primária até o momento atual. E os mesmos puderam fazê-lo configurando o campo da entrevista de modo individual, na medida em que um roteiro semiestruturado, a despeito

**Tabela 1.** *Caracterização dos participantes do presente estudo*

Participantes	Idade	Estado civil	Filhos	Escolaridade	Ocupação atual
Paula	75	Casada	Sim (11)	Ensino fundamental incompleto	Do lar
Renata	34	Casada	Sim (1)	Ensino superior completo	Professora
Benício	40	Casado	Sim (2)	Ensino médio incompleto	Aposentado
Abílio	66	Divorciado	Sim (2)	Ensino fundamental completo	Aposentado
Cléia	71	Viúva	Não	Ensino médio incompleto	Do lar
Emérita	50	Divorciada	Sim (2)	Ensino médio completo	Do lar
Joice	77	Viúva	Sim (8)	Ensino fundamental completo	Aposentada
Adélia	64	Viúva	Sim (1)	Ensino médio incompleto	Aposentada

**Tabela 2.** *Informações clínicas dos participantes do presente estudo*

Participantes	Doença primária	Cirurgia	Quimioterapia	Radioterapia
Paula	Linfoma	Não	Sim	Sim
Renata	Melanoma	Sim	Não	Sim
Benício	Mieloma múltiplo	Não	Sim	Não
Abílio	Linfoma	Sim	Sim	Não
Cléia	Câncer de mama	Sim	Sim	Sim
Emérita	Linfoma	Não	Sim	Não
Joice	Leucemia	Sim	Sim	Sim
Adélia	Câncer de mama	Sim	Sim	Sim

de viabilizar ao pesquisador a obtenção de dados considerados de maior relevância face ao objetivo da pesquisa, tende a fazer emergir respostas do entrevistado de maneira mais livre (Belei, Gimenez-Paschoal, Nascimento & Matsumoto, 2008). Nesse fato reside uma importante vantagem da entrevista em relação àqueles testes psicológicos designados por Hogan (2006) como objetivos por serem compostos, a exemplo dos inventários e questionários, por itens de múltipla escolha.

A relevância das entrevistas no campo das pesquisas qualitativas foi evidenciada por diversos autores, dentre os quais se podem citar Martins e Bicudo (1994) e Turato (2003). Contudo, a opção por tal instrumento no presente estudo justifica-se, mais especificamente, tendo em vista que, em pesquisas recentes realizadas junto a variadas populações<sup>1</sup> (Maia, Guimarães & Ribeiro, 2003; Gambatto, Carli, Guarienti, Silva & Prado, 2006; Castro, 2010), as entrevistas revelaram-se especialmente proveitosas no sentido de subsidiar a coleta de dados indicativos dos mecanismos de defesa utilizados pelos entrevistados. Possivelmente, isso ocorreu porque as entrevistas, para Bleger (1987), possibilitam tanto ao entrevistado expor explicitamente certos dados a respeito de si, quanto ao entrevistador vislumbrar outros dados que emergem de modo implícito.

### *Coleta de Dados*

Todos os pacientes indicados pelos profissionais de saúde ao longo de um período de seis meses foram abordados pela primeira autora do presente estudo, pessoalmente, nas instalações do hospital universitário em questão ou por meio de contato telefônico, e convidados a participar da coleta de dados. Houve duas recusas, ambas atribuídas pelos pacientes à indisponibilidade de tempo. Cada um dos pacientes que aceitou participar foi entrevistado individualmente em um local reservado e em condições apropriadas para tanto, também nas instalações do hospital. As entrevistas foram gravadas em áudio com consentimento prévio de todos os participantes e realizadas em um único encontro, com duração média de 45 minutos. Vale destacar que, nos casos em que os participantes apresentaram disponibilidade, a coleta de dados foi realizada de imediato. Nos casos em que isso não foi possível, a coleta de dados foi agendada, de comum acordo, para um momento posterior.

<sup>1</sup> Nenhuma dessas pesquisas, entretanto, teve como participantes pacientes oncológicos.

### *Análise de Dados*

As entrevistas de todos os participantes do presente estudo foram transcritas literalmente e na íntegra. Posteriormente, foi adotada uma estratégia de análise constituída por três etapas. Na primeira etapa, as transcrições foram submetidas a leituras exaustivas, realizadas de maneira independente pelos pesquisadores, com o intuito de evitar uma eventual contaminação dos resultados. Na segunda etapa, também de maneira independente, os pesquisadores registraram em um quadro sinóptico individual os mecanismos de defesa identificados em cada uma das entrevistas. Nesse processo, foram considerados os seguintes mecanismos de defesa: (1) recalque; (2) regressão; (3) formação reativa; (4) isolamento; (5) anulação retroativa; (6) projeção; (7) introjeção; (8) sublimação; (9) denegação; (10) negação; (11) racionalização e (12) intelectualização.

As definições propostas por Laplanche e Pontalis (2001) para tais mecanismos de defesa foram adotadas pelos pesquisadores com o intuito de conferir coerência à avaliação dos resultados. Na terceira etapa de análise, por fim, os pesquisadores realizaram uma reunião presencial, com o intuito de obter um consenso sobre os mecanismos de defesa apresentados por cada participante. Para tanto, todas as ocorrências de mecanismos de defesa, tal como registradas nos quadros sinóticos individuais, foram discutidas caso a caso. As ocorrências analisadas consensualmente de início foram aceitas automaticamente. Já as ocorrências analisadas de maneira discordante foram discutidas caso a caso até que se chegasse a um comum acordo. Empregando esse conjunto de dados, foi organizado um quadro sinótico geral para cada participante.

### *Cuidados Éticos*

O presente estudo é parte de um projeto mais amplo, o qual obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Uberlândia (parecer 1091/10). Desse modo, os cuidados éticos necessários foram observados, sendo que todos os participantes concordaram espontaneamente com a realização da coleta de dados e formalizaram sua anuência mediante a assinatura de um termo de consentimento livre e esclarecido. Além de descrever sucintamente a coleta de dados, tal termo assegurava aos participantes o direito de desistir, a qualquer momento, de sua participação no presente estudo, sem qualquer espécie de prejuízo ao atendimento que lhes era oferecido.

no hospital universitário onde os mesmos realizavam tratamento médico. Vale destacar ainda que as iniciais dos nomes verdadeiros dos participantes, fornecidas pelos mesmos durante as entrevistas, foram substituídas por nomes fictícios, com o intuito de preservá-los o anonimato.

## Resultados

No conjunto das entrevistas, foram identificados, com maior frequência, os seguintes mecanismos de defesa: racionalização, regressão, projeção e denegação. Constatou-se que o primeiro deles foi preponderante, tendo sido empregado, ao menos uma vez, por todos os participantes. Os relatos 1 e 2 exemplificam ocorrências da racionalização tal como identificadas pelos pesquisadores. Afinal, o relato 1 aponta que o impacto psicológico causado pelo tratamento cirúrgico implementado em função da doença primária foi minimizado por Adélia a partir de uma explicação coerente do ponto de vista lógico, ainda que reducionista do ponto de vista emocional. Já o relato 2 demonstra que, ao ser questionado sobre sua reação ao diagnóstico da recidiva, Benício forneceu indícios de que, para lidar com tal estressor, procurou simplesmente naturalizar racionalmente sua ocorrência.

Relato 1: “[...] *Tem gente que já perdeu mais, já perdeu uma perna, já perdeu um braço. Isso aqui [a mama] não faz falta, eu não vou amamentar mais, eu não vou ter mais filhos*” (Adélia).

Relato 2: “*Uai, [...] eu já tava sabendo que ele ia voltar*” (Benício).

Conforme a avaliação dos pesquisadores, a regressão esteve presente nas entrevistas de quatro participantes. Os relatos 3 e 4 ilustram tal achado, pois denotam que tanto Paula quanto Adélia, em função do caráter extremamente ansiógeno da situação, encontraram dificuldades acentuadas para reagir adaptativamente à confirmação da recidiva. O retorno do câncer, aparentemente, trouxe à tona mais uma vez o sofrimento desencadeado pelo diagnóstico e pelo tratamento da doença primária, particularmente devido à emergência de um sentimento de perda associado à percepção de que todos os esforços envidados até então no controle da doença haviam sido em vão.

Relato 3: “*O primeiro pensamento foi esse: mas eu vou perder tudo, o tratamento que eu fiz, vou ter que fazer tudo de novo*” (Paula).

Relato 4: “*Eu só pensei uma coisa: vai começar tudo de novo ...*” (Adélia).

A projeção, por sua vez, foi observada pelos pesquisadores nas entrevistas de três participantes.

Os relatos 5 e 6 o exemplificam, na medida em que evidenciam que tanto Paula quanto Benício depositaram conteúdos internos em algo ou alguém externo. Paula o fez atribuindo ao hospital e aos demais pacientes a tristeza experimentada por ela quando da confirmação da recidiva. Já Benício projetou na população de um modo geral um pensamento (“suicídio”) e um sentimento (“desespero”) que podem ter-lhe ocorrido em algum momento devido ao adoecimento, mas que, por serem potencialmente desestruturantes, não puderam emergir à consciência. Nesse caso, especificamente, chama atenção ainda a ausência de personificação, recurso que talvez tenha sido inconscientemente adotado para promover um maior distanciamento do participante em relação ao pensamento e ao sentimento em questão.

Relato 5: “[O hospital] *era muito triste, eu olhava e tava tudo triste*” (Paula).

Relato 6: “*Tem muita gente que pensa em suicídio, entra em desespero*” (Benício).

A denegação também foi observada pelos pesquisadores nas entrevistas de três participantes. O relato 7 ilustra que, a exemplo de Abílio, os mesmos, quando da utilização de tal mecanismo de defesa, recusaram-se a admitir certas representações que, embora provisoriamente, chegaram ao nível da consciência. Abílio o fez de modo interessante, desmembrando a denegação em três movimentos: (1) um primeiro, ao negar que a recidiva tenha lhe “abalado”; (2) um segundo, ao afirmar que inicialmente havia recusado o tratamento médico proposto e (3) um terceiro, ao contestar essa afirmação – o que sugere que a representação que a originou não pode ser tolerada pela consciência – e reforçar sua suposta “aceitação” em relação à recidiva.

Relato 7: “*Não, dessa vez eu não me abalei. E até falei pro Dr. L. que eu não ia fazer o tratamento, aceitei bem*” (Abílio).

## Discussão

Os mecanismos de defesa predominantes entre os participantes do presente estudo, como já mencionado, foram a racionalização, a regressão, a projeção e a denegação. A projeção também se revelou recorrente entre os adolescentes com câncer avaliados por Capitão e Zamprona (2004) mediante a aplicação do Questionário Desiderativo, técnica projetiva<sup>2</sup> por meio da qual são veiculadas perguntas que, de maneira simbólica, remetem o sujeito a situações em que a possibilidade de morte é iminente. E o mesmo se pode afirmar a propósito das mulheres acometidas

por câncer de mama que participaram da pesquisa de Bandeira e Barbieri (2007), na qual foi empregada na coleta de dados outra técnica projetiva, a saber: o Teste de Apercepção Temática.

Em tais pesquisas, assim como naquelas desenvolvidas por Peres (2008) e Torrano-Masetti (2000), os mecanismos de defesa foram avaliados apenas em segundo plano em comparação com outras variáveis. Contudo, estes últimos autores trabalharam com pacientes mais semelhantes, em termos do curso da doença, àqueles que participaram do presente estudo. Peres (2008) observou que a denegação foi um dos mecanismos de defesa mais frequentes em mulheres acometidas por câncer de mama em situação de recidiva. Já Torrano-Masetti (2000) aponta que a projeção e a regressão predominaram entre pacientes recidivados com doenças onco-hematológicas.

Assim como Bandeira e Barbieri (2007) e Capitão e Zampronha (2004), tanto Peres (2008) quanto Torrano-Masetti (2000) realizaram a avaliação dos mecanismos de defesa dos participantes de suas pesquisas a partir dos dados oriundos da aplicação de técnicas projetivas, embora tenham utilizado também um roteiro semiestruturado de entrevista para a avaliação de outras variáveis. Ou seja, dentre as publicações nacionais localizadas por meio do levantamento bibliográfico executado para os fins do presente estudo, não foram encontradas pesquisas nas quais a avaliação dos mecanismos de defesa de pacientes oncológicos tenha sido realizada especificamente por meio de entrevista.

Esse fato torna patente a existência de diferenças entre este estudo e as referidas pesquisas no que tange ao instrumento adotado para a coleta de dados. E essas diferenças determinam o alcance da discussão dos resultados ora reportados à luz daqueles veiculados por outros autores que trabalharam com pacientes oncológicos. Porém, deve-se destacar que, como já mencionado, em pesquisas recentes realizadas junto a

outras populações (Maia et al., 2003; Gambatto et al., 2006; Castro, 2010), as entrevistas foram privilegiadas durante a coleta de dados para a avaliação de mecanismos de defesa. Conclui-se, portanto, que, de modo geral, as pesquisas na área de Oncologia que se debruçam sobre tal temática não estão sintonizadas a essa tendência metodológica.

Não obstante, tanto os resultados ora reportados quanto aqueles apresentados por outros autores que trabalharam com pacientes oncológicos indicam que os mesmos, especialmente em situação de recidiva, tendem a recorrer a mecanismos de defesa que, nos termos de Vaillant (2001), podem ser classificados como imaturos ou desadaptativos. O referido autor agrupa sob essa rubrica operações mentais que se caracterizam por afastar do plano da consciência pensamentos e sentimentos experimentados como ameaçadores, o que pode levar a uma distorção da realidade externa. Mas adverte que o emprego de mecanismos de defesa dessa natureza não necessariamente se deve a uma suposta psicopatologia, podendo ser determinado pela ocorrência de um estressor agudo.

Possivelmente, portanto, o funcionamento defensivo apresentado pelos participantes do presente estudo foi influenciado de modo decisivo pela vivência da recidiva devido ao elevado poder disruptivo que a caracteriza. E esse funcionamento defensivo pode tanto manter-se quanto modificar-se ao longo do tempo. Consubstanciando essa linha de raciocínio, ressalte-se que, como observou Kusnetzoff (1982), as contribuições de diversos psicanalistas contemporâneos sustentam que, em última instância, qualquer mecanismo de defesa, em que pese sua associação com o ego, pode ser apresentado por qualquer sujeito, dependendo da situação. Conclui-se, assim, que, na base dos processos psicopatológicos, não há o emprego pontual de uma ou outra operação psíquica classificada como imatura ou desadaptativa, mas sim sua adoção compulsiva e descontextualizada, como, inclusive, já apontava a teorização freudiana.

## Considerações Finais

Ao possibilitar um mapeamento dos mecanismos de defesa empregados por um grupo de pacientes oncológicos recidivados, o presente estudo fornece contribuições iniciais para o preenchimento de uma importante lacuna na literatura científica nacional. Afinal, uma compreensão mais detalhada a respeito de como o retorno do câncer é vivenciado pode auxiliar no aprimoramento da assistência multidisciplinar

<sup>2</sup> Vale destacar que se agrupam sob a rubrica das técnicas projetivas aqueles testes psicológicos que se caracterizam por permitir ao sujeito ampla liberdade de expressão e exigir um intenso grau de criação e elaboração pessoal por meio da veiculação de estímulos invariavelmente pouco ou nada estruturados (Chabert, 2004). Por esse motivo, as técnicas projetivas possibilitam a investigação de processos mentais inconscientes, o que, tipicamente, não ocorre com os testes psicológicos designados como objetivos. Porém, em comparação com estes, as técnicas projetivas possuem procedimentos de aplicação e, principalmente, avaliação mais complexos e trabalhosos.

oferecida àqueles que se deparam com esse acontecimento. Para tanto, contudo, novas pesquisas são imprescindíveis. Com base nos resultados ora reportados, recomenda-se aos pesquisadores interessados em se debruçar sobre o assunto que considerem a possibilidade de recorrer a uma entrevista para a coleta de dados, pois tal instrumento mostrou-se proveitoso frente ao objetivo proposto.

Desenvolvendo essa recomendação e tendo em vista que o presente estudo privilegiou o delineamento transversal, proporcionando, assim, comparações entre um grupo de pacientes oncológicos recidivados em um mesmo momento, parece oportuno sugerir também a utilização da entrevista em estudos com delineamento longitudinal. Tal recomendação parte do princípio de que a coleta de dados em ao menos dois momentos distintos permitirá o acompanhamento de possíveis mudanças ao longo do tempo no que se refere ao funcionamento defensivo dos participantes, o que pode contribuir para refinar a compreensão do funcionamento psíquico dos mesmos. Ademais, é preciso salientar que, na perspectiva de uma abordagem multimodal, a coleta de dados em pesquisas posteriores pode envolver a utilização combinada de entrevistas e testes psicológicos.

Por fim, uma limitação do presente estudo deve ser apontada para que possa ser contornada em pesquisas posteriores. Ocorre que, como se preconiza para o desenvolvimento de pesquisas qualitativas, foi observada, na definição dos participantes, uma homogeneidade fundamental, uma vez que todos eles apresentavam uma característica básica, a saber: encontravam-se em situação de recidiva oncológica. A despeito disso, houve certa heterogeneidade em relação a outras variáveis, tais como o sexo, a faixa etária, o nível de escolaridade e a localização da doença primária. Pesquisas posteriores podem esclarecer se essas variáveis exercem influência significativa no funcionamento defensivo de pacientes oncológicos recidivados.

## Referências

Almeida, A. M., Mamede, M. V., Panobianco, M. S., Prado, M. A. S., & Clapis, M. J. (2001). Construindo o significado da recorrência da doença: a experiência de mulheres com câncer de mama. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, 9(5), 63-69.

- Bandeira, M. F., & Barbieri, V. (2007). Personalidade e câncer de mama e do aparelho digestório. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 23(3), 295-304.
- Belei, R. A., Gimeniz-Paschoal, S. R., Nascimento, E. N., & Matsumoto, P. H. V. R. (2008). O uso de entrevista, observação e videogravação em pesquisa qualitativa. *Cadernos de Educação*, 30, 187-199.
- Bleger, J. (1987). *Temas de psicologia: entrevistas e grupos*. São Paulo: Martins Fontes.
- Camic, P. M., Rhodes, J. E., & Yardley, L. (2003). Naming the stars: integrating qualitative methods into psychological research. In P. M. Camic, J. E. Rhodes, & L. Yardley (Eds.), *Qualitative research in Psychology: expanding perspectives in methodology and design* (pp. 3-15). Washington: American Psychological Association.
- Canaverde, N. R. (2011). *Metástase de câncer de mama: eficácia adaptativa e funcionamento global*. Dissertação de Mestrado não publicada. Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia.
- Capitão, C. G., & Zamprona, M. A. G. (2004). Câncer na adolescência: um estudo com instrumento projetivo. *Revista da SBPH*, 7(1), 3-16.
- Caponero, R. (2008). Biologia do câncer. In V. A. Carvalho, M. J. Kovacs, & M. H. P. Franco (Eds), *Temas em Psico-Oncologia* (pp. 32-39). São Paulo: Summus.
- Castro, R. A. (2010). *A transmissão intergeracional na perspectiva de famílias sociais de uma instituição de abrigo*. Tese de Doutorado não publicada. Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.
- Chabert, C. (2004). *Psicanálise e métodos projetivos*. São Paulo: Vetor.
- Fontanella, B. J., Ricas, J., & Turato, E. R. (2008). Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cadernos de Saúde Pública*, 24(1), 17-27.
- Freud, S. (1996). Projeto para uma Psicologia científica. In J. Salomão (Ed.), *Edição standard brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud* (Vol. 1, pp. 395-452). Rio de Janeiro: Imago. (Original publicado em 1895).
- Gambatto, R., Carli, F. C., Guarienti, R. F., Silva, A. L. P., & Prado, A. B. (2006). Mecanismos de defesa utilizados por profissionais de saúde no tratamento de câncer de mama. *Psicología para América Latina*, 6. Acesso em 05 de Novembro de 2012, em <http://psicolatina.org/Seis/defesa.html>
- Hogan, T. P. (2006). *Introdução à prática de testes psicológicos*. Rio de Janeiro: LTC.

- Instituto Nacional de Câncer (2011). *Estimativas 2012: incidência de câncer no Brasil*. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde.
- Kusnetzoff, J. C. (1982). *Introdução à psicopatologia psicanalítica*. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.
- Laplanche, J., & Pontalis, J. B. (2001). *Vocabulário da psicanálise*. São Paulo: Martins Fontes.
- Maia, C. I. B., Guimarães, L. E. R., & Ribeiro, L. H. O. (2003). Diante do fenômeno da morte: um estudo sobre mecanismos de defesa de auxiliares de enfermagem. In C. M. B. Neme, & O. M. P. R. Rodrigues (Eds.), *Psicologia da saúde: Perspectivas interdisciplinares* (pp. 3-21). São Carlos: Rima.
- Martins, J., & Bicudo, M. A. V. (1994). *A pesquisa qualitativa em Psicologia: Fundamentos e recursos básicos*. São Paulo: Moraes.
- Massie, M. J., & Holland, J. C. (1991). Psychological reactions to breast cancer in the pre- and post-surgical treatment period. *Seminars in Surgical Oncology*, 7(5), 320-325.
- Minayo, M. C. S. (2012). Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(3), 621-626.
- Oliveira, J. H. A., & Yoshida, E. M. P. (2009). Avaliação psicológica de obesos grau III antes e depois de cirurgia bariátrica. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 22(1), 12-19.
- Peçanha, D. L. N. (2008). Câncer: recursos de enfrentamento na trajetória da doença. In V. A. Carvalho, M. J. Kovacs, & M. H. P. Franco (Eds), *Temas em Psico-Oncologia* (pp. 209-217). São Paulo: Summus.
- Peres, R. S. (2008). *Na trama do trauma: relações entre a personalidade de mulheres acometidas por câncer de mama e a recidiva oncológica sob a ótica da psicossomática psicanalítica*. Tese de Doutorado não publicada. Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.
- Torrano-Masetti, L. M. (2000). *Repetição do des-conhecido: contribuições da psicossomática psicanalítica na recaída do câncer hematológico*. Dissertação de Mestrado não publicada. Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.
- Turato, E. R. (2003). *Tratado de metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicações nas áreas de saúde e humanas*. Petrópolis: Vozes.
- Turato, E. R. (2005). Métodos qualitativos e quantitativos na área da saúde: definições, diferenças e seus objetos de pesquisa. *Revista de Saúde Pública*, 39(3), 507-514.
- Vaillant, G. E. (2001). *Adaptation to life*. Cambridge: Harvard University Press.
- Zimerman, D. E. (2001). *Vocabulário contemporâneo de psicanálise*. Porto Alegre: Artmed.

**Endereço para correspondência:**

Rodrigo Sanches Peres  
 Universidade Federal de Uberlândia  
 Avenida Pará, 1.720, Bloco 2C – Campus Umuarama  
 CEP 38401-136 – Uberlândia/MG  
 E-mail: rodrigossanchesperes@yahoo.com.br

Revisto em 05/11/2012

Revisado em 02/03/2013

Aceito em 13/06/2013

\* Os autores agradecem a inestimável contribuição da Profa. Dra. Anna Claudia Yokoyama dos Anjos à realização do presente estudo.

**Anexo 1. Roteiro semiestruturado de entrevista**

**Eixo 1: Dados de identificação**

- 1) Quais são as iniciais do seu nome?
- 2) Qual é a sua idade?
- 3) Qual é o seu estado civil?
- 4) Você tem filhos? Se sim, quantos?
- 5) Qual é a sua escolaridade?
- 6) Qual é a sua profissão ou ocupação atual?

**Eixo 2: Primeira ocorrência da doença**

- 7) Como você descobriu que estava com câncer pela primeira vez?
- 8) Como você recebeu a notícia?
- 9) Você suspeitava de algo?
- 10) Que tipo de câncer você tinha na época?
- 11) Quando aconteceu a descoberta da doença?
- 12) Como você reagiu?
- 13) O que você pensou?
- 14) O que você sentiu?
- 15) Qual foi a sua maior dificuldade na época?
- 16) Que tipo de atitude você tomou em relação a essa dificuldade?
- 17) O que mudou em sua vida?
- 18) Você recebeu apoio de alguém? Se sim, de quem?
- 19) Qual foi o tratamento realizado?
- 20) Como se deu a escolha por esse tratamento?
- 21) Como foi para você fazer esse tratamento?

**Eixo 3: Recidiva**

- 22) Como você descobriu que estava com câncer novamente?
- 23) Como você recebeu a notícia?
- 24) Você suspeitava de algo?
- 25) Que tipo de câncer você tem agora?
- 26) Quando aconteceu a descoberta da recidiva?
- 27) Como você reagiu?
- 28) O que você pensou?
- 29) O que você sentiu?
- 30) Qual está sendo sua maior dificuldade?
- 31) Que tipo de atitude você tem tomado em relação a essa dificuldade?
- 32) O que mudou em sua vida?
- 33) Você tem recebido apoio de alguém? Se sim, de quem?
- 34) Qual está sendo o tratamento realizado?
- 35) Como se deu a escolha por esse tratamento?
- 36) Como está sendo para você fazer esse tratamento?
- 37) Que expectativas você tem em relação a esse tratamento?
- 38) Quais são os seus planos para o futuro?
- 39) O que você acha que poderá realizar?
- 40) Você acha que não vai conseguir realizar alguma coisa? Se sim, o que e por quê?

## Comportamento Alimentar Inadequado e Insatisfação Corporal em Jovens Atletas: Comparações em Função das Características Esportivas\*

Inadequate Eating Behavior and Body Dissatisfaction in Young Athletes:  
Comparisons According to Sports Characteristics

Leonardo de Sousa Fortes<sup>1</sup>  
Maria Elisa Caputo Ferreira<sup>1</sup>

### Resumo

O objetivo do presente estudo foi comparar comportamento alimentar inadequado (CAI) e a insatisfação corporal (IC) entre atletas do sexo masculino de esportes coletivos, com divisão por classe de peso e modalidades de potência. Participaram 465 atletas com idades entre 10 e 19 anos, competidores de esportes coletivos e individuais. Utilizaram-se o *Eating Attitudes Test* e o *Body Shape Questionnaire* para avaliar o CAI e a IC, respectivamente. Conduziu-se análise univariada de covariância para comparar o CAI e a IC segundo grupos de esportes. Os resultados evidenciaram que atletas de esportes coletivos demonstraram maior frequência de CAI quando comparados aos demais grupos ( $p < 0,05$ ). Ademais, esportistas de modalidades com divisão por classe de peso mostraram-se mais insatisfeitos em relação aos outros grupos ( $p < 0,05$ ). Concluiu-se que tanto o CAI quanto a IC foram diferentes em função dos grupos de esportes.

**Palavras-chave:** Comportamento alimentar; imagem corporal; atletas; transtornos da alimentação.

### Abstract

The aim of this study was to compare the inappropriate eating behavior (IEB) and the body dissatisfaction (BD) among male athletes of team sports, with classification by weight categories and power modalities. The study included 465 athletes aged between 10 and 19 years, competitors of both team and individual sports. We used the Eating Attitudes Test and the Body Shape Questionnaire to evaluate IEB and BD, respectively. We conducted univariate covariance analysis to compare IEB and BD according to the groups of sports. The results showed that athletes of team sports showed higher frequency of IEB when compared to the other groups ( $p < 0.05$ ). Furthermore, athletes of sport modalities with classification by weight categories were more dissatisfied in relation to the other groups ( $p < 0.05$ ). We concluded that both IEB and BD were different for groups of sports.

**Keywords:** Eating behavior; body image; athletes; eating disorders.

<sup>1</sup>Universidade Federal de Juiz de Fora (Juiz de Fora), Brasil

Atualmente, a exigência para o bom desempenho em competições tem sido considerada alta em atletas (Schaal et al., 2011; Rouveix, Bouget, Pannafieux, Champely & Filaire, 2007). Deste modo, jovens esportistas gastam boa parte de seu tempo com esforços voltados para o treinamento árduo em busca da otimização da performance. No entanto, às vezes, muitos atletas não atingem os resultados esperados. Ademais, treinadores e atletas costumam considerar o baixo peso corporal e a magreza como características morfológicas predominantemente associadas ao rendimento atlético (Baun, 2006; Silva, Gomes & Martins, 2011; Holm-Denoma, Scaringi, Gordon, Van Orden & Joiner, 2009). Com isso, é possível que alguns competidores desenvolvam atitudes compensatórias para controle/perda de peso corporal, também conhecidas como comportamentos alimentares inadequados, tais como: autoindução de vômitos, restrição alimentar patológica, uso de laxativos/diuréticos para perda de peso, utilização de esteroides anabólicos para aumento de massa magra, entre outros (Fortes & Ferreira, 2011; Filaire, Larue & Rouveix, 2011). Alguns estudos têm apontado alta prevalência no âmbito esportivo competitivo para tais hábitos (Torstveit, Rosevinge & Sundgot-Borgen, 2008; Silva et al., 2011).

Atualmente, a exigência para o bom desempenho em competições tem sido considerada alta em atletas (Schaal et al., 2011; Rouveix, Bouget, Pannafieux, Champely & Filaire, 2007). Deste modo, jovens esportistas gastam boa parte de seu tempo com esforços voltados para o treinamento árduo em busca da otimização da performance. No entanto, às vezes, muitos atletas não atingem os resultados esperados. Ademais, treinadores e atletas costumam considerar o baixo peso corporal e a magreza como características morfológicas predominantemente associadas ao rendimento atlético (Baun, 2006; Silva, Gomes & Martins, 2011; Holm-Denoma, Scaringi, Gordon, Van Orden & Joiner, 2009). Com isso, é possível que alguns competidores desenvolvam atitudes compensatórias para controle/perda de peso corporal, também conhecidas como comportamentos alimentares inadequados, tais como: autoindução de vômitos, restrição alimentar patológica, uso de laxativos/diuréticos para perda de peso, utilização de esteroides anabólicos para aumento de massa magra, entre outros (Fortes & Ferreira, 2011; Filaire, Larue & Rouveix, 2011). Alguns estudos têm apontado alta prevalência no âmbito esportivo competitivo para tais hábitos (Torstveit, Rosevinge & Sundgot-Borgen, 2008; Silva et al., 2011).

Todavia, a frequência de hábitos alimentares deletérios à saúde parece ser diferente, dependendo das peculiaridades da modalidade esportiva. Por exemplo, Schaal et al. (2011) e Krentz e Warschburger (2011) salientam que esportes com divisão por classe de peso corporal, como judô, tae-kwon-do, esgrima e boxe, são modalidades que costumam acentuar os comportamentos alimentares inadequados em seus participantes. Além disso, existem evidências de que a insatisfação corporal também é maior nesses esportistas (Filaire, Rouveix, Pannafieux & Ferrand, 2007; Rouveix et al., 2007).

Segundo White e Halliwell (2010), a insatisfação corporal diz respeito à depreciação do peso e da aparência física. Pesquisas têm evidenciado baixas prevalências desse sentimento em atletas (Pickett, Lewis & Cash, 2005; Fortes, Miranda, Amaral & Ferreira, 2011). Entretanto, a literatura têm demonstrado resultados controversos (Frederick et al., 2007; Arroyo, González-de-Suco, Sanchez, Ansotegui & Rocandio, 2008), embora as investigações não se preocupem em diferenciar os esportes por suas características. Por isso, alguns autores ressaltam a importância de separar os esportes segundo suas peculiaridades (Fortes & Ferreira, 2011; Schaal et al., 2011; Krentz & Warschburger, 2011).

Os esportes podem ser caracterizados segundo suas exigências competitivas. Os coletivos, como futebol, basquetebol, handebol e voleibol, são modalidades de tomada de decisão com orientação fisiológica do tipo intermitente (metabolismo aeróbio *versus* anaeróbio) (Rosendahl, Bormann, Aschenbrenner, Aschenbrenner & Strauss, 2009). Por outro lado, em outras modalidades, como as lutas (judô, tae-kwon-do e esgrima), os atletas, para competirem em categorias mais leves contra adversários menores e mais fracos, costumam reduzir seu peso corporal dias antes das competições e o recuperam subsequentemente (Rouveix et al., 2007). Em competições com nível atlético elevado, nas quais o desenvolvimento técnico-tático dos atletas é bastante equivalente, a importância de preparação física adequada torna-se ainda mais evidente, e pequenas alterações, em qualquer variável que influencie o desempenho, podem determinar o resultado final de uma luta. Desse modo, a prática da redução rápida de peso pode ser contraproducente para o desempenho esportivo, e atletas brasileiros podem estar competindo com certo comprometimento de seu potencial físico. Por fim, os esportes que exigem do atleta elevada “explosão muscular”, como alguns estilos da natação (50 m livre e 100 m livre), do atletismo (100 m rasos e 200 m rasos) e saltos ornamentais, são caracterizados como modalidades de “potência” (Sundgot-Borgen & Torstveit, 2010).

Estudos têm evidenciado maiores riscos para o transtorno do comportamento alimentar em atletas que participam de modalidades com divisão por classe de peso quando comparados a competidores de outros esportes (Rouveix et al., 2007; Filaire et al., 2007). Em contrapartida, Rosendahl et al. (2009) não replicaram esses achados, demonstrando que esportistas de modalidades de potência tinham maiores

riscos para problemas alimentares. Ademais, Petrie, Greenleaf, Reel e Carter (2008) e Fortes e Ferreira (2011) não encontraram diferenças de comportamento alimentar inadequado entre grupos de esportes distintos. Sendo assim, os achados da literatura a respeito deste tema ainda são controversos.

Em relação à insatisfação corporal, poucos estudos foram realizados comparando-a em função de grupos de modalidades esportivas (Fortes & Ferreira, 2011; Frederick et al., 2007; Pickett et al., 2005). No entanto, a literatura tem preconizado que atletas de esportes com divisão por peso corporal podem ser mais depreciativos com peso e aparência física quando comparados aos esportistas de outras modalidades (Fortes et al., 2011; Filaire et al., 2011; Baun, 2006). Além disso, existe escassez de pesquisas envolvendo atletas do sexo masculino nas análises. Neste sentido, o avanço do conhecimento científico a respeito de variáveis afetivas e comportamentais com atletas do sexo masculino, em função da modalidade esportiva praticada, fica limitado, o que justifica a realização de investigações com esse público.

Contudo, uma variável que pode interferir na comparação de fenômenos comportamentais e afetivos entre atletas segundo modalidades esportivas relaciona-se com a idade. De fato, alguns achados evidenciam que adolescentes mais velhos costumam apresentar maiores frequências de comportamentos alimentares inadequados (Scherer, Martins, Pelegri, Matheus & Petroski, 2010; De Bruin, Oudejans, Bakker & Woertman, 2011). Entretanto, as pesquisas que compararam as atitudes alimentares inapropriadas em função do esporte não se preocuparam em isolar possíveis fatores que poderiam influenciar tais variáveis. Quando fatores comportamentais e/ou afetivos são comparados entre grupos com características distintas, pode ser que o resultado seja fruto da diferença das variáveis independentes não isoladas. Portanto, comparações de comportamentos alimentares inadequados e insatisfação corporal em função das modalidades esportivas somente fazem sentido caso os atributos demográficos (idade) sejam igualados. Deste modo, pesquisadores ressaltam a importância de se utilizar a idade como covariável no processo de análise dos dados em investigações que buscam comparar grupos (Fortes et al., 2011; Fortes, Paes, Amaral & Ferreira, 2012).

Diante das informações supracitadas, o objetivo do presente estudo foi comparar o comportamento alimentar inadequado e a insatisfação corporal entre

atletas de esportes coletivos, do sexo masculino, com divisão por classe de peso e modalidades de potência.

## Método

### *Participantes*

Trata-se de estudo transversal com características comparativas, realizado com jovens atletas de diversas modalidades esportivas do sexo masculino, na faixa-etária dos 10 aos 19 anos, nas cidades de Juiz de Fora (MG) e Rio de Janeiro (RJ) no ano de 2011. Para inclusão dos adolescentes na pesquisa, foram adotados os seguintes critérios, levando-se em consideração as recomendações de Fortes e Ferreira (2011): (1) treinar sistematicamente sua respectiva modalidade esportiva há pelo menos um ano, com frequência e duração mínimas de três vezes semanais e uma hora por sessão, respectivamente; (2) participar de competição no ano de 2011; (3) não fazer tratamento com drogas psicoativas; e (4) ter disponibilidade para responder questionários. Deste modo, foram avaliados 487 esportistas provenientes de modalidades coletivas (futebol, handebol, basquetebol e voleibol), com divisão por classe de peso corporal (judô, tae-kwon-do e esgrima) e de potência (natação, atletismo e saltos ornamentais). No entanto, 22 foram excluídos do estudo por não apresentarem os questionários respondidos em sua totalidade.

O estudo obteve aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de Juiz de Fora (protocolo 2149.209.2010), de acordo com a lei 196/96 do Conselho Nacional de Saúde brasileiro. Ademais, todos os sujeitos, juntamente com seus responsáveis (caso fosse menor que 18 anos), assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE), autorizando sua participação na pesquisa.

### *Instrumentos*

O *Eating Attitudes Test* (EAT-26) foi utilizado para avaliar os distúrbios alimentares. Consta de uma ferramenta de autopreenchimento contendo 26 itens, com respostas em escala do tipo Likert (0 = Nunca, Quase nunca, ou Poucas vezes; 1 = Às vezes; 2 = Muitas vezes; 3 = Sempre), sendo que a pergunta de número 25 apresenta score invertido. Essas questões avaliam recusa patológica a alimentos com alto teor calórico, preocupação com aparência física, episódios de compulsão alimentar, autocontrole em relação à comida e forças

ambientais/sociais estimulantes à ingestão alimentar, considerados comportamentos alimentares inadequados segundo Fortes e Ferreira (2011). Escores iguais ou maiores que 20 indicam comportamento de risco para o desencadeamento de transtornos alimentares (Fortes & Ferreira, 2011). O EAT-26 foi validado para adolescentes brasileiros (Bighetti, Santos, Santos & Ribeiro, 2004), não apresentando diferença dos escores na reprodutibilidade teste-reteste, além de demonstrar consistência interna de 0,82. Ademais, essa ferramenta de pesquisa tem sido utilizada em amostras com faixas etárias dos 10 aos 19 anos (Fortes & Ferreira, 2011; Fortes et al., 2012). Calculou-se a consistência interna para a presente amostra, obtendo-se valor de alfa de Cronbach de 0,92.

O *Body Shape Questionnaire* (BSQ) é um instrumento de autopreenchimento composto por 34 perguntas em escala do tipo Likert, variando de 1 = Nunca até 6 = Sempre, que buscam avaliar a imagem corporal. O BSQ também possibilita rastrear a frequência de preocupação/descontentamento que o jovem possui com o peso e a aparência física, ou seja, sua insatisfação corporal. Quanto maior o escore, maior é a depreciação que o avaliado tem com sua aparência. Além disso, os escores do BSQ possibilitam classificar os participantes em grupos contrastantes a respeito de sua insatisfação corporal (Conti, Cordás & Latorre, 2009): <80 – livre de insatisfação corporal; ≥80 e <110 – leve insatisfação; ≥110 e <140 – moderada insatisfação; e ≥140 – grave insatisfação com o corpo. Esse questionário foi validado para a população adolescente brasileira (Conti et al., 2009), mostrando consistência interna de 0,96 para o sexo masculino e coeficiente de correlação entre os escores do teste-reteste significativo (0,91). Além disso, outras investigações com amostras de jovens na faixa-etária de 10 a 19 anos têm utilizado o BSQ como instrumento de pesquisa (Fortes & Ferreira, 2011; Scherer et al., 2010). Para a presente amostra, foi calculada a consistência interna pelo alfa de Cronbach, obtendo-se valor de 0,92.

### *Procedimentos*

*A priori*, procuraram-se os diretores de cinco clubes da cidade de Juiz de Fora e cinco da cidade do Rio de Janeiro. No entanto, somente seis destes (quatro de Juiz de Fora e dois do Rio de Janeiro) responderam o e-mail, autorizando o contato com os treinadores de esportes de suas respectivas instituições. Em seguida, marcaram-se reuniões com os

treinadores para explicitar objetivos e procedimentos da pesquisa. Após consentimento dos mesmos, os pesquisadores tiveram o primeiro contato com os atletas, marcando-se encontros para elucidar todos os passos que deveriam ser seguidos para a inclusão deles no estudo. Deste modo, foram distribuídos os TCLEs aos esportistas, pedindo-lhes que devolvessem devidamente assinado por seus responsáveis na semana subsequente a esse encontro.

Por conseguinte, o estudo foi realizado em apenas um momento. Sendo assim, os atletas responderam aos instrumentos (EAT-26 e BSQ), acrescidos de um questionário qualitativo para identificação de dados demográficos (idade e modalidade esportiva). Essa etapa foi realizada em grupo, por um único pesquisador (LSF), que padronizou as explicações verbais, na tentativa de evitar interferências intra-avaliadores.

### Análise Estatística

Utilizaram-se medidas de tendência central (média) e dispersão (frequência e desvio padrão) para descrever as variáveis do estudo. Utilizou-se o qui-quadrado de Pearson ( $\chi^2$ ) para comparar frequências das classificações do EAT-26 e do BSQ em função do grupo de modalidade esportiva. Conduziu-se análise univariada de covariância (ANCOVA), utilizando-se idade como covariável, para comparar comportamento alimentar e insatisfação corporal entre grupos de modalidades esportivas. Utilizou-se o *post hoc* de Bonferroni para identificar tais diferenças. Todos os dados foram tratados no *software Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) 17.0, adotando-se nível de significância de 5%.

### Resultados

A amostra final do estudo contou com 465 atletas, distribuídos segundo modalidades esportivas, con-

forme elucidado na Tabela 1. A prevalência encontrada para comportamento alimentar inadequado foi de 15%, enquanto para insatisfação corporal (BSQ>80) foi de 14,5%. No entanto, atletas de esportes coletivos apresentaram as maiores prevalências, tanto para o comportamento alimentar inadequado (17%) ( $\chi^2=435,82$ ;  $p=0,001$ ), quanto para a insatisfação corporal (16%) ( $\chi^2=234,69$ ;  $p=0,001$ ) em relação aos demais grupos (Tabela 2).

A ANCOVA evidenciou diferenças dos escores do EAT-26 em função dos grupos de modalidades esportivas (Tabela 3). Atletas de esportes coletivos demonstraram maior frequência de comportamentos alimentares inadequados quando comparados aos atletas de modalidades de “po-

**Tabela 1.** Distribuição de frequência dos atletas segundo esportes e grupos de modalidades esportivas

	Frequência absoluta (n)	Frequência relativa (%)
Esportes		
Futebol	271	58,3
Handebol	16	3,5
Basquetebol	56	12,0
Voleibol	12	2,6
Judô	24	5,2
Tae-kwon-do	11	2,4
Esgrima	13	2,7
Natação	42	9,0
Atletismo	10	2,2
Saltos ornamentais	10	2,2
Grupos de modalidades		
Coletivos	355	76,3
Divisão por classe de peso	48	10,3
Potência	62	13,4

**Tabela 2.** Distribuição de frequência (%) das classificações do Eating Attitudes Test e do Body Shape Questionnaire em função do grupo de modalidade esportiva

Modalidade	EAT-26		BSQ			
	Positivo ( $\geq 20$ )	Negativo ( $< 20$ )	Livre	Leve	Moderada	Grave
Coletivo	16,9*	83,1	87,7	12,3	2,6	1,4
DPC	7,1	92,9	85,7	7,1	7,1	—
Potência	10,5**	89,5	91,2	5,3	3,5	—

\* $p < 0,05$  em relação à classificação positiva do EAT-26 de esportes com divisão por classe de peso; \*\* $p < 0,05$  em relação à classificação positiva do EAT-26 de esportes coletivos; DPC: divisão por classe de peso; EAT-26: Eating Attitudes Test; BSQ: Body Shape Questionnaire

tência” ( $F=5,43$ ;  $p=0,015$ ). No entanto, atletas de modalidades coletivas não demonstraram diferenças estatisticamente significativas nos escores do EAT-26 para o grupo “divisão por classe de peso” ( $F=1,89$ ;  $p=0,12$ ). Do mesmo modo, a ANCOVA não evidenciou diferença entre atletas de esportes de “potência” e “divisão por classe de peso” ( $F=2,16$ ;  $p=0,068$ ). Por fim, os resultados apontaram que a idade esteve relacionada com os escores do EAT-26 ( $F=15,32$ ;  $p=0,001$ ). No entanto, o propósito da ANCOVA é inibir os efeitos de uma covariável, neste caso, a idade, sobre a variável critério (EAT-26).

A respeito da insatisfação corporal, a ANCOVA também apresentou diferenças entre os grupos de esportes (Tabela 4). Neste sentido, esportistas de modalidades com “divisão por classe de peso” mostraram-se mais insatisfeitos em relação ao grupo “potência” ( $F=8,55$ ;  $p=0,001$ ). Todavia, não foram encontradas diferenças estatísticas para os escores do BSQ quando comparados os grupos “coletivos” e “divisão por classe de peso” ( $F=2,51$ ;  $p=0,082$ ), assim como “coletivos” e “potência” ( $F=2,14$ ;  $p=0,066$ ). Ademais, ao contrário do que foi evidenciado para as análises com o EAT-26, os achados da ANCOVA não indicaram relação da idade com os escores do BSQ ( $F=2,48$ ;  $p=0,12$ ).

### Discussão

A pesquisa teve como premissa comparar comportamento alimentar inadequado e insatis-

fação corporal entre atletas de esportes coletivos, do sexo masculino, com divisão por classe de peso e modalidades de potência. Os resultados evidenciaram diferenças de comportamento alimentar inadequado e insatisfação em função do grupo de modalidade esportiva.

Os achados do presente estudo demonstraram prevalência de aproximadamente 15% para comportamento alimentar inadequado em jovens atletas do sexo masculino. Alguns achados corroboram tais resultados. Por exemplo, Filaire et al. (2007) avaliaram judocas e ciclistas e encontraram prevalência de 17% para tais hábitos. Do mesmo modo, Fortes et al. (2012) identificaram que 19% dos nadadores avaliados apresentavam atitudes alimentares prejudiciais à saúde. Em contrapartida, outros estudos têm identificado prevalências consideravelmente menores (Toro et al., 2005; Gomes, Martins & Silva, 2011) ou maiores (Rouveix et al., 2007; Torstveit et al., 2008). Todavia, acredita-se que essas discrepâncias sejam fruto da diversidade de instrumentos aplicados nessas pesquisas. Deste modo, seria interessante tentar padronizar a utilização de ferramentas que avaliem comportamentos alimentares deletérios à saúde em atletas, com intuito de possibilitar futuras comparações entre a literatura científica que sejam mais plausíveis e confiáveis.

A respeito da comparação dos escores do EAT-26 segundo grupos de modalidades esportivas, os resultados identificaram que atletas praticantes de esportes coletivos tinham alimentação mais inapropriada quando comparados aos esportistas de modalidades com caracte-

**Tabela 3.** Média e desvio padrão do Eating Attitudes Test segundo grupos de modalidades esportivas

Grupo	Média	DP	B	F	Valor p
Coletivos*	12,71	0,63			
DCP	10,61	2,69	25,10	36,03	<0,001
Potência	8,19	1,55			

\* $p<0,05$  em relação ao grupo “Potência”; DP: desvio padrão; B: coeficiente beta; F: tamanho da significância estatística; DCP: divisão por classe de peso; EAT-26: Eating Attitudes Test

**Tabela 4.** Média e desvio padrão do Body Shape Questionnaire segundo grupos de modalidades esportivas

Grupo	Média	DP	B	F	Valor p
Coletivos	60,11	1,19			
DCP*	64,88	4,35	77,09	72,01	<0,001
Potência	57,22	2,96			

\* $p<0,05$  em relação ao grupo “Potência”; DP: desvio padrão; B: coeficiente beta; F: tamanho da significância estatística; DCP: divisão por classe de peso; BSQ: Body Shape Questionnaire

terísticas de potência. Pressupõe-se que a pressão para o desempenho imposta pelos colegas de equipe possa ser um dos fatores determinantes para a acentuação da frequência de hábitos alimentares prejudiciais à saúde em praticantes de esportes coletivos competitivos. Ademais, talvez as características morfológicas possam ter influenciado de alguma maneira nesses resultados, pois alguns autores salientam que, em modalidades com exigências intermitentes (metabolismo aeróbio *versus* metabolismo anaeróbio), os atletas costumam apresentar perfis de gordura um pouco acima dos percentuais apresentados por jovens competidores de esportes de potência (Fortes & Ferreira, 2011; Schaal et al., 2011). Toro et al. (2005) estudaram 467 atletas de diversos esportes e evidenciaram elevada frequência de hábitos alimentares inadequados em sujeitos com acentuado perfil de gordura. Neste sentido, várias investigações têm apresentado que indivíduos com adiposidade corporal acentuada podem estar mais vulneráveis aos hábitos alimentares inadequados (Fortes et al., 2012; Arroyo et al., 2008), podendo, então, ser uma das explicações para os presentes achados.

Entretanto, os resultados da presente pesquisa em relação a tais comparações vão de encontro ao que a literatura científica tem preconizado. Estudos têm apontado os atletas participantes de modalidades com divisão por classe de peso como os mais suscetíveis para o desenvolvimento de comportamentos alimentares inapropriados (Baun, 2006; Silva et al., 2011; Holm-Denoma et al., 2009). Por outro lado, Fortes e Ferreira (2011), assim como na presente pesquisa, não replicaram essa tendência. Além disso, Gomes et al. (2011) e De Bruin et al. (2011) ressaltam que a participação esportiva, por si só, já pode ser considerada fator de risco para desencadeamento de transtorno do comportamento alimentar. Desta maneira, estima-se que esse tópico ainda permaneça impreciso, devendo-se explorá-lo melhor em futuras investigações.

No que tange às análises com a variável insatisfação corporal, os achados do presente estudo evidenciaram prevalência de 16%. No entanto, somente a pesquisa de Fortes e Ferreira (2011) encontrou resultado semelhante. Parece que a insatisfação corporal tem sido elevada em homens no âmbito esportivo. Por exemplo, os achados de Arroyo et al. (2008) indicaram que 78% dos atletas do sexo masculino estavam descontentes com os seus corpos. Acrescentando, Petrie et al. (2008) evidenciaram prevalência de quase 50% para a insatisfação corporal em atletas universitários americanos. É interessante ressaltar que essas discrepâncias possam ser fruto da diversidade de

instrumentos aplicados nessas pesquisas. Além disso, algumas investigações têm enfatizado que a depreciação do corpo no sexo masculino está mais associada à musculosidade (White & Halliwell, 2010; Didie, Kuniega-Pietrzak & Phillips, 2010). Porém, o BSQ busca avaliar o descontentamento com o peso e a aparência física relacionada à adiposidade corporal (Conti et al., 2009), podendo ser uma das explicações para a baixa prevalência evidenciada de insatisfação corporal. Por isso, recomenda-se padronizar a utilização de ferramentas a respeito da avaliação de preocupação/descontentamento com o peso e a aparência física em jovens atletas.

Em relação à comparação dos escores do BSQ em função dos grupos de esportes, a ANCOVA demonstrou diferenças entre modalidades com divisão por classe de peso e potência. Deste modo, esses resultados corroboram outros achados. Schaal et al. (2011) e Pickett et al. (2005) avaliaram atletas de vários esportes e demonstraram que os praticantes de modalidades que apresentavam divisão de categoria em função do peso corporal (judô e luta greco-romana) estavam mais descontentes com o corpo quando comparados aos esportistas de modalidades com características de potência (natação e atletismo). Desta forma, parece que a pressão para controlar/perder peso, na tentativa de competir em categorias acima ou abaixo da sua, em esportes com divisão por classe de peso corporal, como judô, tae-kwon-do e esgrima, faz com que o atleta sintam-se insatisfeito com sua aparência física (Filaire et al., 2011). Sendo assim, o esportista pode sentir-se incapaz de realizar dieta saudável para atingir tal objetivo, podendo, então, ser predisposto aos comportamentos compensatórios para perda de peso que são descritos como: autoindução de vômitos, restrição alimentar patológica, entre outros (Fortes et al., 2012; Filaire et al., 2011; Baun, 2006).

Os achados da presente investigação identificaram relação da idade com os escores do EAT-26. Segundo Fortes e Ferreira (2011), os adolescentes mais novos costumam apresentar maiores frequências de atitudes alimentares prejudiciais à saúde e preocupação com a aparência física quando comparados aos mais velhos. No entanto, a ANCOVA não apontou relação significativa da idade com a insatisfação corporal na presente amostra. De qualquer forma, deve-se inserir a idade como covariável em pesquisas que tenham o propósito de comparar grupos.

O presente estudo apresentou resultados interessantes. No entanto, possui algumas limitações.

A primeira foi utilizar ferramentas auto-reportadas como instrumentos norteadores da pesquisa. Alguns autores argumentam que os participantes podem não responder com fidedignidade aos questionários, por se tratarem de respostas subjetivas (Rouveix et al., 2007; Torstveit et al., 2008). Por outro lado, vários pesquisadores recomendam sua utilização em investigações com grandes amostras, pois consta de método de fácil aplicabilidade, além de baixo custo financeiro (Fortes & Ferreira, 2011; Baun, 2006; Toro et al., 2005). A segunda limitação foi não ter avaliado variáveis morfológicas (índice de massa corporal e percentual de gordura). Estudos têm demonstrado que características corporais podem influenciar os resultados de variáveis comportamentais e afetivas em atletas (Fortes et al., 2011; 2012). De qualquer forma, a presente pesquisa destaca-se por utilizar um grande tamanho amostral de atletas brasileiros do sexo masculino. Acredita-se, ainda, que esta investigação acrescente importantes lacunas do conhecimento sobre variáveis afetivas e comportamentais em atletas brasileiros do sexo masculino, que até então haviam sido pouco exploradas.

Os resultados do estudo permitiram concluir que os comportamentos alimentares inadequados foram mais presentes em atletas de esportes coletivos. Por outro lado, a insatisfação corporal esteve mais elevada em esportistas de modalidades com divisão por classe de peso.

Desta forma, os treinadores, os colegas de equipe, os patrocinadores e os pais de atletas praticantes de modalidades coletivas ou com divisão por classe de peso corporal poderiam ser mais cautelosos ao cobrar a maximização do desempenho ou ao mencionarem comentários negativos a respeito da morfologia física desses jovens. Geralmente, esses atletas associam o bom rendimento esportivo ao baixo peso corporal. Neste sentido, caso o treinamento físico não seja suficiente para a perda de peso, esses esportistas poderão utilizar métodos inadequados para esse fim.

Recomenda-se acompanhamento nutricional e psicológico com jovens atletas, a fim de reduzir a frequência de atitudes alimentares deletérias à saúde, bem como diminuir os níveis de sentimentos depreciativos com o peso e a aparência física.

Finalmente, sugere-se que sejam realizadas pesquisas comparando diferentes construtos do comportamento alimentar e insatisfação corporal associados à musculosidade, segundo modalidades esportivas, em jovens atletas do sexo masculino.

## Referências

- Arroyo, M., González-de-Suco, J. M., Sanchez, C., Ansotegui, L., & Rocandio, A. M. (2008). Body image and body composition: comparisons of young male elite soccer players and controls. *International Journal of Sport Nutrition and Exercise Metabolism*, 18(4), 628-638.
- Baun, A. (2006). Eating disorders in the male athlete. *Sports Medicine*, 36(1), 1-6.
- Bighetti, F., Santos, C. B., Santos, J. E., & Ribeiro, R. P. P. (2004). Tradução e avaliação do *Eating Attitudes Test* em adolescentes do sexo feminino de Ribeirão Preto, São Paulo. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 53(6), 339-346.
- Conti, M. A., Cordás, T. A., & Latorre, M. R. D. O. (2009). Estudo de validade e confiabilidade da versão brasileira do Body Shape Questionnaire (BSQ) para adolescentes. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, 9(3), 331-338.
- De Bruin, A. P., Oudejans, R. R. D., Bakker, F. C., & Woertman, L. (2011). Contextual body image and athletes' disordered eating: the contribution of athletic body image to disordered eating in high performance women athletes. *European Eating Disorders Review*, 19(3), 201-215.
- Didie, E. R., Kuniega-Pietrzak, T., & Phillips, K. A. (2010). Body image patients with body dysmorphic disorder: evaluations of and investment in appearance, health/illness, and fitness. *Body image*, 7(1), 66-69.
- Filaire, E., Larue, J., & Rouveix, M. (2011). Eating behaviors in relation to emotional intelligence. *International Journal of Sports Medicine*, 32(2), 309-315.
- Filaire, E., Rouveix, M., Pannafieux, C., & Ferrand, C. (2007). Eating attitudes, perfectionism and body-esteem of elite male judoists and cyclists. *Journal of Sports Science and Medicine*, 6(1), 50-57.
- Fortes, L. S., & Ferreira, M. E. C. (2011). Comparação da insatisfação corporal e do comportamento alimentar inadequado em atletas adolescentes de diferentes modalidades esportivas. *Revista Brasileira de Educação Física e Esporte*, 25(4), 707-716.
- Fortes, L. S., Miranda, V. P. N., Amaral, A. C. S., & Ferreira, M. E. C. (2011). Insatisfação corporal de adolescentes atletas e não atletas. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 60(4), 309-314.

- Fortes, L. S., Paes, S. T., Amaral, A. C. S., & Ferreira, M. E. C. (2012). Insatisfação corporal e comportamento alimentar inadequado em jovens nadadores segundo níveis econômicos e competitivos. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 61(1), 20-24.
- Frederick, A. D., Buchana, G. M., Sadehgi-Azar, L., Peplau, L. A., Haselton, M. G., & Berezovskaya, A. (2007). Desiring the muscular ideal: men's body satisfaction in the United States, Ukraine and Ghana. *Psychology of Men & Masculinity*, 8(2), 103-117.
- Gomes, A. R., Martins, C., & Silva, L. (2011). Eating disordered behaviors in Portuguese athletes: the influence of personal, sport, and psychological variables. *European Eating Disorders Research*, 19(1), 190-200.
- Holm-Denoma, J. M., Scaringi, V., Gordon, K. H., Van Orden, K. A., & Joiner, T. E. (2009). Eating disorder symptoms among undergraduate varsity athletes: club athletes, independent exercisers and nonexercisers. *International Journal of Eating Disorders*, 12(1), 47-53.
- Krentz, E. M., & Warschburger, P. (2011). Sports-related correlates of disordered eating in aesthetic sports. *Psychology of Sport and Exercise*, 12(4), 375-382.
- Petrie, T. A., Greenleaf, C., Reel, J., & Carter, J. (2008). Prevalence of eating disorders and disordered eating behaviors among male collegiate athletes. *Psychology of Men & Masculinity*, 9(4), 267-277.
- Pickett, T. C., Lewis, R. J., & Cash, T. F. (2005). Men, muscles, and body image: comparisons of competitive bodybuilders, weight trainers, and athletically active controls. *British Journal of Sports Medicine*, 39(4), 217-222.
- Rosendahl, J., Bormann, B., Aschenbrenner, K., Aschenbrenner, F., & Strauss, B. (2009). Dieting and disordered eating in German high school athletes and non-athletes. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports*, 19(4), 731-739.
- Rouveix, M., Bouget, M., Pannafieux, C., Champely, S., & Filaire, E. (2007). Eating attitudes, body esteem, perfectionism and anxiety of judo athletes and nonathletes. *International Journal of Sports Medicine*, 28(2), 340-345.
- Schaal, K., Tafflet, M., Nassif, H., Thibault, V., Pichard, C., Alcotte, M., Guillet, T., El Helou, N., Berthelot, G., Simon, S., & Toussaint, J. (2011). Psychological balance in high level athletes: gender-based differences and sport-specific patterns. *PLoS One*, 6(5), e19007.
- Scherer, F. C., Martins, C. R., Pelegrini, A., Matheus, S. C., & Petroski, E. L. (2010). Imagem corporal em adolescentes: associação com a maturação sexual e sintomas de transtornos alimentares. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 59(3), 198-202.
- Silva, L., Gomes, A. R., & Martins, C. (2011). Psychological factors related to eating disordered behaviors – a study with Portuguese athletes. *The Spanish Journal of Psychology*, 14(1), 323-335.
- Sundgot-Borgen, J., & Torstveit, M. K. (2010). Aspects of disordered eating continuum in elite high-intensity sports. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports*, 20(suppl. 2), 112-121.
- Toro, J., Galilea, B., Martinez-Mallén, E., Salamero, M., Capdevila, L., Mari, J., Mayolas, J., & Toro, E. (2005). Eating disorders in Spanish female athletes. *International Journal of Sports Medicine*, 26(8), 693-700.
- Torstveit, M. K., Rosenvinge, J. H., & Sundgot-Borgen, J. (2008). Prevalence of eating disorders and predictive power of risk models in female elite athletes: a controlled study. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports*, 18(1), 108-118.
- White, J., & Halliwell, H. (2010). Examination of a sociocultural model of excessive exercise among male and female adolescents. *Body Image*, 7(3), 227-233.

#### Endereço para correspondência:

Leonardo de Sousa Fortes  
Rua Guaçuí, 525/202 – São Mateus  
CEP 36025-190 – Juiz de Fora/MG  
E-mail: leodesousafortes@hotmail.com

Recebido em 27/06/2012

Revisto em 20/10/2012

Aceito em 14/11/2012

\* Apoio financeiro: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

## Contribuições de Edith Stein para a Fundamentação Filosófica da Psicologia Científica\*

### Edith Stein's Contributions to the Philosophical Foundation of Scientific Psychology

Carolina de Resende Damas Cardoso<sup>1</sup>  
Marina Massimi<sup>1</sup>

#### Resumo

O artigo visa apresentar contribuições de Edith Stein para a fundamentação filosófica da Psicologia enquanto ciência rigorosa da subjetividade. São destacados momentos relevantes para situar o berço da Psicologia científica, assim como o surgimento da Fenomenologia. Ambas surgiram como resultado de questões filosóficas, sendo uma delas referente ao tema do psicologismo e à decorrente tendência à naturalização da Psicologia, de modo que a Fenomenologia surge em oposição a tal movimento. A figura de Edith Stein se destaca devido a suas análises do objeto e do enquadramento epistemológico da Psicologia. Partindo da análise das estruturas essenciais da pessoa, ela oferece uma nova concepção de subjetividade, assim como analisa as metodologias científicas que melhor poderiam apreender esse objeto.

**Palavras-chave:** Edith Stein; psicologia científica; psicologia e filosofia.

#### Abstract

The article intends to present Edith Stein's contributions to the philosophical foundation of Psychology as a rigorous science of the subjectivity. Some relevant moments that situate the cradle of scientific Psychology as well as the emerging of Phenomenology are detached. Both disciplines arose from philosophical matters, and one of them refers to the concept of psychologism and the consequent naturalization of psychology. The phenomenological conception emerged in declared opposition to those movements. The figure of phenomenologist Edith Stein stands out due to her analyses of the object and the epistemological framing of Psychology. Based on the analysis of the essential structures of the human person, Stein offers a new conception of subjectivity, as well as analyses the scientific methodologies that could better apprehend such object.

**Keywords:** Edith Stein; scientific psychology; psychology and philosophy.

<sup>1</sup>Universidade de São Paulo (Ribeirão Preto), Brasil

A Psicologia científica é, de modo geral, apresentada não como uma disciplina coesa, mas sim, definida no plural, enquanto “várias Psicologias” (cf. Bock, Furtado & Teixeira, 2001). Essa peculiaridade revela, antes de tudo, a sua fragmentação devido à falta de consenso sobre o objeto e o método empregado por essa ciência.

É possível compreender o *status* epistemológico atual da Psicologia pela via histórica, que revela um amplo panorama referente ao contexto do surgimento da disciplina enquanto matéria científica. O estudo histórico é, nesse sentido, fundamental para problematizar os pilares teóricos e metodológicos dessa área do saber.

O presente artigo, orientado pela perspectiva histórica, visa apresentar a fenomenologia e, em especial, a fenomenologia de Edith Stein (1891–1942) como uma proposta teórico-metodológica que intenta problematizar o objeto e a constituição da Psicologia científica, por meio da “volta às coisas mesmas” — no caso, volta ao objeto original da investigação psicológica — a partir do postulado da consciência intencional do sujeito do conhecimento.

Para tanto, foi utilizada como fonte primária a obra *Introdução à Filosofia* (1991/2003a) de Stein. A escolha da referida obra pautou-se no fato de a mesma apresentar uma análise filosófica detalhada a respeito da natureza e da estrutura da subjetividade, além de esclarecer a delimitação epistemológica das ciências que tratam desses objetos e a relação que estas devem estabelecer com a filosofia.

Para a contextualização histórica da proposta fenomenológica, buscou-se apresentar, em um primeiro momento, algumas concepções filosóficas a respeito do objeto de estudo da Psicologia, a partir da Idade Moderna. Tais concepções também constituíram as raízes da Psicologia científica, formalmente inaugurada no final do século XIX.

#### Apontamentos sobre o Contexto Histórico e Filosófico do Surgimento da Psicologia Científica

A construção do primeiro laboratório de Psicologia experimental geralmente é apontada como o marco formal e, inclusive político, da autonomia científica dessa área do saber em relação à Filosofia.

Wilhelm Wundt (1832–1920), idealizador desse projeto, ocupou-se em oferecer um fundamento filosófico à Psicologia, conforme os modelos ditados pelas ciências naturais. Esse autor definiu o que deveria ser o objeto e método de estudo da nova ciência e, em resposta às reivindicações que Kant havia feito à Psicologia — às suas pretensões em tornar-se ciência —, já no século XVIII, admitiu a possibilidade do estudo experimental da experiência interna, ou dos processos conscientes, por meio do método introspectivo.

De acordo com Araujo (2010), o projeto de uma Psicologia científica de Wundt configurava-se a partir da concepção do autor a respeito do conceito de consciência. Wundt apontou o objeto da nova ciência como sendo as representações mentais conscientes dos sujeitos, como estas ocorrem e como se estruturam em relação umas às outras, pretendendo estabelecer as leis regentes da experiência interna.

Ainda segundo Araujo (2010), Wundt compreendia a experiência como algo totalizante; no entanto, para que fosse contemplada por uma ciência empírica experimental, haveria de ser dividida entre experiência mediada (referente aos objetos da experiência) e imediata (referente ao sujeito da experiência). Desse modo, postulou que a Psicologia deveria se ocupar da segunda, utilizando os mesmos métodos das ciências naturais, a observação e a experimentação científica. Tendo por objeto os processos psicológicos do sujeito, a Psicologia poderia constituir a ciência que fundamentaria a base para as demais ciências naturais e do espírito, sendo, inclusive, a base da própria Filosofia.

Para Wundt, também os processos culturais (linguagem, religião, mitos etc.) tinham por base os aspectos psicológicos dos indivíduos e, por essa razão, deu grande importância ao estudo do que chamou de “Psicologia dos povos” (*Völkerpsychologie*). Ocupou-se do estudo da mesma, para além da Psicologia individual e experimental, nos últimos 20 anos de sua vida, de modo que a maior parte de sua produção voltou-se para as análises nesse âmbito (Araujo, 2011).

Conforme explicita Araujo (2010, p. 27),

a psicologia wundtiana, embora epistemologicamente autônoma em relação às outras ciências particulares (física, química, biologia), deve ser compreendida como parte de um projeto maior, cujo

objetivo último é a elaboração de uma nova *Weltanschauung* [visão de mundo].

Isso explicita a necessidade de compreensão da Psicologia wundtiana a partir do contexto filosófico/científico, no qual o autor estava inserido e desenvolveu seu projeto de Psicologia científica.

O autor desenvolveu seu projeto no contexto intelectual alemão do século XIX, herdeiro das concepções filosóficas modernas dos séculos anteriores. Serão destacados neste artigo alguns momentos considerados relevantes para situar o berço da Psicologia científica, separada definitivamente da metafísica.

Segundo Massimi e Mahfoud (2007), as raízes da ruptura na concepção de experiência remetem ao início da Idade Moderna, quando da separação entre razão e experiência por René Descartes (1596–1650). Para Descartes, “o homem e não a realidade é fonte de certeza” (Massimi & Mahfoud, 2007, p. 23). Mais especificamente, somente seria possível acercar-se de um conhecimento verdadeiro sobre as coisas por meio da razão. O filósofo francês (Descartes, 1637/2000), desta maneira, inaugurou uma nova teoria do conhecimento que, por sua vez, estabeleceu uma nova concepção sobre a estrutura ontológica do ser humano. A alma humana deixou de ser concebida como a forma do corpo ou da matéria, passando a ser considerada como uma substância completamente distinta e autônoma desta.

Após a ruptura promovida por Descartes, a Filosofia buscou se distanciar do problema metafísico da essência do ser, voltando-se para perscrutar as possibilidades e a fundamentação do próprio conhecimento. Segundo a tese de Porta (2007), o problema principal das filosofias antiga e medieval recaía sobre a análise metafísica do objeto, enquanto a ênfase da Filosofia moderna volta-se para o tema do conhecimento. Esse tema que trata de perscrutar a natureza e fundamentação do conhecimento, segundo o mesmo autor, percorrerá as correntes filosóficas que se seguiram desde então, sendo que estas exerceram enorme influência sobre a demarcação científica da Psicologia, já que a mesma tem por objeto de estudo o próprio sujeito do conhecimento.

No século XVIII, destacou-se a figura do filósofo iluminista Immanuel Kant (1724–1804) e sua famosa crítica à metafísica e ao projeto de uma Psicologia científica nos moldes das ciências naturais. Segundo Ferreira (2011), para que a Psicologia se tornasse uma ciência empírica de acordo com os critérios

kantianos, ela deveria ter clareza sobre seu objeto elementar, para com ele realizar análises. Ademais, como todo estudo objetivo, deveria esclarecer a separação entre sujeito e objeto, além de promover a matematização dos processos da consciência.

Kant admitiu a Física newtoniana como sendo o modelo, por excelência, da ciência. De acordo com Porta (2007), a condição de possibilidade dessa asserção se baseia no fato de a Física ter por objeto os *fenômenos* naturais — estes podem ser conhecidos, segundo Kant, na medida em que a razão (instância que conhece) somente pode apreender os fenômenos e não a realidade em si mesma. A razão é um atributo do sujeito transcendental (*a priori*) e somente pode captar aquilo que, de certa maneira, já se encontra nela, ou seja, que é moldado pelas categorias formais do mesmo sujeito.

Os vetos kantianos à Psicologia científica — que deveria ter por objeto o sujeito empírico — se referiam ao fato de que, para o filósofo, seria um equívoco a tentativa de admitir um tratamento matemático aos fenômenos psíquicos, devido à característica não espacial dos mesmos. Além disso, o empreendimento exigiria uma auto-observação que não lograria sucesso, seja pela facilidade em distorcer os fenômenos psíquicos, ou pelo motivo de a própria observação provocar uma alteração na ocorrência dos mesmos (Mueller, 1978).

De acordo com Santos (2010) — e apesar dos vetos kantianos — os estudos em Psicologia experimental ganharam força no século XIX no contexto alemão, principalmente com as pesquisas de Rudolf Hermann Lotze (1817–1881), Johannes Müller (1801–1858), Gustav Fechner (1801–1887) e Hermann Von Helmholtz (1821–1894), influenciando uma classe de psicólogos que vieram a seguir na mesma esteira, tais como Hermann Ebbinghaus (1850–1909) e o próprio Wundt, que buscaram superar os vetos kantianos à Psicologia científica. Com esses autores, a Psicologia tornou-se o estudo experimental das sensações *localizadas* corporalmente e que constituem a base da experiência (subjéctiva), podendo ser analisadas matematicamente em relação aos estímulos físicos que as provocam.

No contexto alemão do século XIX, a Psicologia tornou-se ciência da experiência reduzida às sensações, para ser considerada científica, em um contexto que, segundo Porta (2004), foi herdado do psicologismo — cujas raízes remontam ao empirismo de John Locke (1632–1704) e, de modo mais específico, à sua postulação do princípio de imanência<sup>1</sup>. Para o

psicologismo, as sensações constituem o alicerce das representações mentais, de modo que os atos da consciência (como a percepção, recordação, imaginação etc., que são o fundamento do conhecimento) são compreendidos também enquanto conteúdos psíquicos, ou “produtos” do funcionamento do psiquismo.

Dessa maneira, no século XIX, de acordo com a concepção de que as sensações constituem a base da experiência e também a base do conhecimento — em uma posição claramente herdada do empirismo filosófico —, o estudo do sujeito cognoscente passou a ser domínio da Psicologia empírica. Ocorreu, então, uma “psicologização” do conhecimento, na qual as estruturas subjetivas, psicológicas (ideias ou representações) dos sujeitos foram consideradas as mediações para o conhecimento lógico e filosófico (Porta, 2004).

Para Santos (2010), o naturalismo filosófico, também vigente no século XIX — e o decorrente reducionismo da Psicologia — foi o resultado lógico do psicologismo, pois, segundo o mesmo postula, se todos os atos da consciência são instâncias psíquicas, as mesmas podem ser explicadas de acordo com modelos teóricos da Biologia, mais especificamente, podem ser explicados pela fisiologia cerebral. Outra decorrência do naturalismo e do psicologismo foi a redução dos fenômenos sociais, culturais e históricos a produtos do psiquismo humano.

Como consequência, sintetiza Massimi,

historicamente, um conhecimento baseado em um dualismo artificial impossibilitou, segundo [Edmund] Husserl, a construção de uma psicologia capaz de apreensão correta e abrangente da subjetividade e dos fenômenos dela decorrentes. (2012, p. 94)

O “dualismo artificial” apontado pela autora denota o resultado da separação entre natureza e espírito (posteriormente reduzido a apenas “psique”, pela epistemologia positivista e naturalista, considerada em sua conotação mecanicista) historicamente colocado a partir de Descartes. No século XIX, também foi expressiva a distinção entre ciências da na-

<sup>1</sup> O princípio de imanência se fundamentou na afirmação de que o conhecimento da realidade somente seria possível por meio da mediação das representações mentais (ideias) do sujeito cognoscente, ou seja, o mesmo sujeito possuiria acesso direto apenas às suas representações, e não à realidade em si.

tureza e ciências da cultura (Rovighi, 2011) — chamadas ciências do espírito —, em última instância, provocada por essa cisão.

Em busca de uma análise crítica das ciências por meio da fundamentação do conhecimento, alguns pensadores alemães de meados do século XIX retomaram a filosofia kantiana. O neokantismo ou neocriticismo, segundo Reale e Antiseri (2006), foi um movimento marcado pela crítica ao positivismo, pela negação da metafísica em favor de uma gnosiologia e pela tentativa de elaboração de uma teoria do conhecimento que fundamentasse tanto as ciências naturais como as do espírito.

São destacados alguns nomes nesse contexto alemão, tais como o do fisiologista Helmholtz, que aderiu à filosofia kantiana, buscando explicar as categorias *a priori* com as quais o filósofo iluminista se ocupava, em termos da estrutura psicofísica do sujeito. Para Helmholtz, a adesão à filosofia kantiana justificava-se na medida em que ele constatava na mesma uma abertura aos resultados das investigações científicas (Rovighi, 2011).

À transformação “psicologista” da filosofia kantiana, opôs-se a Escola de Marburgo, fundada por Hermann Cohen (1842–1918). Para o autor, o sistema filosófico kantiano não poderia servir para a investigação das faculdades cognitivas, mas sim, como uma crítica à metodologia das ciências, cuja principal preocupação deveria ser a fundamentação do conhecimento filosófico e científico (Reale & Antiseri, 2006).

Outros representantes do neokantismo expoentes de outra escola de pensamento — a Escola de Baden — foram Wilhelm Windelband (1848–1915) e Heinrich Rickert (1863–1936). Em consonância com as exigências neocriticistas no âmbito do pensamento filosófico alemão, Rickert buscou “fundar (ao invés de, mais ou menos simplesmente, registrar) a autonomia do conhecimento histórico” (Reale & Antiseri, 2006, p. 25), ainda que, para o mesmo autor, o sujeito do conhecimento fosse o sujeito transcendental kantiano e, portanto, o conhecimento histórico estaria condicionado a ele.

Em diálogo com esses autores, destacou-se a figura de Wilhelm Dilthey (1833–1911), cujo objetivo foi o de resgatar o aspecto espiritual então refém do naturalismo e do positivismo, devolvendo a autonomia metodológica ao âmbito dos fenômenos históricos, fundamento da vida espiritual. Para o filósofo, a característica principal do espírito que o distingue da natureza é a temporalidade e sua capacidade de ser vivenciado de maneira imediata. Por essa razão,

a disciplina psicológica seria necessária para a compreensão do homem enquanto sujeito espiritual e histórico. Essa psicologia, que deveria ser descritiva e analítica, era distinta da Psicologia de matriz naturalista ou adepta da metodologia das ciências naturais (Rovighi, 2011).

Ao que compete às ciências da natureza, por sua vez, Massimi (2012) aponta que o dualismo metodológico, reflexo da cisão entre natureza e espírito, provocou a redução da concepção de natureza apenas a seu funcionamento mecânico, contribuindo para a distinção entre ambos os domínios científicos (o das ciências naturais e o das ciências do espírito).

A Psicologia científica alemã do século XIX encontrou-se, portanto, cercada pelas influências de filosofias positivistas, por um lado; e, por outro, pelo neocriticismo e historicismo — sem contar as influências do realismo lógico (cf. Porta, 2004) também datado do século XIX e das concepções de Psicologia empírica de Franz Brentano, cujas raízes remontam ao aristotelismo e ao sistema filosófico do iluminista pré-kantiano, Christian Wolff (cf. Rovighi, 2011).

Diante de um cenário, sem dúvida, complexo, Edmund Husserl (1859–1938), por sua vez, ciente dos problemas epistemológicos que a Psicologia enfrentava — devido ao distanciamento crescente da Filosofia e à apropriação acrítica do método das ciências naturais — opôs-se contundentemente ao psicologismo, cuja proposta, em última instância, deteria a própria lógica e a epistemologia aos condicionamentos de uma ciência que não conseguia definir o seu próprio fundamento.

Há de se salientar que o psicologismo formava a base para uma teoria do conhecimento na qual sujeito e objeto resultariam cindidos, de maneira que essa concepção relacionava-se justamente com a busca da Psicologia em aderir ao modelo das ciências naturais. Husserl, contudo, identificava em tal cisão a fenda sobre a qual a Psicologia buscava ineficazmente sustentar seus postulados.

### A Proposta Fenomenológica

A respeito das origens dessa filosofia, Ales Bello (2006, p. 29) afirma que “a Fenomenologia surge de uma base psicológica”. Edmund Husserl, fundador dessa corrente, a propôs principalmente em oposição ao psicologismo, ao naturalismo e ao positivismo vigentes no século XIX. Segundo Santos (2010), a origem da proposta fenomenológica não pode ser desvinculada da formação matemática do filósofo, uma vez

que Husserl buscava uma fundamentação das formas matemáticas e lógicas — tema que certamente estava em pauta na época e que era discutido por filósofos da corrente psicologista e também por aqueles que se orientavam contrariamente ao psicologismo, tal como o matemático e lógico Gottlob Frege (1848–1925).

O intento de Husserl, a princípio, foi buscar o fundamento da matemática e da lógica nos atos psíquicos. Assim, em 1891, ele publicou sua obra *Filosofia da Aritmética*, a qual recebeu críticas contundentes de Frege, que o acusou de psicologismo. Mais tarde, ele admitirá tais críticas no prólogo de sua obra, marco da inauguração da fenomenologia, *Investigações Lógicas* (1901/1996).

Entre os anos de 1883 e 1886, Husserl estudou com Franz Brentano (1838–1917), proeminente filósofo e psicólogo. Brentano, ancorado em concepções aristotélicas, sustentava que todo o conhecimento provém da experiência — não se referindo, entretanto, às filosofias da tradição empirista. A experiência, segundo Brentano, seria capaz de promover uma universalidade do conhecimento, no sentido de se contrapor ao relativismo e ao ceticismo. Em sua obra *Psicologia do ponto de vista empírico* (1871), o autor buscou fundamentar o conhecimento, ao dissertar sobre a percepção interna (modo de captação) dos objetos imanentes, diferenciando o ato psíquico do conteúdo do mesmo ato.

A teoria dos objetos imanentes — que postula a distinção entre os atos psíquicos e seus respectivos conteúdos, contudo admitindo a existência psíquica (real) de ambos (Granzotto, 2005) — de Brentano influenciou profundamente a concepção de intencionalidade de Husserl. Foi Brentano que, segundo Zahavi (2003, p. 154), argumentou a favor da necessidade de uma “análise puramente descritiva da consciência”. Entretanto, de acordo com Porta (2004), mais do que tomar para si o conceito brentano de imanência, Husserl desenvolveu sua própria teoria da intencionalidade, criticando, mais tarde, a postura psicologista de Brentano.

Antes de suas críticas ao psicologismo, porém, a partir de 1886, Husserl estudou com Carl Stumpf (1848–1936), que também tinha sido aluno de Brentano e de quem compartilhava seus princípios para a fundamentação de uma Psicologia empírica. Nessa época, Husserl ainda tentava estabelecer os fundamentos psicológicos da lógica e da matemática, procurando situar a origem de tais fundamentos na experiência. Essa busca, segundo Santos (2010), expressou

a influência do empirismo no início das análises filosóficas de Husserl a respeito das origens da lógica e da matemática. De fato, segundo o mesmo autor, Husserl iniciou seus estudos dos filósofos modernos com David Hume (1711–1776), além de dialogar com autores empiristas e psicologistas contemporâneos, como Stuart Mill (1806–1873) e Theodor Lipps (1851–1914).

Foi no decorrer da década de 1890, porém, que Husserl abandonou de vez o psicologismo. Segundo Zahavi (2003), a obra *Investigações Lógicas*, publicada em 1901, constituiu a grande inovação da fenomenologia e, portanto, para a Filosofia do século XX. Nela, Husserl tratou de temas centrais da fenomenologia, principalmente o conceito de intencionalidade, tema-chave para todo o posterior desenvolvimento de sua filosofia. Ele desenvolveu tal conceito com base na crítica que realizou ao psicologismo. Nessa obra, o autor buscou dar os fundamentos para a lógica pura e para a epistemologia — sendo que esta, para o filósofo, deveria versar sobre a análise da possibilidade do conhecimento.

Essa primeira publicação sobre a proposta fenomenológica chamou a atenção de vários daqueles que iriam formar o grupo de jovens alunos filósofos de Gottingen<sup>2</sup>, dentre eles, Edith Stein (1891–1942), que aprofundou seus estudos sobre a constituição da pessoa humana e os problemas referentes à discussão epistemológica da Psicologia<sup>3</sup>.

Neste artigo, será utilizada principalmente a sua obra *Introdução à Filosofia* (1991/2003a), pelo fato de estar contido nesta, de modo intencional, o esclarecimento do campo epistemológico das ciências empíricas — e, em especial da Psicologia — e a relação que estas devem estabelecer com a Filosofia.

Os principais problemas norteadores das análises de Stein contidas na referida obra são: como é possível

<sup>2</sup> Adolf Reinach (que, anteriormente, fora aluno de Theodor Lipps), Conrad e Hedwig Martius, Dietrich Von Hildebrand, Alexandre Koyré, Johannes Hering, Fritz Frankfurter. Citados por Stein (1964/2002, p. 358) em sua autobiografia, estes eram alguns dos principais nomes dos filósofos que participavam da “Sociedade filosófica”, composta pelos alunos orientados por Husserl, quando a autora chegou a Gottingen em 1913.

<sup>3</sup> Podemos citar algumas de suas obras, tais como *Einfuehrung in die Philosophie (Introdução à Filosofia)*, publicação póstuma, de 1991); *Zum problem der Einfuehlung (O Problema da Empatia)*, sua tese doutoral, de 1916); *Beitraege zur philosophischen Begründung der Psychologie und der Geisteswissenschaften (Contribuições para a fundamentação filosófica da psicologia e das ciências do espírito)*, de 1922); *Der Aufbau der menschlichen Person (A Estrutura da pessoa humana)*, de 1932/33), nas quais a autora aborda a questão.

conhecer a natureza e a subjetividade (objetos de investigação das ciências empíricas)? Como é possível uma abordagem científica de tais objetos? Qual a delimitação das ciências (em relação à) e da Filosofia?

### **Consciência Intencional: A Base para o Conhecimento**

Em primeiro lugar, para abordar tais problemas, é fundamental a colocação da questão da consciência. Ao iniciar a explanação de seu método, Husserl (1931/2001) partiu do mesmo ponto que Descartes. Para se chegar a um conhecimento seguro e verdadeiro, livre de pré-concepções, seria necessário colocar entre parênteses tudo o que já se sabe a respeito do que se quer verdadeiramente conhecer. Seria necessário colocar até mesmo a própria realidade entre parênteses, pois esta pode estar repleta de aparências e enganar.

Caso se prescindia de todo o conhecimento proveniente da experiência natural e das ciências, o que restará? Em sua obra, Stein (1991/2003a) recorda que Descartes já tinha se colocado a mesma questão quando anunciou seu ceticismo. Segundo Descartes (1637/2000), para se adquirir um conhecimento absoluto, seria preciso começar do zero, colocando em dúvida todo o conhecimento adquirido até então. Caso se duvide de tudo, a única coisa de que não se pode duvidar é o próprio fato de que se duvida e, portanto, a consciência que se possui da dúvida. Stein, no entanto, assume que não é somente a dúvida mesma que resta, mas a *percepção* que se tem da própria dúvida. A dúvida somente pode ser afirmada se o sujeito da dúvida se percebe enquanto ator dessa vivência. Caso se prescindia, portanto, de todo o conhecimento já estabelecido, tem-se, então, que aquilo que resta é a percepção do próprio ato de duvidar, de modo que a *percepção*, esta sim, é uma das vivências que remetem ao âmbito da consciência.

A proposta da Fenomenologia, enquanto ciência de fundamentos absolutos, é ocupar-se, então, da análise das vivências intencionais do sujeito transcendental — resquício da redução eidética (primeira etapa do método fenomenológico), o sujeito que foi abstraído da realidade, ou “Eu” puro, autor das vivências. De acordo com os apontamentos de Stein, para a descrição das vivências intencionais, é preciso ter em conta que estas possuem duas facetas, uma subjetiva e outra objetiva (denominadas noésis e noema, respectivamente). Desse modo, ater-se somente à faceta subjetiva é insuficiente para se compreender uma

vivência. Isso significa dizer, por exemplo, que não é possível a descrição do ato perceptivo em si, sem a consideração do objeto ao qual essa vivência se dirige.

O objeto, de certa maneira, também constitui a vivência. A percepção é sempre percepção *de* alguma coisa; a recordação é sempre recordação *de* algo; a imaginação, a reflexão, a vontade, a fantasia, todas as vivências são vivências *de* alguma coisa. Tais atos são subjetivos, ou seja, referem-se sempre a um sujeito; não obstante, trazem em si uma objetividade que lhes é inerente ou que os constitui. A relação com a objetividade, porém, ocorre de uma maneira distinta daquela demonstrada pela atitude natural ou pela científica. O mundo objetivo, considerado aqui, não diz respeito aos fatos empíricos da realidade ou aos produtos da experiência, mas é considerado como “correlativo da vivência” (Stein, 1991/2003a, p. 683, tradução nossa).

A suspensão do juízo a respeito da realidade é a primeira etapa do método fenomenológico. Suspender o juízo significa “colocar entre parênteses”, sem descartar toda a realidade admitida pela atitude natural e científica. Quando a realidade é colocada entre parênteses, o que resta para analisar? Restam as *vivências puras*, assim denominadas pelo fato de serem despidas das roupagens — preconceitos e pressupostos estabelecidos — da realidade.

Há, porém, uma objetividade imanente presente em toda vivência. Stein admite que os objetos *constituem* as vivências, devido ao caráter intencional das mesmas. Nesse sentido, a realidade é considerada na medida em que for vivenciada pelos sujeitos. O conhecimento do objeto pressupõe o posicionamento do sujeito, ou seja, não há possibilidade de conhecimento se o sujeito não se voltar intencionalmente ao objeto. Da mesma maneira, não haverá um posicionamento do sujeito se não houver um objeto diante do qual se colocar, o que deixa claro, portanto, a unidade existente entre a faceta subjetiva e objetiva das vivências intencionais. Dessa maneira, tem-se que a intencionalidade da consciência é o fator que permite superar a polarização entre sujeito e objeto do conhecimento.

### **Conceito de Subjetividade segundo Edith Stein**

Edith Stein, ao abordar o tema da consciência, a vincula com a definição de pessoa. Para quem não está familiarizado com o método fenomenológico, parece óbvia a vinculação da consciência ao ser pessoal. Entretanto, para a Fenomenologia (e, portanto, para a própria

Stein), tal vinculação não é necessária. A consciência intencional é absoluta, ou seja, é autônoma a qualquer existência singular — inclusive, é a estrutura que se mantém como resquício da redução eidética, na qual todas as circunstâncias reais são colocadas “entre parênteses”. A expressão “pessoa humana”, por sua vez, é utilizada para denominar uma realidade composta por corpo e alma — e pelas qualidades psíquicas idiossincráticas e estáveis que remetem ao caráter e à personalidade definidora da pessoa.

Ao voltar para a análise da pessoa humana, é possível deparar-se com uma vida interior, denominada por Stein como “vida do ‘eu’” (Stein, 1991/2003a, p. 776, tradução nossa), constituída em seus aspectos anímicos e espirituais. Quando se utiliza a expressão “interior” para a referência da vida anímica da pessoa, remete-se, de alguma forma, a uma contraposição à externalidade do corpo, o que não quer dizer que a vida interior localiza-se espacialmente dentro do corpo. Stein enfatiza que [...] a vida do ‘eu’ é não espacial por excelência, algo a que não se pode assinalar um lugar determinado. (Stein, 1991/2003a, p. 776, tradução nossa).

Entretanto, essa vida interior, ou a instância denominada “eu”, também está inscrita corporalmente, de modo que o corpo constitui o mediador da vida interior com o mundo real. O corpo também fornece expressividade à vida interior, é o seu instrumento de ação no mundo.

O significado do termo “pessoa” não se esgota apenas com essa caracterização anímico-corpórea. Designa-se pessoa aquele nível da realidade composta por qualidades estáveis que remetem ao caráter e à personalidade — qualidades psíquicas idiossincráticas — que a definem. Nesse âmbito, também são consideradas as qualidades sensoriais e intelectuais (espirituais) de um indivíduo. O aspecto do caráter é definido pela autora como o principal constituinte de uma pessoa, por refletir aquilo que fornece a sua peculiaridade em relação às demais.

Pode-se dizer que o caráter, compreendido em termos mais amplos, abarca a totalidade das qualidades de uma pessoa. Por essa razão, está em constante transformação, sendo influenciado por circunstâncias externas ao sujeito, mas também por aquelas que lhes são internas. Mesmo considerando esse aspecto mutável do caráter, geralmente, ele é compreendido inserido num processo de desenvolvimento. Fala-se que o caráter de um indivíduo se desenvolve ao longo de sua vida, o que remete a algo que possa estar já com ele desde sua origem, manifestando-se de maneira gradual.

Outro ponto a ser destacado, ainda a respeito da personalidade de um indivíduo, ou seja, daquilo que o define enquanto tal, diz respeito às influências das circunstâncias externas na determinação do caráter. Stein destaca que a circunstância externa que mais exerce influências sobre a pessoa é o relacionamento com outras pessoas. Ela sintetiza:

[...] a pessoa é o sujeito de uma vida atual do “eu”, um sujeito que tem corpo e alma, que possui qualidades corporais e anímicas, que está dotada especialmente de um caráter em constante desenvolvimento, ou com qualidades que se desenvolvem sob a influência de circunstâncias externas; e que esta evolução contempla uma disposição original que possuía. (Stein, 1991/2003a, p. 778, tradução nossa).

A vida do eu é, portanto, para Stein, o fator que define a pessoa. Dessa forma, a autora assegura que a pessoa coincide com o “eu” puro, na medida em que este é o sujeito das vivências suscitadas pela vida anímica e pelo ambiente externo que compreende principalmente o relacionamento com as outras pessoas. O sujeito das vivências, ou seja, o “eu” puro, é o ponto a partir do qual se origina o fluxo das vivências intencionais que, por sua vez, constitui a consciência pessoal. Outro fator que caracteriza a consciência pessoal, em sua essência, consiste no fato de esta ocorrer em forma do *cogito*.

O “eu” puro constitui a estrutura essencial da consciência. Isso significa que toda consciência é formada por essa estrutura. No entanto, enquanto origem das vivências, pertence a ele a característica de ser também pessoal e, portanto, individual. Nas palavras de Stein, ele é um “*individuum* absoluto” (Stein, 1991/2003a, p. 779, grifos da autora, tradução nossa), que faz com que as vivências formem uma unidade, ou seja, fornece consistência à unidade do fluxo das vivências. Não se trata das diferenças individuais entre os conteúdos das vivências pessoais, mas de uma evidência mais básica que consiste na capacidade do “eu” em diferenciar-se de um outro “eu”, ou “[...] *ser-si-mesmo-e-um-não-ser-outro*” (Stein, 1991/2003a, p. 779, tradução nossa).

### **Corporeidade, Psique e Espírito**

A concepção steiniana de subjetividade contempla, portanto, a própria constituição tripartida

(considerados os aspectos corpóreos, psíquicos e espirituais), porém essencialmente unitária, da pessoa humana (Stein, 1991/2003a). Tem-se, então, que o corpo não é constituído apenas por seu aspecto material (*Körper*), mas é uma estrutura viva (*Leib*). Ao analisar a constituição do corpo vivo, Stein parte da descrição de seus atributos. A primeira característica diz respeito à impressionabilidade, ou seja, o corpo vivo é capaz de sentir, de ter sensações localizadas ao longo de toda sua extensão. Ademais, ele é capaz de emitir movimentos próprios — que, segundo Stein, são provenientes do núcleo anímico em relação constante de trocas com o ambiente externo — e de expressar a vida interior ou anímica.

Para definição do que Stein denomina “vida interior”, é preciso destacar a diferença entre a estrutura psíquica e a consciência pura. Quando se fala em unidade psicofísica, esta se refere à unidade existente entre corpo e alma, sendo a psique a estrutura que constitui a alma. Ela está presente nos sujeitos psicofísicos reais e, portanto, faz parte da realidade, contrapondo-se à consciência pura ou ao fluxo das vivências puras. Por essa razão, a psique está submetida às leis de causalidade, sendo portadora de qualidades próprias, além de ser capaz de modificar-se ao longo do tempo, em função das circunstâncias reais às quais está submetida. A psique possui, portanto, uma dimensão temporal; no entanto, em contraposição com as coisas materiais, ela não é constituída espacialmente em si própria, mas somente quando vinculada ao corpo vivo.

Além disso, sua relação com a consciência pura ocorre na medida em que os estados psíquicos são passíveis de serem vivenciados pelo “eu”. Os estados psíquicos inserem-se no âmbito dos condicionamentos reais. Há, contudo, um aspecto fundamental que “condiciona” os estados psíquicos e que diz respeito à motivação — de ordem espiritual. A psique origina estados interiores resultantes da conexão do corpo vivo com o mundo exterior. Por sua vez, quando a pessoa está motivada a se colocar diante do mundo de maneira consciente ou intencional, os estados internos suscitados a partir desse encontro são provenientes do “eu” e, portanto, constituem o aspecto espiritual da vida real da psique. Stein esclarece: “a vida psíquica atual está formada pela sensibilidade e espiritualidade que se encontram em conexão com a realidade”. (Stein, 1991/2003a, p. 800, tradução nossa).

A psique é constituída por qualidades disposicionais que oscilam de acordo com as situações e que

também são constituídas por aspectos sensíveis e espirituais. Stein (1991/2003a) define as qualidades que se referem à acurácia da visão, audição e tato como pertencentes ao primeiro grupo. Às qualidades psíquicas espirituais, ela dá o exemplo da inteligência, do arrebatamento e da força de vontade. As qualidades psíquicas, sejam elas sensíveis ou espirituais, são formadas pelos estados psíquicos que também fornecem a condição para sua manifestação. São exemplos o cansaço, a saúde, a enfermidade, o ânimo.

Outra característica da estrutura psíquica é que, tal como o corpo vivo, ela está em constante desenvolvimento ao longo da vida de uma pessoa. Dessa maneira, as qualidades psíquicas modificam-se ao longo do tempo, podendo ser adquiridas. Além disso, assim como os estados vitais são codeterminados pelo ambiente externo e pelas condições orgânicas do corpo vivo, assim também as qualidades psíquicas o são. A autora postula, porém, que o condicionamento do mundo externo não é suficiente para explicar o desenvolvimento das qualidades psíquicas, mas é preciso que haja também uma disposição interna original (proveniente do núcleo anímico ou a chamada “alma da alma”) que seja estimulada por um ambiente favorável para que tais qualidades possam ser desenvolvidas.

A qualidade fundamental da vida anímica, e que se desenvolve a partir do núcleo, é o caráter pessoal. Ele é formado principalmente a partir daquelas qualidades psíquicas de ordem espirituais que estão em constante processo de desenvolvimento. A autora aborda o caráter como resultado da vida afetiva ou dos sentimentos que podem atuar sobre a vontade e o comportamento da pessoa, mais do que aos aspectos do entendimento e da inteligência. A vida afetiva de ordem espiritual é vinculada à estimação de valores realizada pela consciência. Todo ato em que se valora algo vem acompanhando de um estado do “eu” — ou seja, um estado consciente —, que provoca uma alteração nos sentimentos e nos estados internos vitais da pessoa, possibilitando a geração de mudanças no caráter. Quanto maior é um valor, ou seja, quando estiver enraizado na vida afetiva de maneira mais profunda, maior poderá ser a mudança ocasionada por ele.

A sensibilidade e o entendimento podem constituir, também, aspectos importantes para o desenvolvimento do caráter pessoal. De acordo com Stein, os valores não estão desvinculados da materialidade que compõe os bens aos quais eles estão atrelados. E mais, é necessário que haja certo grau de entendimento que

integre o sentimento ao valor e à vontade, para que haja uma ação congruente com esses demais aspectos. Nesse sentido, para a autora, o desenvolvimento das qualidades psíquicas sensíveis e espirituais está em nossas mãos<sup>4</sup>. O mesmo ocorre com o desenvolvimento do caráter.

O caráter, assim como as demais qualidades da alma, emerge do interior da pessoa em direção à sua manifestação externa. De acordo com Stein, toda a vida espiritual possui esse movimento. No entanto, a vida do “eu” não está voltada apenas para o mundo exterior; ao contrário, ele possui a capacidade de abrigar em si o mesmo mundo, fornecendo-lhe uma morada no interior de sua alma. Segundo a autora (Stein, 1991/2003a, p. 811, tradução nossa), “a alma é o centro da pessoa, o ‘lugar’ onde ela está em si mesma”.

Foram explicitadas em linhas gerais as principais características da estrutura ontológica da pessoa humana, segundo Stein, dando especial ênfase à definição da estrutura psíquica — tema de maior interesse para a Psicologia científica. Tendo buscado lançar luzes a respeito da definição do objeto dessa ciência, faz-se necessário, agora, apresentar as análises metodológicas propostas pela autora para o estudo científico da subjetividade.

### A Expressividade como Forma de Manifestação da Subjetividade

O motivo pelo qual Stein apresentou a análise das estruturas psíquicas foi devido ao fato de estas constituírem a vida interior da alma, a qual é expressa pelo corpo vivo. A capacidade expressiva humana relaciona-se com a atuação da pessoa em seu mundo circundante. Dessa forma, é por meio da expressão do corpo vivo que o ser humano cria o seu próprio mundo, por meio da literatura, artes plásticas e qualquer outro produto de atuação do homem em seu ambiente. Por essa razão, para a autora, o mundo inteiro no qual um indivíduo atua leva a marca de sua personalidade: de seus traços típicos e de sua peculiaridade pessoal (Stein, 1991/2003a, p. 818, tradução nossa).

<sup>4</sup> Como já foi apontado, a vontade é um fator fundamental para a constituição do caráter pessoal; todavia, pode encontrar-se limitada por disposições originais naturais de uma pessoa. Se um sujeito nasce sem o sentido da visão, assim ele permanecerá durante toda sua vida, independentemente de sua força de vontade para enxergar. O caráter da referida pessoa contemplará, portanto, tal característica e pode ser que, devido a essa deficiência, a pessoa desenvolva melhor outras capacidades, tanto sensíveis quanto espirituais.

As formas de expressividade, portanto, são os fatores que permitem o conhecimento da vida interior das pessoas. Mas como é possível que a consciência apreenda a vida interior por meio das expressões corpóreas? Edith Stein (1991/2003a) nos aponta três vivências específicas que permitem captar o sentido da subjetividade, tanto a própria quanto a subjetividade alheia. Tais vivências são a empatia, a percepção externa e a percepção interna. A empatia (*Einfühlung*, cf. Stein, 1916/2003c) é uma vivência representativa, por meio da qual é possível intuir o núcleo vital de outrem, por meio da expressividade de seu corpo vivo. A percepção externa (*äussere Wahrnehmung*) permite apreender o próprio corpo vivo, assim como o corpo vivo de outra pessoa. Já por meio da percepção interna (*innere Wahrnehmung*), é possível apreender os próprios estados e qualidades anímicas que, por sua vez, são iluminados pela consciência original<sup>5</sup>. Essas três vivências devem, portanto, ser consideradas como a base sobre a qual a metodologia das ciências que almejam estudar a subjetividade deve se pautar.

### A Possibilidade da Psicologia como Ciência Rigorosa da Subjetividade

À Psicologia cabe, portanto, o estudo dos indivíduos psicofísicos. Nesse sentido, é preciso analisar os estados e qualidades psíquicas para poder investigar as relações que possuem com o corpo vivo. Havemos de considerar, então, a partir da definição do objeto, qual o método que, segundo Stein (1991/2003a), pode ser mais apropriado para apreendê-lo.

A Psicologia, apesar de considerar a apreensão externa do corpo vivo (como as ciências biológicas o fazem), deve ir além dela. Stein afirma que a estrutura psíquica manifesta-se por meio de seus estados, de modo a ser possível a apreensão destes por meio da expressividade da pessoa alheia. No entanto, por mais que haja correspondência entre a expressão e os conteúdos psíquicos internos, estes não estão reduzidos a ela. Eles não *são* a expressão, possuem uma natureza distinta, ou seja, não são por si mesmos espaciais. Somente o são quando vinculados ao corpo vivo. Por essa razão, a autora sustenta que a análise dos esta-

<sup>5</sup> A consciência original é a consciência da consciência, ou o ser consciente de si mesmo. Não é um ato propriamente, pois, se assim o fosse, o encadeamento de “consciências” seria infinito. Mas constitui uma “luz” que ilumina o fluxo das vivências (Stein 1991/2003a, tradução nossa).

dos psíquicos não se esgota com a percepção externa, tendo em vista a necessidade de se recorrer sempre à própria experiência para compreendê-los.

Edith Stein menciona a atuação dos psicólogos que realizam experimentos científicos com sujeitos humanos<sup>6</sup>. Neste caso, por mais que esses cientistas recorram às estatísticas e aos procedimentos experimentais, ainda assim necessitam do relato do sujeito acerca de sua experiência. Esse relato, portanto, somente é passível de análise se conjugado com a experiência do próprio cientista. Nas palavras de Stein (1991/2003a, p. 886, tradução nossa), “[a experiência do psicólogo] constitui a base da análise científica”. Se, por outro lado, os psicólogos que realizam os experimentos não levam em consideração o relato dos sujeitos, segundo a autora, estes estão a medir apenas os efeitos somáticos decorridos dos estados psíquicos. Para a investigação dos estados psíquicos em si, a autora nos orienta:

Aquilo que um estado psíquico é em si mesmo, dele se adquire notícia unicamente pelo fato de que se manifeste no transcurso de uma vivência, e de que pode se investigar as vivências segundo sua essência (e como dissemos anteriormente, somente segundo sua essência). Por conseguinte, todo trabalho psicológico pressupõe a investigação das vivências puras, tal como as descreve a Fenomenologia (Stein 1991/2003a, p. 886, grifos da autora, tradução nossa).

Depreende-se, a partir dessa afirmação, que, para a filósofa, o estudo da psique em si mesma, ou seja, de

sua constituição empírica, somente poderá se sustentar na medida em que for baseado na análise das vivências puras às quais os estados psíquicos se referem. Somente dessa maneira, é possível evitar os perigos do reducionismo que cercam a Psicologia científica.

Ademais, a autora argumenta que, para adquirir o *status* verdadeiramente científico, a Psicologia deve ter seus principais conceitos esclarecidos, o que poderá ocorrer somente por meio do trabalho fenomenológico. Para Stein, as pesquisas empíricas levadas adiante pela Psicologia são pautadas em conceitos confusos, de modo que os resultados adquiridos por meio deles acabam por restringir-se a fatos isolados, não sendo, portanto, legitimamente científicos.

A autora também afirma que a Psicologia não deve pautar o rigor que busca na metodologia das ciências naturais, uma vez que a exatidão matemática somente se sustenta quando utilizada para a análise dos fenômenos naturais. Ao valer-se de critérios matemáticos, as investigações psicológicas permanecem circunscritas ao nível dos aspectos somáticos dos fatos psíquicos, não alcançando, porém, tais fatos em si mesmos, ou seja, aquilo que pertence essencialmente ao nível psicológico e que não pode ser reduzidos aos aspectos naturais. Segundo a autora, a formulação matemática que se obtém no âmbito da Psicologia somente é possível com a análise dos efeitos que os estímulos externos produzem concomitantemente no nível da psique e da corporeidade física. Por essa razão, tendo em vista que a ocorrência dos fatos psíquicos está relacionada ao acontecer físico e fisiológico, a Psicofísica e a Psicofisiologia devem ser disciplinas auxiliares da Psicologia científica.

O tão almejado rigor científico da Psicologia não consiste, então, na adoção de critérios matemáticos, mas [...] na pureza e exatidão de sua estrutura conceitual, tal como é possível unicamente em virtude da análise fenomenológica. (Stein, 1991/2003a, p. 887, tradução nossa).

Somente na medida em que estiver equipada com o esclarecimento de seus conceitos fundamentais, a Psicologia poderá voltar-se às atividades que lhes são próprias. Como se trata de uma ciência empírica, ela deverá investigar as leis que regem factualmente o acontecer psíquico — por exemplo, “[...] a formação das disposições, os rendimentos da memória etc.” (Stein, 1991/2003a, p. 887, tradução nossa).

Nesse sentido, o que a proposta de Stein para a Psicologia pode evidenciar também é a necessidade de a mesma ser sustentada por uma Antropologia fi-

<sup>6</sup> Edith Stein cursou disciplinas de Psicologia na Universidade de Breslau. Em 1911, foi aluna de William Stern (1871-1938) — aluno de Hermann Ebbinghaus (1850-1909) que, por sua vez, fora aluno de Wundt e influenciado pelas concepções de Fechner a respeito da possibilidade de traduzir fenômenos mentais em equações matemáticas — que se dedicou ao estudo experimental do desenvolvimento cognitivo de crianças e jovens. Nas palavras da autora: “Todos os meus estudos de Psicologia me haviam convencido de que esta ciência estava nas fraldas, que faltava o fundamento necessário de ideias básicas claras e que esta mesma ciência era incapaz de elaborar estes pressupostos. Ao contrário, o que até o momento conhecia de Fenomenologia havia me entusiasmado, porque consistia fundamental e essencialmente num trabalho de esclarecimento e porque, desde o princípio, ela mesma havia forjado os instrumentos intelectuais de que necessitava.” (Stein, 1933, 1939/2002, p. 331, tradução nossa).

losófica que leve em consideração as estruturas a partir das quais os seres humanos são constituídos enquanto tais — o núcleo da alma e a consciência intencional — e que lhes permitem uma abertura permanente ao universo que os circundam. Não devem ser excluídas do nível de análise psicológica as mesmas circunstâncias reais externas ou internas que, a partir do núcleo, interferem na formação/desenvolvimento de uma pessoa — e, ao mesmo tempo, a capacidade humana de atuar ativamente em sua própria formação. Em específico, isso significa ultrapassar a mera interpretação dos fatos humanos de acordo com um modelo ou uma teoria psicológica, ou melhor, fornecer um esclarecimento sobre o que é essencial na estrutura da pessoa, ou seja, aquilo que não pode ser deixado de lado, antes das formulações dos modelos (ou, ao menos, complementando-os).

A Psicologia científica deve, portanto, ocupar-se com um aspecto da alma, ou seja, com sua definição vinculada à vida e ao desenvolvimento das estruturas da psique, em conexão com o corpo vivo e, logo, com o mundo natural, estando inserida na rede das determinações causais do ambiente empírico. Faz parte também do âmbito de investigação da Psicologia científica a vida factual da alma que manifesta a personalidade genuína e particular de cada um — e, desse modo, aquele nível da individualidade espiritual, proveniente do núcleo anímico, pelo fato de este ser a origem tanto da estrutura essencial humana como da formação das qualidades pessoais (por exemplo, do caráter) de cada indivíduo.

## Conclusão

Diante do que foi exposto, caberia resgatar de que maneira, então, a Psicologia científica poderia obter uma consistência necessária diante do encargo de ser uma ciência rigorosa da subjetividade. O conceito de subjetividade atrelado apenas ao conceito de experiência interna acarretou uma cisão na concepção de experiência, historicamente colocada.

A essa posição cientificista, porém, é preciso contrapor aquela concepção idealista — sustentada pelo princípio de imanência — segundo a qual o sujeito é fonte da certeza. Também essa posição, de maneira semelhante à primeira, resultou na cisão da experiência e, em último caso, no psicologismo. A ênfase fenomenológica na intencionalidade da consciência é, portanto, fundamental para o reestabelecimento do que antes fora cindido. Nesse sentido, uma ciência rigorosa da subjetividade surge como uma proposta concreta real.

As contribuições de Edith Stein para a fundamentação da Psicologia efetivam-se a partir da definição que a filósofa nos oferece a respeito do conceito de pessoa e, com ele, a de subjetividade alicerçada na unidade entre a experiência interna e externa — enfatizada pela concepção de corporeidade viva —, além de fornecer os fundamentos acerca da possibilidade de conhecimento de outras pessoas e de si mesmo. A Fenomenologia pode, dessa maneira, fornecer uma fundamentação gnosiológica mais consistente à Psicologia, herdeira desde sua origem como disciplina científica, de concepções filosóficas enraizadas no dualismo cartesiano e no empirismo. Ao abordar o tema do conhecimento, Stein aprofunda as análises acerca da estrutura ontológica da pessoa, resgatando a unidade essencial do corpo e dos aspectos anímicos referentes às vivências do âmbito psíquico e espiritual.

Além disso, suas análises propõem a delimitação metodológica da Psicologia em relação às demais ciências. Definindo-se o objeto em questão, define-se também o enquadramento epistemológico da Psicologia. Como o tema da subjetividade não é esgotado apenas por essa ciência, ela afirma a necessidade de se bem delimitar os domínios científicos para que não haja reduções epistemológicas — do domínio psicológico ao natural; ou do domínio espiritual ao psicológico e ao natural; ou até mesmo do domínio natural ao psicológico e espiritual. As disciplinas científicas devem ser autônomas, porém complementares.

## Referências

- Ales Bello, A. (2006, Outubro). Fenomenologia e ciências humanas: implicações éticas. *Memorandum*, 11, 28-34. Acesso em Novembro de 2012, em <http://www.fafich.ufmg.br/~memorandum/a11/alesbello04.htm>
- Araujo, S. F. (2010). *O projeto de uma psicologia científica em Wilhelm Wundt: uma nova interpretação*. Juiz de Fora: Editora UFJF.
- Araujo, S. F. (2011). Wilhelm Wundt e o estudo da experiência imediata. In A. M. J., Jacó, A. A. L. Ferreira, & F. T., Portugal, *História da Psicologia – Rumos e percursos* (2ª Ed., pp. 93-104). Rio de Janeiro: Nau Editora.
- Bock, A. M. B., Furtado, O., & Teixeira, M. L. T. (2001). *Psicologias: uma introdução ao estudo de psicologia* (13ª Ed.). São Paulo: Saraiva.
- Descartes, R. (2000). *Discurso sobre o método*. (Pugliesi, M. & Lima, N. P. Trans.). Curitiba: Hemus Editora. (Obra originalmente publicada em 1637).

- Ferreira, A. A. L. (2011). A psicologia no recurso aos vetoskantianos. In A. M. J., Jacó, A. A. L., Ferreira, & F. T. Portugal, *História da Psicologia – Rumos e percursos* (2ª Ed., pp. 85-92). Rio de Janeiro: Nau Editora.
- Granzotto, R. L. (2005). *Gênese e construção de uma “filosofia da gestalt” na gestalt-terapia*. Dissertação de Mestrado. Departamento de Filosofia, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.
- Husserl, E. (1996). *Investigações lógicas* (Loparic, Z., & Loparic, A. M. A. C. Trads.). São Paulo: Nova Cultural. (Obra originalmente publicada em 1901).
- Husserl, E. (2001). *Mediações Cartesianas: introdução à Fenomenologia* (F. Oliveira, Trad.). São Paulo: Madras. (Obra originalmente publicada em 1931).
- Massimi, M. (2012). As relações entre psicologia e cultura no horizonte da psicologia moderna e contemporânea. In M. Massimi, (Org.). *Psicologia, Cultura e História: perspectivas em diálogo*. Rio de Janeiro: Outras Letras.
- Massimi, M. & Mahfoud, M. (2007, Novembro). A pessoa como sujeito da experiência: um percurso na história dos saberes psicológicos. *Memorandum*, 13. Acesso em Novembro de 2012, em <http://www.fafich.ufmg.br/~memorandum/a13/massimimahfoud01.pdf>
- Mueller, F. L. (1978). *História da psicologia*. Da Antiguidade aos dias de hoje. (D. Penna, A. O. Aguiar, L. L. Oliveira, & M. A. Blandy, Trads.). São Paulo: Companhia Editora Nacional.
- Porta, M. A. G. (2004). A polêmica em torno ao psicologismo de Bolzano a Heidegger. *Síntese: Revista de Filosofia*, 31(99), 107-131.
- Porta, M. A. G. (2007). *A filosofia a partir de seus problemas*. São Paulo: Edições Loyola.
- Reale, G., & Antiseri, D. (2006). *História da Filosofia*. De Nietzsche à Escola de Frankfurt (Vol. 6). São Paulo: Paulus.
- Rovighi, S. V. (2011). *História da Filosofia Contemporânea – do século XIX à neoescolástica*. (4ª ed., A. P. Capovilla, Trad.). São Paulo: Edições Loyola.
- Santos, J. H. (2010). *Do empirismo à Fenomenologia*. A crítica do psicologismo nas Investigações Lógicas de Husserl. São Paulo: Edições Loyola.
- Stein, E. (2002). Vida de una familia judía. In E. Stein, *Obras completas: Escritos autobiográficos y cartas* (Vol. I, J. G., Rojo, E. G., Rojo, F. J. S., Fermín, & C., Ruiz-Garrido, Trads.). Burgos: Editorial Monte Carmelo; Vitoria: Ediciones El Carmen; Madrid: Editorial de Espiritualidad (Obras originais de 1932 e 1939, publicadas postumamente em 1964).
- Stein, E. (2003a). Introducción a la Filosofía. In E. Stein, *Obras Completas: Escritos Filosóficos – etapa fenomenológica* (Vol II, C., Ruiz-Garrido, & J. L., Caballero Bono, Trads., J., Urkiza, Rev.). Burgos: Editorial Monte Carmelo; Vitoria: Ediciones El Carmen; Madrid: Editorial de Espiritualidad. (Originais de 1991).
- Stein, E. (2003b). Estructura de la persona humana. In E. Stein, *Obras completas: Escritos antropológicos y pedagógicos* (Vol IV, C., Ruiz-Garrido, & J. L., Caballero Bono, Trads., J., Urkiza, Rev.). Burgos: Editorial Monte Carmelo; Vitoria: Ediciones El Carmen; Madrid: Editorial de Espiritualidad. (Original de 1932/33).
- Stein, E. (2003c). Sobre el problema de la empatía. In E. Stein, *Obras completas: Escritos filosóficos – etapa fenomenológica* (Vol. II, C., Ruiz-Garrido, & J. L., Caballero Bono, Trads., J., Urkiza, Rev.). Burgos: Editorial Monte Carmelo; Vitoria: Ediciones El Carmen; Madrid: Editorial de Espiritualidad (Obra originalmente publicada em 1916).
- Zahavi, D. (2003). *Husserl's Phenomenology*. Stanford, California: Stanford University Press.

#### Endereço para correspondência:

Carolina de Resende Damas Cardoso  
Avenida Bandeirantes, 3.900 – Cidade Universitária  
CEP 14040-901 – Ribeirão Preto/SP  
E-mail: cmrdc@hotmail.com

Recebido em 30/01/2013

Revisto em 09/04/2013

Aceito em 08/05/2013

\* Apoio financeiro: Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP).

## Investigação dos Domínios Cognitivos de Pacientes com Síndrome de Williams Usando as Escalas Wechsler\*

Investigation of Cognitive Domains in Williams Syndrome's Patients Using Wechsler's Scales

Larissa de Souza Salvador<sup>1</sup>

Flávia Neves Almeida<sup>1</sup>

Annelise Júlio-Costa<sup>1</sup>

Maria Raquel Santos Carvalho<sup>1</sup>

Vitor Geraldi Haase<sup>1</sup>

### Resumo

A Síndrome de Williams (SW) é uma doença de etiologia genética, causada por microdeleções na região do cromossomo 7q11.23. Pacientes com SW podem apresentar QI verbal significativamente superior ao executivo, o que explicaria o déficit recorrente nas habilidades visoespaciais e a preservação de aspectos das habilidades verbais. O estudo teve como objetivo analisar o perfil cognitivo de uma série de casos de pacientes com SW, utilizando a Escala Wechsler de Inteligência. A amostra foi composta por dez pacientes. Os resultados apontam para um padrão de desempenho semelhante entre os participantes na escala verbal, porém o QI de execução teve maior correlação com o QI total. Foi observada uma discrepância entre habilidades verbais e não verbais em 40% dos participantes.

**Palavras-chave:** medidas de inteligência; escala de inteligência Wechsler para crianças; escala de inteligência Wechsler para adultos.

### Abstract

Williams Syndrome (WS) is a disease of genetic etiology caused by micro-deletions at the 7q11.23 region. WS's patients may present verbal IQ significantly higher than the performance one, which could explain the recurrent deficit in visuospatial abilities and the preservation of some verbal skills. The study aimed at analyzing the cognitive profile of a case series including WS patients, using Wechsler's Intelligence Scale. The sample was composed of ten patients. The results showed a similar pattern of performance among participants in the verbal scale; however, the performance IQ was more associated with total IQ. We observed a discrepancy between verbal and nonverbal abilities in 40% of the participants.

**Keywords:** intelligence measures; Wechsler intelligence scale for children; Wechsler adult intelligence scale.

<sup>1</sup>Universidade Federal de Minas Gerais (Belo Horizonte), Brasil

A Síndrome de Williams (SW) está relacionada à microdeleção hemizigótica de aproximadamente 25 genes na região do cromossomo 7q11.23 (Bayés, Magano, Rivera, Flores & Pérez Jurado, 2003), com prevalência estimada de um a cada 7.500 nascidos vivos (Strømme, P., Bjørnstad, P. G., & Ramstad, K. 2002) e, portanto, considerada uma doença rara. Esta síndrome apresenta características físicas marcantes, como os lábios volumosos, as bochechas proeminentes, uma estatura menor do que a população em geral e doenças cardiovasculares. A dificuldade intelectual de leve à moderada ou de aprendizagem e uma personalidade hipersociável são também características típicas desses indivíduos (Bellugi, Adolphs, Cassady & Chiles, 1999; Mervis et al., 2000).

Pesquisas sobre correlações anatomofuncionais da SW têm sido realizadas (Martens, Wilson, Chen,

Wood & Reutense, 2013; Martens, Wilson, Dudgeon & Reutens, 2009; Reiss et al., 2000; 2004). Estudos recentes demonstraram alterações anatômicas na estrutura cerebral de indivíduos com a SW, as quais podem explicar alguns padrões do funcionamento cognitivo e comportamental da síndrome. Martens et al. (2013) indicaram diminuição da área medial e posterior do corpo caloso em pacientes com SW, quando comparados àqueles com desenvolvimento típico. Este estudo foi desenvolvido por meio de técnicas de ressonância magnética estrutural, que apontaram uma diminuição do corpo caloso em pacientes canhotos, quando comparados aos destros. Isso foi observado também no Grupo Controle, porém com um padrão inverso, sendo que os indivíduos destros apresentaram diminuição em regiões específicas do corpo caloso, quando comparados aos com lateralidade oposta (Martens et al., 2013). Alguns estudos demonstram,

ainda, redução volumétrica dos lobos parietal e temporal em indivíduos com a SW (Jernigan, Bellugi, Sowell, Doherty & Hesselink, 1993; Martens et al., 2009; Reiss et al., 2000; 2004), o que pode estar relacionado ao perfil de hipersociabilidade. Alterações no padrão de ativação da amígdala de indivíduos com a SW, quando comparados com os sujeitos do Grupo Controle em tarefas de reconhecimento de expressões faciais, foram descritas por Avery, Thornton-Wells, Anderson e Blackford (2011). Tais resultados podem estar relacionados aos altos níveis de ansiedade e fobias, que também compõem o perfil da SW. Além disso, padrões atípicos de ativação da região anterior do hipocampo foram associados com o pior desempenho em tarefas de memória de longo prazo nos pacientes com SW (Meyer-Lindenberg et al., 2005).

Em geral, relatos da literatura apontam que indivíduos com SW apresentam um perfil cognitivo, no qual a memória verbal de curto prazo e o vocabulário são considerados pontos fortes, quando se igualando ao desempenho de indivíduos com desenvolvimento típico; enquanto que os déficits encontrados estariam relacionados às habilidades visoespaciais e visoconstrutivas (Bellugi, Lichtenberger, Jones, Lai & St. George, 2000). Os déficits nos processamentos visoespacial, visoconstrutivo e numérico são desproporcionalmente graves quando comparados com as habilidades de linguagem (Paterson, Girelli, Butterworth & Karmiloff-Smith, 2006). Tem sido discutido se o processamento numérico é uma habilidade específica e independente da capacidade cognitiva global na SW. Esta discussão é pertinente já que, quando comparados a outras síndromes, como a Síndrome de Down, que também é caracterizada por inteligência abaixo da média, os indivíduos com SW apresentam desempenho inferior em tarefas que avaliam o processamento numérico (Paterson et al., 2006). No entanto, quando avaliada a linguagem em portadores da SW, esta habilidade não se encontra inteiramente preservada (Bellugi et al., 2000). O vocabulário pode ser rico e rebuscado, mas os indivíduos apresentam dificuldades com a pragmática e o uso comunicacional da linguagem (Mervis & John, 2010).

Quanto à inteligência dos indivíduos com a SW, em geral, o quociente de inteligência (QI) está entre 50 a 60 pontos (Elison, Stinton & Howlin, 2010; Searcy et al., 2004), com um perfil discrepante entre as habilidades verbais e não verbais (ou de execução) (Bellugi, Wang & Jernigan, 1994; Howlin, Davies & Udwin, 1998; Jarrold, Baddeley & Hewes,

1998; Searcy et al., 2004; Udwin & Yule, 1991). Esse padrão de diferença entre habilidades verbais e não verbais é denominado “*WS cognitive profile*” – WSCP, ou seja, perfil cognitivo da SW (Frangiskakis et al., 1996; Mervis, Morris, Bertrand, & Robinson, *In press*). A caracterização do WSCP é independente dos níveis de QI. Para avaliar esta diferença presente no WSCP entre habilidades verbais e não verbais, alguns estudos utilizaram a *British Abilities Scale* – BAS-II (Elliott, Smith & McCulloch, 1996) ou o *Differential-Abilities Scale* – DAS (Elliot, 1990), já que estes instrumentos demonstraram mais sensibilidade do que a Escala de Inteligência Wechsler ao discriminar as diferenças entre habilidades, observada nos padrões de desempenho de indivíduos com SW (Tassabehji et al., 1999). Ressalta-se que, quando avaliado com a Escala de Inteligência Wechsler, indivíduos com SW nem sempre demonstraram uma vantagem do QI verbal sobre o desempenho no QI total (Bellugi, Wang & Jernigan, 1994; Karmiloff-Smith et al., 1997; Udwin, Yule & Martin, 1987).

Dessa forma, não é consensual na literatura a presença de discrepância entre habilidades verbais e de execução. De acordo com Jarrold, Baddeley & Hewes (1998), não há evidências consistentes favoráveis quanto à dissociação entre as habilidades verbais e não verbais na SW. Esses autores avaliaram 16 indivíduos, entre 6 e 28 anos, por meio dos testes de vocabulário receptivo, o *British Picture Vocabulary Scale* – BPVS (Dunn, Dunn, Whetton & Pintilie, 1982), e a bateria de testes DAS (Elliot, 1990). Por meio da análise dos subtestes verbais e não verbais da escala DAS, observou-se que o desempenho verbal de tais pacientes é significativamente maior do que o não verbal. De acordo com o estudo, a discrepância entre as habilidades verbais e não verbais do grupo foi justificada pela existência de três pacientes na amostra, que apresentaram uma discrepância muito alta, enviando o resultado final. Por este motivo, as análises foram repetidas sem estes pacientes, observando-se um resultado não significativo entre as habilidades verbais e não verbais dos 13 pacientes restantes. Entretanto, demonstrou-se a presença de diferenças entre as habilidades verbais e não verbais quando comparado o desempenho do BPVS com o subteste de habilidade visoconstrutiva do DAS (*Pattern Construction*). De uma forma geral, os participantes apresentaram melhor desempenho no BPVS, sendo tal resultado obtido após a exclusão dos três indivíduos com alta discrepância. Os resultados desse estudo indicaram uma magnitude

da diferença entre as habilidades verbais e não verbais, aumentando de forma constante e, aparentemente, linear, de acordo com o nível de habilidade verbal.

Considerando a discussão relacionada à existência de um padrão de discrepância entre as habilidades verbais e não verbais na SW, o presente estudo teve como objetivo analisar o perfil de uma série de casos de pacientes com esta síndrome, utilizando a Escala de Inteligência Wechsler em suas versões infantil (WISC-III) e adulta (WAIS-III). Assim, a hipótese subjacente ao estudo é de que os pacientes com a SW apresentarão melhor desempenho na escala verbal do teste, quando comparados à não verbal, levando-se em conta o perfil neuropsicológico desses indivíduos. Para testar a hipótese, foi realizada uma análise de cada subteste, bem como dos índices fornecidos pela escala de inteligência, com o intuito de averiguar se existe algum padrão de discrepância entre habilidades verbais e não verbais dos pacientes com SW.

## Métodos

### Amostra

A amostra foi composta por dez pacientes do Ambulatório Número, no Laboratório de Neuropsicologia do Desenvolvimento da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Seis participantes possuíam diagnóstico genético de SW a partir do exame *Multiplex Ligation-dependant Probe Amplification* – MLPA, realizado no Laboratório de Genética Humana da UFMG. Três sujeitos receberam diagnóstico genético pelo método FISH (hibridação *in situ* fluorescente). Um paciente possuía diagnóstico clínico a partir de características faciais e perfis cognitivo e comportamental semelhantes à SW.

Todos os responsáveis assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido, autorizando a participação dos filhos no estudo. Além disto, cabe destacar que o projeto foi aprovado no Comitê de Ética (COEP/UFMG), intitulado como “Avaliação de estratégia de diagnóstico neuropsicológico e genético-molecular dos transtornos do desenvolvimento cognitivo (retardo mental)”, sob parecer ETIC 0091.0.203.000-10.

Os pacientes tinham idades entre 8 e 25 anos, com média igual a 15,9 (DP=5,1) anos, sendo sete do sexo masculino e três do feminino. O QI médio da amostra foi de 58,6 (DP=14,6) pontos. Os dados descritivos encontram-se na Tabela 1.

### Procedimentos e análises

As habilidades verbais e não verbais dos pacientes foram avaliadas por meio da Escala de Inteligência Wechsler para crianças, entre 6 a 15 anos (WISC III) (Figueiredo, 2002), ou por sua versão para adultos, entre 16 a 89 anos (WAIS-II) (Nascimento, 2004). Os participantes foram avaliados em uma sessão prolongada, de aproximadamente duas horas, com um intervalo de 10 a 20 minutos. Devido ao extremo cansaço e agitação apresentados por parte de um dos participantes, o mesmo não realizou o subteste “Procurar Símbolos” do WISC-III. Os procedimentos foram realizados na sala de atendimento do Ambulatório Número, localizada na Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas da UFMG. Uma análise descritiva dos dados foi desenvolvida a fim de investigar a diferença entre a pontuação nos subtestes das escalas verbal e de execução (WISC-III e WAIS-III). Além disso, analisou-se uma série de casos isolados. Para isso, os valores utilizados para calcular as discrepâncias entre QI verbal e de execução e entre os índices de organização perceptual e compreensão verbal foram obtidos pelas normas de padronização dos testes WISC-III e WAIS-III (Figueiredo, 2002; Nascimento, 2004). Por fim, as correlações entre os QIs total, verbal e não verbal foram calculadas (correlação de Spearman). Os valores obtidos consideram a idade de cada participante. Os dados foram analisados utilizando-se o programa estatístico SPSS, versão 17.0.

### Instrumentos

#### Escala de Inteligência Wechsler

As Escalas de Inteligência Wechsler foram desenvolvidas a partir da concepção que a inteligência é uma entidade agregada e global, ou seja, a capacidade do indivíduo em raciocinar, lidar e operar com propósito, racionalmente e efetivamente com o seu meio ambiente. Por esta razão, os subtestes foram selecionados com o objetivo de investigar muitas capacidades mentais diferentes, mas que, juntas, oferecem uma estimativa da capacidade intelectual geral do paciente.

A escala é constituída por uma parte verbal e uma composta por subtestes de execução, ou seja, não verbal. Portanto, o teste pode fornecer resultados em QI verbal, de execução e total. As versões utilizadas no estudo foram:

**Tabela 1.** *Dados descritivos da amostra.*

	Mínimo	Máximo	Média	DP
Idade em anos	8	25	15,90	5,13
QI verbal	48	88	62,40	12,06
QI de execução	45	101	59,50	18,63
QI total	50	93	58,60	14,61

DP: desvio padrão.

- WISC III: utilizada para avaliar crianças e adolescentes com idades entre 6 e 16 anos. Os subtestes que compõem a escala verbal são informação, semelhanças, aritmética, vocabulário, compreensão e dígitos e a de execução é composta pelos subtestes completar figuras, código, arranjo de figuras, cubos, armar objetos e procurar símbolos (Figueiredo, 2002; Nascimento, 2004).
- WAIS III: aplicada para analisar indivíduos de 16 a 89 anos. A escala verbal é composta pelos subtestes informação, semelhanças, aritmética, vocabulário, dígitos e sequência de números e letra. A escala de execução é composta pelos subtestes completar figuras, código, arranjo de figuras, cubos, armar objetos e procurar símbolos e raciocínio matricial. Não foram utilizados os subtestes de raciocínio matricial e sequência de números e letras nas análises realizadas. Os índices fatoriais utilizados no estudo foram organização perceptual e compreensão verbal.

## Resultados

### *Análises de grupo*

Os resultados da Tabela 2 (média e desvio padrão dos escores de indivíduos com SW) demonstram que as menores médias foram obtidas nos subtestes arranjo de figuras, informação e de aritmética, sendo que os dois últimos pertencem à escala verbal. Por outro lado, a maior pontuação foi observada no subteste de vocabulário, da mesma escala. Observando-se o desvio padrão, notou-se que os menores valores referem-se à vocabulário, códigos e compreensão, indicando maior homogeneidade no desempenho dos participantes em tais subtestes. Em contrapartida, os subtestes que apresentaram maior desvio padrão foram completar figuras, armar objetos, da escala de execução, e semelhanças, da escala verbal.

**Tabela 2.** *Média de desempenho da amostra na escala de inteligência.*

	Média	DP
Informação	2,90	2,28
Código	3,10	1,85
Semelhanças	3,60	3,34
Arranjo de figuras	2,80	2,49
Aritmética	2,30	2,16
Cubos	3,00	2,26
Vocabulário	5,80	1,69
Armar objetos	4,10	3,25
Completar figura	3,70	3,057
Compreensão	4,00	1,94
Procurar símbolos	4,44	2,24
Dígitos	4,40	2,07

DP: desvio padrão.

Esse resultado evidencia maior dispersão nos resultados da escala de execução.

### *Análise da série de casos*

Os resultados foram apresentados em escores ponderados de cada participante nos subtestes, transformados conforme a normatização para população brasileira por idade (Tabela 3). Observou-se um padrão de desempenho nos subtestes da escala de inteligência, sendo que todos os pacientes apresentaram maior pontuação ponderada no subteste de vocabulário. Porém, quanto maior o QI total, maior a pontuação ponderada obtida nos subtestes da escala de execução, sendo que o padrão de desempenho na escala verbal se mantém semelhante em todos os casos.

Os resultados apresentados em QI total, de execução e verbal, de acordo com a normatização dos testes WISC III e WAIS III, demonstram uma diferença significativa entre QI verbal e de execução em quatro casos (Tabela 4). O valor referência para avaliar a existência de discrepância significativa entre QI verbal e de execução foi retirado do manual das escalas, conforme os dados normativos. Dentre os quatro casos, dois indivíduos apresentaram QI verbal significativamente maior que o de execução. Nos dois restantes, o QI de execução se mostrou significativamente maior que o verbal. O valor de significância variou para cada situação de acordo com a idade do participante, seguindo os critérios estatísticos de validação das escalas. As diferenças necessárias para a significância estatística baseiam-se nos erros padrão da medida de cada esca-

la de QI, em todas as idades (Figueiredo, 2002; Nascimento, 2004).

Os índices de organização perceptual e compreensão verbal foram analisados, já que representam medidas mais fidedignas das habilidades verbais e de execução, pois excluem alguns subtestes da análise fatorial (Figueiredo, 2002; Nascimento, 2004). Os resultados referentes à diferença entre o índice de organização perceptual e o de compreensão verbal apresentam uma maior incidência de discrepância entre eles (Tabela 5), do que quando comparado à incidência entre o QI verbal e o de execução (Tabela 4).

### Análise de correlação

A correlação entre o QI de execução e o total apresentou-se forte ( $r=0,96$ ;  $p\leq 0,001$ ). Por outro lado, aquela entre QI verbal e total é fraca e não teve significância estatística ( $r=0,348$ ;  $p=n.s.$ ), como observado na Tabela 6.

### Discussão

No presente estudo foi observada uma discrepância entre QI verbal e de execução (não verbal) em quatro casos dos dez estudados. Diversos estudos demonstraram

**Tabela 3.** Desempenho da amostra nas escalas verbal e de execução do teste.

	Casos	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Escala verbal	Informação	3	2	1	2	1	2	3	1	7*	7
	Semelhanças	1	1	9*	1	4	0	4	1	7*	8*
	Aritmética	1	1	1	1	1	4	1	1	6	6
	Compreensão	1	5*	4	6*	5*	2	1	5	5	6
	Vocabulário	5*	9*	3	5*	7*	5*	5*	7*	5	7
	Dígitos	4*	2	5*	5	1	4	4	4	7*	8*
Escala de execução	Códigos	2	1	3	3	1	1	4	5	6	5
	Arranjo de Figuras	1	1	1	1	1	2	3	4	6	8*
	Cubos	1	1	1	1	2	3	3	7*	5	6
	Armar objetos	1	1	4	1	2	5*	3	9*	5	10*
	Completar Figuras	1	1	2	4	1	4	9*	1	6	8*
	Procurar Símbolos	5*	3	7*	1	-	2	3	6	6	7

\*maiores valores obtidos em todo o teste para cada caso.

**Tabela 4.** Descrição dos índices de QI da amostra.

Casos	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
QI verbal	51	62	60	62	60	48	55	60	78	88
QI de execução	45	45	46	45	45	61	61	71	75	101
Diferença (QIV- QIE)	6	17*	14	17*	15	13	6	-11	-13*	-13*
QI total	50	50	50	50	50	51	54	63	75	93

QIV: QI Verbal; QIE: QI de execução

\*diferença significativa entre QI verbal e de execução

**Tabela 5.** Descrição dos fatores de compreensão verbal e organização perceptual da amostra.

Casos	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Compreensão verbal	55	65	65	60	65	49	59	65	80	86
Organização perceptual	48	48	48	48	48	65	65	73	75	83
Diferença (CV- OP)	7	17*	17*	12*	17*	-6	-6	-8	5	3

CV: compreensão verbal; OP: organização perceptual

\*diferença significativa entre compreensão verbal e organização perceptual

**Tabela 6.** Correlação entre QI verbal, de execução e total

	QI verbal	QI de execução
QI verbal	1	
QI de execução	0,312	1
QI total	0,348	0,964*

\*p&lt;0,001

a existência dessa discrepância entre habilidades verbais e executivas na SW (Bellugi et al., 1994; Howlin, Davies, & Udwin, 1998; Jarrold, Baddeley & Hewes, 1998; Searcy et al., 2004; Udwin & Yule, 1991). A diferença entre as habilidades ocorre devido a um perfil neuropsicológico caracterizado pela preservação das habilidades verbais e por um prejuízo nas habilidades visoespaciais e visoconstrutivas (Bellugi et al., 1999; Mervis et al., 2000).

Uma hipótese para a existência de discrepância entre QI Verbal e QI de Execução em apenas quatro casos na amostra estudada é de que, na escala verbal do teste, existem subtestes, nos quais se espera um desempenho abaixo da média populacional, como o de informação. Este exige uma precisão das representações semânticas e uma crítica social, ambas prejudicadas na SW (Mervis & John, 2010). Além disso, esses indivíduos apresentam déficits na cognição social e teoria da mente (Van der Fluit, Gaffrey & Klein-Tasman, 2012), o que pode estar relacionado ao baixo desempenho no subteste de informação.

Outro fator que pode ter contribuído para o baixo desempenho na escala verbal, diminuindo a discrepância entre as habilidades verbais e não verbais é que o subteste de aritmética compõe a escala verbal do teste. Existem evidências de que o componente visoespacial pode influenciar alguns aspectos do domínio matemático (Geary & Hoard, 2002), o que poderia explicar o baixo desempenho no mesmo (média=2,3; DP=2,16), já que indivíduos com SW apresentam déficits no processamento visoespacial (Mervis et al., 2000) e na cognição numérica (Pater-son et al., 2006).

No entanto, quando os índices de compreensão verbal e organização perceptual foram analisados, foi possível verificar uma maior incidência de discrepância entre as habilidades verbais e não verbais na amostra. Tal achado pode estar relacionado à maior sensibilidade dessas medidas em comparação com as dos QIs verbal e de execução, pois os índices de compreensão verbal e de organização perceptual excluem alguns subtestes, como o de aritmética da análise

fatorial nas Escalas Wechsler (Figueiredo, 2002; Nascimento, 2004).

Alguns estudos que não encontraram diferenças significativas entre habilidades verbais e não verbais na SW trabalham com a hipótese de que a discrepância entre as habilidades nem sempre é encontrada, devido à utilização de instrumentos menos sensíveis para avaliá-la (Jarrold, Baddeley & Hewes, 1998). Além disso, a presença de déficits específicos em áreas da linguagem diminuiria o efeito da diferença entre as habilidades verbais e não verbais, já que foi demonstrado que as habilidades verbais não são completamente preservadas nesses indivíduos (Temple, 2006).

Analisando o desempenho da amostra em cada subteste das escalas Wechsler, foi possível observar a presença de um padrão relacionado aos índices de QI (Tabela 3). Os pacientes que apresentaram maior índice de QI total obtiveram maiores pontuações nos subtestes da escala de execução. Isso indicou que quanto maior o QI total do paciente, melhor o desempenho na escala de execução do teste, o que contribuiu para diminuir a discrepância entre habilidades verbais e não verbais. Tal achado foi confirmado pela análise de correlação (Sperman), na qual foi encontrada uma forte correlação ( $r=0,964$ ;  $p<0,001$ ) entre o QI de execução e o total, ou seja, quanto maior o QI total, maior o de execução na amostra.

Houve também uma correlação fraca ( $r=0,348$ ;  $p>n.s.$ ) entre QI verbal e total, corroborando o achado de que o QI de execução influenciou mais o desempenho total dos pacientes do que o QI verbal na amostra. Tal achado indica que, quanto maior a inteligência do indivíduo com a SW, melhor será o desempenho em tarefas de habilidades executivas. Além disso, indivíduos com inteligência mais baixa apresentaram desempenho inferior nos subtestes da escala verbal. Já os indivíduos com uma inteligência mais alta (Casos 9 e 10) apresentaram melhor desempenho nos subtestes de aritmética e informação, indicando que a inteligência mais baixa rebaixa tanto o QI verbal quanto o executivo. Este resultado sugere que sujeitos com inteligência mais alta poderão também apresentar maior discrepância entre habilidades verbais e não verbais, já com a inteligência mais baixa pode anular o efeito de discrepância ao rebaixar ambas as habilidades avaliadas.

O mesmo padrão de resultados tem sido encontrado em outras síndromes genéticas com o perfil neuropsicológico semelhante à SW, como é o caso da Síndrome de Velocardiofacial, ou deleção do 22q11.2, na qual é demonstrada a existência da discrepância

entre habilidades verbais e não verbais apenas em indivíduos que não apresentam retardo mental (Vicari et al., 2012).

Ressalta-se que os dados apresentados não demonstram um resultado conclusivo, porém indicam que existe uma discrepância entre as habilidades verbais e não verbais em indivíduos com a SW. O perfil neuropsicológico na SW é bastante heterogêneo, o que dificulta a convergência dos resultados entre os estudos. Dessa forma, mais pesquisas devem ser realizadas utilizando tarefas com maior sensibilidade, as quais possam investigar a presença de déficits específicos nesses pacientes.

## Referências

- Avery, S. N., Thornton-Wells, T. A., Anderson, A. W., & Blackford, J. U. (2012). White matter integrity deficits in prefrontal-amygdala pathways in Williams syndrome. *Neuroimage*, *59*, 887-894.
- Bayés, M., Magano, L. F., Rivera, N., Flores, R., & Pérez Jurado, L. (2003). Mutational mechanisms of Williams-Beuren syndrome deletions. *The American Journal of Human Genetics*, *73*, 131-151.
- Bellugi, U., Adolphs, R., Cassady, C., & Chiles, M. (1999). Towards the neural basis for hypersociability in a genetic syndrome. *Neuroreport*, *10*, 1653-1657.
- Bellugi, U., Lichtenberger, L., Jones, W., Lai, Z., & St. George, M. (2000). The neurocognitive profile of Williams syndrome: A complex pattern of strengths and weaknesses. *Journal of Cognitive Neuroscience*, *12*, 7-29.
- Bellugi, U., Wang, P. P., & Jernigan, T. L. (1994). Williams syndrome: An unusual neuropsychological profile. In S., Broman, & J. Graffman, (Eds.), *Atypical cognitive deficits in developmental disorders: implications for brain function* (pp. 23-56). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Dunn, L. M., Dunn, L. M., Whetton, C., & Pintilie, D. (1982). *British Picture Vocabulary Scale*. Windsor, UK: NFER±Nelson.
- Elison, S., Stinton, C., & Howlin, P. (2010). Health and social outcomes in adults with Williams syndrome: findings from cross-sectional and longitudinal cohorts. *Research in developmental disabilities*, *31*, 587-599.
- Elliot, C. D. (1990). *Differential Ability Scales*. New York: The Psychological Corporation.
- Elliot, C. D., Smith, P., & McCulloch, K. (1996). *British Ability Scales (BAS II): Full Age Range*. Londres: Nfer-Nelson.
- Figueiredo, V. L. M. (2002). *WTSC III: Escala de Inteligência Wechsler para Crianças: manual/ David Wechsler, (3ª Ed)*. Adaptação e padronização de uma amostra brasileira. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Frangiskakis, J. M., Ewart, A. K., Morris, C. A., Mervis, C. B., Bertrand, J., Robinson, B. F., Klein, B. P., Ensing, G. J., Everett, L. A., Green, E. D., Pröschel, C., Gutowski, N. J., Noble, M., Atkinson, D. L., Odelberg, S. J., & Keating, M. T. (1996). LIM-kinase1 hemizyosity Implicated in impaired visuospatial constructive cognition. *Cell*, *86*, 59-69.
- Geary, D. C., & Hoard, M. K. (2002). Learning disabilities in basic mathematics: deficits in memory and cognition. In J. M. Royer, (Ed.), *Mathematical cognition* (pp. 93-115). Greenwich, CT: Information Age Publishing.
- Howlin, P., Davies, M., & Udwin, O. (1998). Cognitive functioning in adults with Williams syndrome. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *39*, 183-189.
- Jarrold, C., Baddeley, A. D., & Hewes, A. K. (1998). Verbal and nonverbal abilities in the Williams syndrome phenotype: Evidence for diverging developmental trajectories. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *39*, 511-523.
- Jernigan, T. L., Bellugi, U., Sowell, E., Doherty, S., & Hesselink, J. R. (1993). Cerebral morphologic distinctions between Williams and Down syndromes. *Archives of Neurology*, *50*, 186.
- Karmiloff-Smith, A., Grant, J., Berthoud, I., Davies, M., Howlin, P., & Udwin, O. (1997). Language and Williams syndrome: how intact is "intact"? *Child Development*, *68*, 246-262.
- Martens, M. A., Wilson, S. J., Dudgeon, P., & Reutens, D. C. (2009). Approachability and the amygdala: insights from Williams syndrome. *Neuropsychologia*, *47*, 2446-2453.
- Martens, M. A., Wilson, S. J., Chen, J., Wood, A. G., & Reutens, D. C. (2013). Handedness and corpus callosal morphology in Williams syndrome. *Development and psychopathology*, *25*, 253-260.
- Mervis, C. B., & John, A. E. (2010, May). Cognitive and behavioral characteristics of children with Williams syndrome: implications for intervention approaches. *American Journal of Medical Genetics Part C: Seminars in Medical Genetics*, *154*, 229-248.
- Mervis, C. B., Robinson, B. F., Bertrand, J., Morris, C. A., Klein-Tasman, B. P., & Armstrong, S. C. (2000). The Williams syndrome cognitive profile. *Brain and Cognition*, *44*, 604-628.

- Mervis, C. B., Morris, C. A., Bertrand, J., & Robinson, B. F. (In press). *Neurodevelopmental disorders: contributions to a new framework from the cognitive neurosciences*.
- Meyer-Lindenberg, A., Mervis, C. B., Sarpal, D., Koch, P., Steele, S., Kohn, P., Marengo, S., Morris, C. A., Das, S., Kippenhan, S., Mattay, V. S., Weinberger, D. R., & Berman, K. F. (2005). Functional, structural, and metabolic abnormalities of the hippocampal formation in Williams syndrome. *Journal of Clinical Investigation, 115*, 1888-1895.
- Nascimento, E. (2004). *WAIS III: Escala de Inteligência Wechsler para Adultos. Manual/ David Wechsler; Adaptação e Padronização de uma amostra Brasileira*. [Tradução Maria Célia de Vilhena Moraes Silva]. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Paterson, S. J., Girelli, L., Butterworth, B., & Karmiloff-Smith, A. (2006). Are numerical impairments syndrome specific? Evidence from Williams syndrome and Down's syndrome. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 47*, 190-204.
- Reiss, A. L., Eckert, M. A., Rose, F. E., Karchemskiy, A., Kesler, S., Chang, M., Reynolds, M.F., Kwon, H., & Galaburda, A. (2004). An experiment of nature: brain anatomy parallels cognition and behavior in Williams syndrome. *The Journal of Neuroscience, 24*, 5009-5015.
- Reiss, A. L., Eliez, S., Schmitt, J. E., Straus, E., Lai, Z., & Jones, W. (2000). Neuroanatomy of Williams syndrome: A high-resolution MRI study. *Journal of Cognitive Neuroscience, 12*, 65-73.
- Searcy, Y. M., Lincoln, A. J., Rose, F. E., Klima, E. S., Bavar, N., & Korenberg, J. R. (2004). The relationship between age and IQ in adults with Williams syndrome. *Journal Information, 109*, 231-236.
- Strømme, P., Bjørnstad, P. G., & Ramstad, K. (2002). Prevalence estimation of Williams syndrome. *Journal of Child Neurology, 17*, 269-271.
- Tassabehji, M., Metcalfe, K., Karmiloff-Smith, A., Carette, M. J., Grant, J., Dennis, N., Reardon, W., Splitt, M., Read, A. P., & Donnai, D. (1999). Williams syndrome: use of chromosomal microdeletions as a tool to dissect cognitive and physical phenotypes. *The American Journal of Human Genetics, 64*, 118-125.
- Temple, C. M. (2006). Developmental and acquired dyslexias. *Cortex, 42*, 898-910.
- Udwin, O., & Yule, W. (1991). A cognitive and behavioural phenotype in Williams syndrome. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology, 13*, 232-244.
- Udwin, O., Yule, W., & Martin, N. (1987). Cognitive abilities and behavioural characteristics of children with idiopathic infantile hypercalcaemia. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 28*, 297-309.
- Van Der Fluit, F., Gaffrey, M. S., & Klein-Tasman, B. P. (2012). Social cognition in Williams syndrome: relations between performance on the social attribution task and cognitive and behavioral characteristics. *Frontiers in psychology, 3*, 197.
- Vicari, S., Mantovan, M., Addona, F., Costanzo, F., Verucci, L., & Menghini, D. (2012). Neuropsychological profile of Italian children and adolescents with 22q11. 2 deletion syndrome with and without intellectual disability. *Behavior Genetics, 42*, 287-298.

#### Endereço para correspondência:

Larissa de Souza Salvador  
 Universidade Federal de Minas Gerais  
 Laboratório de Neuropsicologia do Desenvolvimento  
 Avenida Antônio Carlos, 6.627  
 CEP 31270-901 – Belo Horizonte/MG  
 E-mail: larissassalvador@gmail.com

Recebido em 20/04/2013

Revisto em 22/07/2013

Aceito em 01/08/2013

\* Agradecimentos aos pesquisadores L. S. Salvador, F. N. Almeida, A. Júlio-Costa, os quais, durante a elaboração deste artigo, foram financiados pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG, APQ-03289-10). V.G. Haase foi financiado pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq, 308157/2011-7) e pela FAPEMIG (APQ-02755-SHA, APQ-03289-10) e M. R. S. Carvalho pelo CNPq (307975/2010-0). Toda equipe agradece às Associações Brasileira e Mineira de Síndrome de Williams pela parceria, bem como aos pacientes e a suas famílias pela colaboração e participação na pesquisa.

## Atenção e Funções Executivas em Crianças com Dislexia do Desenvolvimento\*

### Attention and Executive Functions in Children with Developmental Dyslexia

Ricardo Franco de Lima<sup>1</sup>  
Cíntia Alves Salgado Azoni<sup>1</sup>  
Sylvia Maria Ciasca<sup>1</sup>

#### Resumo

São escassos os estudos nacionais sobre a Dislexia do Desenvolvimento (DD) que investigam outros domínios cognitivos, além da linguagem. O presente estudo objetivou comparar o desempenho de crianças com DD e crianças sem dificuldades de aprendizagem em instrumentos que avaliam a atenção e as Funções Executivas (FE). Participaram 61 crianças, com idade média de 9,7 anos, divididas em grupo com DD e controle. Foram utilizados os instrumentos: subtestes da Escala de Inteligência Wechsler para crianças, Testes de Cancelamento, Teste das Trilhas, Teste Stroop, Torre de Londres, Teste Wisconsin e Fluência Verbal. Os resultados mostraram diferenças entre os grupos, sugerindo que indivíduos com DD podem apresentar prejuízos na atenção e em componentes das FE. Também sugeriram que as crianças com DD apresentam padrão diferente de rastreamento visual e seleção de recursos executivos, principalmente diante de estímulos com conteúdo verbal.

**Palavras-chave:** Neuropsicologia; dislexia; atenção; função executiva.

#### Abstract

National studies on Developmental Dyslexia (DD) that investigate other cognitive domains, besides language, are scarce. This study aimed to compare the performance of children with DD and children without learning disabilities in instruments that assess attention and Executive Functions (EF). Sixty-one children, with average age of 9.7 years, divided into group with DD and control group participated in the study. The used instruments were: subtests of the Wechsler Intelligence Scale for Children, Cancellation Test, Trail Making Test, Stroop Test, Tower of London Test, Wisconsin Card Sorting Test and Verbal Fluency. The results showed differences between the groups, suggesting that children with DD may have impairments in attention and components of EF. The findings also suggested that children with DD present different patterns of visual scanning and selection of executives resources, mainly in front of stimulus with verbal content.

**Keywords:** Neuropsychology; dyslexia; attention; executive function.

<sup>1</sup>Universidade Estadual de Campinas (Campinas), Brasil

A Dislexia do Desenvolvimento (DD) é um transtorno neurobiológico, caracterizado por dificuldades na aquisição e uso da leitura e escrita em função de um déficit no componente fonológico da linguagem. Tais características são inesperadas quando considerado o nível de inteligência e a instrução efetiva em sala de aula (Lyon, Shaywitz & Shaywitz, 2003; American Psychiatric Association [APA], 2002).

De acordo com a Classificação Internacional de Doenças (CID-10) (Organização Mundial da Saúde [OMS], 2008), os principais critérios diagnósticos da DD são: desempenho em leitura/escrita abaixo do esperado, nível de inteligência dentro da média para a faixa etária, ausência de alterações sensoriais não corrigidas, ausência de outros problemas neurológicos e psiquiátricos que justifiquem as dificuldades.

Há consenso que o diagnóstico da DD deve ser realizado por equipe interdisciplinar para avaliação

de diferentes habilidades cognitivas, processamento fonológico e linguagem escrita, uma vez que é caracterizada por alterações que comprometem a aprendizagem, além de comorbidades (Pestun, Ciasca & Gonçalves, 2002; Silver et al., 2008).

No que se refere aos fatores etiológicos, Frith (1999) indica que a DD resulta da interação complexa entre fatores biológicos (como os genéticos), cognitivos e ambientais.

Do ponto de vista neuropsicológico, a DD é acompanhada por alterações em diferentes funções cognitivas. A linguagem e o processamento fonológico têm tido maior ênfase na literatura, em função de suas relações evidentes com a leitura e escrita. No entanto, outros domínios cognitivos também têm merecido destaque no contexto internacional, dentre eles, a atenção e as Funções Executivas (FE), dada a importância dessas funções para as diferentes etapas

do processamento da leitura/escrita: decodificação, conversão letra-som e compreensão (Reiter, Tucha & Lange, 2005; Franceschini, Gori, Ruffino, Pedrolli & Facoetti, 2012; Lima, Travaini, Salgado-Azoni & Ciasca, 2012).

A atenção pode ser definida como a capacidade de o indivíduo responder predominantemente aos estímulos que lhe são significativos (Raz & Buhle, 2006). Já as FE referem-se ao grupo de habilidades cognitivas que auxiliam o indivíduo na realização de tarefas dirigidas às metas e de maneira independente. As FE representam um construto multifatorial que envolve componentes como: planejamento, flexibilidade mental, estratégias cognitivas, memória operacional, fluência, controle inibitório, dentre outros (Kluwe-Schiavon, Viola & Grassi-Oliveira, 2012). Tanto a atenção como as FE possuem relação com a habilidade de leitura e escrita, na medida em que atuam em todas as etapas do processamento das informações: recepção dos estímulos, processamento, planejamento e organização de respostas (Kaufman, 2011).

No que concerne à atenção sustentada visual, diferentes características são descritas em crianças com DD. Em tarefas de atenção visuoespacial com medidas de tempo de reação, crianças com DD demonstram maior tempo de resolução quando comparadas aos controles (Facoetti & Molteni, 2001; Facoetti et al., 2010; Franceschini et al., 2012).

Facoetti e Molteni (2001) compararam um grupo de 11 crianças com DD (idade média de 12,1 anos) a um grupo controle (idade média de 11,4 anos) em tarefa computadorizada de atenção visuoespacial baseada no paradigma de atenção encoberta e medidas de tempo de reação. Para os autores, as alterações atencionais exibidas pelo grupo com DD podem ser explicadas pela distribuição espacial anômala dos recursos de atenção visuoespacial.

No estudo de Heiervang e Hugdahl (2003), realizado com 25 crianças com DD e controles, com idade entre 10 e 12 anos, foi demonstrado que o primeiro grupo mostrou padrão de respostas mais lento em tarefas de atenção visual e leitura. Os autores também sugerem que os indivíduos com DD apresentam problemas no recrutamento de recursos cognitivos associados com a atenção, como a velocidade de processamento, e que são necessários para o desempenho de tarefas complexas de tempo de reação e fluência de leitura.

Hari e Renvall (2001) sugerem que a alternância atencional lenta (SAS, do inglês *Sluggish Attentional Shifting*) pode explicar o prejuízo no processamento de uma sequência de estímulos rápidos (visuais ou auditivos) na DD. Para as autoras, indivíduos com DD são mais lentos para processar os estímulos visuais e auditivos envolvidos com a leitura, demonstrando tempo aumentado de reação em testes de atenção, e tais alterações podem acompanhar o déficit no processamento fonológico.

Visser, Boden e Giaschi (2004) compararam o desempenho de um grupo de crianças com DD (10–15 anos) a outros dois grupos controles pareados por idade (10–15 anos) e por nível de leitura (7–10 anos) usando tarefa computadorizada de atenção sustentada visual por meio do paradigma de apresentação visual serial rápida (RSVP, do inglês *Rapid Serial Visual Presentation*). Essa tarefa tinha como objetivo principal avaliar o processamento temporal, isto é, o processamento necessário quando um ou mais estímulos são apresentados em uma determinada sequência. Os resultados indicaram que a precisão para identificar os estímulos foi pior no grupo de crianças com DD quando comparado com os demais grupos. Para os autores, a diminuição na acurácia para a identificação dos estímulos pode interferir na distribuição de recursos atencionais e no processamento temporal e sequencial dos grafemas durante a leitura. Na mesma direção, Marendaz, Valdois e Walch (1996) mostraram que crianças com DD apresentaram maior quantidade de erros em tarefas de busca atencional em série, como em Testes de Cancelamento, devido à redução do número de itens processados simultaneamente.

Shanaham et al. (2006) compararam o desempenho de crianças com Transtorno de Leitura (10,9 anos), com Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) (idade média de 11,1 anos) e com ambos os transtornos (11 anos) a um grupo controle (idade média de 11,5 anos) no subteste Código (WISC-R), Trail Making Test (TMT), Teste Cor-Palavra de Stroop (SCWT, do inglês *Stroop Color Word Test*), *Stop Signal Test*, *Gordon Diagnostic System* e teste de Nomeação Automática Rápida (RAN) como medidas da velocidade de processamento. Os resultados mostraram que o grupo com Transtorno de Leitura exibiu alterações semelhantes às das crianças com TDAH. Apesar dessa similaridade, os grupos clínicos distinguiram-se na magnitude, pois os déficits foram maiores em crianças com o Transtorno de Leitura. Para os autores, o prejuízo na velocidade de processamento pode ser compreendido como fator de risco para ambos os transtornos.

Alguns autores (Marzocchi, Ornaghi & Barboglio, 2009; Ziegler, Pech-Georgel, Dufau & Grainger, 2010; Savill & Thierry, 2012) indicam que o déficit de atenção

visual na DD pode ser específico às características dos estímulos apresentados, mostrando-se significativo somente no processamento de materiais verbais (letras e dígitos), mas não com materiais não verbais (símbolos).

Com relação às FE, apesar de sua importância para as diferentes etapas de processamento da leitura (decodificação, conversão letra-som e compreensão) (Meltzer, 2007), sua investigação tem sido negligenciada nos estudos de crianças com DD e sem comorbidades. Devido ao caráter multidimensional das FE, no geral, os estudos indicam que há comprometimento em apenas alguns aspectos (Helland & Asbjørnsen, 2000; Reiter et al., 2005; Lima et al., 2012).

Reiter et al. (2005) compararam 42 crianças com DD (idade média de 10,8 anos) e 42 sem dificuldades (idade média de 10,6 anos) utilizando bateria de instrumentos que avaliavam as FE. O grupo com DD apresentou escores rebaixados em tarefas de memória operacional verbal e visual, controle inibitório, flexibilidade, fluência verbal e figural. Para os autores, crianças com DD armazenam informações verbais e visuais por período mais curto que crianças sem o transtorno, explicando o rebaixamento na memória operacional. Para avaliar o controle inibitório, foram utilizados três testes: SCWT, Teste *Go/No Go* e Teste Computadorizado de Flexibilidade. No SCWT, o grupo com DD apresentou tempo aumentado de processamento nas três condições (neutra, congruente e incongruente) e escore maior de interferência. Também teve desempenho pior no teste de flexibilidade. Na avaliação da habilidade de planejamento e organização por meio da Torre de Londres (ToL), o grupo com DD não diferiu no número de problemas resolvidos, mas teve tempo maior de planejamento. Na versão modificada do Teste Wisconsin de Classificação de Cartas (WCST), para avaliar a formação de conceitos e uso de estratégias, teve número maior de erros e respostas perseverativas e precisou de número maior de cartas para finalizar a tarefa. Também houve prejuízo na fluência verbal e figural, indicando dificuldades na geração, evocação de palavras e no uso de estratégias. No Teste das Trilhas (TMT), teve tempo aumentado na Parte B, relacionada à flexibilidade cognitiva.

Helland e Asbjørnsen (2000) também realizaram comparação entre 30 crianças proficientes em leitura e 43 crianças com DD, divididas em 2 grupos conforme suas características na linguagem receptiva. Para a avaliação das FE, os autores utilizaram o Teste de Escuta Dicótica, o SCWT e o WCST. O grupo

com DD demonstrou prejuízo nos instrumentos utilizados, mas esse desempenho foi pior conforme suas características de linguagem.

Alguns estudos têm privilegiado a investigação de algum componente específico das FE na DD. Närhi, Räsänen, Metsäpelto e Ahonen (1997) compararam o desempenho de 19 crianças com Transtorno de Leitura e 34 controles, estudantes do 4º ao 6º ano, nas Partes A e B do TMT. Adicionalmente, também foi utilizada a versão alfabética da Parte A. Os autores observaram diferenças significativas entre os grupos somente nos escores de tempo da Parte A – alfabética. Apesar de não significativo, o grupo com Transtorno de Leitura também exibiu tempo maior na Parte B e os autores atribuíram esse desempenho à sequência alfabética presente no teste.

Outros trabalhos investigaram o desempenho de indivíduos com DD no SCWT. O desempenho no cartão “Cor/Palavras” tem sido associado com o “efeito Stroop”, no qual o indivíduo inibe as respostas automáticas (leitura das palavras) para emitir respostas controladas (nomeação da cor) (Everatt, Warner, Miles & Thompson, 1997; Protopapas, Archonti & Skaloumbakas, 2007). Segundo MacLeod e MacDonald (2000), nessa condição, a nomeação das palavras é mais automática que a nomeação de cores. Assim, o indivíduo deve inibir as respostas automáticas (leitura das palavras) para emitir respostas controladas (nomeação da cor).

Considerando-se que os indivíduos com DD apresentam dificuldades para a leitura automática de palavras, seria esperado menor efeito de interferência na condição incongruente do instrumento, isto é, para nomear a cor ao invés de ler as palavras. Entretanto, pesquisas demonstram escores maiores de tempo/erros nessa condição, sugerindo que algum nível de processamento automático das palavras pode ocorrer, o que interfere na capacidade de inibir essas respostas (Everatt et al., 1997; Protopapas et al., 2007).

Em nosso contexto, alguns trabalhos também têm demonstrado resultados semelhantes aos da literatura internacional. Lima et al. (2012) compararam o desempenho de 25 estudantes com DD e 25 sem dificuldades de aprendizagem, com idade entre 8 e 14 anos, nos instrumentos: Testes de Cancelamento, TMT, SCWT e ToL. O grupo com DD apresentou escores aumentados de tempo no TMT-Parte A e B, tempo e erros do Teste de Cancelamento (Figuras Geométricas), erros do Teste de Cancelamento (Letras em Fileira) e tempo/erros dos cartões do SCWT.

Não houve diferenças entre os grupos no escore de acerto da ToL. Os autores sugerem que crianças com DD podem apresentar pior desempenho em tarefas de atenção sustentada visual e em alguns componentes das FE (flexibilidade e controle inibitório).

Em suma, os estudos têm demonstrado que indivíduos com DD possuem déficits na atenção sustentada visual e em diferentes componentes das FE, como memória operacional, flexibilidade, fluência verbal, controle inibitório e uso de estratégias cognitivas.

Além dos componentes das FE estudados por Lima et al. (2012) (flexibilidade, controle inibitório e planejamento), o presente trabalho propõe-se a investigar também a memória operacional, o uso de estratégias e a fluência verbal.

A descrição do desempenho de indivíduos com DD em tarefas de atenção e FE e identificação de possíveis déficits pode auxiliar na elaboração de estratégias interventivas mais profícuas, incluindo outros domínios cognitivos, além da linguagem.

Desta maneira, foi objetivo do presente trabalho comparar e descrever o desempenho de crianças com DD e crianças sem dificuldades de aprendizagem em instrumentos neuropsicológicos que avaliam a atenção sustentada visual e as FE (memória operacional, flexibilidade, controle inibitório, planejamento, estratégias cognitivas e fluência verbal). A hipótese do estudo é que as crianças do grupo com DD apresentem prejuízos nos instrumentos utilizados, quando comparadas à crianças sem dificuldades de aprendizagem.

## Método

### *Participantes*

Participaram do estudo 61 crianças, de ambos os gêneros (62% meninos e 23% meninas), com faixa etária entre 7 e 14 anos, idade média de 9,72 anos (desvio padrão – DP=1,57), cursando do 2º ao 8º ano do Ensino Fundamental e provenientes de escolas públicas da região metropolitana da cidade de Campinas (SP). Foram estudados dois grupos:

- Grupo com Dislexia do Desenvolvimento (GD): composto por 31 crianças selecionadas dentre os encaminhamentos ao Ambulatório de Neuro-Dificuldades de Aprendizagem (Hospital de Clínicas da Universidade Estadual de Campinas – Unicamp) e que passaram por avaliação interdisciplinar (neuropsicologia,

fonoaudiologia, pedagogia, neurologia e psiquiatria). Para o diagnóstico, foram seguidos os critérios do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM-IV-TR (APA, 2002), critérios da CID-10 (OMS, 2008) e características clínicas: Quociente de Inteligência –  $QI \geq 80$  avaliado pela Escala de Inteligência Wechsler para Crianças – WISC-III (Figueiredo, 2002); desempenho com 2 DPs abaixo da média em medidas de leitura/escrita (velocidade e precisão de leitura, tipos de erros na escrita) e alterações no processamento fonológico (acesso ao léxico, consciência fonológica e memória de operacional fonológica).

- Grupo Controle (GC): composto por 30 crianças selecionadas em uma escola pública estadual, sem queixas de dificuldades de aprendizagem e/ou de atenção e leitores proficientes, com base nos resultados de avaliação do processamento fonológico e de leitura/escrita.

Os critérios de inclusão e exclusão dos grupos foram: (a) autorização dos pais por meio do termo de consentimento; (b) apresentar  $QI \geq 80$ , conforme o WISC-III (Figueiredo, 2002); (c) apresentar diagnóstico interdisciplinar de dislexia, no caso do GD; (d) não apresentar critérios para outros diagnósticos relacionados à aprendizagem e/ou atenção, como TDAH, conforme avaliação clínica interdisciplinar; (e) ter sido indicado pelas professoras por não apresentarem queixas de dificuldades de aprendizagem, não apresentar desempenho escolar abaixo da média, histórico de repetência e ter nível de leitura dentro do esperado para a idade, para o GC; (f) não fazer uso de medicamento psicotrópico, não apresentar algum tipo de deficiência sensorial, quadro neurológico ou atraso no desenvolvimento, conforme relato familiar.

### *Materiais*

- WISC-III (Figueiredo, 2002). Instrumento clínico para avaliação da capacidade intelectual geral. Foram utilizados os escores: QI Total (QIT), QI Verbal (QIV) e QI de Execução (QIE).
- Subtestes do WISC-III: Código (Cod) e Procurar Símbolos (PS). Avaliam a atenção sustentada visual. No Cod, a criança observa símbolos simples pareados com formas geométricas (Código A) ou com números (Código B), que servem como modelos, e os copia no local correspondente. O PS é composto por folha em

que deve examinar visualmente um grupo padrão (alvos) e outro de busca. Em cada um dos itens, a criança deve marcar se a figura-modelo aparece ou não no grupo de busca. Ambos os subtestes devem ser realizados em dois minutos. Foram utilizados os escores ponderados para a idade, conforme a padronização.

- Índice de Velocidade de Processamento (IVP) do WISC-III. Índice fatorial obtido a partir da soma dos subtestes Cod e PS e que fornece estimativa da capacidade atencional. Para as análises, foi utilizado o QI deste índice fatorial.
- Testes de Cancelamento – TC (Lima, Travaini & Ciasca, 2009). Avaliam a atenção sustentada e rastreamento visual. Foram utilizadas duas versões: (a) Figuras Geométricas (TC-FG), em que a criança deve marcar os círculos (alvos) encontrados o mais rápido que conseguir em uma folha com figuras desorganizadas visuoespacialmente; (b) Letras em Fileira (TC-LF), em que deve marcar todas as letras “A” em uma folha com diferentes letras distribuídas aleatoriamente e organizadas, do ponto de vista espacial. Foram considerados os escores de tempo (em segundos) e erros por omissão (número de estímulos-alvo não assinalados).
- Teste das Trilhas A e B (TMT-A/B) (Spreen & Strauss, 1991). A Parte A avalia atenção sustentada visual e a Parte B, flexibilidade mental. O TMT-A é composto por folha com círculos numerados de 1 a 25, distribuídos de forma aleatória, e a criança deve traçar uma linha ligando a sequência. Foram considerados os escores de tempo e de erros de sequência. A parte B é composta por círculos com números e letras e a criança deve ligar alternadamente os círculos com números e letras, seguindo respectivamente as ordens numérica e alfabética. Foram utilizados os escores de tempo, erros de sequência (número de vezes em que a criança não segue a sequência correta de números e/ou letras) e erros de alternância (número de vezes em que a criança não alterna as ligações entre números e letras).
- SCWT, versão *Stroop Victoria* (Spreen & Strauss, 1991). Avalia o controle inibitório e atenção seletiva visual. É composto por 4 cores e 24 estímulos em cada uma das três partes: (a) Cartão Cores (C): nomear os quadrados pintados nas quatro cores; (b) Cartão Palavras (P): dizer os nomes das cores impressas nas cores correspondentes (situação congruente); (c) Cartão Cor-Palavra (CP): são apresentados nomes de cores impressos em outras cores não correspondentes (condição incongruente) e a criança deve nomear a cor e não ler a palavra. Foram obtidos escores de tempo (em segundos) e número de erros para cada cartão.
- ToL (Tunstall, 1999). Avalia a habilidade de planejamento e raciocínio lógico. É composta por uma base de madeira com três pinos verticais e quatro discos coloridos do mesmo tamanho, com furo no centro para o encaixe nos pinos. O objetivo é mover os discos para reproduzir, em um número determinado de movimentos, a posição de uma figura-alvo apresentada. São permitidas três tentativas e a resposta é considerada correta quando a solução é alcançada com o número correto de movimentos. Os escores de cada item podem variar de 0 a 3 pontos e o escore total é a soma dos escores de todos os itens.
- WCST (Cunha et al., 2005). Avalia capacidade de uso e modificação de estratégias. A criança deve realizar associações (cor, forma ou número) entre cartas de um baralho e quatro cartas-estímulo que atuam como modelos. O pesquisador somente pode dizer à criança se ela está certa ou errada, conforme o princípio classificatório envolvido. Ao longo da tarefa, a criança deve utilizar o *feedback* do pesquisador para modificar sua estratégia de classificação. Foram considerados os seguintes escores: Número de ensaios administrados (NEA); Ensaios para completar a primeira categoria (WCST-ECPC); Número de categorias completadas (WCST-NCC); Número total correto (WCST-NTC); Percentil do número total de erros (WCST-NTE); Percentil do número de respostas perseverativas (WCST-RP); Percentil do número de respostas de nível conceitual (WCST-RNC).
- Dígitos – Ordem Inversa (Dig-OI) (Figueiredo, 2002). Parte do subteste Dig do WISC-III que avalia a memória operacional. É composto por sequência de dois a oito algarismos e é solicitado que a criança repita a sequência expressa pelo avaliador na ordem inversa. Foram considerados os escores brutos que podem variar de 0 a 14.

- Teste de Fluência Verbal (FAS) (Mello, 2003). Avalia a capacidade de produção de palavras verbalmente e acesso ao léxico. Foram usadas as versões: (a) Fonológica (FVF) – dizer o maior número de palavras que começam com as letras F, A e S em um minuto; (b) Semântica (FVS) – dizer o maior número de palavras nas categorias animais, frutas e materiais escolares. Foram considerados os escores totais de palavras para cada versão.

*Procedimentos*

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp (Protocolo nº 648/2007). Todas as crianças foram avaliadas individualmente e de acordo com as instruções específicas de cada instrumento. A avaliação foi realizada em quatro sessões e os instrumentos foram administrados na seguinte ordem: 1º e 2º (WISC-III); 3º (TC, TMT, ToL) e 4º (SCWT, WCST e FAS). As avaliações do GD foram realizadas em salas do Hospital de Clínicas da Unicamp e as avaliações do GC, em sala da escola pública destinada para essa finalidade. A análise estatística foi realizada por meio do Programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS *Statistics 20.0 for Windows*®). Para comparação dos grupos, foi utilizado teste não paramétrico de Mann-Whitney, com nível de significância de  $p < 0,05$ . Conforme recomendação da

APA (Conboy, 2003) foi incluída medida de magnitude de efeito (Cohen's d), para comparação das diferenças de médias entre dois grupos independentes. Conforme os critérios de Cohen, a magnitude de efeito é interpretada da seguinte maneira:  $d = 0,20$  (pequena),  $d = 0,50$  (média) e  $d = 0,80$  (elevada).

**Resultados**

Conforme observa-se na Tabela 1, não houve diferenças na distribuição de frequência entre os grupos nas variáveis gênero [ $\chi^2(1, n=61) = 2,02$ ;  $p = 0,16$ ] e ano escolar [ $\chi^2(1, n=61) = 1,31$ ;  $p = 0,25$ ]. A comparação das idades médias entre os grupos mostrou diferenças significativas ( $U = 224,50$ ;  $p = 0,001$ ). Em relação ao desempenho intelectual, houve diferenças significativas entre os grupos nos escores: QIV ( $U = 213,00$ ;  $p < 0,001$ ), QIE ( $U = 231,00$ ;  $p = 0,001$ ) e QIT ( $U = 194,00$ ;  $p < 0,001$ ).

Na Tabela 2, são apresentados os resultados das comparações entre os grupos nos diferentes instrumentos utilizados.

**Discussão**

O presente estudo teve como objetivos comparar e descrever o desempenho de crianças com DD e de crianças sem dificuldades de aprendizagem em instrumentos que avaliam atenção sustentada visual e compo-

**Tabela 1.** *Comparações de variáveis demográficas e Quociente de Inteligência entre os grupos*

Variáveis	Grupos		Total	Valor p	
	GD (n=31)	GC (n=30)			
Gênero					
Masculino	f(%)	22 (71)	16 (53)	0,16*	
Feminino	f(%)	09 (29)	14 (47)		
Idade					
Idade média	M(DP)	10,5 (1,65)	9,0 (1,07)	9,7 (1,57)	0,00**
Ano escolar					
2º-4º ano	f(%)	11 (36)	15 (50)	0,25*	
5º-8º ano	f(%)	20 (65)	15 (50)		
QI					
Verbal	M(DP)	102,65 (15,52)	118,20 (11,74)	110,30 (15,76)	0,001**
Execução	M(DP)	103,61 (11,35)	114,10 (13,29)	108,77 (13,33)	0,001**
Total	M(DP)	103,39 (13,21)	117,63 (12,00)	110,39 (14,44)	0,001**

GD: Grupo com Dislexia do Desenvolvimento; GC: Grupo Controle; f: frequência; M(DP): média (desvio padrão); QI: quociente de inteligência; \*Teste do qui-quadrado; \*\*Teste de Mann-Whitney

**Tabela 2.** Comparação dos grupos nos instrumentos utilizados

Escore	GD (n=31)	GC (n=30)	U	Valor p*	d**
	M(DP)	M(DP)			
Cod	9,58 (2,43)	11,67 (2,48)	274,50	0,006***	-0,89***
PS	10,55 (1,96)	12,90 (1,73)	179,00	0,001***	-1,27***
IVP	99,00 (10,39)	110,23 (13,01)	227,50	0,001***	-0,95***
TC-FG/Tempo	95,29 (22,38)	92,63 (22,60)	401,00	0,356	0,12
TC-FG/EO	1,77 (2,86)	0,53 (0,86)	382,50	0,171	0,59***
TC-LF/Tempo	144,87 (47,34)	141,70 (44,64)	459,50	0,937	0,07
TC-LF/EO	5,06 (4,72)	1,63 (2,48)	211,50	0,001***	0,91***
TMT-A/Tempo	58,32 (16,20)	57,73 (22,21)	427,50	0,588	0,03
TMT-A/Erros	0,16 (0,64)	0,07 (0,37)	450,00	0,563	0,17
TMT-B/Tempo	180,32 (82,96)	134,07 (46,69)	319,50	0,036***	0,69***
TMT-B/EA	0,90 (1,49)	0,00 (0,00)	285,00	0,001***	0,85***
TMT-B/ES	0,77 (1,12)	0,07 (0,37)	314,50	0,002***	0,84***
SCWT-C/Tempo	22,45 (4,88)	16,70 (3,62)	148,00	0,001***	1,34***
SCWT-C/Erros	1,16 (1,07)	0,20 (0,48)	195,50	0,001***	1,16***
SCWT-P/Tempo	19,77 (5,38)	12,07 (2,88)	70,00	0,001***	1,78***
SCWT-P/Erros	0,65 (0,88)	0,00 (0,00)	270,00	0,001***	1,04***
SCWT-CP/Tempo	44,00 (17,18)	36,03 (7,95)	337,00	0,065	0,60***
SCWT-CP/Erros	4,94 (3,20)	2,27 (1,96)	226,50	0,001***	1,01***
ToL	19,55 (3,12)	20,97 (2,58)	353,50	0,104	-0,50***
WCST - NEA	117,03 (16,72)	107,20 (20,11)	341,00	0,055	0,53***
WCST - ECPC	21,23 (29,09)	15,23 (9,64)	333,50	0,045	0,28***
WCST - NCC	4,13 (1,96)	5,03 (1,43)	339,00	0,051	-0,52***
WCST - NTC	66,77 (16,17)	70,00 (9,36)	430,00	0,613	-0,24***
WCST - NTE	59,10 (34,39)	81,07 (19,90)	276,50	0,006***	-0,78***
WCST - RP	13,52 (15,01)	28,40 (20,77)	254,00	0,001***	-0,82***
WCST-RNC	60,39 (33,75)	79,53 (21,56)	294,50	0,014***	-0,68***
Dig-OI	3,03 (0,84)	4,97 (1,90)	158,50	0,001***	-1,32***
FVF	18,70 (6,37)	26,13 (6,42)	141,50	0,001***	-1,16***
FVS	32,26 (8,50)	33,43 (6,03)	298,50	0,403	-0,16

\*Teste de Mann-Whitney; \*\*Cohen's d; \*\*\*valor significativo; GD: Grupo com Dislexia do Desenvolvimento; GC: Grupo Controle; U: U de Mann-Whitney; M(DP): média (desvio padrão)

nentes das FE (memória operacional, flexibilidade, controle inibitório, estratégias e fluência verbal).

Do ponto de vista intelectual, apesar de ambos os grupos apresentarem desempenho dentro da normalidade, conforme os critérios de inclusão, as médias dos três QIs do GD foram menores que as do GC. Em relação aos resultados do GD, nossos achados são semelhantes aos obtidos no estudo realizado por De Clercq-Quaeghebeur et al. (2010), que analisaram o perfil de crianças francesas com DD na quarta edição do WISC.

No que tange ao desempenho nos instrumentos de atenção do WISC-III, apesar de os escores ponde-

rados estarem dentro da faixa média (considerando-se média – M=10; DP=3), o GD apresentou escores inferiores ao GC no Cod, PS e IVP (WISC-III). Esses subtestes e índice podem ser considerados medidas de atenção sustentada visual, envolvendo também rastreamento visual, habilidade visomotora e resposta grafomotora rápida/repetitiva e velocidade de processamento.

Quanto à velocidade de processamento, a literatura tem mostrado resultados controversos. Shanaham et al. (2006) demonstram que indivíduos com transtorno de leitura possuem prejuízos em medidas como o Cod (WISC-R), TMT, SCWT, *Stop Signal*

*Test, Gordon Diagnostic System* e teste de Nomeação Automática Rápida (RAN). Wolf e Bowers (1999), que propuseram a hipótese do duplo déficit na DD, também indicam que a alteração na velocidade de processamento, mediada pela diminuição da velocidade de nomeação, pode ser um déficit secundário na dislexia. De Clercq-Quaegebeur et al. (2010) também encontraram alteração no IVP do WISC-IV. Entretanto, tal resultado foi explicado somente pelo prejuízo no subteste Cod e não no PS, o que, para os autores, não indicaria rebaixamento global nessa habilidade. É possível que diferenças entre os métodos, no caso, versões do PS do WISC — terceira ou quarta edição — possam justificar os resultados discordantes.

Nos Testes de Cancelamento, apesar de as crianças com DD exibirem escores maiores de tempo/erros, houve diferença entre os grupos no número de erros por omissão no TC (Letras em Fileira), por meio do teste de Mann-Whitney, e erros por omissão no TC (Figuras Geométricas), conforme resultado da medida de magnitude de efeito (Cohen's  $d$ ;  $d=0,59$  — média). Deste modo, apesar da semelhança no tempo, a qualidade do desempenho atencional e o recrutamento de recursos para controlar tal desempenho foi inferior, expressos pelos erros cometidos.

Os resultados do presente estudo replicam os achados de Lima et al. (2012). São resultados que também vêm sendo descritos em outros estudos, apontando que indivíduos com DD possuem dificuldades em testes com rastreamento visual em série (como os TC) em função da redução do número de itens atendidos simultaneamente (Marendaz et al., 1996) e do processamento atencional lento (Hari & Renvall, 2001). Especificamente no que concerne aos escores de tempo, estudos realizados com outros paradigmas de avaliação atencional (atenção encoberta ou apresentação visual serial rápida) (Facoetti & Molteni, 2001; Heiervang & Hugdahl, 2003; Visser et al., 2004; Facoetti et al., 2010; Franceschini et al., 2012) e que utilizam registros computadorizados de reação demonstram maiores prejuízos em crianças com DD.

Aventa-se a hipótese de que o uso dessas medidas computadorizadas de tempo de reação possui maior acurácia para a detecção de diferenças entre os grupos, de modo que estudos posteriores podem considerar melhor essa variável.

Outro aspecto a ser ressaltado é que o aumento do número de erros foi mais significativo na versão Letras em Fileira do TC, que possui estímulos verbais. Outros trabalhos apontam que as dificuldades

atencionais na DD podem ser específicas às características dos estímulos, isto é, diante de estímulos verbais, o prejuízo é maior (Marzocchi et al., 2009; Ziegler et al., 2010; Savill & Thierry, 2012). Segundo Marzocchi et al. (2009), o padrão desatento, que pode acompanhar o indivíduo com DD na escola, ocorre em função do processamento mais lento, principalmente quando são expostos a estímulos verbais. Os autores ainda verificaram que o desempenho atencional e executivo foi significativamente influenciado pelas habilidades fonológicas. Desta maneira, há evidências de que o prejuízo atencional pode correlacionar-se positivamente ao prejuízo no desempenho fonológico.

Na avaliação dos diferentes componentes das FE, as crianças com DD tiveram desempenho prejudicado em alguns componentes. Foram encontradas diferenças entre os grupos nos escores de tempo/erros do TMT (Parte B), tempo/erros do SCWT, número de erros, respostas perseverativas, respostas de nível conceitual do WCST, escore do Dig-OI e categoria fonológica do FAS. Os resultados da medida da magnitude do efeito (Cohen's  $d$ ) também indicaram diferenças entre os grupos no tempo (SCWT-CP), ToL e demais escores do WCST.

Estudos prévios com crianças com DD demonstram prejuízos no desempenho do TMT. Com relação à Parte A, que envolve somente a ligação de sequência numérica, nossos resultados corroboram outras pesquisas que não indicam diferenças entre os grupos nos escores de tempo/erros (Närhi et al., 1997; Reiter et al., 2005; Lima et al., 2012). Na Parte B, que envolve alternância entre sequência numérica e alfabética, nosso resultado foi semelhante ao obtido por Närhi et al. (1997) e Reiter et al. (2005), de modo que as crianças do GD exibiram escores maiores de tempo e erros. Ainda que as crianças com DD tenham conhecimento da ordem alfabética, com o envolvimento da velocidade de processamento e alternância atencional na Parte B, essa tarefa torna-se complexa do ponto de vista cognitivo, podendo explicar o desempenho prejudicado.

Na avaliação do controle inibitório por meio do SCWT, o GD teve escores aumentados de tempo e erros. O cartão Cor assemelha-se a outra prova internacionalmente utilizada para avaliar velocidade de acesso ao léxico, chamada prova de nomeação automatizada rápida – RAN. Outro trabalho (Capellini, Ferreira, Salgado & Ciasca, 2007) aponta que indivíduos com DD exibem tempo maior para nomeação

de cores quando comparados a bons leitores ou crianças com TDAH. Além disso, há evidências de relações entre a nomeação rápida, processamento fonológico e velocidade de processamento, de forma que o tempo e o número de erros aumentados nessa parte do SCWT podem ser esperados e corroboram a hipótese do déficit de nomeação rápida (Capellini et al., 2007).

Com relação ao “efeito Stroop”, em nosso estudo, o GD mostrou escores superiores de tempo e erros. Resultados similares foram obtidos em outros trabalhos (Reiter et al., 2005; Everatt et al., 1997; Protopapas et al., 2007; Lima et al., 2012), sugerindo que indivíduos com DD podem apresentar dificuldades no controle inibitório, assim como em atenção seletiva visual.

Contudo, se observamos melhor esses achados, não seria esperado que indivíduos com dislexia tivessem algum tipo de dificuldade na condição incongruente, pois apresentam dificuldades para leitura. Deste modo, não seria preciso inibir essa resposta, pois não se mostra automatizada. Algumas explicações têm sido levantadas na literatura:

- a) é possível ocorrer algum nível de processamento da palavra que cause interferência;
- b) podem ocorrer problemas na automatização;
- c) possível alteração no controle das respostas (leitura ou nomeação da cor);
- d) alterações no acesso ao léxico prejudicam o desempenho na tarefa (Everatt et al., 1997; Lima et al., 2012). Assim, alterações nas habilidades de acesso ao léxico e em sua demanda atencional podem servir de base para compreender o desempenho de indivíduos com DD no SCWT. Desta maneira, os resultados podem sugerir desempenho prejudicado em controle inibitório, conforme outros estudos (Everatt et al., 1997; Helland & Asbjørnsen, 2000; Reiter et al., 2005).

Com relação ao desempenho na ToL, há inconsistências na literatura quanto à hipótese de prejuízo na DD. No presente trabalho, não houve diferenças no escore total entre os grupos conforme a estatística tradicional, sendo condizente com estudo prévio realizado com a mesma versão do instrumento (Lima et al., 2012). No entanto, o uso da medida de magnitude de efeito indicou desempenho inferior para o GD, apesar de o efeito ter sido médio ( $d=-0,50$ ). O resultado da estatística tradicional foi semelhante ao obtido por Reiter et al. (2005) quanto ao escore de acertos, mas os autores

também aferiram o tempo de resolução e esse foi maior no grupo com DD. Não podemos comparar os trabalhos neste aspecto, uma vez que não avaliamos tempo de resolução. Na mesma direção, o uso de versões diferentes também prejudica a comparação e generalização dos achados.

Marzocchi et al. (2008) também verificaram que crianças com DD tiveram desempenho semelhante aos controles quando comparadas a um grupo com TDAH. Os autores explicaram que, qualitativamente, as crianças com TDAH demonstraram mais respostas impulsivas e maior número de violação de regras, o que explicaria a diminuição nos escores. No presente estudo, do ponto de vista qualitativo, também não foram observadas respostas impulsivas nas crianças do GD para a resolução dessa tarefa.

Desta maneira, podemos inferir que, apesar de necessitarem de tempo maior para a organização e planejamento da resposta (Reiter et al., 2005), o que envolve funcionamento executivo e velocidade de processamento (habilidades alteradas), a criança com DD demonstra desempenho satisfatório. Além disso, a ausência de respostas impulsivas pode garantir melhor desempenho.

No WCST, de modo geral, o GD apresentou maior número de erros/respostas perseverativas e menos respostas de nível conceitual. Diferenças marginalmente significativas entre os grupos, conforme a estatística tradicional, indicaram que o GD necessitou de maior número de ensaios para realizar o teste, apresentou maior número de ensaios para completar a primeira categoria e completou menos categorias. Conforme a medida de magnitude de efeito, foram observadas diferenças entre os grupos nos escores anteriormente mencionados, além de o GD também apresentar menos escores corretos.

Resultados contraditórios são encontrados na literatura. Marzocchi et al. (2009) apontam que os indivíduos com DD apresentam porcentagem maior de erros perseverativos, enquanto outros (Menghini et al., 2010) apontam que os mesmos completam menos categorias, mas não demonstram mais erros perseverativos.

Utilizando a versão reduzida do WCST, Reiter et al. (2005) observaram que o grupo com DD teve menos erros e perseverações e mais respostas corretas que os controles. Os autores arguem que esse resultado pode ser devido à familiaridade desses indivíduos com procedimentos de testes em situações diagnósticas. Porém, essa explicação não

nos parece mais plausível do que a possibilidade de alterações na habilidade cognitiva avaliada pelo instrumento. Além disso, a diferença entre as versões podem prejudicar a comparação entre os estudos. Contudo, outros trabalhos (Helland & Asbjørnsen, 2000; Marzocchi et al., 2009), utilizando a versão original do WCST, mostram resultados contrários e que coincidem com os nossos achados.

Foi utilizada a parte inversa do subteste Dígitos do WISC-III como medida da memória operacional e os resultados indicaram que o GD teve escores rebaixados (extensão menor) quando comparados ao GC. Outros trabalhos também encontraram resultados semelhantes usando o Dig (WISC) ou outras versões do *Digit Span* (Helland & Asbjørnsen, 2000; De Clercq-Quaegebeur et al., 2010). Alguns autores (Reiter et al., 2005; De Clercq-Quaegebeur et al., 2010) sugerem que instrumentos que avaliam a alça fonológica da memória operacional podem ser utilizados para distinguir crianças com DD e controle, pois refletem problemas relacionados à representação fonológica.

Ainda sobre a memória operacional, no estudo de De Clercq-Quaegebeur et al. (2010), foi identificado que 70% das crianças com DD tiveram resultados inferiores no Índice de Memória Operacional (WMI) do WISC-IV, principalmente aquelas com dislexia fonológica. Para os autores, esse índice pode ser considerado sensível para a definição de possível perfil de indivíduos com DD para diagnóstico. No WISC-IV, o WMI substitui o Índice de Resistência à Distração do WISC-III e é formado pelos subtestes Dígitos, Aritmética e Sequência Letra-Número.

No FAS, observamos que, em ambos os grupos, os escores da categoria semântica são maiores que os da categoria fonológica. Esse pode ser considerado um padrão normal devido à maior facilidade dessa prova. No entanto, os grupos diferiram significativamente na categoria fonológica.

Estudos prévios descrevem prejuízos em crianças com DD no desempenho de testes de fluência verbal, com a recuperação de número menor de palavras, principalmente na categoria fonológica (Reiter et al., 2005; Marzocchi et al., 2008). Além da fluência verbal, Reiter et al. (2005) também verificaram que o grupo controle apresentou desempenho melhor em versões visuais dessa tarefa. Marzocchi et al. (2008) também observaram que o grupo com DD produziu número menor de palavras no teste de fluência de letras (o que corresponde ao nosso FAS – categoria

fonológica) e não no teste de fluência semântica. Os autores ainda observaram que, dentre os testes de FE utilizados, o teste de fluência foi um dos que mais diferenciou crianças com DD e TDAH.

A identificação de prejuízos em outros domínios cognitivos na DD, além da linguagem, torna-se relevante na medida em que permite explorar desdobramentos para a prática clínica da reabilitação neuropsicológica (Facoetti, Lorusso, Paganoni, Umiltà & Mascetti, 2003) e das estratégias de suporte escolar (Meltzer, 2007).

## Conclusão

Os resultados do estudo corroboram os encontrados na literatura e sugerem que as crianças com DD podem apresentar desempenho prejudicado em testes de atenção sustentada visual e nos diferentes componentes das FE investigados (flexibilidade, controle inibitório, estratégias e fluência verbal). Também sugerem que indivíduos com DD podem demonstrar padrão diferente de rastreamento visual e seleção de recursos executivos, principalmente diante de estímulos com conteúdo verbal.

Essas características podem ser mais bem investigadas de modo a estabelecer um perfil clínico que permita diferenciar a DD de outros transtornos, como o TDAH. Além disso, desdobramentos teóricos, clínicos e educacionais podem ser elencados buscando-se maiores esclarecimentos se tais déficits são centrais ou secundários à linguagem, quais suas relações com a linguagem escrita e implicações para possível tratamento farmacológico, intervenção neuropsicológica e manejo educacional.

## Referências

- American Psychiatric Association (2002). *DSM-IV-TR: Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais* (4ª Ed. Rev.). (Cláudia Dornelles, Trad.). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Capellini, A. S., Ferreira, T. L., Salgado, C. A., & Ciasca, S. M. (2007). Desempenho de escolares bons leitores, com dislexia e com transtorno de déficit de atenção e hiperatividade em nomeação automática rápida. *Revista da Sociedade Brasileira de Fonoaudiologia*, 12(2), 114-119.
- Conboy, J. E. (2003). Algumas medidas típicas univariadas de magnitude do efeito. *Análise Psicológica*, 21(2), 145-158.

- Cunha, J. A. C., Trentini, C. M., Argimon, I. L., Oliveira, M. S., Werlang, B. G., & Prieb, R. G. (2005). *Teste Wisconsin de Classificação de Cartas*: Manual revisado e ampliado. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- De Clercq-Quaegebeur, M., Casalis, S., Lemaitre, M. P., Bourgois, B., Getto, M., & Vallée, L. (2010). Neuropsychological profile on the WISC-IV of French children with dyslexia. *Journal of Learning Disabilities, 43*(6), 563-574.
- Everatt, J. M., Warner, J., Miles, T. R., & Thomson, M. E. (1997). The incidence of Stroop interference in dyslexia. *Dyslexia, 3*(4), 222-228.
- Facoetti, A., Lorusso, M. L., Paganoni, P., Umiltà, C., & Mascetti, G. G. (2003). The role of visuospatial attention in developmental dyslexia: evidence from a rehabilitation study. *Cognitive Brain Research, 15*(2), 154-164.
- Facoetti, A., & Molteni, M. (2001). The gradient of visual attention in developmental dyslexia. *Neuropsychologia, 39*(4), 352-357.
- Facoetti, A., Trussardi, A. N., Ruffino, M., Lorusso, M. L., Cattaneo, C., Molteni, M., & Zorzi, M. (2010). Multisensory spatial attention deficits are predictive of phonological decoding skills in developmental dyslexia. *Journal of Cognitive Neuroscience, 22*(5), 1011-1025.
- Figueiredo, V. L. M. (2002). *WISC-III – Escala de Inteligência Wechsler para crianças*: amostra brasileira. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Franceschini, S., Gori, S., Ruffino, M., Pedrolli, K., & Facoetti A (2012). A causal link between visual spatial attention and reading acquisition. *Current Biology, 22*(9), 814-819.
- Frith, U. (1999). Paradoxes in the definition of dyslexia. *Dyslexia, 5*(4), 192-214.
- Hari, R., & Renvall, H. (2001). Impaired processing of rapid stimulus sequences in dyslexia. *Trends in Cognitive Sciences, 5*(12), 525-532.
- Heiervang, E., & Hugdahl, K. (2003). Impaired visual in children with dyslexia. *Journal of Learning Disabilities, 36*(1), 68-73.
- Helland, T., & Asbjørnsen, A. (2000). Executive functions in dyslexia. *Child Neuropsychology, 6*(1), 37-48.
- Kaufman, C. (2011). *Executive function in the classroom*. Baltimore: Paul H. Brooker Publishing Co.
- Kluwe-Schiavon, B., Viola, T. W., & Grassi-Oliveira, R. (2012). Modelos teóricos sobre construto único ou múltiplos procesos das funções executivas. *Neuropsicologia Latinoamericana, 4*(2), 29-34.
- Lima, R. F., Travaini, P. P., & Ciasca, S. M. (2009). Amostra de desempenho de estudantes do ensino fundamental em testes de atenção e funções executivas. *Psicopedagogia, 26*(80), 188-199.
- Lima, R. F., Travaini, P. P., Salgado-Azoni, C. A., & Ciasca, S. M. (2012). Atención sostenida visual y funciones ejecutivas en niños con dislexia de desarrollo. *Anales de Psicología, 28*(1), 66-70.
- Lyon, G. R., Shaywitz, S. E., & Shaywitz, B. A. (2003). Defining Dyslexia, comorbidity, teachers' knowledge of language and reading: a definition of dyslexia. *Annals of Dyslexia, 53*, 1-14.
- MacLeod, C. M., & MacDonald, P. A. (2000). Interdimensional interference in the Stroop effect: uncovering the cognitive and neural anatomy of attention. *Trends in Cognitive Sciences, 4*(10), 383-391.
- Marendaz, C., Valdois, S., & Walch, J. P. (1996). Dyslexie développementale et attention visuo-spatiale. *L'Année Psychologique, 96*, 193-224.
- Marzocchi, G. M., Oosterlaan, J., Zuddas, A., Cavolina, P., Geurts, H., Redigolo, D., Vio, C., & Sergeant, J. A. (2008). Contrasting deficits on executive functions between ADHD and reading disabled children. *Journal of Child Psychological Psychiatry, 49*(5), 543-552.
- Marzocchi, G. M., Ornaghi, S., & Barboglio, S. (2009). What are the causes of the attention deficits observed in children with dyslexia? *Child Neuropsychology, 15*(6), 567-581.
- Mello, C. B. (2003). *Estratégias categóricas de recordação e formação de conceitos em crianças de sete a quatorze anos de idade*. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Meltzer, L. (2007). *Executive Function in education: from theory to practice*. The Guilford Press: New York.
- Menghini, D., Finzi, A., Benassi, M., Bolzani, R., Facoetti, A., Giovagnoli, S., Ruffino, M., & Vicari, S. (2010). Different underlying neurocognitive deficits in developmental dyslexia: a comparative study. *Neuropsychologia, 48*(4), 863-872.
- Närhi, V., Räsänen, P., Metsäpelto, R. L., & Ahonen, T. (1997). Trail making test in assessing children with reading disabilities: a test of executive functions or content information. *Perceptual and Motor Skills, 84*(3 Pt 2), 1355-1362.
- Organização Mundial da Saúde (2008). *CID 10 – Classificação de Transtornos mentais e de Comportamento*: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas (10ª Rev.). Organização Mundial de Saúde (Coord.). Porto Alegre: Artes Médicas.

- Pestun, M. S. V., Ciasca, S. M., & Gonçalves, V. M. G. (2002). A importância da equipe interdisciplinar no diagnóstico de Dislexia do Desenvolvimento: relato de caso. *Arquivos de Neuropsiquiatria*, 60(2A), 328-332.
- Protopapas, A., Archonti, A., & Skaloumbakas, C. (2007). Reading ability is negatively related to Stroop interference. *Cognitive Psychology*, 54(3), 251-282.
- Raz, A., & Buhle, J. (2006). Typologies of attentional networks. *Nature Reviews Neurosciences*, 7(5), 367-379.
- Reiter, A., Tucha, O., & Lange, K. W. (2005). Executive functions in children with dyslexia. *Dyslexia*, 11(2), 116-131.
- Savill, N. J., & Thierry, G. (2012). Decoding ability makes waves in reading: Deficient interactions between attention and phonological analysis in developmental dyslexia. *Neuropsychologia*, 50(7), 1553-1564.
- Shanahan, M. A., Pennington, B. F., Yerys B. E., Scoott, A., Boada, R., Willcutt, E. G., Olson, R. K., & DeFries, J. C. (2006). Processing speed deficits in attention deficit/hyperactivity disorder and reading disability. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 34(5), 585-602.
- Silver, C. H., Ruff, R. M., Iverson, G. L., Barth, J. T., Broshek, D. K., Bush, S. S., Koffler, S. P., & Reynolds, C. R., NAN Policy and Planning Committee (2008). Learning disabilities: the need for neuropsychological evaluation. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 23(2), 217-219.
- Spreen, O., & Strauss, E. (1991). *A Compendium of Neuropsychological Tests – Administration, Norms and Commentary*. New York; Oxford: Oxford University Press.
- Tunstall, J. R. (1999). *Improving the utility of Tower of London: a Neuropsychological Test of Planning*. Tesis Master of Philosophy. School of Applied Psychology, Faculty of Healthy Sciences, Griffith University, Queensland, Australia.
- Visser, T. A. W., Boden, C., & Giaschi, D. E. (2004). Children with dyslexia: evidence for visual attention deficits in perception of rapid sequences of objects. *Vision Research*, 44(21), 2521-2535.
- Wolf, M., & Bowers, P. G. (1999). The double-deficit hypothesis for the developmental dyslexias. *Journal of Educational Psychology*, 91(3), 415-438.
- Ziegler, J. C., Pech-Georgel, C., Dufau, S., & Grainger J. (2010). Rapid processing of letters, digits and symbols: what purely visual-attentional deficit in developmental dyslexia? *Developmental Science*, 13(4), F8-F14.

**Endereço para correspondência:**

Ricardo Franco de Lima  
 Universidade Estadual de Campinas  
 Departamento de Neurologia  
 Caixa Postal 6.111  
 CEP 13083-970 – Campinas/SP  
 E-mail: rilima@fcm.unicamp.br

Recebido em 25/04/2013

Revisto em 10/07/2013

Aceito em 22/07/2013

\* Apoio financeiro: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

## Trajatórias Investigativas da Possessão: Uma Abordagem Etnopsicológica\*

Investigative Courses on Spirit Possession: An Ethnopsychological Approach

Rafael de Nuzzi Dias<sup>1</sup>

José Francisco Miguel Henriques Bairráo<sup>1</sup>

### Resumo

Não obstante a sua grande difusão na sociedade nacional, o estudo da possessão tem recebido relativamente pouca atenção por parte dos psicólogos brasileiros. Neste artigo, com base em uma revisão da principal literatura clássica e contemporânea sobre possessão e na descrição sumária dos resultados de algumas pesquisas, discutem-se vantagens comparativas de uma abordagem etnopsicológica da possessão embasada na psicanálise lacaniana.

**Palavras-chave:** Etnopsicologia; possessão; psicanálise e cultura; cultos afro-brasileiros.

### Abstract

Despite its large diffusion in the national society, the study of possession has received relatively little attention from Brazilian psychologists. In this article, based on a review of major classic and contemporary literature about possession and on a brief description of some researches' results, comparative advantages of an ethnopsychological approach to possession, grounded in Lacanian psychoanalysis, are discussed.

**Keywords:** Ethnopsychology; spirit possession; psychoanalysis and culture; afro-brazilian cults.

<sup>1</sup>Universidade de São Paulo (Ribeirão Preto), Brasil

Embora a utilização científica do conceito de “possessão” possa ser objeto de discussão, e mesmo de objeção, e mereça ser investigada a sua genealogia, que mais não seja em virtude do elo que implicitamente estabelece entre a demonologia cristã e práticas de “povos selvagens” (Johnson, 2011), é fato que, independentemente dos termos adotados e da sua diversidade, há, na maioria das culturas, dispositivos culturais que permitem a outras vozes falarem por meio dos corpos humanos e há indícios de que elas falam mais vezes e mais alto em contextos de dissidência contra situações de opressão e de subordinação de uma cultura por outra (Hegeman, 2013).

O transe de possessão, a comunicação direta com o sagrado através da incorporação de espíritos por pessoas dispostas e preparadas para a função, é um fenômeno complexo existente em todo o mundo e elemento central na maioria dos sistemas religiosos (Bourguignon, 1973) que há muito intriga os pesqui-

sadores, tendo se tornado um importante campo de estudo das ciências humanas e sociais.

Contudo, não obstante enquanto forma particular de contato com o sobrenatural seja uma referência constante na religiosidade brasileira,

um fenômeno que é bastante familiar a todos na nossa cultura, mas que nem por isso deixa de despertar sentimentos contraditórios de medo e fascínio (Birman, 1985, p. 8-9),

até o momento os estudos sobre a possessão calçados em abordagens por assim dizer transdisciplinares — sensíveis não apenas aos seus aspectos simbólico-culturais e sociológicos, mas também aos subjetivos e psicológicos — restringiram-se em grande medida a autores estrangeiros. Tal fato não é casual, sendo corolário, por um lado, do ainda restrito número de

cientistas sociais brasileiros empenhados em investigar a possessão levando em consideração suas dimensões propriamente psicológicas, e por outro, consequência do relativo desinteresse da Psicologia brasileira em relação às religiões de forma em geral e aos cultos de possessão em particular.

O presente artigo tem por objetivo proceder, com base em uma revisão da literatura científica clássica e mais recente sobre possessão e apoio em uma exposição sumária de alguns resultados de pesquisa, a uma apresentação das contribuições e utilidade de uma abordagem etnopsicológica viabilizada por aportes teórico-metodológicos oferecidos pela psicanálise em sua vertente lacaniana, no intuito de mostrar como esta possibilita enfrentar o estudo dessa temática ultrapassando dificuldades e aprofundando soluções das abordagens anteriores.

### Os Primórdios dos Estudos sobre a Possessão e o Problema dos Reduccionismos

Em trabalho clássico, Concone (1987) apresenta algumas das principais concepções científicas propostas sobre a possessão, chamando a atenção para como as discussões giraram, ao longo de décadas, em torno da temática da normalidade, sendo a possessão muitas vezes caracterizada como patologia mental ou, inversamente, como uma espécie de terapia catártica coletiva. Nesse contexto, um dos aspectos mais enfatizados é a consideração do transe de possessão como um estado transitório e reversível de alteração da consciência, caracterizado por processos dissociativos e descontinuidades das funções da personalidade e dos padrões comportamentais normais.

A subordinação do estudo da possessão ao campo da saúde mental, seja para tentar escrutiná-la psiquiatricamente (Onchev, 2001), seja para ensaiar explicá-la pela psicanálise (Hollan, 2000), seja para simplesmente debater se e em que medida pode ser entendida como um fenômeno normal ou patológico (Cardena, Van Duijl, Weiner & Terhune, 2009), seja para propô-la como um dispositivo terapêutico (Bojuwoye, 2013), embora tenha sabido reformular-se e sofisticar-se ao longo do tempo (Swartz, 2011), é recorrente e ainda atual. Seria possível alongar-se a este respeito, mas por não ser esse o objetivo do presente artigo, a cunho ilustrativo, apenas nos detemos em alguns dos trabalhos mais recentes e representativos deste viés.

A propósito do culto zar, que desde o trabalho pioneiro de Leiris (1958/1996) talvez seja o principal

campo de pesquisa e de reflexão acadêmica sobre possessão, o etnopsiquiatra Tobie Nathan, já em pleno século XXI, afirma sem reserva que o djinn (palavra árabe de que se originou o português “gênio”), central no zar, pode ser entendido como um “conceito” suscetível de implicações populares e clínicas e que o seu “tratamento” requer um enfoque que combine psicopatologia com Sociologia e Antropologia (Nathan, 2005). Deste modo ostensivamente ignora ou menospreza a volumosa literatura que vê no culto zar muito mais do que patologias e terapias e que tem sublinhado prestar-se à expressão dos mais diversos temas culturais, dentre os quais constructos etnopsicológicos de *selfe* de mundo, concepções de bem e de mal e assimetrias de poder entre os sexos (Nelson, 1971); compreensão que pode se alargar ao entendimento da possessão neste caso (e em outros similares) como um meio de produzir sentidos a respeito das circunstâncias cambiantes da vida cotidiana e um metacomentário dramatizado a respeito de acontecimentos locais atuais (Kenyon, 1995), muitas vezes em termos satíricos que possibilitam uma espécie de crítica velada e de reflexão sobre a condição de mulher (Boddy, 1989). Mas Nathan não está sozinho, como o comprovam estudos igualmente recentes sobre uma jovem italo-tunisina tratada por uma combinação de psiquiatria transcultural com fluoxetina (Bragazzi & Del Puente, 2012) e o estudo de caso de um menino egípcio-canadense (Guzder, 2007).

Assiste total razão a Lambek (1988) quando afirma que a possessão deve ser vista precipuamente como uma instituição social e apenas secundariamente como aflição ou terapia e, dado o reduccionismo e o preconceito inerentes àquelas abordagens, historicamente a ênfase tem se deslocado para sua dimensão sociológica e cultural, sendo o transe de possessão entendido como crença que

tecnicamente só pode ser vinculada a um contexto cultural, isto é, a um conjunto de fórmulas explicativas, de caráter místico (Concone, 1987, p. 99).

Transferido o eixo do problema, modificou-se também seu campo disciplinar de referência, que migrou da Medicina para as Ciências Sociais. Consequentemente, sob várias abordagens que acompanharam a trilha das grandes escolas que emergiram nas Ciências Sociais ao longo do século passado, o transe de possessão foi perscrutado em termos da satisfação pessoal que provoca e das funções terapêuti-

cas que desempenha (Boddy, 1988), como expressão e reflexão individual (Masquelier, 2002) ou coletiva de memórias ou acontecimentos atuais aflitivos (Bairráo, 2004), como meio de resistência velada à subordinação a estruturas de gênero (Brac de la Perrière, 2007), como uma afirmação de exclusividade sobre o atinente ao saber nativo (Van De Port, 2005), ora porta-voz do socialmente desviante ora como mecanismo ativo mantenedor do *status quo* (Lewis, 1977), ou ainda como drama e performance cultural, fenômeno espetacular legitimado segundo linhas de força articuladas no interior do sistema religioso (Turner, 1988), apenas para mencionar algumas abordagens.

Em estudo sobre a possessão no candomblé angola, Goldman (1984), empenhado em uma abordagem estruturalista e antirreducionista que desse conta da estrutura lógica subjacente ao fenômeno e repousaria “em última instância sobre mecanismos básicos do pensamento” (p. 158-159), endossa a tese de que historicamente se sobressaíram fundamentalmente dois modelos teóricos básicos para a explicação do êxtase religioso

que possuem em comum um caráter essencialmente reducionista: seja reduzindo o transe a uma esfera “bio-psicológica”, encarrando-a ora como doença mental propriamente dita, ora como forma de tratamento “primitivo” para esse tipo de perturbação (ou ainda, no máximo, considerando-o como emergência direta de fenômenos psíquicos “normais”), seja transpondo esse reducionismo para um plano interno à sociedade e vendo na possessão, e no culto que a encerra, o puro reflexo de estruturas sociopolíticas abrangentes tidas como mais substantivas e determinantes (Goldman, 1984, p. 193).

Consequentemente, Goldman (1984) alerta que o enfrentamento teórico-metodológico do etnocentrismo e do reducionismo deve ser pressuposto na formulação de propostas para a investigação da possessão. “Isso não obstante ele mesmo, ao propor uma abordagem “verdadeiramente antropológica” voltada ao desnudamento de suas estruturas discerníveis simbolicamente, não a reconhecer enquanto veículo portador de subjetividades expressas em nível sensível e estético. De modo que, apesar da contribuição que empreende ao deslocar a tradição dos estudos sobre

os cultos de possessão do âmbito dos modelos reducionistas calcados na “tradução” do fenômeno em termos palatáveis a constructos teóricos extrínsecos e previamente estabelecidos, Goldman desconsidera que é preciso transitar por intensidades sensíveis, por vezes impensáveis e indizíveis, com vistas a apreender e conhecer o fenômeno humano em sua totalidade (Favret-Saada, 2005).

Na realidade, um amplo movimento de revisão e ruptura no campo dos estudos acerca da possessão, a partir da tomada de consciência dos problemas do etnocentrismo e do reducionismo, já estava em curso. Concone (1987) exemplifica essa tendência ao afirmar que

o comportamento religioso específico (no caso, o transe de possessão) só pode ser convenientemente avaliado no quadro das regras do comportamento religioso, das normas de comunicação. Os atos específicos só podem ser compreendidos dentro desse universo de normas e as ações só fazem sentido quando referidas a um universo semântico (p. 111-112, grifos nossos).

Além da ênfase na necessidade de se levar em conta o quadro de referência cultural intrínseco ao fenômeno, compreendendo-o em seus próprios termos, ou seja, na linguagem daqueles que o vivenciam, esse trecho apresenta outra perspectiva norteadora dos estudos contemporâneos acerca do transe de possessão: sua dimensão comunicativa.

### **A Possessão como Fenômeno Comunicativo e Reflexivo**

Apesar das diferenças encontradas no transe de possessão em diferentes culturas, os modelos contemporâneos parecem convergir no reconhecimento da centralidade de suas dimensões comunicativa e reflexiva e tentam fornecer respostas às importantes questões imediatamente suscitadas: quem comunica (exerce agência)? O que se comunica e elabora? Como a comunicação se manifesta e sob que condições engendra reflexão? Em que termos a comunicação reflexiva fornece escopo a um modelo teórico que abranja o fenômeno em seus mais variados níveis (psíquico, social, histórico, simbólico, cultural, estético, ritual, performático e corporal)?

Os espíritos podem assumir novas conotações em função de mudanças culturais (Ambros, 2010). A este propósito, cumpre dizer que muitas vezes a possessão foi discutida em termos *lato sensu* parapsicológicos, como se houvesse de se admitir ou refutar nos seus episódios a interveniência real de coisas tais como espíritos “sobrenaturais”. Na realidade, esse enfoque não parece autorizar-se do ponto de vista do que se infere das suas manifestações (Bairráo, 2008b), que em diferentes graus podem reconhecer-se claramente como em si mesmas uma espécie de ficção ou teatro alusivo a espíritos (Snodgrass, 2002), sem que com isso, de modo algum, se desautorize a verdade da experiência e as suas implicações subjetivas.

Crapanzano (1977) entende a possessão como um idioma cultural coletivamente compartilhado, capaz de fornecer aos indivíduos e grupos que dele se utilizam a capacidade de articular, comunicar e elaborar as mais variadas experiências e situações da vida cotidiana. Entretanto, salienta que os sentidos que se consubstanciam no idioma da possessão são articulados de modo eminentemente relacional, por meio de relações continuamente estabelecidas no interior de enquadres sociais definidos que implicam não apenas uma estrutura simbólica calcada em padrões lógicos de referência — embora essa gramática seja da maior relevância — mas também uma irreduzível dimensão dialógica. Dessa forma, para se compreender a possessão, seria imprescindível estar atento não apenas aos espíritos, mas também às relações dialogicamente estabelecidas entre eles, os médiuns que os recebem e a comunidade que os acolhe e cultua por meio de uma abordagem capaz de abarcar o fenômeno tanto em suas dimensões lexical e sintática, quanto em sua dimensão relacional subjetivamente referida; e perscrutar a mediação que se opera entre os níveis pessoal, coletivo e histórico, simbolizando experiências complexas e fornecendo aos agentes do culto pontos de orientação biográfica coletivamente compartilhados.

Na mesma linha, Lambek (1980) sublinha a existência de uma dimensão subjetiva inerente e concomitante aos aspectos simbólicos da possessão, concebendo-a como um sistema simbólico-comunicativo capaz de veicular mensagens em vários níveis e mediar as esferas pessoal e coletiva da experiência através do estabelecimento de negociações entre a multiplicidade de posições e papéis que interpelam o sujeito membro de uma sociedade e participante de uma cultura. Entretanto, tais mensagens seriam apenas discerníveis por aqueles familiarizados com as propriedades específicas que imprimem or-

ganicidade lógica ao sistema e inseridos nos contextos pragmáticos em que se expressam (cerimoniais e litúrgicos, mas também cotidianos e ordinários).

Obeyesekere (1981) é outro autor preocupado com a dimensão subjetiva envolvida nas produções de sentidos que se efetuam em meio a processos simbólico-culturais. Partindo da crítica aos cientistas sociais que negam a existência de uma dimensão psicológica inerente aos símbolos culturais e utilizando-se de um enfoque psicanalítico, o autor defende que os símbolos operam simultaneamente em nível pessoal e cultural, ambos mutuamente imbricados na conformação da experiência religiosa. A possessão permite ao indivíduo apropriar-se de símbolos que consubstanciam a produção de sentidos de realidade compartilhados (em lugar de fantasias ou delírios individuais) e propiciam integração social, criando laços de pertencimento e solidariedade, e psíquica, fornecendo dispositivos simbólicos que estabelecem elos entre as exigências motivacionais do sujeito e os imperativos organizacionais da sociedade.

Stoller (1995) desenvolve uma abordagem da possessão que leva em consideração sua dimensão estética e sensível, corporalmente inscrita, ou seja, que inclua os sentimentos, sensações, intuições e percepções vividas nos seus mais variados níveis. Concebendo o corpo e suas propriedades sensoriais e perceptivas como um verdadeiro *locus* de saber capaz de armazenar e refletir memórias coletivas cognoscentes, Stoller discute como, ao inscreverem-se no corpo vivo e conceberem-se como uma espécie de poética comovente e arrebatadora, os espíritos evocam o passado em revivências que reelaboram o presente e permitem sínteses compreensivas e construtivas entre as pessoas e os seus lugares no mundo e na história. Além disso, salienta a importância de serem levadas em conta não apenas as experiências dos nativos, mas também as do pesquisador, o que requer uma percepção mais ampla e aguda que envolva e conceda dignidade epistêmica ao corpo, suas sensações e afetos.

Mageo (1996) apresenta os cultos de possessão como sistemas comunicativos veiculadores de discursos morais, históricos e geográficos constitutivos da memória coletiva de um povo, entremeados a significados e experiências subjetivas atinentes ao indivíduo possuído. Partindo de uma perspectiva que reconhece e integra os níveis individual (psíquico) e coletivo (sócio-histórico-cultural) do fenômeno, afirma que muitas das tensões e contradições vivenciadas pelos possuídos e mobilizadoras de suas “crises” encontram sua fundamentação em conflitos coletivos calcados em paradoxos morais histórica e culturalmente cons-

truídos; daí a possibilidade de serem expressos e refletidos através da manipulação dos símbolos mobilizados pela possessão.

Corin (1998) discute como o diálogo com os espíritos permite negociações capazes de rearticular estruturalmente a posição do sujeito em relação aos conflitos que o perturbam. Tomados como alteridades cognoscentes e familiares, eles apresentam uma possibilidade de interlocução e subjetivação de tensões vivenciadas imaginariamente como um embate entre “si mesmo” e “outros poderes” subjugantes e opressivos. Consequentemente, emoções inconfessadas, desejos insuspeitos e imperativos socioculturais são simbolicamente remodelados, ressignificados e subjetivados, adquirindo novo estatuto e dignidade à medida que os espíritos fornecem operadores simbólicos que viabilizam o estabelecimento de novas identificações, capazes de remodelar a maneira como o indivíduo experiencia a si mesmo e se situa em meio à sociedade onde está inserido, evadindo-se de uma posição de vítima impotente e tornando-se agente frente aos dramas e acontecimentos da sua vida.

Kramer (1993) sublinha o estatuto essencialmente epistêmico e ontológico do fenômeno, instrumento de transmissão, armazenamento e reelaboração de saberes constitutivos da realidade dos povos que dele se beneficiam. Interessado na temática da arte, o autor argumenta que os chamados “objetos de arte africanos” não se constituem enquanto tal no contexto das culturas em que foram forjados, manifestando na realidade uma forma cultural de produção de conhecimento sobre o “outro”, seja ele o estrangeiro, o socialmente desviante, a natureza (antítese da civilização), ou “outros internos” (emoções, sensações, impulsos). Paralelamente, afirma que o mesmo se aplica aos cultos de possessão, uma vez que o encontro com o sagrado é via de acesso a relações de alteridade indispensáveis à produção de sentidos capazes de darem forma e consistência ao fragmentado mundo da experiência. Assim, aspectos contraditórios da experiência, individual ou coletiva, podem ser integrados e rearticulados simbolicamente na possessão por meio da comunicação e da identificação com poderes “outros” presentificados em espíritos dotados de força, desejos e intenções.

Augras (2008) sustenta o potencial da possessão para a conformação de processos dinâmicos de transformação pessoal (metamorfoses identitárias) por meio da experiência de duplos articulados no interior de redes de relações sociais (comunitárias e rituais) e

simbólicas (míticas). Ademais, destaca que tais efeitos são possíveis pela existência de um sistema simbólico compartilhado, salientando ainda a importância de aspectos não verbais na veiculação de mensagens carregadas de forte teor emocional.

### **Uma Abordagem Etnopsicológica da Possessão Umbandista**

Segundo Levine (2005),

Etnopsicologia é uma abordagem descritiva da experiência humana que levanta questões teóricas difíceis tanto para a psicologia como para a antropologia. Ao descrever as categorias psicológicas nativas de uma cultura em particular, levanta a questão de saber se os conceitos psicológicos ocidentais são apropriados ou necessários para entender pessoas em contextos não-ocidentais, e se a psicologia como a conhecemos é apenas uma dentre muitas conceptualizações possíveis em vez de uma teoria científica de validade universal. Concomitantemente, uma consideração etnopsicológica põe em questão se a experiência, individual e coletiva, pode ser adequadamente compreendida exclusivamente em termos de categorias culturais nativas ou se, para uma explicação satisfatória, requer a assunção de processos mentais universais (p. 475-476, tradução nossa).

Ainda conforme Levine,

a etnopsicologia foi independentemente inventada muitas vezes por pesquisadores de campo que encontraram gente de outras culturas usando termos vernáculos para descrever e explicar o que poderíamos chamar de seus processos mentais e experiências subjetivas (2005, p. 476),

de modo que um passo a ser dado pelos estudiosos da área seria a condução de investigações por pesquisadores que orientassem a sua atenção para as suas próprias culturas de origem, em vez do modelo tradicional de ocidentais que procedem a longas e exaustivas imersões em outras culturas. Exemplifica-o mencionando os estudos

de Doi (1973) sobre relacionamentos interpessoais no Japão e de Obeyesekere (1981) sobre possessão no Sri Lanka. Algo dessa ordem tem vindo a desenvolver-se no Brasil com base em cultos de possessão afro-brasileiros como a umbanda.

A possessão umbandista caracteriza-se pela abertura ao atípico e ao inesperado, sendo sua prática raramente atrelada a um controle rígido, o que permite a conformação de espíritos singulares que podem variar de um terreiro ou de um médium para outro, dependendo de suas idiossincrasias e de seus aspectos biográficos, genealogias familiares, valores e aspirações (Rotta & Bairráo, 2012). Nesse contexto, memórias coletivas e cenários histórico-geográficos também podem alçar-se a significantes e diretrizes para a ação (Macedo & Bairráo, 2011). Essas possibilidades, entretanto, estão longe de serem caóticas ou arbitrarias, encontrando limites estabelecidos por certos tipos de personagens, como caboclos, pretos-velhos, baianos, boiadeiros, ciganos, pomba-giras, exus, dentre outros menos recorrentes (Concone, 2001).

Em geral articulados a partir de figuras populares que simbolizam e rememoram episódios dramáticos da história nacional, esses personagens ou categorias espirituais são em seu conjunto o eixo central dos ritos e mitos umbandistas, cada qual com características tipológicas específicas bem demarcadas e relativamente persistentes e uniformes. Na prática, tais espíritos apresentam-se como agentes que se expressam estética, corporal e verbalmente (Pagliuso & Bairráo, 2010) e configuram a dimensão propriamente enunciativa da umbanda (Bairráo, 2005), lugares simbólicos que organizam sentidos no interior do sistema religioso.

Tal qual o sistema de iluminação de um palco, composto de luzes estrategicamente posicionadas — opostas, oblíquas, ou adjacentes entre si —, a umbanda é composta por perspectivas (Bairráo, 2002) que delimitam e circunscrevem a maneira específica por meio da qual são abordados ou “iluminados” os conteúdos postos em seu “palco” enunciativo. Essas perspectivas são correlativas às categorias do panteão e seus subtipos, personagens-símbolos que funcionam ao mesmo tempo como

imagens que convidam a olhar e outros olhares que iluminam circunscrições próximas do mesmo contexto imaginal e podem narrá-lo (e narrar-se) ao incorporarem-se

em interpretações dos seus pontos de vista (Bairráo, 2003a, p. 289).

Quando interpeladas, tais perspectivas podem “lançar luz” a certos aspectos de um conteúdo factual ou ideacional, sendo, entretanto, incapazes de “iluminar” outros, assim como determinada luz em um palco é incapaz de iluminar a face oculta de um objeto focado. Comparando-se os efeitos de “iluminação” produzidos desde diferentes perspectivas, pode-se verificar que são complementares, compõem uma organicidade lógica, estabelecem relações e discriminam aquilo que só pode ser “visto” ou apreendido quando contemplado de uma determinada “posição”.

Ademais, essas perspectivas enunciativas comportam uma dimensão dupla. Por um lado, referem posições subjetivas — lugares desde onde se pode atuar como sujeito — articuladas em torno de símbolos extraídos da matéria-prima disponível na cultura — compreendida aqui nos termos do Outro laciano, como função de alteridade identificada ao funcionamento da linguagem (em sentido amplo), conjunto de significantes submetidos a determinadas regras de encadeamento.

Por outro lado, abrangem também o espectro de sentidos passíveis de serem imaginariamente produzidos desde determinadas posições, espécie de potencial semântico que define os usos pragmáticos que podem ser empreendidos na elaboração de conflitos e situações cotidianas. Como alguns sentidos somente podem ser enunciados pela via de determinados elementos do código, ou seja, não podem prescindir de uma ancoragem significativa específica, ocorre que a cada posição corresponde um potencial semântico circunscrito aos tipos de relações de significância que podem surgir em meio às associações significantes estabelecidas pelos adeptos no afã de obterem uma mediação significativa de suas vivências de realidade.

Nesse sentido, as entidades espirituais devem ser também pensadas em função de como os traços simbólicos que as compõem “acontecem e se ajustam à singularidade de cada médium” (Bairráo, 2003a, p. 286), ou seja, dos usos psicológicos que cada médium faz de seu “panteão pessoal”. Pensar as idiossincrasias das entidades que incorporam em determinado médium não é o mesmo que abordá-las enquanto produtos sócio-históricos, de modo que se pode falar delas tanto num contexto subjetivo e singular intrínseco à dupla médium/entidade, quanto num contexto cultural simbolicamente articulado (Rotta & Bairráo, 2010).

O reconhecimento desses dois níveis, imbricados, desde onde se pode perscrutar o fenômeno, um simbólico-cultural e outro subjetivo-pragmático, parece o ponto de partida para a reflexão de como uma aproximação pela via da psicanálise na sua vertente lacaniana torna possível entender a possessão umbandista

não meramente como um tipo de ritual capaz de pôr em cena um vasto repertório de símbolos... mas como sendo intrinsecamente um dizer, um processo enunciativo (Bairráo, 2007, p. 165),

canal polissêmico veiculador de mensagens em diversos níveis e sistema idiomático composto por significantes passíveis de serem apropriados e remodelados para a conformação de sentidos subjetivados apenas discerníveis no âmbito das trajetórias individuais de seus interlocutores.

Além de fenômeno cultural em sentido estrito — repertório de símbolos e imagens que resguarda tradições, valores e memórias de parte significativa dos brasileiros —, a cosmologia umbandista apresenta-se simultaneamente como matéria-prima significativa e significativa, disponível à reflexão de experiências individuais e coletivas (Bairráo, 2003b), transmutando representações étnicas ancestrais em traços de identificação e marcas de pertencimento com as quais é possível situar-se no mundo contemporâneo (Bairráo, 2011a). Tal processo se dá na relação que cada umbandista estabelece com os espíritos que incorpora ou com os quais se identifica, pois é no espaço dialógico estabelecido diacronicamente com o sagrado enunciante que são promovidas as transformações identitárias que permitem ao sujeito vislumbrar novas maneiras de entender e se inscrever no mundo. Conforme atesta Bairráo (2007):

É crucial entender a leitura do psicológico no espiritual tão-somente como espelhamento do sujeito por um sagrado intrinsecamente especular. Frequentemente é em transe, com base na reflexão dos espíritos, que o sujeito se interpela e se pune, absolve ou admoesta. As personificações de categorias do transe não apenas integram uma espécie de diálogo do sujeito consigo mesmo, como também encarnam relações sociais. Sempre manifestam

a possibilidade de uma alteridade íntima, que se desdobra em alteridade social (p. 167-168).

Porém, cabe definir o que se implica pela dimensão enunciativa da possessão. Quem efetivamente enuncia produzindo efeitos discerníveis tanto no nível simbólico-estrutural do sistema quanto no de uma semântica do vivido que organiza e integra aspectos existenciais e subjetivos do agente religioso? Certamente não o médium resumido à sua individualidade, consciência redutível a uma dimensão psíquica objetiva, mas algo de si além da sua autorrepresentação que tem como marca indelével a insistência em fazer-se movimento, forçando trilhas de sentido possíveis através dos significantes disponibilizados pelo Outro. Mais especificamente, quem enuncia são os espíritos, pensados não enquanto entidades proposicionalmente conceptualizáveis — afinal, não se pretende dizer o que os espíritos em última instância são, procedimento que desvirtuaria a proposta em algum tipo de teologia ou metafísica —, mas enquanto realizações subjetivas de algum aspecto do ser irredutível à consciência. Na umbanda, os espíritos realizam dimensões do Espírito

como “letras” (na acepção psicanalítica lacaniana) em função de agência, “inscritas” corporalmente; e portanto operam como significantes (representantes do sujeito perante outros significantes) plasticamente antropomorfizados para mediar “corporalmente” uma interlocução com a totalidade do idioma. Na qualidade de agente, suposto sujeito, o espírito é inobjetivo, podendo configurar-se na posição de “eu”, “tu”, “ele”; e ao mesmo tempo supor-se “vento”, “folha”, “cobra”... (Bairráo, 2011b, p. 168).

Em outros termos, na possessão, quem enuncia é o Outro enquanto agente que se identifica com o enunciado e pronuncia-se “eu” (Bairráo, 2008a), função de alteridade que interpela desde o íntimo do ser, desde o abismo que constitui o sujeito enquanto dividido e marcado pela falta (Lacan, 1966/1998), que diz, espelha e implica transferencialmente e para além da consciência. O Outro se apresenta e enuncia como sujeito do inconsciente, entendido lacanianamente não enquanto espaço mental depositário de representações psíquicas, mas em termos semióticos,

como lugar de enunciação de natureza desconhecida estabelecido fora dos limites da consciência, onde o sujeito se percebe e recebe pelos meios da mediação simbólica (Bairrão, 2006).

Tais considerações permitem retirar da análise da possessão a noção de que seus elementos simbólicos estão como que localizados em uma dimensão de exterioridade, espécie de revestimento, em relação a supostos processos internos conformativos do psiquismo. Na verdade, lacanianamente entendida, o que se passa na possessão é da ordem de um “atravessamento” em que não faz sentido a dicotomia interior/exterior, em que a construção da realidade — não redutível ao linguístico, uma vez que o corpo e o gestual já possuem uma dimensão simbólica — e do que quer que seja da ordem do indivíduo não é senão uma produção de efeito das (e nas) combinatórias possíveis entre a presentificação de um real incognoscível e imperativo e o universo cultural (significante) disponível, assimilado intersubjetivamente através dos encontros estabelecidos com outros agentes (sejam eles espíritos, deuses, ou pessoas concretas) socialmente acessíveis. De fato, não há sujeito sem o Outro, e sem sujeito, sem uma existência encarnada no significante, o Outro se resumiria a uma espécie de sistema computacional, conjunto “morto” de regras lógicas desabilitado pela verdade, destituído de ser (Lacan, 1998/1999).

### Considerações Finais

Ao conceber-se enquanto um aparato comunicativo e expressivo capaz de instrumentar seus praticantes a dar voz e lugar a sentidos e saberes individuais ou coletivos que se enunciam outros além da consciência, o fenômeno da possessão necessita de uma abordagem teórico-metodológica apta a capturar aquilo que a constitui em sua essencialidade: a existência de um sistema simbólico em movimento, espaço de significância e alteridade no qual se articulam e atualizam realidades possíveis e posições legítimas desde onde o ser vivente pode reconhecer a si mesmo em toda a sua multiplicidade enquanto sujeito agente no mundo e na história. Para tanto, a psicanálise lacaniana apresenta-se como alternativa útil e relevante.

Não apenas permite ultrapassar dicotomias antigas e caras ao pensamento ocidental, tais como interioridade/exterioridade e biopsíquico/sociocultural, como também, por seu intermédio, as relações entre médiuns, consulentes e os seus interlocutores espiri-

tuais podem ser consideradas em suas particularidades, dando ouvidos não apenas às diversas posições de estar-se sujeito, como também, e principalmente, a outras vozes (históricas, sociais, políticas, etc.) e temáticas (saúde, étnicas, de gênero etc.) que as atravessam, sem que obrigatoriamente o pesquisador tenha de tomar partido e decidir acerca de um significado geral do fenômeno (como a rápida revisão empreendida permitiu entrever, há muitos e diversos). Na realidade, por meio da possessão, podem ser ditas e dizem-se muitas coisas. A psicanálise lacaniana viabiliza que o pesquisador abdique da condição de quem atribui e sobrepõe significados à possessão, em prol da posição mais rigorosa de quem dá ouvidos às interpretações e sentidos implícitos em cada manifestação do fenômeno.

### Referências

- Ambros, B. (2010). Vengeful spirits or loving spiritual companions? Changing views of animal spirits in contemporary Japan. *Asian Ethnology*, 69(1), 35-67.
- Augras, M. (2008). *O duplo e a metamorfose: a identidade mítica em comunidades nagô*. Petrópolis: Vozes.
- Bairrão, J. F. M. H. (2002). Subterrâneos da Submissão: sentidos do mal no imaginário umbandista. *Memorandum: Memória e História em Psicologia*, 2, 55-67.
- Bairrão, J. F. M. H. (2003a). Caboclas de Aruanda: a construção narrativa do transe. *Imaginário*, 9, 285-322.
- Bairrão, J. F. M. H. (2003b). Raízes da Jurema. *Psicologia USP*, 14(1), 157-184.
- Bairrão, J. F. M. H. (2004). Sublimidade do mal e sublimação da crueldade: criança, sagrado e rua. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 17(1), 61-73.
- Bairrão, J. F. M. H. (2005). A Escuta participante como procedimento de pesquisa do sagrado enunciante. *Estudos de Psicologia*, 10(3), 441-446.
- Bairrão, J. F. M. H. (2006). Psicologia cultural: tem a psicanálise alguma coisa a dizer sobre isso? *Natureza Humana: Revista de Filosofia e Psicanálise*, 8(1), 293-312.
- Bairrão, J. F. M. H. (2007). Linguagem e corpo na umbanda. In: Arcuri, I. G., & Lopez, M. A. (Orgs.), *Temas em Psicologia da Religião* (pp. 165-184). São Paulo: Vetor.
- Bairrão, J. F. M. H. (2008a). Possessão e autoria. In L. V. Tfouni, (Org.), *Múltiplas faces da autoria: análise do discurso, psicanálise, literatura, modernidade e enunciação* (pp. 101-120). Ijuí: Editora Unijuí.

- Bairráo, J. F. M. H. (2008b). Tulipa: subsídios para uma etnopsicanálise da possessão. *Olhar (UFSCar)*, 10/11, 53-68.
- Bairráo, J. F. M. H. (2011a). Adolescência em transe. In L. V. Tfouni, (Org.), *Letramento, Escrita e Leitura: questões contemporâneas* (pp. 83-100). Campinas: Mercado de Letras.
- Bairráo, J. F. M. H. (2011b). Nominação e agência sem palavras: o audível não verbal num transe de possessão. In F. V., Bocca, F. Caropreso, & R. T. Simanke, (Orgs.), *O movimento de um pensamento: ensaios em homenagem a Luiz Roberto Monzani* (pp. 155-172). Curitiba: CRV.
- Birman, P. (1985). *O que é umbanda*. São Paulo: Brasiliense.
- Boddy, J. (1988). Spirits and selves in northern Sudan: the cultural therapeutics of possession and trance. *American Ethnologist*, 15(1), 4-27.
- Boddy, J. (1989). *Wombs and Alien Spirits: Women, Men, and the Zar Cult in Northern Sudan*. Wisconsin: The University of Wisconsin Press.
- Bojuwoye, O. (2013). Integrating principles underlying ancestral spirits belief in counseling and psychotherapy. *IFE Psychologia: an International Journal*, 21(1), 74-89.
- Bourguignon, E. (1973). Introduction: a framework for the comparative study of altered states of consciousness. In E. Bourguignon, (Org.), *Religion, altered states of consciousness and social change* (pp. 3-35). Columbus: Ohio State University Press.
- Brac de la Perrière, B. (2007). To marry a man or a spirit? Women, the spirit possession cult, and domination in Burma. In P. Lawrence, & M. Skidmore, (Orgs.), *Women and the contested state: religion, violence and agency in South and Southeast Asia* (pp. 208-228). Notre Dame: University of Notre Dame.
- Bragazzi, N. L., & Del Puente, G. (2012). Panic attacks and possession by djinns: lessons from ethnopsychiatry. *Psychology Research and Behavior Management*, 5, 185-190.
- Cardena, E., Van Duijl, M., Weiner, L. A., & Terhune, D. B. (2009). Possession/trance phenomena. In P. F. Dell, & J. A. O'Neil, (Orgs.), *Dissociation and the dissociative disorders: DSM-V and beyond* (pp. 171-181). New York: Routledge/Taylor & Francis Group.
- Concone, M. H. V. B. (1987). *Umbanda: uma religião brasileira*. São Paulo: FFLCH-USP.
- Concone, M. H. V. B. (2001). Caboclos e pretos-velhos da umbanda. In R. Prandi, (Org.), *Encantaria Brasileira: o livro dos mestres, caboclos e encantados* (pp. 281-303). Rio de Janeiro: Pallas.
- Corin, E. (1998). Refiguring the person: the dynamics of affects and symbols in an African spirit possession cult. In In: Lambek, M., & Strathern, A. (Orgs.), *Bodies and persons: comparative perspectives from Africa and Melanesia* (pp. 80-102). Cambridge: Cambridge University Press.
- Crapanzano, V. (1977). mohammed and Dawia: possession in Morocco. In V. Crapanzano, & V. Garrison, (Orgs.), *Case studies in spirit possession* (pp. 141-176). Canada: John Wiley e Sons.
- Doi, T. (1973). *The anatomy of dependence*. New York: Kodansha International.
- Favret-Saada, J. (2005). "Ser afetado" (P. Siqueira, trad.). *Cadernos de Campo*, 14(13), 155-161.
- Goldman, M. (1984). *A possessão e a construção ritual da pessoa no candomblé*. Dissertação de Mestrado, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.
- Guzder, J. (2007). Fourteen Djinns migrate across the ocean. In B. Droždek, & J. P. Wilson, (Orgs.), *Voices of trauma: treating survivors across cultures* (pp. 105-126). New York: Springer Science & Business Media.
- Hegeman, E. (2013). Ethnic syndromes as disguise for protest against colonialism: three ethnographic examples. *Journal of Trauma & Dissociation*, 14(2), 138-146.
- Hollan, D. (2000). Culture and dissociation in Toraja. *Transcultural Psychiatry*, 37(4), 545-559.
- Johnson, P. C. (2011). An atlantic genealogy of "spirit possession". *Comparative studies in society and history*, 53(2), 393-425.
- Kenyon, S. M. (1995). Zar as modernization in contemporary Sudan. *Anthropological Quarterly*, 68(2), 107-120.
- Kramer, F. (1993). *The red fez: art and spirit possession in Africa*. London: Verso.
- Lacan, J. (1998). *Escritos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor. (Original publicado em 1966).
- Lacan, J. (1999). *O Seminário (Livro 5): As formações do inconsciente*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor. (Original publicado em 1998).
- Lambek, M. (1980). Spirits and spouses: possession as a system of communication among the Malagasy speakers of Mayotte. *American Ethnologist*, 7(2), 318-331.

- Lambek, M. (1988). Spirit possession/spirit succession: aspects of social continuity among Malagasy speakers in Mayotte. *American Ethnologist*, 15(4), 710-731.
- Leiris, M. (1996). La possession et ses aspects théâtraux chez les Éthiopiens de Gondar, précédée de la croyance aux génies zar en Éthiopie du Nord. In M., Leiris, *Miroir de l'Afrique* (pp. 949-1060). Paris: Gallimard. (Original publicado em 1958).
- Levine, R. A. (2005). Levy's "tahitians": a model for ethnopyschology. *Ethos*, 33(4), 475-479.
- Lewis, I. M. (1977). *Êxtase religioso: um estudo antropológico da possessão por espírito e do xamanismo*. São Paulo: Perspectiva.
- Macedo, A. C., & Bairráo, J. F. M. H. (2011). Estrela que vem do Norte: os baianos na umbanda de São Paulo. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, 21(49), 207-216.
- Mageo, J. M. (1996). Spirit girls and marines: ethnopyschiatry as historical discourse in Samoa. *American Ethnologist*, 23(1), 61-82.
- Masquelier, A. (2002). Confessions of a spirit medium in Niger. *Ethos*, 30(1), 49-76.
- Nathan, T. (2005). The Djinns: a sophisticated conceptualization of pathologies and therapies. In R. Moodley, & W. West, (Orgs.), *Integrating traditional healing practices into counseling and psychotherapy* (pp. 26-37). Thousand Oaks: Sage Publications Ltd.
- Nelson, C. (1971). Self, spirit possession and world view: an illustration from Egypt. *International Journal of Social Psychiatry*, 17(3), 194-209.
- Obeyesekere, G. (1981). *Medusa's hair: an essay on personal symbols and religious experience*. Chicago: The Chicago University Press.
- Onchev, G. (2001). Heterogeneity of the possession experiences: a case study from Pemba. *The European Journal of Psychiatry*, 15(4), 217-224.
- Pagliuso, L., & Bairráo, J. F. M. H. (2010). Luz no caminho: corpo, gesto e ato na umbanda. *Afro-Ásia*, 42, 195-225.
- Rotta, R. R., & Bairráo, J. F. M. H. (2010). Mulheres médiuns e caboclas espirituais. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 62(2), 169-177.
- Rotta, R. R., & Bairráo, J. F. M. H. (2012). Sentido e alcance psicológicos de caboclos nas vivências umbandistas. *Memorandum: Memória e História em Psicologia*, 23, 120-132.
- Snodgrass, J. G. (2002). Imitation is far more than the sincerest of flattery: the mimetic power of spirit possession in Rajasthan, India. *Cultural Anthropology*, 17(1), 32-64.
- Stoller, P. (1995). *Embodying colonial memories: spirit possession, power, and the Hauka in West Africa*. New York: Routledge.
- Swartz, L. (2011). Dissociation and spirit possession in non-western countries: notes towards a common research agenda. In V. Sinason, (Org.), *Attachment, trauma and multiplicity: working with dissociative identity disorder* (pp. 63-71). New York: Routledge.
- Turner, V. (1988). *The anthropology of performance*. New York: PAJ Publications.
- Van De Port, M. (2005). Circling around the really real: spirit possession ceremonies and the search for authenticity in Bahian candomblé. *Ethos*, 33(2), 149-179.

#### Endereço para correspondência:

José Francisco Miguel Henriques Bairráo  
Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto  
Departamento de Psicologia  
Avenida Bandeirantes, 3.900  
CEP 14040-901 – Ribeirão Preto/SP  
E-mail: bairrao@ffclrp.usp.br

Recebido em 28/04/2013

Revisto em 11/09/2013

Aceito em 29/09/2013

\* Apoio financeiro: Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) e Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP). O artigo é uma retomada e reelaboração de parte de uma dissertação de mestrado do primeiro autor, financiado com bolsa de mestrado CAPES.

## Paternidade Adolescente: Um Estudo sobre Autopercepções do Fenômeno

Teenage Fatherhood: A Study on Self-perceptions of the Phenomenon

Geanne Pereira Alves Paulino<sup>1</sup>

Naiana Dapieve Patias<sup>1</sup>

Ana Cristina Garcia Dias<sup>1</sup>

### Resumo

Ser pai prematuramente, em alguns contextos, pode causar preocupação e resistência no meio social. Este trabalho teve como objetivo compreender alguns aspectos envolvidos no fenômeno da paternidade adolescente, como, por exemplo, as principais mudanças identificadas na vida de pais adolescentes e as concepções sobre paternidade dos mesmos. Utilizaram-se como instrumento de coleta de dados entrevistas semiestruturadas com três pais adolescentes de uma cidade do interior do Rio Grande do Sul. As entrevistas foram analisadas por meio da análise de conteúdo categorial temática. Apesar de a paternidade na adolescência ser um acontecimento não esperado, os participantes perceberam ganhos com o advento da gravidez e, conseqüentemente, da paternidade. A responsabilidade foi apontada como um fator positivo em suas vidas, na medida em que os fez procurar outras formas de viver diante da situação.

**Palavras-chave:** Paternidade; adolescência; psicologia do adolescente.

### Abstract

Being a father early, in some contexts, can cause worry and resistance in the social environment. This study aimed to understand some aspects involved in the phenomenon of adolescent fatherhood, for example, the major identified changes in the lives of teenage parents and their notions about parenthood. Semi-structured interviews were used as an instrument of data collection with three teenage fathers in a city of the state of Rio Grande do Sul. The interviews were analyzed through thematic category content analysis. Although paternity in adolescence is an unexpected event, the participants realized gains with the advent of pregnancy, and consequently, of fatherhood. The responsibility was identified as a positive factor in their lives, as it has made them look for other ways to live in this situation.

**Keywords:** Fatherhood; adolescence; adolescent psychology.

<sup>1</sup>Universidade Federal de Santa Maria (Santa Maria), Brasil

A gravidez na adolescência tem se tornado um assunto de interesse não só no meio acadêmico como também tem se revelado uma preocupação no âmbito social, governamental e público. Alguns autores consideram a gravidez na adolescência um “problema social” e de Saúde Pública, que traz conseqüências negativas para as vidas dos jovens, uma vez que interfere nos projetos de escolarização e inserção no mundo do trabalho (Jorgensen, 1993; Levandowski, 2001; Moreira, Viana, Queiroz & Jorge, 2008; Trindade & Menandro, 2002). A relevância na investigação desse tema tornou-se mais evidente quando realizamos a busca sobre o fenômeno em portais de periódicos. Por exemplo, em consulta realizada no ano de 2012 no portal SciELO ([www.scielo.br](http://www.scielo.br)), com os descritores “paternidade” e “maternidade” em separado, foram

identificados 1.004 artigos sobre o tema da maternidade e apenas 132 sobre a paternidade. Quando os descritores foram acrescentados ao descritor “adolescência”, foram encontrados 74 artigos com “maternidade” e apenas 24 relativos à “paternidade”. Então, percebemos que a grande maioria dos pesquisadores direciona o enfoque de suas pesquisas sobre gravidez e parentalidade na adultez e, principalmente, na adolescência, para a perspectiva feminina do fenômeno. De fato, Levandowski (2001) aponta que a incidência de estudos sobre a maternidade é aproximadamente três vezes maior quando comparada ao tema da paternidade, sendo o mesmo verdadeiro quando isso acontece durante a adolescência. Consideramos, então, importante desenvolver estudos que possibilitem aprofundar conhecimentos sobre o fenômeno da paternidade du-

rante a adolescência, buscando identificar as mudanças ocorridas nas vidas desses pais adolescentes e suas concepções sobre paternidade.

Reis (1997) definiu a paternidade adolescente como aquela experiência na qual o indivíduo se torna pai antes de completar os 20 anos de idade. Contudo, esse mesmo autor reconhece que “esta definição deixa de lado considerações a respeito do relativismo social, cultural, étnico e psicológico da ideia geral de paternidade” (p. 70). Ser pai prematuramente, segundo algumas convenções culturais, pode causar preocupação e resistência no meio social, pois a adolescência, de maneira geral, é concebida como um período no qual o indivíduo ainda se encontra em formação tanto biologicamente quanto psicologicamente. De fato, nesse período, os adolescentes passam por diferentes mudanças de ordem física, cognitiva e social; desta forma, não estariam preparados para assumir todas as responsabilidades inerentes à paternidade, que, por sua vez, se encontram diretamente associadas à inserção na vida adulta (Grossman, 2010; Levandowski, Koller & Piccinini, 2002). A adolescência também é geralmente percebida como uma fase do desenvolvimento em que os jovens vivem contradições, confusões e ambivalências que afetam tanto o adolescente como o seu meio familiar e social. Assim, a experiência de parentalidade não seria esperada no período, pois acarretaria maiores conflitos para o indivíduo e para seu ambiente familiar, em um período no qual alguns conflitos já estariam presentes em função de questões de reestruturações de identidade e papéis (Levandowski et al., 2002).

O presente trabalho teve como objetivo conhecer o que jovens pais têm a dizer sobre sua experiência de paternidade, podendo-se, assim, compreender alguns aspectos do fenômeno da paternidade durante a adolescência e identificar as mudanças ocorridas na vida desses pais adolescentes e suas concepções

sobre paternidade. Esperamos que, por meio deste estudo, seja possível contribuir com conhecimentos que auxiliem na construção de projetos de políticas públicas voltados à situação da paternidade na adolescência e que promovam a qualidade de vida de jovens pais. Pretendemos, ainda, produzir conhecimentos e fornecer informações aos profissionais de saúde envolvidos com esse público, para que os mesmos possam conhecer as realidades desses pais. Parte-se do pressuposto de que conhecer essa realidade pode auxiliar a construção de intervenções, que respeitarão as necessidades, diferenças etárias, geracionais, sociais e culturais dessa população. Nesse sentido, o profissional poderá atuar de forma mais adaptada e integrada ao público-alvo, sem impor a esses jovens suas concepções de crenças e valores, bem como aquelas referentes à vivência do adulto.

### Método

Participaram deste estudo 3 adolescentes, todos com idade de 18 anos, que estavam passando pela situação de paternidade durante a adolescência. Todos os participantes foram recrutados, durante o período de coleta, em uma Unidade Básica de Saúde de uma cidade do interior do Rio Grande do Sul. Os participantes estão com nomes fictícios, a fim de preservar sua privacidade. Na Tabela 1, estão as informações sociodemográficas dos pais entrevistados.

O número reduzido de pais voluntários para a pesquisa ocorreu devido às dificuldades de se estabelecer contato com os mesmos, uma vez que ou esses pais nem sempre acompanhavam as mães nas consultas de pré-natal por estarem trabalhando ou não terem contato com a mãe. Outro motivo que fez com que a amostra ficasse reduzida foi os pais adolescentes não concordarem em participar do estudo. Nesse sentido, questões de gênero podem explicar

**Tabela 1.** *Informações sociodemográficas dos participantes*

Participantes	Idade	Escolaridade	Profissão	Situação conjugal	Idade da companheira	Idade do filho
Gerson (gravidez não planejada)	18 anos	Ensino médio incompleto	Estudante	Solteiro	16 anos	11 meses
Giovanni (gravidez não planejada)	18 anos	Ensino médio completo	Pintor	Mora junto à companheira	15 anos	10 meses
Gilson (gravidez planejada)	18 anos	Ensino médio completo	Motoboy	Mora junto à companheira	21 anos	3º trimestre gestacional

esse fenômeno, uma vez que falar das próprias experiências e sentimentos está mais vinculado ao papel feminino do que ao masculino. Desta forma, os homens podem não estar habituados a se expressar verbalmente.

O fato de um dos participantes da pesquisa ainda não ter o bebê nascido não foi foco de nosso estudo. O mesmo foi preservado na amostra, pois não foram identificadas maiores diferenças em seu relato no que tange aos objetivos do trabalho, quando realizamos as análises e comparamos seu depoimento ao dos demais participantes. Contudo, consideramos que maiores estudos são necessários para verificar possíveis diferenças entre as concepções e as transformações na vida dos jovens pais antes e após o nascimento do filho.

Para a coleta dos dados, foi utilizada uma entrevista semiestruturada baseada em questões construídas a partir da revisão de literatura. Essas questões tinham o objetivo de investigar as experiências, sentimentos e expectativas desses pais em relação às suas vivências frente à própria paternidade, além de suas percepções e sentimentos sobre as mudanças ocorridas em sua vida e seus projetos de vida futuros, especialmente no que tange à escolarização e profissionalização.

No contato com os pais, foram explicados aos mesmos os objetivos do estudo, bem como procedimentos, além de outras informações constantes no *rapport* e no termo de consentimento livre e esclarecido, sendo os mesmos convidados a participar do estudo. Com os pais que concordaram em participar do estudo, foi marcado um encontro em local e horário da conveniência do participante, onde a entrevista se realizou. Este trabalho obteve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM).

As informações obtidas nas entrevistas foram submetidas a uma análise de conteúdo categorial temática, conforme a proposta de Bardin (1977). A análise constituiu-se de três momentos cronológicos: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento e interpretação dos resultados (Bardin, 1977). No primeiro momento, foi feita a organização do material, a transcrição das entrevistas e a leitura exaustiva das mesmas, possibilitando a formulação de questões norteadoras e de indicadores que fundamentaram a interpretação final. Essa fase pôde ser decomposta em tarefas (Minayo, 1993). A primeira delas foi a leitura flutuante, que constitui em tomar contato exaustivo com o material. Foi por meio da leitura que surgiram

as questões norteadoras para o levantamento de todo o material suscetível de utilização. A segunda tarefa foi a constituição do *corpus*, ou seja, a organização do material. Esta visou cumprir as regras de: exaustividade (contemplar todo o *corpus*, sem nenhuma exclusão); representatividade (a amostra representou o universo pretendido); homogeneidade (os dados obedeceram às mesmas regras e referiram-se ao mesmo tema, utilizando-se as mesmas técnicas e o mesmo entrevistador); pertinência (os documentos adaptaram-se ao conteúdo e objetivo da pesquisa). A terceira tarefa foi a composição de ideias que mantinham relação e que poderiam ter explicação na literatura. Nessa fase de pré-análise, as palavras-chave ou frases (unidade de registro), a delimitação do contexto de compreensão, os recortes, a categorização e o aporte teórico foram determinados para posterior análise.

## Resultados e Discussão

### *Mudanças Pessoais*

Nesta categoria, são expostos e discutidos os resultados referentes às expectativas e sentimentos dos pais quanto às mudanças pessoais decorrentes do nascimento do filho, além de seus sentimentos diante da notícia da paternidade. Foram identificados, nas subcategorias, os temas: Reações à notícia da gravidez e Maior responsabilidade e redução da liberdade.

### *Reações à Notícia da Gravidez*

Dois participantes não planejaram a gravidez. Eles relataram que a notícia foi recebida como algo inesperado e se preocuparam em como informar sua própria família e a da menina. Já para o participante que teve a gravidez planejada, a notícia veio com alegria. De fato, autores como Meincke e Carraro (2009) destacam que, por se tratar de um acontecimento geralmente inesperado, a gravidez na adolescência pode causar uma reação de “choque”, tanto para os pais adolescentes como para seus familiares. Nogueira, Martins, Schall e Modena (2011, p. 32) justificam que o medo da reação dos pais parece estar relacionado com a associação da gestação adolescente “a um erro cometido, que carece de ser pago, castigado e punido”. As falas a seguir demonstram esses aspectos:

Quando eu recebi a notícia, eu fiquei bem preocupado e achei que meus pais iam me

matar, coisa assim, até eu não, nem fui eu que contei pra eles, quem contou foi minha, minha ex-sogra, a mãe da N. (Gerson, 18 anos).

Bom, primeiro veio o nervosismo, né!? Como a gente era muito novo ainda, daí eu fiquei com medo de, tipo, não ter como sustentar a criança. Depois veio a hum... pensei na mãe, no pai dela, na minha mãe, nos meus... no meu padrasto, como que eles iam reagir, né!? (Giovanni, 18 anos).

Ah, eu fiquei feliz, né, quando a doutora lá falou que ela tava grávida. A gente fica feliz, né!? Não tem como não, não ficar alegre (Gilson, 18 anos).

Além da preocupação com a família, outro sentimento que se mostrou presente na vida desses pais adolescentes que não planejaram a gravidez foi o medo. Eles descreveram que tinham medo dessa situação nova (a paternidade), a qual interferiu na relação vivida com sua família e consigo mesmo. Um dos pais descreve o medo da responsabilidade que assumiria; outro indica que tinha medo de como seria o bebê, se este seria normal.

Báh, durante um bom tempo, eu continuei né, com, com medo, com preocupação, aí depois fui me acostumando com a ideia, fui até assim, me sentindo mais maduro, fui amadurecendo durante a gravidez (Gerson, 18 anos).

A literatura tem descrito que é natural ocorrerem sentimentos ambivalentes em relação aos filhos. De fato, tanto homens quanto mulheres podem ter sentimentos que vão desde a empolgação com a notícia até os sentimentos de ansiedade e medo em relação à responsabilidade de cuidar de um filho e ao comprometimento de tempo e de energia que isso envolve (Freitas, Coelho & Silva, 2007; Staudt & Wagner, 2008).

Em nosso estudo, as reações iniciais de “choque” e medo foram sendo modificadas processualmente no decorrer da gestação; observa-se que os jovens, especialmente aqueles que continuam com a mãe da criança, passaram a se preocupar com o filho e

a companheira, demonstrando sentimentos de cumplicidade e de comprometimento para com eles.

Como a gente era muito novo ainda, daí eu fiquei com medo de, tipo, não ter como sustentar a criança [...] Pensei em tudo, tudo, tudo, um misto de pensamento, como seria o nenê, se seria normal a gravidez. Se tudo ia ocorrer bem, pensei... em tudo [...] eu senti que, como a J. ficou mais sensível, né!? Ela ficou mais, mais sensível em tudo, ela precisava de... às vezes, ela precisava de ajuda, né!? Daí eu tentei acolher ela o máximo que eu pude (Giovanni, 18 anos).

Agora tá melhor, no início ela teve muito enjoo, né!? Eu sempre junto com ela, sempre ajudando ela e... ela vomitava, ficou dois meses vomitando direto (Gilson, 18 anos).

Dados similares foram encontrados no estudo de Levandowski e Piccinini (2006). Esses autores revelaram que os adolescentes pais apresentam as mesmas preocupações e sentimentos dos adultos. Esses são comuns à situação de paternidade, como, por exemplo, a preocupação com o bebê e com a companheira. Já o pai que não mantinha mais o relacionamento com a mãe da criança não demonstrou preocupação com ela ou mesmo com o filho. Esse pai descreveu apenas preocupações com seus projetos de vida. A fala a seguir demonstra o sentimento de medo vivenciado por esse pai face à responsabilidade que assumiria diante do nascimento da criança. Ele ressaltou que só pensava em ser pai depois que tivesse um trabalho.

Medo da responsabilidade que a gente vai assumir, da... como vai ser as coisas a partir do nascimento, mas no fim, é, deu tudo certo... eu pensava em ser pai bem mais pra frente assim... depois que eu tivesse me formado, depois que já tivesse um trabalho, a princípio por aí (Gerson, 18 anos).

De fato, percebemos que a experiência da paternidade no período da adolescência desperta sentimentos ambivalentes, tais como preocupação, medo, insegurança e alegria. Para os pais que receberam a notícia como algo inesperado, o medo foi o principal sentimento descrito; para o pai que planejou a gravi-

dez, o sentimento de alegria permeou a experiência. O sentimento de preocupação com o futuro foi comum a todos, independentemente do planejamento ou não da gestação. O que mudou foi o tipo de preocupação dentro do contexto de vida de cada um deles.

Para os jovens de nossa pesquisa, ser pai está totalmente associado às concepções de gênero, nas quais o pai é o provedor. Então, para esses jovens, ser pai significa ser responsável e prover o sustento do filho. Trindade e Menandro (2002) também encontraram em seu estudo que ser pai significa, acima de tudo, trabalhar para prover as necessidades da criança, educando-a, oferecendo-lhe carinho e atenção. O sentimento de preocupação desses adolescentes diante da notícia da gravidez parece ser justificado, uma vez que esses jovens indicam que ainda não estão totalmente preparados para assumir a condição de pai, mas já reconhecem que algumas responsabilidades os esperam.

A respeito disso, percebemos, em estudos sobre paternidade adulta e adolescente, que a preocupação, assim como outros sentimentos, são naturais tanto em homens como em mulheres, não se restringindo à adolescência (Freitas et al., 2007; Gabriel & Dias, 2011; Krob, Piccinini & Silva, 2009; Levandowski & Piccinini, 2002; Staudt & Wagner, 2008).

### *Maior Responsabilidade e Redução da Liberdade*

De modo geral, o que mais se destacou na fala dos pais, independentemente de terem uma gravidez planejada ou não, foi o sentimento de responsabilidade que perceberam com o advento da gravidez. Todos eles se descrevem como mais responsáveis e maduros diante da notícia da gravidez; contudo, o significado do que é ser responsável assumiu diferentes configurações para cada entrevistado.

De fato, Orlandi e Toneli (2008) observam que “as experiências vividas pelos jovens são plurais, bem como os sentidos atribuídos a tais experiências” (p. 319); desta forma, a paternidade parece assumir diferentes sentidos. Para um participante de nossa pesquisa, a gravidez mudou sua percepção sobre a vida escolar, ela o fez perceber que, para alcançar seus objetivos de vida futuro, seria necessário um maior comprometimento com os estudos. Para outro, a responsabilidade com o sustento do bebê o fez sentir-se pressionado. Já para um terceiro, seu relacionamento com a parceira melhorou, uma vez que partilhavam de algo que consideravam importante.

Hoje em dia, eu me sinto bem mais maduro do que eu era antes. Com mais responsabilidade, até porque durante a gravidez eu comecei a trabalhar, não só por causa da gravidez, sabe... por causa, assim, que eu já tava vendo um trabalho de meio turno pra conciliar com o colégio. Aí, foi durante a gravidez aí que deu certo (Gerson, 18 anos).

Sim... mudou muito, ih, tá louco! Me tornei mais responsável, hum... comecei a trabalhar (Giovanni, 18 anos).

Ah, bem melhor que como era antes, né!? Tudo, tudo muda. Ah, a gente, a gente fica mais responsável, né!? Tem que cuidar do... d'um ser que não tem, não tem... como é que eu vou dizer?... Não tem defesa, né!? (Gilson, 18 anos).

Nogueira et al. (2011) destacaram que a vivência da paternidade gera dúvidas e angústias face à busca por um lugar no mundo dos adultos. O jovem ora se sente como adulto dotado de saber e responsabilidades, ora se sente como uma criança, que necessita ser cuidada. Em nosso estudo, além de maior responsabilidade, a paternidade gerou a inserção dos adolescentes no mercado de trabalho.

Esses pais descreveram ainda que a paternidade diminuiu seu tempo para conviver com os amigos e/ou gerou a perda da liberdade para se fazer o que se quer. Além disso, trouxe a necessidade de se preocupar em subsidiar financeiramente o filho e a companheira. Tal mudança faz parte das expectativas sociais em torno do papel de ser pai. Madeira (1997) e Sarti (2005) descreveram em seus estudos realizados com adolescentes de camadas populares que a divisão de papéis é bem demarcada, sendo atribuídas determinadas atividades para cada gênero. Os meninos desde cedo devem exercer atividades que objetivam prover a família. Quando a gestação da namorada/companheira ocorre, eles passam a trabalhar ainda mais para garantir o sustento de seu novo núcleo familiar, comprovando sua masculinidade por meio tanto da fecundação como da capacidade em garantir a sobrevivência da prole. Já às meninas cabe o cuidado do bebê e da casa. Os pais de nosso estudo compartilhavam dessas representações.

Agora eu me privo de algumas coisas assim, às vezes, eu não saio tanto, finais de semana, né, porque tem que ajudar, eu me controlo na gas..., na questão financeira, também, né!? (Gerson, 18 anos)

Agora eu tenho que, tenho que trabalhar pra sustentar outra pessoa que depende de mim (Giovanni, 18 anos).

Meus plano é ter uma, uma parte financeira boa também, né!? E comprar um terreno pra fora, assim... fazer uma chácara. Ah, dar tudo de melhor pros dois, né!? (Gilson, 18 anos).

Todos os pais de nosso estudo descreveram que suas vidas mudaram após a notícia da gravidez. Ressaltaram que tiveram de abrir mão de algumas prioridades pessoais para estar próximo do filho e/ou da mãe da criança. O lazer dos participantes é reordenado dentro de uma nova rotina que inclui o trabalho e uma maior inserção na vida doméstica, em detrimento da vida social individual. Dois pais descreveram que tiveram de abandonar as atividades lúdicas, mais associadas à vida infanto-juvenil, como jogar video game e participar de campeonato de bicicleta.

Sim, amigos, final de semana, eu ia pra boate, alguma coisa, jogava video game às vezes, em casa, sei lá... e agora faço menos (Gerson, 18 anos).

Eu tinha mui... bastante amigos, assim... eu saía, jogava bola, ia em festa, um monte de coisa. Bom, eu gosto de sair, né. Eu saía mais, eu ia na casa... eu ia nos meus parentes. Aí que agora ficou meio que restrito, né. É o trabalho e a casa, o trabalho e a casa (Giovanni, 18 anos).

Ah, eu saía bastante, eu fazia campeonato de bicicleta, né, lá fora, assim... no mato, no barro. Saía com a turma... e depois que eu comecei a namorar sério mesmo... mudou bastante, né!? [...] Os amigos é

mais pra diversão e daí ã, a minha esposa, por exemplo, é coisa séria, né!? Nada de brincar, tem que ter cuidado na hora de tudo. Antes era muito... gostava de sair com a gurizada, né!? Agora, é, parou, né!? Agora ficou... só eu e ela. É uma vida nova, né!? (Gilson, 18 anos).

Apesar de esses jovens pais vivenciarem uma gravidez em um período não esperado, todos consideraram ter obtido ganhos em face da experiência da paternidade e, mais especificamente, com o nascimento do bebê. O aumento da responsabilidade também foi percebido de maneira positiva. Um dos participantes identificou que a gravidez o fez dar um novo sentido ao seu projeto de escolarização. Outro revelou ter assumido a responsabilidade de trabalhar para sustentar a criança. Já o pai que planejou a gravidez descreveu que a mudança mais significativa que vivenciou foi a transformação de sua relação com a parceira. Para ele, o fato de a criança fazer parte de si e da companheira (mãe) fez com que o casal se cuidasse na sua maneira de dialogar.

Olha, eu estudava, aí, era mais diversão, né, eu, não, é, eu não tinha amadurecido tanto como agora, eu saía mais, eu não parava em casa e gastava mais dinheiro com bobagem também, daí que hoje em dia eu procuro evitar (Gerson, 18 anos).

Eu era estudante, não tinha muita pressão, né!? Só mais era estudo. Agora, não. Agora tenho que trabalhar para sustentar outra pessoa que depende de mim (Giovanni, 18 anos).

Antes, a gente se falava um pouco mais grosso um com o outro. Agora, tá tudo levezinho, né!? Com o nenê junto! (Gilson, 18 anos).

A literatura tem descrito que a paternidade nesse período de vida pode ser percebida e sentida como um evento que traz maiores responsabilidades e também dificuldades. No entanto, também pode ser considerado como um evento positivo. Por exemplo, no estudo realizado por Melo, Machado, Maia e Sampaio (2012), os jovens pais relataram que a res-

ponsabilidade é um aspecto positivo da paternidade, pois faz com que busquem a inserção profissional. Além disso, o bebê também traz satisfação aos pais. Essa satisfação experimentada pelos pais pode ser derivada, por exemplo, do sentimento de serem bons pais e estarem afetivamente próximos de seus filhos, vivenciando de forma efetiva o seu desenvolvimento (Silva & Piccinini, 2007).

#### *Mudanças nos Diferentes Contextos de Vida dos Participantes a Partir de suas Percepções*

Nesta segunda categoria, os participantes foram solicitados a descrever as mudanças que ocorreram no contexto familiar, no grupo de pares, no contexto escolar e de trabalho, ocorridas a partir da gravidez. Essa categoria foi subdividida em outras duas: Apoio familiar e Mudanças na vida escolar e trabalho.

#### *Apoio Familiar*

Apesar de terem vivenciado os sentimentos de medo e de preocupação diante da notícia da gravidez para os pais, os participantes que não haviam planejado a situação encontraram apoio e compreensão da família, principalmente de suas mães. No entanto, o pai que planejou a gravidez junto à namorada encontrou maiores dificuldades de encontrar esse apoio. De acordo com esse adolescente, seus pais eram “chatos” e não permitiam que ele sáísse. No entanto, depois que se envolveu com a mãe de seu bebê, as coisas mudaram, seus pais passaram a liberá-lo. Talvez esse fato se associe à questão que pode explicar o motivo que o levou a planejar a gravidez com a companheira.

Durante a gravidez, eu ficava bem mais emotivo assim, até com a minha família, eu achava que eles iriam receber assim, bem de forma... mais agressiva comigo, assim, me xingando, me... sabe? Mas não, eles foram calmos, até porque eles passaram por isso também, né!? Eles tiveram eu meio cedo também, não tão cedo como eu. Aí, eles, me, me acolheram bem, foram pacientes, conversaram comigo, me deram apoio (Gerson, 18 anos).

Bom... a minha mãe, a minha mãe ela, ela, adorou. Pra ela, foi um sonho, né, que ela,

ela já tinha outros netos, mas ela adora a criança. E ela foi a que mais me apoiou... quando ela soube (Giovanni, 18 anos).

No início, eles não aceitaram muito assim, mas depois eles ficaram, ã, ficam babando agora, né, no nenê. Aí, quando a C. vai lá em casa, eles ficam olhando, passando a mão na barriga e perguntando (Gilson, 18 anos).

Meinke e Carraro (2009), ao investigarem a vivência da paternidade adolescente e os sentimentos expressos pela família do jovem, encontraram que, apesar de a família vivenciar sentimentos de “choque” inicial, surpresa e preocupação, os familiares acabam por apoiar seus filhos. As autoras destacaram que, mesmo com as alterações que a gravidez gera na vida dos jovens pais, eles se adaptam à nova situação, uma vez que o apoio familiar e das redes sociais envolvidas lhes oferecem apoio e facilitam esse processo de adaptação ao novo papel de pai.

Dias e Aquino (2006), também em uma pesquisa com jovens pais e mães de três cidades brasileiras, identificaram que a família constitui-se em uma importante fonte de apoio material, independentemente do segmento social e da situação de coresidência com o jovem. Nosso estudo indicou que a família se envolve na ajuda e no sustento dos jovens e de suas crianças.

Além do apoio, outra diferença percebida pelos participantes deste estudo foi que a família pareceu dar maior credibilidade e incentivo aos seus projetos de vida. Percebe-se, a partir da fala dos adolescentes, que a justificativa para essa aposta da família refere-se ao fato de esses jovens estarem adquirindo maior responsabilidade a partir da ocorrência da gravidez. Contudo, isso nem sempre ocorre, como pudemos observar no caso de Giovanni.

Antes, era só eu, agora, eles acham que, além de pensar em mim, pensar na minha filha também, né!? Daí, agora, eles deram que meio uma travada, né!? Achando que eu preciso me dedicar mais ainda do que eu me dedicava antes (Giovanni, 18 anos).

Acho que, hoje em dia, até apostam mais em mim, porque eles viram, eles veem

que eu, que hoje em dia eu quero mais, ã, tenho bem mais planos pro futuro que eu tinha antes, daí eles apostam mesmo mais em mim. Eles veem que eu melhorei, que eu cresci mesmo (Gerson, 18 anos).

### *Mudanças na Vida Escolar e Trabalho*

Orlandi e Toneli (2008) identificaram que a interrupção dos estudos dos pais participantes de sua pesquisa acontece em momentos anteriores à ocorrência da gestação da parceira. Assim, para os autores, não é a gravidez que determina a evasão escolar, mas sim outras dificuldades que o jovem possui. Por outro lado, Cabral (2002) considera, por meio de estudos realizados sobre a trajetória escolar e profissional do jovem, que a gravidez nesse período acarreta prejuízos, principalmente no que se refere ao processo de escolarização e à aquisição precoce da responsabilidade financeira, pelo ingresso antecipado no mercado de trabalho. Em nossa pesquisa, apenas um pai entrevistado continuou os estudos; os outros dois participantes tiveram a notícia da gravidez durante os estudos secundários, mas conseguiram concluir o mesmo com a ocorrência da gravidez. Observa-se que a gravidez não foi um fator que impediu um dos pais de continuar os estudos; ao contrário, de acordo com Gerson, a gravidez o fez pensar ainda mais na importância do estudo em sua vida. Ele ressalta que:

Uma coisa que mudou bastante, antes eu, como aumentou a minha responsabilidade depois da gravidez, sendo que antes eu, eu ia mais pra brincar e não sabia o que fazer, depois, não dava tanta importância, depois da gravidez aumentou bastante, porque era daí eu tava, não era mais só o meu futuro, né, tinha o futuro de mais pessoas envolvidas, como até hoje é, aí acaba que a gente acaba levando mais a sério, aprendi (Gerson, 18 anos).

Mesmo tendo conseguido terminar o Ensino Médio, um dos pais alegou sentir-se pressionado com a ocorrência da gravidez, uma vez que precisou trabalhar para sustentar outra pessoa que depende dele — a filha. Ele diz que:

Eu era estudante, não... não tinha muita pressão, né!? Só mais era estudo. Agora

não, agora eu tenho que trabalhar para sustentar outra pessoa que depende de mim (Giovanni, 18 anos).

Já o outro pai alegou nunca ter levado muito a sério os seus estudos. Segundo ele, durante o período escolar, as atividades que mais o interessavam eram as esportivas. Gostava da disciplina de Educação Física por praticar esportes como basquetebol e, nas demais matérias escolares, considerava-se um aluno mediano.

Ah, na escola, na parte de... das disciplina, assim... era médio, né!? Não era bom e nem ruim. Eu praticava bastante esporte... basquete, tinha time... Educação Física eu sempre fui bom, né!? É, no resto sempre fui médio. Nunca levei muito a sério assim, gostava mais da parte esportiva (Gilson, 18 anos).

Nota-se que, apesar da ocorrência da gravidez, os projetos de escolarização foram vividos por esses pais de acordo com as particularidades de cada experiência de vida. Um dos pais alegou ter se sentido mais responsável nos estudos por associar o seu futuro ao futuro da filha, pois entende que não é apenas o seu futuro que está em jogo agora, mas também o da filha. Já outro pai que se sentiu pressionado, mesmo tendo terminado os estudos, não pretende dar continuidade aos mesmos, mencionando apenas que pretende trabalhar para dar sustento à filha. Por fim, o terceiro pai revela não ter levado os estudos a sério, demonstrando que não foi a ocorrência da gravidez que o impediu de dar continuidade aos mesmos, mas sim o fato de não se interessar pelas disciplinas.

No que se refere ao trabalho, Dias e Aquino (2006) verificaram que os jovens pais, comparados aos não pais, se inserem mais cedo no mercado de trabalho por se sentirem responsáveis em prover o sustento dos filhos e reafirmar socialmente sua identidade masculina perante a sociedade. Comparando esse dado com o da nossa pesquisa, salienta-se que os jovens entrevistados também demarcaram seu lugar de maior responsabilidade na medida em que se preocupavam com o sustento da criança e, em virtude disso, afirmavam a importância do trabalho em suas vidas.

Nogueira et al. (2011) consideram que a paternidade adolescente foi vivenciada como um divisor

entre a vida infantil e a vida adulta, configurando-se como um passaporte para a vida adulta. A paternidade convoca os adolescentes a ocuparem novos lugares e assumirem novos papéis, ressignificando seus projetos de vida. De fato, no estudo de Melo et al. (2012), os adolescentes pais tiveram de se inserir no mercado de trabalho, assumindo responsabilidades que antes não tinham, como prover o sustento de uma família.

A respeito do trabalho, apenas um dos participantes de nossa pesquisa não se encontrava no mercado de trabalho. Esse pai decidiu, por incentivo da mãe, deixar o trabalho para fazer cursinho preparatório para o vestibular de administração. Esse pai conta que:

A gente falava sobre o que que eu queria fazer, né, me formar. O que queria fazer na faculdade, concurso, aí eu não tinha certeza. Daí, a mãe mais eu sempre falava, né!? A gente conversava bastante sobre a faculdade, eu também, que nesse tempo, que eu também, quero entrar no NPOR, né, coisa de quartel, pra mim ficar meio turno no quartel e meio turno eu faço faculdade (Gerson, 18 anos).

Cabe ressaltar que não é apenas o incentivo dos pais que pode ter influenciado o pai que se mostrou mais comprometido com seu projeto de vida de pleitear uma carreira de administrador. Outro fator, não menos importante, é o sentido de comprometimento que este passou a dar em seu projeto de escolarização depois da ocorrência da gravidez. Diferentemente desse pai, os outros dois participantes não se encontravam pleiteando o mesmo futuro, por meio de um curso superior, mas buscavam, a partir do trabalho atual de pintor e motoboy, o sustento próprio e de seus bebês. Priorizaram o trabalho e não o estudo em seus projetos de vida. Essas diferenças podem ser provenientes do contexto familiar e social dos jovens, já que a literatura tem descrito que os projetos de vida são diferentes de acordo com cada contexto social (Brandão & Heilborn, 2006).

#### *As Concepções que os Pais Adolescentes possuem sobre o Papel Paterno*

Nesta categoria, os participantes buscaram descrever as características que eles imaginam que um bom pai possui. Ainda, questionamos os participantes sobre como eles descreveriam o seu relacionamento com o bebê ao se imaginarem como pai. Essa

categoria foi desmembrada em duas subcategorias: O que torna um pai um bom pai e As dificuldades em se imaginar como pai.

#### *O que Torna um Pai um Bom Pai*

Para os participantes, um bom pai ou o pai ideal é descrito como aquele que está sempre junto com o filho; é presente na vida da criança, participando, comunicando-se e demonstrando cuidado e paciência com o filho. Alguns participantes relataram que seus próprios pais eram suas referências de “bom pai”; outros colocaram que o pai que tiveram não foi um parâmetro norteador para ser um bom pai atualmente. Os participantes ressaltaram ainda que aquilo que lhes faria perceber se estavam atuando como bons pais era a convivência e o relacionamento com o filho.

Hoje em dia, é muito bom, eu vejo ela, não vejo todos os dias, mas vejo quase todos, assim, umas cinco, seis vezes por semana, eu vejo ela, á, espero que continue sempre assim, não sei, se no caso eu e a mãe dela no futuro, a gente vai voltar a ficar junto, mas se ela não morar comigo eu quero ter um relacionamento com ela bem próximo, ser amigo dela, á, ter um diálogo muito bom com ela, sempre poder orientar, as coisas certas e erradas, pra tornar ela a melhor pessoa possível, né!? Eu acho que eu gostaria de ser a mistura do meu pai e da minha mãe juntos (Gerson, 18 anos).

A gente olhando o filme a gente adora, né!? Aquela cena que os pais saem com os filhos, beija os filhos, daí a gente quer aquilo, né!? Bom... eu não tive um bom pai, né!? Isso eu posso te dizer, mas assim... tem bastante pessoa que eu acredito que seja um bom pai. Agora, agora eu não tenho nenhuma referência (Giovanni, 18 anos).

Um bom pai é aquele que tá sempre junto com o filho, né!? Não deixa o filho de lado pra fazer outras coisas. Tem que deixar o filho sempre junto, né!? Sempre junto no relacionamento também (Gilson, 18 anos).

Conforme verificado na fala desses jovens, a paternidade traz consigo o caráter de cuidado e companheirismo; para eles, ser pai é, acima de tudo, ter a presença na vida dos filhos. Bornholdt, Wagner e Staudt (2007) destacam que a percepção de jovens pais sobre a gravidez como um período de transição ao exercício da paternidade está diretamente associada à inclusão e à participação destes na vida dos filhos.

Foi possível identificar, neste estudo, a importância que esses jovens conceberam no relacionamento com os seus filhos, pois apontaram que é a partir da convivência com a criança que saberiam se são ou não bons pais. No estudo realizado por Gabriel e Dias (2011), os pais adultos mencionaram que o relacionamento com os próprios pais lhes servia como referência, podendo o modelo de paternidade ser repetido ou rechaçado.

### *Dificuldades em se Imaginar como Pais*

Quando perguntado aos adolescentes quais seriam seus projetos de vida futuros, principalmente no que se referia a eles próprios enquanto pais, apenas um entrevistado conseguiu responder à questão; os demais participantes apresentaram dificuldades de se imaginar em tal situação, mesmo aqueles que já tinham o bebê. Ao ouvirem a pergunta “como você se imagina como pai?”, responderam:

Fácil, fácil não vai ser, né!? Eu... assim, não, não tô conseguindo pensar muito... eu não tô conseguindo responder essa pergunta (Gerson, 18 anos).

Bom, eu tento fazer o melhor possível que eu posso, né!? Espero que, no futuro, ela seja uma boa pessoa. Ficá na conversa assim, né, que a gente conversa, daí a gente consegue manter uma relação, assim, de pai e filha que, com o tempo, ela vai aumentando, né!? (Giovanni, 18 anos).

Como que eu me imagino? Báh, essa pergunta aí eu não sei responder não (Gilson, 18 anos).

Ao se analisar as falas dos participantes quanto às dificuldades de se imaginar como pai, encontram-se

resultados semelhantes aos descritos por Trindade e Menandro (2002). Esses autores observaram que os pais adolescentes assumem a responsabilidade de pais, mas não se reconhecem como tal. Isso porque o processo identificatório com a paternidade é mais lento de ser construído, sendo que, para alguns pais adolescentes, ele pode não chegar a se desenvolver devido às próprias dificuldades da adolescência, pois é nesse período que o indivíduo constrói sua identidade. Quando o adolescente se torna pai nesse período de vida, possui dupla tarefa — ser filho e ser pai.

Levandowski e Piccinini (2006), em uma pesquisa realizada com adolescentes que estavam passando pela situação da gravidez do primeiro filho, verificaram que, mesmo descrevendo-se no futuro relacionamento com a criança, os adolescentes passaram uma impressão de ainda estarem distantes de seu papel de pai. Os autores justificaram que talvez essa dificuldade ocorresse em função da falta de modelos paternos. Dessa forma, os futuros pais sentiam-se perdidos e confusos quanto ao que esperar desse novo papel. Além disso, existiriam novas demandas referentes à função de pai. De acordo com Wagner, Predebon, Mosmann e Verza (2005), atualmente se exige mais dos homens para que eles participem da educação e cuidado do filho, o que pode dificultar ainda mais esse processo de construção da paternidade para os jovens pais.

Por outro lado, Carvalho, Merighi e Jesus (2009) destacaram que a dificuldade que os pais adolescentes possuem em projetar-se no futuro estão diretamente associadas às condições objetivas de vida dos jovens, vinculadas à alimentação, moradia, vestuário, sustento da família, entre outros. Isso ilustra o que Levandowski e Piccinini (2002) descrevem sobre a parentalidade na adolescência que insere os adolescentes no mundo adulto das responsabilidades, porém não tira as especificidades da adolescência. A paternidade implicaria em problemas adicionais para o indivíduo na medida em que não haveria uma organização social para preparar e apoiar os jovens nessa nova tarefa e fase de vida.

### **Considerações Finais**

Os objetivos deste estudo foram compreender alguns aspectos envolvidos no fenômeno da paternidade adolescente, identificando-se as principais mudanças ocorridas na vida desses jovens a partir de suas próprias percepções sobre o fenômeno. Com a

realização das três entrevistas e análise das mesmas, foram identificadas três grandes categorias descritoras do fenômeno, a saber: Mudanças pessoais, Mudanças nos diferentes contextos de vida dos participantes a partir de suas percepções e As concepções que os pais adolescentes possuem sobre o papel paterno.

Cabe ressaltar que, embora existam diferenças na condição dos pais entrevistados face ao nascimento do bebê, não foram observadas diferenças significativas nos depoimentos dos mesmos no que se refere aos objetivos do estudo. Destaca-se que alguns autores revelam que existem mudanças nos papéis e no exercício da paternidade nesses dois períodos; assim, considera-se que maiores estudos devem ser desenvolvidos enfocando essas diferenças, uma vez que não foram o foco deste trabalho (Bornholdt, 2002; Castoldi, 2002; Martini, 1999; Parke, 1986).

De maneira geral, observamos que, apesar de a paternidade na adolescência ser um acontecimento não esperado para esse período de desenvolvimento, os participantes deste estudo perceberam diferentes ganhos em suas vidas decorrentes do advento da gravidez e, conseqüentemente, da paternidade. A responsabilidade foi apontada pelos jovens como um fator positivo em suas vidas, na medida em que os fez procurar outras formas de viver face à situação. A paternidade pôde trazer o comprometimento de um dos pais com seu projeto de escolarização. Para os outros dois pais, os planos futuros mostraram-se relacionados a projetos laborais.

Nesse aspecto, percebemos que nem sempre a paternidade assume um caráter negativo na vida dos jovens, como é representado, frequentemente, pela literatura. Ressaltamos, ainda, que o apoio familiar é um fator importante para a construção e desenvolvimento do projeto de vida futuro desses jovens, já que o auxílio financeiro e emocional dos pais oferece uma base para a construção da identidade e autonomia dos jovens. No entanto, é claro que os jovens enfrentam dificuldades em sua transição para a paternidade, principalmente no que se refere à perda da liberdade e à dificuldade de se imaginarem como pai. Porém, os participantes descrevem que procuram se adaptar à nova situação.

Talvez a contribuição mais importante deste estudo tenha sido mostrar que nem sempre a paternidade é vista como negativa no período da adolescência. Nesse sentido, observamos a necessidade de um maior número de estudos que contemplem o pai adolescente diante das suas expectativas, sentimentos e percepções com a ocorrência da paternidade. Ainda

cabe destacar a importância de políticas públicas voltadas a esse público, pois é visível que apenas a mãe adolescente recebe a devida atenção, sendo, portanto, esquecidos os jovens pais na mesma situação.

Por fim, destacamos que não pretendemos, com este estudo, fazer generalizações, mas sim compreender alguns aspectos envolvidos no fenômeno da paternidade na adolescência a partir do estudo de três casos. A amostra não é representativa da população de pais adolescentes; assim, não se esgotaram as possibilidades de experiência desses pais relacionadas à paternidade. Foram acessados apenas depoimentos de pais adolescentes dispostos a participar do estudo. Sugere-se, para próximos estudos, tanto uma ampliação da amostra de pais (visando aumentar a variabilidade de experiências descritas possíveis) como a realização da coleta de depoimentos com os pais em diferentes momentos (o que possibilitaria a identificação de mudanças nas percepções dos pais sobre as alterações em suas vidas e concepções sobre paternidade).

## Referências

- Bardin, L. (1977). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70.
- Bornholdt, E. A. (2002). *Gravidez e paternidade: a vivência do pai grávido*. Dissertação de Mestrado não publicada. Faculdade de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- Bornholdt, E. A., Wagner, A., & Staudt, A. C. P. (2007). A vivência da gravidez do primeiro filho à luz da perspectiva paterna. *Psicologia Clínica*, 19(1), 75-92.
- Brandão, E., & Heilborn, M. (2006). Sexualidade e gravidez na adolescência entre jovens de camadas médias do Rio de Janeiro, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 22(7), 1421-1430.
- Cabral, C. S. (2002). Gravidez na adolescência e identidade masculina: repercussões sobre a trajetória escolar e profissional do jovem. *Revista Brasileira de Estudos de População*, 19(2), 180-195.
- Carvalho, G. M., Merighi, M. A. B., & Jesus, M. C. P. (2009). Recorrência da parentalidade na adolescência na perspectiva dos sujeitos envolvidos. *Texto & Contexto Enfermagem*, 18(1), 17-24.
- Castoldi, L. (2002). *A construção da paternidade desde a gestação até o primeiro ano do bebê*. Tese de Doutorado não publicada. Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

- Dias, A. B., & Aquino, E. M. L. (2006). Maternidade e paternidade na adolescência: algumas constatações em três cidades do Brasil. *Caderno de Saúde Pública*, 22(7), 1447-1458.
- Freitas, W. M. F., Coelho, E. A. C., & Silva, A. T. M. C. (2007). Sentir-se pai: a vivência masculina sob o olhar de gênero. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(1), 137-145.
- Gabriel, M. R., & Dias, A. C. G. (2011). Percepções sobre a paternidade: descrevendo a si mesmo e o próprio pai como pai. *Estudos de Psicologia*, 16(3), 253-261.
- Grossman, E. (2010). A construção do conceito de adolescência no Ocidente. *Revista Saúde & Adolescência*, 7(3), 47-51.
- Jorgensen, S. R. (1993). Adolescent pregnancy and parenting. In T. P. Gullota, G. R. Adams, & R. Montmayor (Eds.), *Adolescent sexuality* (pp. 57-76). Newbury Park: Sage.
- Krob, A. D., Piccinini, C. A., & Silva, M. R. (2009). A transição para a paternidade: da gestação do segundo mês de vida do bebê. *Psicologia USP*, 20(2), 269-291.
- Lewandowski, D. C. (2001). Paternidade na adolescência: uma breve revisão da literatura internacional. *Estudos de Psicologia*, 6(2), 195-209.
- Lewandowski, D. C., Koller, S., & Piccinini, C. A. (2002). Paternidade na adolescência e os fatores de risco e de proteção para a violência na interação pai-criança. *Interações*, 7(13), 77-100.
- Lewandowski, D. C., & Piccinini, C. A. (2002). A interação pai-bebê entre pais adolescentes e adultos. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 15(2), 413-424.
- Lewandowski, D. C., & Piccinini, C. A. (2006). Expectativas e sentimentos em relação à paternidade entre adolescentes e adultos. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 22(1), 17-28.
- Madeira, F. R. (1997). *Quem mandou nascer mulher?* Estudos sobre crianças e adolescentes pobres no Brasil. Rio de Janeiro: Record; Rosa dos tempos.
- Martini, T. A. (1999). *A transição para a paternidade: expectativas, sentimentos e síndrome de Couvade nos futuros pais ao longo da gestação*. Dissertação de Mestrado não publicada. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre.
- Meincke, S. M. K., & Carraro, T. E. (2009). Vivência da paternidade na adolescência: sentimentos expressos pela família do pai adolescente. *Texto & Contexto Enfermagem*, 18(1), 83-91.
- Melo, A. L., Machado, M. F., Maia, E. R., & Sampaio, K. J. (2012). Repercussões da paternidade na vida do adolescente. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, 13(2), 261-268.
- Minayo, M. C. S. (1993). *O Desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde* (2ª Ed.). São Paulo: Hucitec; Abrasco.
- Moreira, T., Viana, D., Queiroz, M. V., & Jorge, M. S. (2008). Conflitos vivenciados pelas adolescentes com a descoberta da gravidez. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 42(2), 312-320.
- Nogueira, M., Martins, A., Schall, V., & Modena, C. (2011). “Depois que você vira um pai...”: adolescentes diante da paternidade. *Adolescência & Saúde*, 8(1), 28-34.
- Orlandi, R., & Toneli, M. J. F. (2008). Adolescência e paternidade: sobre os direitos de criar projetos e procriar. *Psicologia em Estudo*, 13(2), 317-326.
- Parke, R. D. (1986). *El papel del padre*. Madrid: Ediciones Morata.
- Reis, A. O. (1997). Opacidade e visibilidade da paternidade na reprodução adolescente. *Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano*, 7(2), 69-76.
- Sarti, C. (2005). *A família como espelho: um estudo sobre a moral dos pobres* (3ª Ed.). São Paulo: Cortez.
- Silva, M. R., & Piccinini, C. A. (2007). Sentimentos sobre a paternidade e o envolvimento paterno: um estudo qualitativo. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 24(4), 561-573.
- Staudt, A. C. P., & Wagner, A. (2008). Paternidade em tempos de mudança. *Psicologia: Teoria e Prática*, 10(1), 174-185.
- Trindade, Z. A., & Menandro, M. C. S. (2002). Pais adolescentes: vivência e significação. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 7(1), 15-23.
- Wagner, A., Predebon, J., Mosmann, C., & Verza, F. (2005). Compartilhar tarefas? Papéis e funções de pai e mãe na família contemporânea. *Psicologia: teoria e pesquisa*, 21(2), 181-186.

**Endereço para correspondência:**

Ana Cristina Garcia Dias  
 Rua Marechal Floriano Peixoto, 1.750, sala 308 – Centro  
 CEP 97015-372 – Santa Maria/RS  
 E-mail: anacristinagarcias@gmail.com

Recebido em 01/08/2012

Revisto em 24/12/2012

Aceito em 31/01/2013

## Violência Doméstica e Crenças: Intervenção com Profissionais da Atenção Primária à Saúde\*

Domestic Violence and Beliefs: Intervention with Health Primary Care Professionals

Camila Resende Soares Brum<sup>I</sup>

Lélio Moura Lourenço<sup>II</sup>

Carla Ferreira de Paula Gebara<sup>III</sup>

Telmo Motta Ronzani<sup>II</sup>

### Resumo

A presente pesquisa teve como objetivo principal investigar as crenças e atitudes dos profissionais da Atenção Primária à Saúde em relação à violência doméstica. Participaram da pesquisa 65 profissionais que responderam a um questionário autoaplicável, estruturado, individual e anônimo. O instrumento foi aplicado antes e após uma capacitação conceitual sobre violência doméstica, com o intuito de analisar as crenças e as possíveis mudanças a partir deste tipo de intervenção. Os dados foram analisados por meio do programa SPSS e pelo teste de significância McNemar. Os resultados indicaram mudanças de crenças significativas, a partir da intervenção proposta quanto à forma do profissional do Programa Saúde da Família em lidar com vítimas de violência doméstica; ao papel do trabalhador da atenção primária em detectar pacientes com problemas relacionados à violência doméstica, ao interesse profissional sobre o padrão, os riscos de saúde relacionados e o aconselhamento para diminuir ou pará-la. Os dados não indicaram mudanças referentes à confiança que os profissionais sentem em sua habilidade para lidar com a questão.

**Palavras-chave:** Violência doméstica; profissionais de saúde; crenças; prevenção.

### Abstract

This research focused on investigating the Primary Health Care providers' beliefs and attitudes towards family violence issues. The research involved 65 professionals who responded a self-administered, structured, and anonymous questionnaire. In order to examine possible changes that resulted from this type of intervention, the instrument was administered before and after a conceptual training on family violence. Data was analyzed using the SPSS program, and McNemar's significance test. The results, from the proposed intervention, showed some significant changes in the Primary Health Care providers' beliefs on how to deal with victims of family violence, as well as in the role the Primary Health Care provider plays when detecting patients with family violence-related problems; and their relation to the professional standards, health risks, and counseling skills used to decrease or stop it. The data did not indicate changes in the level of confidence that Primary Health Care providers have in their ability to deal with the issue.

**Keywords:** Domestic violence; health professionals; beliefs; prevention.

<sup>I</sup>Centro de Prevenção à Criminalidade de Juiz de Fora

<sup>II</sup>Universidade Federal de Juiz de Fora

<sup>III</sup>Universidade Federal de São Paulo

A questão da violência doméstica, que ocorre na esfera das relações interpessoais, vem ganhando destaque no meio acadêmico, tanto pela magnitude, como pelas repercussões do problema para a saúde dos indivíduos e das coletividades (Gebara, Cezario, Ronzani & Lourenço, 2010). A Organização Mundial de Saúde (2002) enfatiza a necessidade de reconhecer a imensa parte invisível da violência que não resulta necessariamente em mortes ou lesões graves, mas oprime e gera danos físicos, psicológicos e sociais nos indivíduos que se encontram submetidos de forma crônica aos abusos. É o caso das violências domésticas e intrafamiliares, com agressões físicas, sexuais e

psicológicas, além da privação e negligência, que acometem, sobretudo, mulheres, crianças e idosos.

Um recente estudo bibliométrico (Bhona, Lourenço & Brum, 2011) sobre violência doméstica indicou que a mulher destaca-se como a principal vítima entre as publicações analisadas no período de 2006 a 2009. Estima-se que uma a cada cinco mulheres sofrem alguma forma de violência durante a vida, podendo levar à lesão grave ou morte. Além disso, em cerca de um quarto dos casos, o abuso sexual também ocorre (UN Millennium Project, 2005). Dados da Pesquisa Nacional por Amostragem Domiciliar (PNAD) indicam que 63% dos casos de agressão

física ocorridos nos domicílios tiveram como vítima o sexo feminino (Brasil, 2002a). Os agressores, em sua grande maioria, são conhecidos, sendo identificados com maior frequência como maridos, companheiros ou parentes próximos. Estudos em todo o mundo apontam uma elevada prevalência e variabilidade da violência entre parceiros íntimos, entre 15 a 71% (Ellsberg, Jansen, Heise, Watts & Garcia-Moreno, 2008; Garcia-Moreno, Jansen, Ellsberg, Heise & Watts, 2006, Schraiber et al., 2007; Vieira, Perdona & Santos, 2011).

Alguns aspectos destacam-se no que diz respeito às barreiras para a realização de ações que promovam mudanças (Organização Mundial de Saúde, 2002). Nem sempre a vítima do dano percebe o ato como violento. Ainda, outro fator relevante é a postura dos profissionais diante dos casos de violência doméstica. O respeito à pessoa que sofreu violência nem sempre é observado nos diversos serviços existentes. É comum as mulheres serem responsabilizadas ou culpadas por isso. Essa conjuntura dificulta a tomada de atitudes por parte das mulheres, tanto para denunciar as agressões, quanto para reagir de maneira efetiva modificando a situação vivida (Brasil, 2002b).

Nesse sentido, estudos e intervenções que avaliem e busquem promover mudanças nas crenças e atitudes dos profissionais atuantes em situações de violência doméstica tornam-se relevantes, na medida em que estas mudanças podem influenciar ações adequadas para prevenção e promoção de saúde de vítimas e demais pessoas envolvidas.

Portanto, o Programa Saúde da Família (PSF) encontra-se em posição privilegiada para atuação preventiva da violência doméstica, devido à proximidade com a comunidade local, à atuação intersetorial, ao estabelecimento de parcerias, ao diálogo constante com diferentes setores e, primordialmente, à responsabilidade na promoção da saúde.

No estudo da violência doméstica, uma análise das crenças dos profissionais que lidam diretamente com este fenômeno se torna importante (Gebara et al., 2010), já que elas se constroem a partir da experiência direta (Cavazza, 2008; Krüger, 1995). Partindo do pressuposto de que as crenças determinam o modo como o ser humano se posiciona e reage diante de situações, e a forma como o profissional de saúde concebe a violência doméstica influencia o modo como o mesmo atuará frente ao problema (Sinclair, 2010), o presente estudo teve como objetivo avaliar as crenças e suas possíveis mudanças dos profissionais

de saúde em relação à violência doméstica em serviços de Atenção Primária à Saúde, por meio de uma metodologia de intervenção voltada para a capacitação destes profissionais para atuarem de forma preventiva.

## **Materiais e Métodos**

A presente pesquisa está inserida em um projeto do Polo de Pesquisas em Psicologia Social e Saúde Coletiva (POPSS), da Universidade Federal de Juiz de Fora, iniciado em 2009, intitulado “Avaliação de Processo sobre Prática de Prevenção ao Uso de Drogas e Violência Doméstica em Serviços de Atenção Primária à Saúde”. A pesquisa ocorreu em quatro municípios de pequeno porte da Zona da Mata Mineira, com menos de 40.000 habitantes. A escolha dos mesmos justificou-se pelas características dos sistemas de saúde locais, organizados de forma horizontal, com uma maior proximidade entre gestores, profissionais e usuários dos serviços se comparados a municípios maiores, o que facilita a avaliação e o acompanhamento das atividades.

Foram definidos os seguintes critérios de elegibilidade para os municípios participantes: aceite formal da Secretaria Municipal de Saúde em participar do projeto; capacitação das equipes de PSF completas; disponibilização de horas de trabalho dos profissionais para participarem da parte presencial da capacitação; maior número de profissionais inscritos; municípios com menos de 40.000 habitantes e ter PSF implantado no município.

Após contato com os gestores das Secretarias Municipais de Saúde, para autorização e apoio à efetivação do projeto, realizou-se uma sensibilização, por meio de reuniões com os setores: conselhos municipais de saúde, conselhos tutelares, delegacias, assistência social, comunidade civil organizada (AA), gestores e coordenadores de saúde e outros setores importantes para o processo. Num segundo momento, os profissionais selecionados para participarem deste estudo, assim como os gestores e facilitadores, passaram por uma capacitação sobre práticas de prevenção ao uso de substâncias psicoativas e violência doméstica, divididos em três módulos de aproximadamente quatro horas.

Quanto à violência doméstica, o treinamento buscou desenvolver competências conceituais, comunicativas, interpessoais e políticas dos profissionais em relação ao impacto da violência sobre a saúde; às ações de prevenção; ao atendimento das

vítimas e ao gerenciamento de ações. O conteúdo da capacitação foi baseado em materiais de orientação para profissionais de saúde, elaborados e publicados pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2002a,b). Foram apresentados e discutidos conceitos e crenças referentes à violência doméstica de uma forma geral, enfatizando o papel da mulher neste contexto, por ser esta a forma mais frequente de violência sofrida pelas mulheres. Além disso, estas são as principais usuárias de serviços de saúde, especialmente os da atenção primária (Schraiber et al., 2003), o que poderia favorecer a execução de ações preventivas.

### *Instrumentos*

Para a realização deste estudo foram utilizados dois instrumentos, sendo os mesmos aplicados antes e após a capacitação. Isso ocorreu antes da sensibilização em cada município, para que fosse possível avaliar as crenças dos profissionais antes da capacitação. Antes do uso, tendo em vista que muitos profissionais demonstraram dúvidas ou mesmo desconhecimento acerca do projeto, realizou-se primeiramente uma explanação sobre o mesmo e seu objetivo. Em seguida, os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido devidamente aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora e receberam as instruções relativas ao preenchimento.

### *Questionário sociodemográfico*

Houve um questionário sociodemográfico composto por 25 questões, com o objetivo de caracterização da amostra. Destas, foram analisadas as variáveis: gênero, estado civil, composição familiar, escolaridade, profissão, local de trabalho e participação prévia em algum tipo de treinamento.

### *Questionário sobre práticas de prevenção à violência doméstica*

O questionário é composto por uma primeira parte, que avalia as práticas de prevenção à violência doméstica e, uma segunda, que analisa as crenças dos profissionais quanto à tal situação. Este instrumento foi utilizado em pesquisas anteriores que avaliaram as crenças dos profissionais da atenção primária em relação à prevenção ao uso de substâncias psicoativas (Ronzani et al., 2008, 2009), e realizou-se uma adaptação livre do mesmo para a violência doméstica.

No presente estudo foram adaptadas e analisadas 36 questões sobre atitudes e crenças dos profissionais com relação aos problemas devido à violência doméstica pelos seus pacientes, com respostas em uma escala do tipo Likert de cinco e quatro pontos. Foram apresentadas afirmações sobre: como lidar com tais vítimas; o papel do profissional da atenção primária em detectar pacientes com problemas relacionados à violência doméstica; o interesse profissional sobre o padrão da violência doméstica e os riscos de saúde relacionados a isso ou o aconselhamento para diminuir ou pará-la e o grau de confiança que o profissional tem na sua habilidade em desempenhar determinadas atividades. O participante era orientado a ler cada uma das questões, assinalando numa escala de um a cinco, em que um correspondia a “discordo totalmente” e cinco a “concordo totalmente”, ou um a quatro, na qual um correspondia a “sem confiança” e quatro à “bastante confiança”, aquela que melhor descrevia como ele se sentia.

Em seguida, os participantes assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido e receberam instruções relativas ao preenchimento.

### *Análise de dados*

Os questionários foram digitados no software *Statistical Package for the Social Science* (SPSS, versão 15) para organização das variáveis e construção de um banco de dados. Possíveis erros de digitação e inconsistência dos dados foram conferidos e corrigidos. Posteriormente, iniciaram-se as análises estatísticas descritivas pelo cálculo das frequências absoluta (f) e relativa (%) para as variáveis categóricas.

Partiu-se para as análises inferenciais a fim de testar as hipóteses de que algumas crenças e atitudes dos profissionais de APS sofreriam mudanças após a capacitação proposta. Para tanto, foram comparadas as respostas de cada item do questionário sobre crenças e atitudes relativas à violência doméstica, aplicados antes e após a capacitação. Os itens avaliados a partir de escalas do tipo Likert de cinco pontos, com respostas variando de “discordo totalmente” a “concordo totalmente”, foram recategorizados em três pontos (discordância, neutro e concordância). Já aqueles por escalas do tipo Likert de quatro pontos, referentes à confiança dos profissionais em realizar ações de prevenção em violência doméstica, que variavam de nenhuma à muita confiança, foram recategorizadas em dois pontos (“Nenhuma/muito pouca confiança” e “pouca/ muita confiança”).

Assim, pretendeu-se observar se existia uma mudança de algum tipo de concordância para discordância, pois dessa forma os resultados possuem maior relevância prática a fim de direcionar uma futura capacitação. Mudanças tênues entre os níveis de discordância — “discordo totalmente” para “discordo parcialmente” — seriam insuficientes para avaliar a mudança efetiva de uma crença.

## Resultados

Participaram do estudo 65 profissionais do PSF, em sua maioria do sexo feminino (84,6%), sendo que 58,5% não possuíam cônjuge/companheiro e 60% não tinham filhos. Com relação à escolaridade, 53,8% tinham concluído o ensino médio; 27,7%, ensino técnico e 10,8%, curso superior. No que tange à ocupação dos profissionais no PSF, predominaram os agentes comunitários de saúde (72,3%), seguidos de técnicos ou auxiliares de enfermagem (13,8%), enfermeiros (6,2%), médicos (3,1%), técnicos em saúde bucal (3,1%) e dentistas (1,5%).

### *Como lidar com vítimas de violência doméstica*

Em relação a como lidar com vítimas de violência doméstica (Tabela 1), nove profissionais (13,8%) afirmaram conhecer o suficiente sobre as causas dos problemas relacionados ao fenômeno antes da capacitação, sendo que, após a mesma, 18 (27,7%) passaram a concordar com esta afirmação ( $\chi^2=9,46$ ;  $p=0,02$ ).

Quando questionados quanto ao aconselhamento, antes da capacitação 15 profissionais (24,6%) mencionaram que podiam orientar apropriadamente seus pacientes sobre a violência doméstica e seus efeitos, sendo que após a capacitação 27 deles (43,1%) passaram a concordar com tal afirmação ( $\chi^2=12,69$ ;  $p=0,01$ ).

Antes da capacitação, 15 sujeitos (24,6%) concordaram com a afirmação de que não tinham muito a oferecer aos pacientes vítimas de violência doméstica e, após a mesma, nove (13,8%) passaram a afirmar o mesmo. Destaca-se que os profissionais não passaram a discordar, mas passaram a ocupar um posicionamento neutro ( $\chi^2=8,64$ ;  $p=0,04$ ).

### *Papel do profissional*

Em relação ao papel do profissional (Tabela 2), 11 respondentes (17,2%) afirmaram estarem muito ocupados

com outros problemas de saúde e, após a capacitação, 13 (20,3%) passaram a concordar com esta afirmação. Apesar disso, após o treinamento, o número de profissionais que discordavam diminuiu — de 46 (71,9%) para 30 (46,9%) profissionais. Este dado indica que os mesmos passaram a se posicionar de forma neutra — antes da capacitação sete (10,9%) não concordavam, nem discordavam, ao passo que após este número passou para 21 (32,8%), com  $\chi^2=13,95$ ;  $p=0,003$ .

### *Interesse*

Já sobre o interesse do profissional ao padrão de violência doméstica, aos riscos de saúde relacionados e ao aconselhamento (Tabela 3), no que diz respeito a não saber abordar efetivamente os pacientes para reduzir a violência doméstica, 31 profissionais (47,7%) concordavam com a afirmação e, após a capacitação, este número passou para 20 (30,8%). Houve um aumento daqueles que começaram a discordar da afirmação, bem como daqueles que se posicionaram de maneira neutra ( $\chi^2=8,37$ ;  $p=0,04$ ).

Antes da capacitação, 15 indivíduos (24,2%) concordavam que não havia tempo suficiente para aconselhar os pacientes sobre a violência doméstica e após, 13 profissionais (21,0%) concordaram com tal afirmação. Em contrapartida, houve decréscimo do número de profissionais que discordavam disso após a capacitação — de 40 (64,5%) para 32 (51,6%). Ressalta-se, portanto, a mudança ocorrida com relação a uma posição neutra, que foi de 7 (11,3%) para 17 (27,4%) profissionais após a capacitação ( $\chi^2=7,68$ ;  $p=0,05$ ).

### *Confiança*

Já sobre a confiança que os profissionais de saúde sentem em sua habilidade para lidar com casos de violência doméstica, os resultados não apontaram mudanças significativas quando comparados os dados coletados antes e após a capacitação.

Assim, é possível destacar alguns dados que não dizem respeito ao impacto da capacitação, mas como os profissionais se posicionaram em relação a este item, tendo como referência as respostas coletadas após a capacitação. Quando questionados a respeito de fazer perguntas de natureza pessoal ou delicadas ao entrevistar um paciente, 35 (54,7%) profissionais disseram ter nenhuma ou pouca confiança, enquanto 29 (45,3%) afirmaram ter pouca ou muita. Portanto, esta é aquela ação em que os profissionais demonstraram ter menos confiança

**Tabela 1.** *Como lidar com vítimas de violência doméstica.*

<b>E) Eu acho que conheço o suficiente sobre as causas dos problemas relacionados à violência doméstica para desempenhar meu papel ao lidar com as vítimas (n=65).</b>			
<b>Respostas</b>	<b>Antes n (%)</b>	<b>Depois n (%)</b>	<b>Teste McNemar-Bowker</b>
Discordam	37 (57,0)	24 (36,9)	$\chi^2=9,46$ ; p=0,02
Neutros	19 (29,2)	23 (35,4)	
Concordam	09 (13,8)	18 (27,7)	
<b>F) Eu acho que posso aconselhar apropriadamente meus pacientes sobre a violência doméstica e seus efeitos (n=63).</b>			
<b>Respostas</b>	<b>Antes n (%)</b>	<b>Depois n (%)</b>	<b>Teste McNemar-Bowker</b>
Discordam	24 (37,7)	13 (20,0)	$\chi^2=12,69$ ; p=0,01
Neutros	24 (37,7)	23 (36,9)	
Concordam	15 (24,6)	27 (43,1)	
<b>G) Eu acho que não tenho muito a oferecer aos pacientes vítimas de violência doméstica (n=62).</b>			
<b>Respostas</b>	<b>Antes n (%)</b>	<b>Depois n (%)</b>	<b>Teste McNemar-Bowker</b>
Discordam	27 (43,1)	20 (32,3)	$\chi^2=8,64$ ; p=0,04
Neutros	20 (32,3)	33 (53,9)	
Concordam	15 (24,6)	09 (13,8)	

**Tabela 2.** *Papel do profissional de atenção primária em detectar pacientes com problemas relacionados à violência doméstica.*

<b>H) Os profissionais de atenção primária já estão muito ocupados com os problemas de saúde (n=64).</b>			
<b>Respostas</b>	<b>Antes n (%)</b>	<b>Depois n (%)</b>	<b>Teste McNemar-Bowker</b>
Discordam	46 (71,9)	30 (46,9)	$\chi^2=13,95$ ; p=0,003
Neutros	07 (10,9)	21 (32,8)	
Concordam	11 (17,2)	13 (20,3)	

**Tabela 3.** *Interesse profissional sobre o padrão da violência doméstica, os riscos de saúde relacionados e o aconselhamento para diminuir ou pará-la.*

<b>C) Eu não sei como eu abordaria efetivamente os pacientes para reduzir a violência doméstica (n=65).</b>			
<b>Respostas</b>	<b>Antes n (%)</b>	<b>Depois n (%)</b>	<b>Teste McNemar-Bowker</b>
Discordam	15 (23,1)	21 (32,3)	$\chi^2=8,37$ ; p=0,04
Neutro	19 (29,2)	24 (36,9)	
Concordam	31 (47,7)	20 (30,8)	
<b>E) Não há tempo suficiente para aconselhar os pacientes sobre a violência doméstica (n=62).</b>			
<b>Respostas</b>	<b>Antes n (%)</b>	<b>Depois n (%)</b>	<b>Teste McNemar-Bowker</b>
Discordam	40 (64,5)	32 (51,6)	$\chi^2=7,68$ ; p=0,05
Neutro	7 (11,3)	17 (27,4)	
Concordam	15 (24,2)	13 (21,0)	

para realizar. Em contrapartida, fazer perguntas usando um questionário de detecção de violência doméstica foi o item no qual os respondentes apontaram ter maior confiança para executar — 16 (24,6%) participantes responderam ter nenhuma ou pouca confiança e 49 (75,4%), pouca ou muita confiança.

## Discussão

Os resultados demonstraram que, no que diz respeito a lidar com vítimas de violência doméstica, os profissionais têm mais conhecimento sobre as causas e o aconselhamento às vítimas, com participação na capacitação. Ao passo que diminuiu o número de profissionais que acreditavam não terem muito a oferecer aos pacientes em situação de violência doméstica. Nesse sentido, o conteúdo e a forma de apresentação da capacitação parecem ter sensibilizado os profissionais sobre aspectos teóricos relevantes, bem como a importância de sua contribuição no atendimento a pacientes envolvidos neste tipo de situação.

Esses dados convergem com estudos que indicaram que vários profissionais acreditam não haver nada a ser feito, atribuindo à falta de credibilidade que têm em outros setores. Essa crença contribui para a falta de comprometimento em relação à detecção e ao encaminhamento, bem como ao trabalho em rede. Além disso, tais estudos apontam barreiras pessoais dos profissionais como fator que desfavorece a implementação de ações adequadas para enfrentar a violência doméstica nos serviços de saúde. Destacam-se, entre elas, o sentimento de impotência frente à situação, bem como o receio da reação do agressor diante de alguma intervenção (Rodríguez-Bolaños, Márquez-Serrano & Kageyama-Escobar, 2005; Kiss, 2004; De Ferrante, Santos & Vieira, 2009). Isso corrobora também com, um estudo encontrado sobre crenças dos profissionais de saúde, realizado em município da mesma região da presente pesquisa, no qual foi apontado que em relação às providências tomadas diante da suspeita ou confirmação do ato violento, os agentes comunitários de saúde admitiram não tomar nenhuma nos casos de violência doméstica, apresentando como principais entraves a falta de apoio e o acompanhamento dos órgãos jurídicos e o medo denunciar, justificado pelo possível comprometimento na comunidade onde vivem e trabalham (Lourenço et al., 2010).

Segundo Moura e Reichenheim (2005), a violência doméstica não é identificada nas abordagens rotineiras dos serviços de saúde, por estas serem

baseadas em práticas curativas que se fundamentam na observação de sinais e sintomas. Dessa forma, a violência, manifestada de forma mais clara em casos mais agressivos, pode mais facilmente ser detectada pelo profissional, o que não ocorre em casos menos evidentes e que podem se tornar mais graves no futuro. Os treinamentos e as capacitações que visem desenvolver a habilidade do profissional para realizar ações de prevenção à violência doméstica devem, portanto, enfatizar a importância do mesmo em se interessar em abordar questões que apontem sinais da existência de possíveis relações violentas, independente da observação de agressões claras. Partindo para a possibilidade de se intervir antes que estas ocorram.

Pesquisas sobre práticas dos profissionais das equipes de saúde da família voltadas para mulheres em situação de violência sexual aponta a necessidade de discutí-la na rotina dos serviços, capacitando os profissionais e realizando um trabalho com outras instituições e setores envolvidos (Oliveira, 2005). Tal fato também foi apontado em um estudo realizado com profissionais de saúde, em relação a suas crenças sobre violência contra crianças e adolescentes (Gebara & Lourenço, 2008). Nesse, a maior parte dos profissionais afirmou nunca ter recebido nenhum tipo de capacitação, deixando clara a inexistência de uma política de treinamento científico para a violência doméstica no local pesquisado.

Algumas razões são apontadas pela literatura para a baixa identificação de casos de violência intrafamiliar ou doméstica, entre elas a formação e atuação do profissional de saúde, que deve estar sensibilizado ao problema, tendo em vista que muitos casos não se apresentam de forma clara. Além disso, também podem ser citados: a percepção de que o tempo é insuficiente para o atendimento, a crença de que não existem recursos disponíveis para oferecer às vítimas, o receio em abordar o assunto, o ato de acreditar que isso não faz parte de sua função e o sentimento de impotência frente às situações (Moura & Reichenheim, 2005).

Quanto ao interesse do profissional, os resultados indicaram que a capacitação pode ter contribuído de alguma forma para que o profissional se sentisse apto a abordar os pacientes em relação à violência doméstica, tendo em vista o decréscimo de profissionais que concordavam com a afirmação de que não sabem abordar os pacientes quanto à questão. Por outro lado, pode esclarecer melhor a respeito de como vítimas podem ser auxiliadas antes de apresentarem claramente agressões.

Os resultados indicaram que, após a capacitação, tanto os profissionais que concordavam, como aqueles

que discordavam, passaram a se posicionar de forma neutra em relação à afirmativa de que não há tempo suficiente para aconselhar pacientes sobre violência doméstica. Destaca-se a necessidade de maior esclarecimento de que o aconselhamento pode ser realizado de forma efetiva e breve e que esta ação pode favorecer uma melhora da saúde global do paciente, aprimorando uma atuação preventiva e de promoção de saúde. Apesar da mudança descrita, esta não foi uma crença presente para a maioria dos profissionais. Esse dado vai de encontro com resultados de outros estudos, que apontam a ideia de que não existe tempo suficiente para tratar da questão nos atendimentos (Moura & Reichenheim, 2005, Moreira et al., 2008).

Em relação à confiança que os profissionais de saúde sentem em sua habilidade para lidar com casos de violência doméstica, os resultados não apontam mudanças significativas quando são comparados os dados coletados antes e após a capacitação. Vale enfatizar que a proposta do projeto de disseminação das práticas de prevenção, no qual se insere este estudo, era introduzir a temática da violência doméstica, com o intuito de sensibilizar o profissional de saúde de que a temática está intimamente relacionada à sua prática, e sua atuação poderia favorecer significativamente a prevenção, tanto no que tange ao agravamento de casos existentes, quanto ao aparecimento de novos.

Tendo isso em vista, esta pesquisa não foi suficiente para desenvolver o sentimento de confiança nos profissionais, o que, talvez, demandasse um maior aprofundamento do conteúdo apresentado, bem como uma atuação de mobilização da rede dos municípios que integraram o projeto. A complexidade do fenômeno exige o envolvimento de outros setores para o desenvolvimento de soluções integradas (Malta et al., 2007; Andrade & Fonseca, 2008).

Segundo recomendação feita no Manual de Recursos e Estratégias de Combate à Violência Doméstica da Organização das Nações Unidas (2003), somente com informação precisa será possível promover formação adequada para dar seguimento ao desenvolvimento de propostas efetivas de combate à violência. O conhecimento e a credibilidade, na rede de enfrentamento à violência doméstica, por parte do profissional de saúde, podem contribuir significativamente para que o mesmo se interesse e se sinta confiante em realizar ações nesse sentido. Destaca-se a fragilidade da rede dos municípios em que este estudo foi realizado, o que pode refletir na confiança que o profissional

sente para realizar ações preventivas propostas na capacitação realizada, tal como detectar casos de forma rotineira nos atendimentos.

Os resultados de um estudo apontam as limitações dos profissionais para identificar possíveis casos de violência (Moreira et al., 2008), no qual os profissionais entrevistados apresentaram dificuldades no que se refere à identificação, ao atendimento e ao encaminhamento de mulheres em situação de violência para os serviços especializados, o que reforça a ideia por parte dos profissionais de que estes não estão capacitados o suficiente para lidar com este problema.

Aponta-se como limitação deste estudo o tamanho da amostra, sendo relevante enquanto uma experiência piloto, que inseriu a temática da violência doméstica em projeto de disseminação das práticas de prevenção ao uso de substâncias psicoativas. São necessárias futuras pesquisas que permitam maior extrapolação dos resultados, bem como a investigação de crenças dos profissionais da atenção primária à saúde em relação à violência doméstica, visando analisar a associação entre a modificação de tais crenças e mudanças em termos de realização de intervenções preventivas por parte dos profissionais em questão. Sugere-se também, a partir dos resultados observados, a avaliação de impacto dos desdobramentos mencionados, de elaboração e distribuição de material didático e uma intervenção mais voltada para instrumentalizar os profissionais no rastreamento da violência doméstica.

## Referências

- Andrade, C. J. M. & Fonseca, R. M. G. S. (2008). Considerações sobre violência doméstica, gênero e o trabalho das equipes de saúde da família. *Revista da Escola de Enfermagem*, 42, 591-595.
- Bhona, F. C., Lourenço, L. M. & Brum, C. R. S. (2011). Violência Doméstica: um estudo bibliométrico. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, Rio de Janeiro, 63, 1-110.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. (2002a). *Avaliação da Implementação do Programa Saúde da Família em Dez Grandes Centros Urbanos síntese dos principais resultados*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. (2002b). *Violência intrafamiliar: orientações para prática em serviço*. Cadernos de Atenção Básica Nº 8. Série A — Normas e Manuais Técnicos; nº 131. Brasília: Ministério da Saúde.

- Cavazza, N. (2008). *Psicologia das atitudes e das opiniões*. São Paulo: Edições Loyola.
- De Ferrante, F. G., Santos, M. A. & Vieira, E. M. (2009). Violência contra a mulher: percepção dos médicos das unidades básicas de saúde da cidade de Ribeirão Preto, São Paulo. *Interface Comunicação Saúde Educação*, 13, 287-299.
- Ellsberg, M., Jansen, H. A. F. M., Heise, L., Watts, C. H. & Garcia-Moreno, C. (2008). Intimate partner violence and women's physical and mental health in the WHO multi-country study on women's health and domestic and domestic violence: an observational study. *Lancet*, 371, 1165-1172.
- Garcia-Moreno, C., Jansen, H. A. F. M., Ellsberg, M., Heise, L. & Watts, C. H. (2006). Prevalence of intimate partner violence: findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. *Lancet*, 368, 1260-1269.
- Gebara, C. F. P. & Lourenço, L. M. (2008). Crenças dos Profissionais de Saúde sobre Violência Doméstica contra Crianças e Adolescentes. *Psicologia em Pesquisa*, 2, 27-39.
- Gebara, C. F. P., Cezario, A. C. F., Ronzani, T. M. & Lourenço, L. M. (2010). Violência Doméstica Praticada Contra Crianças e Adolescentes Segundo Crenças de Profissionais da Saúde. *Actas do VII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia*, Universidade do Minho, Portugal.
- Kiss, L. B. (2004). *Temas médico-sociais e a intervenção em saúde: a violência contra mulheres no discurso dos profissionais* (Dissertação de Mestrado). São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.
- Krüger, H. R. (1995). *Psicologia das Crenças: Perspectivas Teóricas*. Tese (Concurso para professor titular de Psicologia Social). Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro.
- Lourenço, L. M., Brum, C. R. S., Cruvinel, E., Gebara, C. F. P., Almeida, A. A., Cezario, A. C. F., Basílio, C. & Senra, L. X. (2010). *Violência Doméstica: O que é. O que fazer. Como prevenir*. Desenvolvimento de material didático ou instrucional – Folder.
- Malta, D. C., Lemos, M. S. A., Silva, M. M. A., Rodrigues, E. M. S., Gazal-Carvalho, C. & Neto, O. L. M. (2007). Iniciativas de vigilância e prevenção de acidentes e violência no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS). *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 16, 45-55.
- Moreira, S. N. T., Galvão, L. L. L. F., Melo, C. O. M. & Azevedo, G. D. (2008). Violência física contra a mulher na perspectiva de profissionais de saúde. *Revista de Saúde Pública*, 42, 1053-1059.
- Moura, A. T. M. S. & Reichenheim, M. E. (2005). Estamos realmente detectando violência familiar contra a criança em serviços de saúde? A experiência de um serviço público do Rio de Janeiro, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 21, 1124-1133.
- Oliveira, C. C. (2005). *Práticas dos profissionais de saúde da família voltadas para mulheres em situação de violência sexual: uma abordagem de gênero* (Tese). São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.
- Organização das Nações Unidas. (2003). Centro para o Desenvolvimento Social e Assuntos Humanitários — Gabinete das Nações Unidas de Viena. *Estratégias de combate à violência doméstica: manual de recursos/ONU*. 128p. (E. F. G. Barros, Trad.). Lisboa: Direcção-Geral da Saúde.
- Organização Mundial de Saúde. (2002). *Relatório mundial sobre violência e saúde*. Brasília: OMS/OPAS.
- Rodríguez-Bolaños, R. A., Márquez-Serrano, M. & Kageyama-Escobar, M. L. (2005). Violencia de género: actitud y conocimiento del personal de salud de Nicaragua. *Salud Publica Mexico*, 47, 134-144.
- Ronzani, T. M., Amaral, M. B., Souza-Formigoni, M. L. O. & Babor, T. F. (2008). Evaluation of a training program to implement alcohol screening, brief intervention and referral to treatment in primary health care in Minas Gerais, Brazil. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, 25, 529-538.
- 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.
- Schraiber, L. B., D'Oliveira, A. F. P. L., Hanada, H., Figueiredo, W., Couto, M., Kiss, L., Durand, J. & Pinho, A. (2003). Violência vivida: a dor que não tem nome. *Interface (Botucatu)*, 7, 41-54.
- Schraiber, L. B., D'Oliveira, A. F. P. L., França Jr, I., Diniz, S., Portella, A. P., Ludermir, A. B., Valença, O. & Couto, M. T. (2007). Prevalência da violência contra a mulher por parceiro íntimo em regiões do Brasil. *Revista de Saúde Pública*, 41, 797-807.

- Sinclair, D. (2010). Introdução à Violência Contra a Mulher. In L. C. A., Williams, J. M. D., Maia, & K. S. A., Rios, (orgs), *Aspectos Psicológicos da Violência: pesquisa e intervenção cognitivo-comportamental* (pp. 69-83). Santo André: ESETec.
- UN Millennium Project. (2005). Taking Action: Achieving Gender Equality and Empowering Women. *Task Force on Education and Gender Equality*. EARTHSCAN. London, Va.
- Vieira, E. M., Perdoná, G. S. C. & Santos, M. A. (2011). Fatores associados à violência física por parceiro íntimo em usuárias de serviços de saúde. *Revista de Saúde Pública*, 45, 730-737.

**Endereço para correspondência:**

Camila Resende Soares Brum  
Avenida Marechal Deodoro, 230, 5º andar – Centro  
CEP 36013-000 – Juiz de Fora/MG  
E-mail: resendecamila@gmail.com

Recebido em 21/09/2012

Revisto em 22/11/2012

Aceito em 16/05/2013

- \* Pesquisa financiada pela Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais.  
Agradecimentos: Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais, colaboradores e bolsistas de iniciação científica do Polo de Psicologia Social e Saúde Coletiva que participaram do projeto: Leonardo Fernandes Martins, Erica Cruvinel, Daniela Cristina Belchior Mota, Ana Cláudia Ferreira Cezário, Marina de Castro Oliveira, Tamires Jordão Laport e Tassiana Cristina Mendes Miranda.

## Revisão Bibliométrica das Produções Acadêmicas sobre Suicídio entre 2002 e 2011\*

Bibliometric Review of Academic Production about Suicide between 2002 and 2011

Joanneliese de Lucas Freitas<sup>1</sup>  
Aneliana da Silva Prado<sup>1</sup>  
Bruna Mathias<sup>1</sup>  
Géssica Ribeiro Greschuck<sup>1</sup>  
José Dequech Neto<sup>1</sup>

### Resumo

O suicídio é um grave problema de Saúde Pública que exige dos órgãos de saúde a construção de políticas de prevenção e intervenção. O presente trabalho buscou construir um panorama sobre a literatura na área que aponte tendências e lacunas que possam revelar necessidades e carências na abordagem do tema. Analisaram-se 762 trabalhos, em português e espanhol, produzidos entre 2002 e 2011. A área da saúde apresenta o maior volume de estudos, com destaque para a Psicologia e para os estudos que relacionam o suicídio e as psicopatologias. Há um alto índice de estudos teóricos, evidenciando uma necessidade de incremento das publicações que contribuam para a construção de políticas públicas de prevenção e gerenciamento do fenômeno em populações específicas.

**Palavras-chave:** Suicídio; bibliometria; psicologia.

### Abstract

Suicide is a serious Public Health problem which requires from health agencies policies for prevention and intervention. This study aimed to construct an overview of the literature in this area which point trends and blanks that may reveal needs and gaps in addressing the issue. We analyzed 762 papers, produced between 2002 and 2011. The highest volume of works are located in health studies, with highlight to Psychology and to the studies that correlate suicide and psychopathologies. There is a great number of theoretical studies that evidence the need for increasing publications with approaches that contribute to public policies for suicide prevention and management in specific populations.

**Keywords:** Suicide; bibliometric; psychology.

<sup>1</sup>Universidade Federal do Paraná (Curitiba), Brasil

É fato que o suicídio é um fenômeno crescente na atualidade. Presume-se que, nos últimos 50 anos, as taxas de morte por suicídio tenham aumentado aproximadamente 60% (Organização Mundial da Saúde [OMS], 2006; 2012). Pode-se afirmar que essa é uma das três causas de morte mais frequentes em muitos países do mundo, variando conforme sexo, idade e raça. Segundo a OMS, o suicídio é atualmente compreendido como grave problema de Saúde Pública. Nos últimos anos, a redução da perda de vidas devido a suicídios tornou-se um dos objetivos principais da Saúde Pública internacional.

Nesse cenário, políticas tanto de prevenção quanto de atendimento apropriado às vítimas e suas famílias têm sido construídas internacional e nacionalmente (OMS, 2006). Segundo dados publicados pelo Ministério da Saúde (2009), 1,4% do ônus global ocasionado por doenças no ano de 2002 deveram-se a tentativas de suicídio. Além de ser a sexta causa de

incapacitação em pessoas entre 15 e 44 anos, estima-se que, em 2020, esse ônus chegará a 2,4%, atingindo um total de 1,5 milhões de pessoas (OMS, 2004; 2012). Apesar da urgência de compreensão do fenômeno do suicídio apontada pelos órgãos de atenção à saúde, a literatura sinaliza que há uma baixa produção acadêmica sobre avaliação de risco, prevenção e intervenção em crise (Mayor & Carvalho, 2012; Seminotti, Paranhos & Thiers, 2006).

As taxas de suicídio normalmente são especificadas por faixa etária, gênero e raça (Bahls & Botega, 2007). No Brasil, o coeficiente de mortalidade da população geral está em torno de 4,5 por 100 mil habitantes/ano (Ministério da Saúde [MS], 2009). Segundo Waiselfisz (2011), o Brasil ocupa a 73ª posição em taxa de suicídios e, na população jovem, o 60º lugar em relação a outros países, na população total. O Brasil apresenta taxas de suicídios relativamente baixas, tanto na sua população total (4,9 para cada 100 mil

habitantes em 2008) quanto entre seus jovens (5,1 a cada 100 mil jovens em 2008) (Mello-Santos, Bertolote & Wang, 2005; Waiselfisz, 2011). Diferentemente, o MS (2009) considera que, comparativamente, em termos relativos, embora esse coeficiente pareça baixo, o problema ganha maior proporção ao se observar o elevado número absoluto de mortes por suicídio, que está entre os dez maiores do mundo. Em 2005, houve no país 8.550 suicídios oficialmente registrados, o que representa uma morte a cada hora, diariamente. Enquanto no mundo os suicídios juvenis são menos frequentes que os suicídios adultos, no Brasil há predominância de suicídio entre idosos (Lovisi, Santos, Legay, Abelha & Valencia, 2009; Mello-Santos et al., 2005; Minayo, Cavalcante, Mangas & Souza, 2011; Waiselfisz, 2011).

Segundo dados do MS (2009), deixando-se à margem o problema da subnotificação, o suicídio responde por 0,8% de todos os óbitos registrados da população brasileira. Na faixa etária dos 14 aos 35 anos, essa porcentagem chega a 3%. Para cada suicídio há, em média, cinco ou seis pessoas próximas ao falecido que sofrem consequências emocionais, sociais e econômicas, o que demonstra o tamanho do impacto desse evento (MS, 2009). Ademais, estima-se que, para cada suicídio consumado, existam de oito a dez vezes mais tentativas, que podem deixar sequelas irreparáveis, além de ser fator de risco para novas tentativas que poderão ser “bem-sucedidas” (Cassorla, 1986; Dutra, 2000). Dados recentes da OMS apontam para até 20 vezes mais tentativas frustradas para cada suicídio que podem resultar em lesões e traumas emocionais (OMS, 2004; 2012). No que diz respeito ao âmbito nacional, o MS (2009) também aponta o problema da subnotificação e enfatiza que o número de tentativas supera em pelo menos 10 vezes o número de suicídios consumados, chegando a 50 vezes mais entre a população jovem.

A literatura sobre a epidemiologia do suicídio aponta que o panorama nacional é complexo e heterogêneo. As regiões Sul e Centro-Oeste apresentam as maiores taxas de suicídio no país e seus respectivos estados Rio Grande do Sul e Mato Grosso do Sul são expoentes da maior concentração de taxa de suicídios do Brasil em comparação à população total (Lovisi et al., 2009; Mello-Santos et al., 2005; Waiselfisz, 2011). No mapa da violência de Waiselfisz (2011), Roraima, embora não se localize nessas regiões, aparece como o estado que tem o maior índice de suicídio na população jovem (neste estudo, a população jo-

vem compreende a idade entre 15 e 24 anos e a não jovem, a de zero a 14 e 25 e mais anos). Observou-se também que as capitais tiveram aumento menor que o interior dos estados (33,5% para os estados e 7,7% para as capitais) e que, entre a população jovem, essa diferença é ainda maior. Esse é um fenômeno global que foi denominado pelo autor como “interiorização da violência”. Destaca-se o fato de que as cidades com maior número de suicídios são locais de assentamento de comunidades indígenas.

Dentre as três maiores causas de mortalidade violenta (acidentes de trânsito, homicídios e suicídios), os suicídios são os que mais cresceram em proporção tanto para a população total quanto para a jovem (Lovisi et al., 2009; Mello-Santos et al., 2005; Waiselfisz, 2011). Tal dado é alarmante e corrobora a importância de se falar sobre o suicídio, superando-se os tabus aí envolvidos, principalmente quando se nota a unânime ressalva na literatura de que esses dados estejam subestimados, seja em função da subnotificação, seja porque são registrados como acidentes, causa indeterminada ou ainda como outros tipos de *causa mortis* (Bahls & Botega, 2007; Cassorla, 1986; MS, 2006; Lovisi et al., 2009).

### Atenção no Suicídio

Durkheim (1897/1987) afirma que as taxas de suicídio de uma população expressam também seu nível de saúde mental. Segundo registros da OMS (2006), nota-se que, em mais de 90% dos suicídios, é possível o diagnóstico de algum transtorno mental. Os quadros clínicos associados ao suicídio mais frequentes são: depressão, transtorno afetivo bipolar, esquizofrenia e dependência de substâncias químicas, principalmente álcool (Botega, Werlang, Cais & Macedo, 2006; OMS, 2006).

O suicídio é um fenômeno complexo e de difícil apreensão e mensuração (Vaz, 2010). Nesse quadro, a detecção precoce torna-se fundamental e pode diminuir a probabilidade de que o suicídio seja consumado. Para tanto, destaca-se a relevância de se conhecerem os fatores de risco. Além dos transtornos psiquiátricos já citados, o MS (2009) aponta como risco as doenças físicas, particularmente as dolorosas e incapacitantes. Pobreza, luto, desentendimentos com familiares ou amigos e uma ruptura de relacionamento são reconhecidamente fatores de risco que afetam os que estão predispostos, ou especialmente vulneráveis, ao suicídio (MS, 2009). A história familiar é

outro reconhecido fator relacionado a aspectos tanto psicossociais quanto genéticos. Ter acesso aos meios, tais como armas de fogo, medicamentos e pesticidas, bem como tentativas anteriores, são um importante fator preditivo de um futuro suicídio (Bahls & Botega, 2007). Portanto, uma avaliação de risco deve compreender a existência ou não de transtornos mentais, análise de variáveis sociodemográficas, psicológicas e condições clínicas incapacitantes, assim como os fatores de proteção presentes (MS, 2009).

Observa-se que mais de dois terços dos suicídios ocorrem na primeira tentativa, embora grande parte das tentativas seja de baixa letalidade, sucedendo geralmente no contexto de crise interpessoal ou social (Bahls & Botega, 2007; OMS, 2006). São denominadas tentativas de suicídio ou para-suicídio os atos intencionais de autoagressão que, contudo, não resultam em morte. Embora nesses casos o indivíduo reconheça a baixa letalidade do método utilizado, ele também faz parte de uma população de alto risco, uma vez que 10% dessa população suicidam-se de fato (Bahls & Botega, 2007).

Artigos recentes, tanto brasileiros como estrangeiros, comumente concluem que são necessárias mais pesquisas, especialmente no que diz respeito a estratégias de prevenção e intervenção na crise suicida (Avanci, Pedrão & Costa Junior, 2005; Botega, 2007; Coronel & Werlang, 2010; Façanha, Erse, Simões, Amélia & Santos, 2010). Dessa forma, iniciativas da OMS e do MS vêm na direção de habilitar os profissionais de saúde a identificar e a gerir o momento de crise (Bahls & Botega, 2007; MS, 2009; OMS, 2006). Apesar da relevância que esses órgãos têm dado ao tema e a produção acadêmica ter aumentado, Rocha, Corrêa, Lage e Sousa (2007) indicam um baixo número de publicações cuja temática principal seja o suicídio. Em uma revisão de literatura que analisou um total de 844 artigos, os autores obtiveram apenas 1,77% de publicações incluídas nesse critério. Em outra revisão bibliométrica, realizada na Redalycs, Cardoso et al. (2012) também apontam para uma baixa incidência de artigos brasileiros sobre suicídio. Moraes e Oliveira (2011) assinalam, por outro lado, uma crescente produção de dissertações e teses no Brasil entre o final dos anos 1990 e o início dos anos 2000, com expressividade de publicação em formatos diversos.

O tema que mais frequentemente abordado em estudos sobre o suicídio é a depressão. As áreas que mais publicam são a Saúde Mental e a Psicologia, apre-

sentando, portanto, uma incidência maior de publicações entre médicos psiquiatras e psicólogos (Cardoso et al., 2012; Moraes & Oliveira, 2011; Rocha et al., 2007). Diante disso, juntamente com os autores das revisões citadas, lançamos três questionamentos: onde estão sendo publicados os dados sobre o suicídio? Quais as temáticas mais estudadas e quais as lacunas da literatura? E a terceira, e mais preocupante questão é, se os dados não estão sendo publicados, como as políticas de saúde poderão ser propostas de forma eficiente? A aparentemente óbvia, porém relevante conclusão a que os autores chegam é que a importância de “compreender para prevenir” está ligada à necessidade primeira de “divulgar para compreender” (Rocha et al., 2007, p. 381).

Diante de tal cenário, o presente trabalho teve como objetivo levantar dados sobre a produção acadêmica e as publicações sobre suicídio, em português e espanhol, para melhor conhecer como e quais as áreas do conhecimento abordam o fenômeno, na década de 2002 a 2011. Visou também revelar quais os enfoques das publicações, quais aspectos do tema têm sido mais estudados ou negligenciados pela academia para que possamos apontar lacunas e necessidades de estudo e aplicação.

## Método

A fim de realizar um levantamento do estado da arte acerca do tema do suicídio, foi realizada uma busca de teses, dissertações e artigos que tratavam do tema, todos produzidos entre janeiro de 2002 e dezembro de 2011, compreendendo a década de publicação mais recente no momento do levantamento dos dados, a saber, abril de 2012. Estudos de revisão bibliométrica contribuem para identificar o tratamento de um tema na literatura, suas direções e lacunas que podem indicar caminhos para novos estudos (American Psychological Association [APA], 2010; Moraes & Oliveira, 2011).

A busca no banco de dados da CAPES, com a palavra-chave “suicídio”, foi realizada para o levantamento das teses e dissertações. Posteriormente, foram catalogadas por área do conhecimento, e aquelas que não apresentavam essa informação foram classificadas por meio da linha de pesquisa, do curso ou do resumo. Esses dados serão denominados no presente trabalho como “produção”. As áreas das teses e dissertações foram assim agrupadas: Psicologia, Psiquiatria, Saúde Pública/Coletiva, Medicina/

Ciências da Saúde, Ciências Sociais, Ciências Biológicas, Letras/Literatura, Enfermagem, Farmacologia, Direito, Epidemiologia, Interdisciplinar, Comunicação, Educação, Filosofia e Teologia. Na categoria Outros, agruparam-se: Química/Bioquímica, História, Planejamento Urbano e Regional, Probabilidade e Estatística, Epistemologia, Administração, Cinema, Memória social e Patrimônio Cultural, Educação Física, Nutrição, Odontologia, Geografia, Estrutura, Conformação e Estereoquímica, Ensino de Ciências, Fonoaudiologia e Geografia.

Paralelamente a essa busca, foi realizado um levantamento de artigos científicos acerca do tema em três bases de dados relevantes na área de Psicologia, a saber, Periódicos Eletrônicos de Psicologia (PePSIC), *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e Literatura Internacional em Ciências da Saúde (MEDLINE), com o descritor “suicídio”. Esses dados serão aqui denominados como “publicação”.

Na busca de artigos, os critérios de inclusão foram: a) artigos publicados em periódico de conceito A ou B na *Qualis CAPES* e b) idiomas: português e espanhol. Os artigos foram categorizados por área do conhecimento, identificadas por meio da leitura do resumo e palavras-chave, título e revista, respectivamente, nessa ordem de importância. As áreas de estudo encontradas foram: Psicologia, Psiquiatria, Medicina, Saúde Pública/Coletiva, Interdisciplinar, Enfermagem, Epidemiologia, Ciências Sociais, Educação, Psicopedagogia, Farmacologia, Odontologia, Filosofia, Direito, História, Letras/Literatura, Nutrição, Economia, Administração e Área não especificada. Algumas áreas foram acopladas por afinidade, tais como: Literatura e Linguística; Ciências Sociais, Sociologia e Antropologia; Ecologia e Biologia. Áreas com pouca produção ou cuja produção estavam distante do objetivo desta pesquisa foram agrupadas sob a categoria “Outros”.

Os artigos em português e espanhol tiveram uma segunda categorização quanto ao tema abordado. As categorias temáticas, que expressam o tema central de estudo do artigo, foram definidas a partir da análise dos títulos, resumos, palavras-chave e, quando necessário, texto completo. Em uma primeira leitura, as temáticas foram organizadas por um dos pesquisadores e, posteriormente, revisadas por mais três juizes com o intuito de minimizar problemas e discrepâncias quanto à classificação dos artigos em cada categoria. As categorias elaboradas foram: Epidemiologia, Comportamento suicida (atitudes), Perfil suicida (ca-

racterísticas), Motivações, Prevenção/Intervenção/Assistência, Representações sociais do suicídio, Conceituação, Suicídio em populações específicas, Patologias orgânicas e suicídio, Psicopatologia e suicídio, Outros fatores de risco e proteção, Tema secundário, Outros e Não identificado. A categoria “Tema secundário” refere-se aos artigos em que o suicídio era abordado, mas de forma pouco relevante e tangencial e nunca como tema central. A categoria “Outros” diz respeito a artigos que não estavam relacionados ao suicídio; entretanto, citavam-no de alguma forma. As categorias temáticas foram construídas a partir da análise de todo o universo de dados. Os artigos com acesso apenas ao título, sem resumo ou palavras-chave, foram categorizados como “Não identificados”.

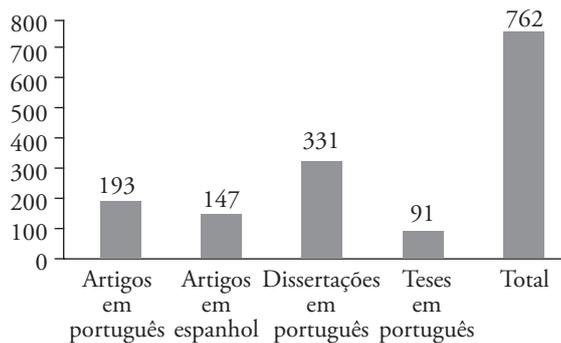
## Resultados e Discussão

Foram analisados um total de 340 artigos científicos (193 em português e 147 em espanhol), 331 dissertações (português) e 91 teses (português), totalizando uma amostra composta por 762 arquivos.

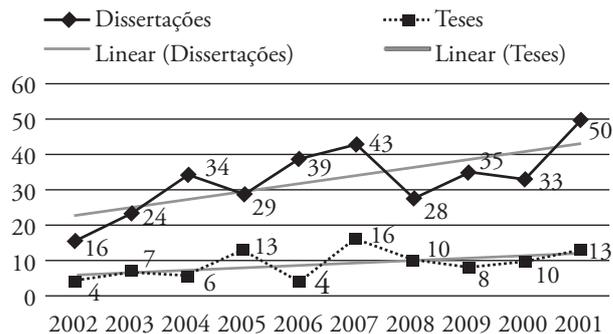
Na base de dados da PePSIC, obtivemos um total de 27 publicações (24 em português e três em espanhol); na SciELO, 204 publicações (142 em português e 62 em espanhol) e na MEDLINE, 109 publicações (27 em português e 82 em espanhol). Nota-se uma diferença entre o número total de artigos publicados em português e espanhol que pode ser explicada pelo considerável número de artigos em espanhol excluídos da pesquisa, por não se encontrarem nos critérios de inclusão, especialmente, publicação em revistas *Qualis A* ou *B*.

## Produção x Publicação

Comparando-se o número total de dissertações e teses (422), ambos em língua portuguesa, *versus* o número total de publicações (193) também em português, tal como apresentado na Figura 1, nota-se que o total de publicações é consideravelmente inferior ao número de dissertações e teses produzidas para o mesmo período de tempo e que as publicações, portanto, não espelham a quantidade de produções, confirmando a hipótese de discrepância entre produção e publicação, de acordo com Rocha et al. (2007) e os achados de Moraes e Oliveira (2011). A produção acadêmica apresenta 45% a mais de trabalhos de tudo o que é publicado



**Figura 1.** Comparação entre o total de artigos, dissertações e teses



**Figura 2.** Produção anual de teses e dissertações

em língua portuguesa. Contudo, em uma análise ano a ano, nota-se que as publicações em português crescem mais do que as produções, apontando para uma tendência de diminuição da discrepância entre ambas, fato que pode estar relacionado a uma maior visibilidade e preocupação sobre o tema, mas que, entretanto, é nitidamente reflexo das políticas de incentivo à publicação dos órgãos de fomento à pesquisa no país.

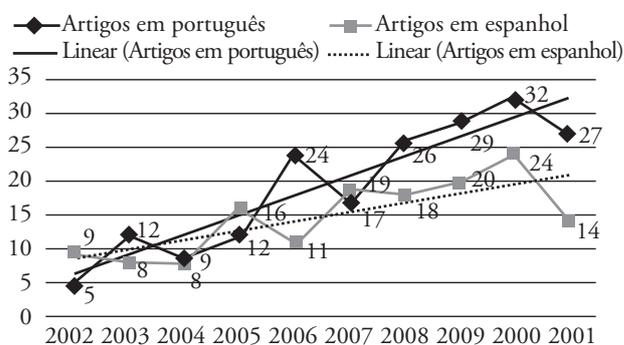
As publicações apresentaram um vertiginoso crescimento nos anos anteriores a 2010, confirmando os dados de Coronel e Werlang (2010), mas contrariando o resultado de Cardoso et al. (2012), que não encontraram tendência de crescimento na produção ao longo dos anos na América Latina, especialmente em artigos advindos da Redalyc, diferença que pode estar relacionada às bases de dados pesquisadas, como pode ser verificado nas Figuras 2 e 3.

A queda apresentada no ano de 2011 pode estar relacionada ao tempo de publicação e indexação das revistas, ou seja, o tempo entre a produção de um trabalho acadêmico, sua publicação e sua inserção nas bases de dados.

### Quem se Interessa pelo Suicídio?

A Psicologia é responsável por 21% de toda a produção acadêmica sobre suicídio. Nota-se, na Tabela 1, que as áreas que mais produzem são as áreas da saúde, excetuando-se Letras e Literatura, que contribuem com 10% dos trabalhos, tal como apontado por Moraes e Oliveira (2011).

Frente à diversidade das áreas e a quantidade de trabalhos publicados encontrados em nossa amostra (n=193), não podemos dizer que se produz pouco sobre suicídio no Brasil, especialmente



**Figura 3.** Publicação anual de artigos científicos em português e espanhol

se comparado a um estudo de Coronel e Werlang (2010) sobre a produção em suicídio ao longo de duas décadas. Os autores apontaram que a produção de artigos quase dobrou entre a década final do século XX e a primeira do século XXI, com um total de 60 e 120 publicações por década, respectivamente. Entretanto, concordamos com Rocha et al. (2007) que, devido à extrema relevância do tema, o número de publicações não é expressivo o suficiente para dar conta do fenômeno do suicídio e, especialmente, das ações de prevenção e tratamento demandadas em torno do ato suicida.

Nota-se que o suicídio, como um tema humano, interessa a diferentes áreas do conhecimento. Sua complexidade é espelhada pela tentativa de compreensão do fenômeno não apenas nas áreas de saúde, mas também em setores como Educação, Teologia e Administração, por exemplo, áreas inseridas na categoria Outros, contribuindo esta última com a compreensão do suicídio no ambiente de trabalho. Embora a produção em áreas distintas da área de saúde seja incipiente, tal evidência pode ser enten-

**Tabela 1.** *Produção de teses e dissertações por área*

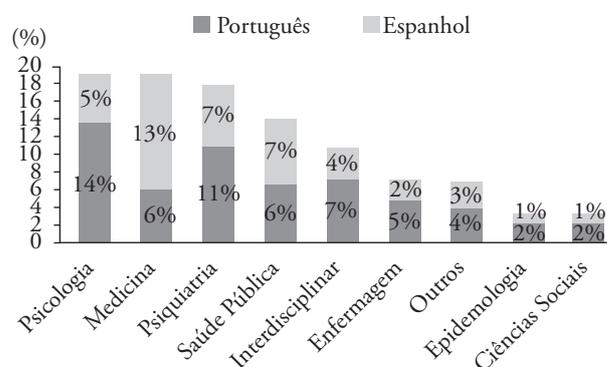
Produções	Dissertações	Teses	Total F	%
Psicologia	66	21	87	21
Letras/Literatura	39	3	42	10
Psiquiatria	31	12	43	10
Saúde Pública/Coletiva	23	11	34	8
Medicina/Ciências da Saúde	16	12	28	7
Ciências Sociais	22	5	27	6
Enfermagem	22	1	23	5
História	16	3	19	5
Farmacologia	16	1	17	4
Direito	14	2	16	4
Epidemiologia	11	2	13	3
Interdisciplinar	10	2	12	3
Ciências Biológicas	8	4	12	3
Comunicação	7	2	9	2
Filosofia	7	2	9	2
Educação	3	2	5	1
Teologia	3	0	3	1
Outros	17	6	23	5
Total	331	91	422	100

F: frequência

didada como um indício de que o suicídio constitui, realmente, um problema de Saúde Pública, o qual atinge todos os setores da sociedade (Lovisi et al., 2009; Mello-Santos et al., 2005; Waiselfisz, 2011).

Consoante com achados de outros estudos (Moraes & Oliveira, 2011), as publicações nas áreas de saúde concentram 89,9% das publicações e Psicologia, Medicina e Psiquiatria juntas representam 55,2% das publicações sobre o tema. Destaca-se que os artigos classificados como Interdisciplinares são compostos também pelas áreas de Psicologia, Psiquiatria e Medicina, aumentando o contingente de trabalhos nesses campos.

Das três áreas com maior número de publicações, Psicologia e Psiquiatria contam com mais textos em português do que em espanhol, conforme verificado na Figura 4, com proporções de 2,5 e 1,6 artigos em português para cada artigo em espanhol, respectivamente. Em Medicina, a proporção se inverte com 2,2 artigos publicados em espanhol para cada artigo em língua portuguesa. O fato de a Psicologia ter apresentado maior número de publicações do que a Medicina pode estar vinculado às bases de dados pesquisadas, prioritariamente com trabalhos no campo da primeira.



**Figura 4.** *Divisão dos artigos por área de estudo*

### Quais Temas estão Relacionados ao Suicídio?

Em relação aos diferentes temas contemplados pelos artigos, conforme a Tabela 2, nota-se que a maior frequência de publicações concentra-se no suicídio como Tema secundário, com 22% dos artigos, em convergência aos achados de Rocha et al. (2007), que afirmam ainda serem poucos os estudos que têm o suicídio como tema principal. O suicídio ser tratado como tema secundário reforça o aspecto de complexidade apontado por Vaz (2010) e pelos ór-

**Tabela 2.** *Temas das publicações (português e espanhol)*

<b>Temas dos artigos</b>	<b>F</b>	<b>%</b>
Tema secundário	75	22
Outros	38	11
Epidemiologia	31	9
Outros fatores risco/proteção	31	9
Conceituação	29	8
População específica	26	8
Psicopatologia	20	6
Comportamento suicida	19	6
Perfil suicida	19	6
Prevenção/Intervenção/Assistência	19	6
Não identificado	18	5
Representação social	7	2
Patologia orgânica	5	1
Motivações	3	1
<b>Total</b>	<b>340</b>	<b>100</b>

F: frequência.

gãos de saúde, uma vez que esses estudos não tinham como objetivo central o estudo do suicídio; todavia, apresentam discussões sobre o tema como elemento de relevo para compreensão de suas temáticas específicas, tais como, por exemplo, a cirurgia bariátrica e a gravidez na adolescência.

Assim como encontrado na literatura, percebeu-se uma necessidade de incremento das pesquisas em prevenção e assistência (Avanci et al., 2005; Botega, 2007; Coronel & Werlang, 2010; Façanha et al., 2010). A OMS e o MS já têm investido recursos para capacitação de profissionais de modo a identificar e gerir possíveis crises suicidas, uma vez que, segundo Bahls e Botega (2007), estima-se que 50% daqueles que cometem suicídio procuram ajuda profissional no mês que antecede ao ato. Verifica-se, desta forma, a necessidade de produzir estratégias nas políticas de Saúde Pública a partir do conhecimento acerca de temas que auxiliem tanto na prevenção quanto na atenção e cuidado, a fim de diminuir a probabilidade de nova tentativa/consumação do suicídio. A despeito de tal quadro, apenas 6% dos artigos dedicam-se especificamente ao estudo da assistência ao suicídio.

Nota-se que 9% dos artigos dedicam-se ao estudo da conceituação do suicídio, incidência alta para um fenômeno que é problema de Saúde Pública e demanda pesquisas empíricas capazes de alimentar políticas de atuação nessa área. Enquanto dados epidemiológicos apontam para a necessidade de capacitar profissionais em “Prevenção/Intervenção/

Assistência”, a produção acadêmica em língua portuguesa parece avançar em outra direção, muitas vezes dedicando-se a trabalhos de cunho teórico (Conceituação) mais do que o esperado (Avanci et al., 2005; Botega, 2007; Coronel & Werlang, 2010; Façanha et al., 2010). Coronel e Werlang (2010) apontam para 24,2% dos estudos encontrados em sua pesquisa como sendo de cunho teórico e verificaram que os estudos experimentais tendiam a analisar as tentativas e os problemas derivados do suicídio e não fatores de prevenção.

Apesar de temas relevantes, tais como Outros fatores de risco e proteção, Epidemiologia, Populações específicas, Psicopatologia, Comportamento suicida, Perfil suicida e Prevenção/Intervenção/Assistência, apresentarem em separado pouca expressividade em relação ao número total de artigos, representam conjuntamente 50% dos mesmos. Isso indica que o suicídio tem sido preocupação central de vários trabalhos na área e que sua complexidade produz uma dispersão de textos sobre o tema e suas relações.

Analisando-se especificamente as temáticas de publicação na área de saúde, a saber, Psicologia, Psiquiatria e Medicina, destaque entre as demais áreas de publicação, tem-se para todas elas significativa incidência de publicações de artigos que tratam o suicídio como tema secundário. Como dito anteriormente, tal categoria nos evidencia a complexidade do tema e sua necessidade de ser compreendido a partir de uma contextualização maior; entretanto, aponta também para a necessidade de se ampliar estudos que o tratem especificamente e tragam contribuições para a compreensão das relações entre as tentativas e o suicídio e seus fatores intrínsecos mais diretamente.

Nota-se na Tabela 3 a diferença de foco entre os estudos de Psicologia, Psiquiatria e Medicina. Retirando-se as categorias Tema secundário e Outros, a Psicologia concentra seus estudos nas Conceituações (19%), seguindo-se de Populações específicas (11%). Esta última categoria é extremamente relevante para a compreensão do fenômeno que, entre algumas populações, apresenta aspectos culturais, demográficos, de vulnerabilidades e de risco particulares. Tais aspectos precisam ser mais bem esclarecidos para a construção de programas próprios, tal como acontece entre algumas populações indígenas no Brasil (Grubits, Freire & Noriega, 2011; Waiselfisz, 2011) e entre a população idosa (Lovisi et al., 2009; Mello-Santos et al., 2005; Minayo et al., 2011; Waiselfisz, 2011). Dentre as populações estudadas, aparecem trabalhos princi-

**Tabela 3.** *Temas das publicações nas áreas de saúde (português e espanhol)*

<b>Categorias</b>	<b>Psicologia</b>	<b>Psiquiatria</b>	<b>Medicina</b>
Epidemiologia	3%	8%	8%
Comportamento suicida	2%	2%	16%
Perfil suicida	3%	2%	6%
Prevenção/Intervenção/Assistência	6%	8%	2%
População específica	11%	10%	3%
Representação social	9%	0%	2%
Conceituação	19%	3%	2%
Patologia orgânica	0%	3%	2%
Psicopatologia	6%	20%	2%
Outros fatores de risco/Proteção	8%	12%	5%
Tema secundário	28%	18%	19%
Outros	5%	13%	20%
Não identificado	0%	0%	16%

palmente relacionados a questões como faixa etária, patologias ou características do grupo-alvo da pesquisa (Mendes, Vieira, Horta & Oliveira, 2003; Minayo et al., 2011; Silva & Maia, 2010).

O foco dos estudos de Psiquiatria são as psicopatologias (20%) relacionadas ao suicídio e tentativas, destacando-se, dentre elas, o estudo da depressão, o uso de antidepressivos e sua interferência no suicídio, transtorno de personalidade *borderline* e transtorno afetivo bipolar, o que confirma o defendido pela literatura sobre a relação intrínseca entre suicídio e saúde mental, especialmente em casos de depressão (Botega et al., 2006; OMS, 2006, 2012).

## Conclusão

O presente trabalho expôs uma amostra da publicação e produção sobre o tema “suicídio”, principalmente no Brasil, nos últimos dez anos, procurando responder algumas questões: a publicação acadêmica tem atendido às demandas epidemiológicas sobre suicídio? Quais áreas do conhecimento têm trabalhado esse tema? Qual tem sido o enfoque dado aos trabalhos que abordam a questão?

Notou-se uma grande dispersão dos temas nos estudos sobre suicídio com prevalência de publicações que o tratam como tema secundário. As temáticas que merecem mais atenção para o incremento de publicações são Prevenção/Intervenção/Assistência e Epidemiologia, para que se possam suprir as necessidades apontadas especialmente pelo MS e pela OMS.

A categoria Tema Secundário apresentou a maior frequência de produções e, embora consideremos que

a mesma expresse a riqueza e a complexidade do tema, tais trabalhos apresentam baixo impacto na construção das políticas públicas de saúde em prevenção e atenção ao suicídio e tentativas. Para que possamos responder às demandas dos órgãos de saúde sobre capacitação de profissionais que atuam diretamente com o suicídio, são necessários mais estudos que articulem tais questões com a implementação e os métodos utilizados na assistência e na prevenção. As demandas epidemiológicas também correspondem a uma parcela pequena da produção, necessitando maior atenção pelas especificidades que o suicídio apresenta em diferentes populações.

Dentre as áreas de publicação, a área da saúde foi a que apresentou maior número de publicações sobre suicídio, o que é esperado tanto pela natureza dos temas estudados em saúde quanto pelas bases de dados pesquisadas. Entretanto, é interessante notar que áreas tão distintas como Letras, Teologia, Administração, Farmacologia e Educação também se dedicam ao seu estudo.

A Psicologia, juntamente com a Medicina, apresentou o maior número de publicações. As publicações em Psicologia seguem a tendência de abordar o tema de forma secundária ou conceitualmente. Tal tendência demonstra que, apesar de sua relevância no campo de estudo da saúde mental, essa disciplina tem oferecido poucas contribuições que agreguem novos dados para a compreensão do suicídio frente à sua vocação e temas de estudo. Por fim, diante da complexidade do fenômeno, destacamos a relevância dos “Trabalhos interdisciplinares” que, apesar de ainda pouco frequentes, promovem o diálogo entre diferentes áreas como uma forma de aprimorar a discussão e a compreensão a respeito do suicídio.

Uma vez que as metodologias dos trabalhos não foram abordadas na presente pesquisa, estudos futuros poderiam revelar o quanto se tem dedicado de fato a estudos empíricos na área, tão relevantes para a compreensão do fenômeno e fomento da construção de práticas de prevenção e assistência.

Em suma, conclui-se que o estudo do suicídio encontra-se disperso entre vários subtemas, o que impossibilita o reconhecimento de um tema prioritário em seu estudo, sugerindo a complexidade do fenômeno e suas múltiplas determinações. O fenômeno deve ser investigado e conhecido profundamente, para sustentar o trabalho dos profissionais de saúde e tornar a prevenção mais eficaz. Faz-se necessário investir em publicações sobre prevenção e intervenção, com vistas não apenas à melhoria das práticas de assistência, mas também à diminuição da distância entre o que é produzido na academia e a construção das políticas públicas.

## Referências

- American Psychological Association (2010). *Publication manual of the American Psychological Association* (6th Ed.). Washington, DC: Author.
- Avanci, R. C., Pedrão, L. J., & Costa Junior, M. L. (2005, Fevereiro). Tentativa de suicídio na adolescência: considerações sobre a dificuldade de realização diagnóstica e a abordagem do profissional de enfermagem. *SMAD – Revista Eletrônica Saúde Mental, Álcool e Drogas* (Ed. port.), 1(1). Acesso em 25 de Setembro de 2013, em [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1806-69762005000100007&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762005000100007&lng=pt&nrm=iso)
- Bahls, S. C., & Botega, N. J. (2007). Epidemiologia das tentativas de suicídio e dos suicídios. In M. F., Mello, A. A. Mello, & R. Kohn, (Orgs.), *Epidemiologia da saúde mental no Brasil* (pp. 151-172). Porto Alegre: Artmed.
- Botega, N. J. (2007). Suicídio: saindo da sombra em direção a um Plano Nacional de Prevenção. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 29(1), 7-8.
- Botega, N. J., Werlang, B. S. G., Cais, C. F. S., & Macedo, M. M. K. (2006). Prevenção do comportamento suicida. *Psico*, 37(3), 213-220.
- Cardoso, H. F., Baptista, M. N., Ventura, C. D., Branão, E. M., Padovan, F. D., & Gomes, M. A. (2012). Suicídio no Brasil e América Latina: revisão bibliométrica na base de dados Redalycs. *Diaphora: Revista da Sociedade de Psicologia do Rio Grande do Sul*, 12(2), 42-48.
- Cassorla, R. M. S. (1986). *O que é suicídio*. São Paulo: Brasiliense.
- Coronel, M. K., & Werlang, B. S. G. (2010). Resolução de problemas e tentativa de suicídio: revisão sistemática. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 6(2), 58-79.
- Durkheim, E. (1987). *O Suicídio*. Lisboa: Editorial Presença. (Obra originalmente publicada em 1897).
- Dutra, E. M. S. (2000). *Compreensão de tentativas de suicídio de jovens sob o enfoque da abordagem centrada na pessoa*. Tese de Doutorado não publicada. Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- Façonha, J. D. N., Erse, M. P. Q. A., Simões, R. M. P., Amélia, L., & Santos, J. C. (2010). Prevenção do suicídio em adolescentes: programa de intervenção *believe*. *SMAD – Revista Eletrônica Saúde Mental, Álcool e Drogas* (Ed. port.), 6(1). Acesso em 25 de Setembro de 2013, em [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1806-69762010000100002&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1806-69762010000100002&lng=pt&nrm=iso)
- Grubits, S., Freire, H. B. G., & Noriega, J. A. V. (2011). Suicídios de jovens Guarani/Kaiowá de Mato Grosso do Sul, Brasil. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 31(3), 504-517.
- Lovisi, G. M., Santos, S. A., Legay, L., Abelha, L., & Valencia, E. (2009). Análise epidemiológica do suicídio no Brasil entre 1980 e 2006. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 31(suppl. 2), S86-S93.
- Mayor, A. S., & Carvalho, J. P. O. G. (2012, Abril). Avaliação de risco e o plano nacional de prevenção do suicídio: uma experiência na região sul-fluminense do estado do Rio de Janeiro. *Anais do IV Congresso Latinoamericano da ULAPSI*. Acesso em 17 de Junho de 2013, em <http://congresoulapsi2012.com/trabajos/>
- Mello-Santos, C., Bertolote, J. M., & Wang, Y. P. (2005). Epidemiologia do suicídio no Brasil (1980-2000): caracterização das taxas de suicídio por idade e gênero. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 27(2), 131-134.
- Mendes, R., Vieira, M., Horta, M., & Oliveira, R. A. (2003). Risco de suicídio em condutores adolescentes. *Análise Psicológica*, 21(4), 465-474.
- Minayo, M. C. S., Cavalcante, F. G., Mangas, R. M., & Souza, J. R. A. (2011). Motivos associados ao suicídio de pessoas idosas em autópsias psicológicas. *Trivium*, 3(1), 109-117.

- Ministério da Saúde [MS]. (2009, Setembro). *Prevenção do suicídio: manual dirigido a profissionais da saúde da atenção básica*. Brasília: Autor. Acesso em 25 de Setembro de 2013, em [http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manu\\_prevencao240111.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manu_prevencao240111.pdf)
- Moraes, A. F., & Oliveira, T. M. (2011, Dezembro). Levantamento da produção científica brasileira sobre suicídio de 1996 a 2007. *Biblionline*, 7(2), 12-21. Acesso em 25 de Setembro de 2013, em <http://www.biblionline.ufpb.br/ojs2/index.php/biblio/article/view/10450/6941>
- Organização Mundial da Saúde [OMS]. (2004, Setembro). *World Suicide Prevention Day*. Acesso em 17 de Junho de 2013, em <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr61/es/index.html>
- Organização Mundial da Saúde [OMS]. (2006). *Prevenção do suicídio: um recurso para conselheiros*. Genebra: Author. Acesso em 25 de Setembro de 2013, em [http://www.who.int/mental\\_health/media/counsellors\\_portuguese.pdf](http://www.who.int/mental_health/media/counsellors_portuguese.pdf)
- Organização Mundial da Saúde [OMS]. (2012). *Public health action for the prevention of suicide: a framework*. Genebra: Author. Acesso em 25 de Setembro de 2013, em [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75166/1/9789241503570\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75166/1/9789241503570_eng.pdf)
- Rocha, F. F., Corrêa, H., Lage, N. V., & Sousa, K. C. A. (2007). Onde estão sendo publicados os estudos sobre suicídio no Brasil? [carta aos editores]. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 29(4), 380-381.
- Seminotti, E. P., Paranhos, M. E., & Thiers, V. O. (2006, Agosto). *Intervenção em crise e suicídio: análise de artigos indexados*. Acesso em 25 de Setembro de 2013, em <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0297.pdf>
- Silva, S., & Maia, A. C. (2010). Experiências adversas na infância e tentativas de suicídio em adultos com obesidade mórbida. *Revista de psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 32(3), 69-72.
- Vaz, S. B. (2010). *O método de Rorschach no estudo de casos de tentativa de suicídio clinicamente grave*. Dissertação de Mestrado não publicada. Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília.
- Waiselfisz, J. J. (2011). *Mapa da violência 2011: os jovens do Brasil*. Brasília: Ministério da Justiça; Instituto Sangari.

**Endereço para correspondência:**

Joanneliese de Lucas Freitas  
Praça Santos Andrade, 50, sala 215, Ala Alfredo Buffren – Centro  
CEP 80060-240 – Curitiba/PR  
E-mail: joanne@ufpr.br

Recebido em 15/10/2012

Revisto em 02/04/2013

Aceito em 18/06/2013

\* Apoio financeiro: Universidade Federal do Paraná/Tesouro Nacional.

## Os Movimentos Sociais, a Ciência, a Medicalização e a Antropologia: Comentário Sobre o Artigo “Os Equívocos e Acertos da Campanha ‘Não à Medicalização da Vida’”

Rui Harayama<sup>1</sup><sup>1</sup>Universidade Federal de Minas Gerais (Belo Horizonte), Brasil

*Outro ponto que merece destaque é que a Campanha chama a atenção para a necessidade de modernizar as práticas educativas no Brasil. Exigir o rigor científico, não só nas pesquisas sobre o assunto, mas na atualização da literatura e no cuidado ao repassar as informações para a população leiga. (Frias & Júlio-Costa, 2013, p. 9) [grifo nosso]*

A epígrafe deste texto é o parágrafo com o qual os autores do artigo “Os equívocos e acertos da Campanha ‘Não à medicalização da vida’” iniciam a conclusão de sua exposição, cujos objetivos são:

1. explicar melhor a tese da medicalização e a tese da construção social da doença, apresentadas como argumentos pela Campanha “Não à Medicalização da Vida” (todos os textos disponibilizados no site Fórum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade serão considerados endossados pela Campanha) e;
2. apresentar respostas a esses argumentos, especialmente por meio de evidências científicas sobre os transtornos de aprendizagem e TDAH. (Frias & Júlio-Costa, 2013, p. 4)

Como membro do Fórum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade e antropólogo com pesquisas no campo da ciência e da medicina, acredito ser necessário evidenciar alguns vícios de dados e metodologia apresentados nessa publicação, assim como discordar de algumas formulações do artigo, e, dessa forma, discutir o tema da medicalização da vida com um maior rigor científico.

### Do Fórum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade

O Fórum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade (que a partir de agora cito como Fórum) foi criado em novembro de 2010, após o I Seminário Internacional “A Educação Medicalizada: Dislexia, TDAH e outros supostos transtornos”, ocorrido na cidade de São Paulo.

Para explicitar a natureza desse Fórum, acho importante citar a passagem do documento “Subsídios para a Campanha ‘Não à Medicalização da Vida’”. Nesse documento, não analisado por Frias e Júlio-Costa (2013) e que foi lançado junto com a campanha foco do artigo, podemos compreender o processo de criação do Fórum:

Para realizar esta discussão [da medicalização] na sociedade e trazer questões a respeito desse tema, compreender que aspectos estão subjacentes a essa crescente medicalização da vida, um grupo de pesquisadores de universidades públicas e privadas, entidades do magistério, da psicologia e do meio médico, das profissões afins das áreas de saúde e educação, parlamentares, movimentos sociais se articularam para levar à população essa reflexão e mostrar que interesses estão encobertos pelas formas como determinadas saídas para a vida estão sendo apresentadas a nós.

Essa organização permitiu a constituição do Fórum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade, que tem como objetivos: articular entidades, grupos e pessoas para o enfrentamento e superação do fenômeno da medicalização, bem como mobilizar a sociedade para a crítica à medicalização da aprendizagem e do comportamento. O caráter do Fórum é político e de atuação permanente, constituindo-se a partir da qualidade da articulação de seus participantes e suas decisões serão tomadas, preferencialmente, por consenso. É composto por entidades, movimentos e pessoas que tenham interesse no tema e afinidade com os objetivos do Fórum. (Conselho Federal de Psicologia, 2012, p. 5-6)

Ou seja, enquanto movimento político, o Fórum foi criado com o apoio de diversas entidades de naturezas distintas — faculdades, conselhos pro-

fissionais, sindicatos, movimentos sociais — e por profissionais e intelectuais individuais que atuam nos serviços de saúde e educação ou que apresentam reflexões acadêmico-políticas nesse campo. O modelo de fórum, ao invés do modelo de associação ou de organização não governamental, gera uma dinâmica de atuação capilarizada de todos os participantes. Prioridade em nossa atuação, como atesta nosso manifesto, é o de ampliar a democratização do debate sobre o processo da medicalização. É nesse sentido que, como Fórum, evidenciamos a medicalização e as consequências do seu processo em diferentes arenas: publicações acadêmicas, seminários científicos, audiências públicas, redes sociais e campanhas para o público. É no bojo dessas ações voltadas para o público em geral que se insere a campanha “Não à Medicalização da Vida”, do Conselho Federal de Psicologia, e é nesse ponto que o artigo inverte a lógica e a organização do Fórum.

O Fórum, ao invés de seguir “um movimento comandado pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP) e pelo Conselho Regional de Psicologia de São Paulo (CRP/SP)” (Frias & Júlio-Costa, 2013, p. 3), é aquele que pauta e insere a temática da medicalização nos conselhos profissionais, entidades de classe, dentro da academia e para o público em geral. Ou seja, ao contrário do que faz acreditar o artigo, os documentos e publicações que criticam o processo da medicalização não se limitam ao Sistema de Conselhos de Psicologia e, tampouco, à atuação do Fórum; o processo de medicalização é estudado e criticado em diversos países.

### Os Movimentos Sociais e a Indústria Farmacêutica

Se a literatura internacional vem denunciando os processos de medicalização e a cooptação da academia e dos profissionais da saúde pela indústria farmacêutica (Abadie, 2010; Light, 2010; Shah, 2006), no Brasil, é com certeza a atuação político-acadêmica dos membros do Fórum que tem pautado outros setores e grupos nacionais que têm forte ligação com a indústria farmacêutica. E não é à toa que o artigo cita, como uma das críticas à nossa contestação da existência do Transtorno do Déficit de Atenção com Hiperatividade (TDAH), a “Carta aberta à sociedade sobre diagnóstico, tratamento e políticas públicas relativas aos transtornos de aprendizagem e ao transtorno do déficit de atenção e hiperatividade”, um documento escrito pela

Associação Brasileira de Neuropsicologia e Associação Brasileira de Psiquiatria e divulgada pela Associação Brasileira de Déficit de Atenção (ABDA). A ABDA, cujo sítio é <http://www.tdah.org.br/>, expõe, em sua página principal, uma série de apoios, incluindo indústrias farmacêuticas como a Janssen, Novartis e Shire. Em comum, essas farmacêuticas citadas produzem medicamentos para o tratamento do TDAH, o Concerta®, da Janssen, a Ritalina®, da Novartis, e a Venvanse®, da Shire.

A influência da indústria farmacêutica nos movimentos sociais e entre profissionais da saúde é de amplo conhecimento acadêmico. A relação entre a indústria farmacêutica e a Associação Brasileira de Déficit de Atenção, assim como com as sociedades científicas de psiquiatria, não são casos isolados. Essa relação pode ser evidenciada no Prêmio Shire de Prática Clínica em TDAH promovido pela “Shire, em parceria com a ABENEPI, a SBNI, a ABDA e a Revista Brasileira de Psiquiatria Clínica” ([www.http://premioshire.com.br/](http://premioshire.com.br/), acessado em 14 de outubro de 2013).

O prêmio Shire é um exemplo do que na literatura científica ficou descrito como sendo a presença da indústria farmacêutica na determinação do rumo das pesquisas científicas e no modo como se clínica e prescreve medicamentos. A literatura apresenta diversas análises: campanhas e eventos de conscientização de novas doenças e diagnósticos promovidos pela indústria farmacêutica para profissionais e leigos (Light, 2010), estandes em eventos científicos da área psiquiátrica com sorteio de viagens (Azize, 2010) e a estratégia dos “advogados do SUS” para a inserção de medicamentos mais caros para serem comprados pelo poder público (Chieffi & Barata, 2010). O que esses artigos e pesquisadores ilustram é o quadro da moderna indústria farmacêutica e suas relações com a academia e movimentos sociais. Seria um argumento falacioso imaginar que qualquer profissional ou movimento social que se relacionasse com a indústria farmacêutica estivesse corrompido pelo poder do mercado, as táticas das indústrias farmacêuticas não são recebidas da mesma forma por todos os profissionais (Azize, 2010). Entretanto, para evidenciar o pressuposto da indústria farmacêutica nessa relação, gostaria de citar o texto “O que é ciência, afinal?”, de minha autoria e criticado pelos autores:

Para explicar como essa intrincada relação é tecida, gostaria de me concentrar no fim do

séc. XX, que marca a ascensão de um novo modo de ser e estar da indústria farmacêutica no mundo. O país gerador dessas mudanças são os Estados Unidos; o lobby da indústria farmacêutica inicia, em 1997, uma intervenção na política do FDA (*Food and Drug Administration*) e, em 1999, consegue derrubar a interdição dos anúncios e propagandas dos remédios. Com essas novas regras, a indústria farmacêutica dos Estados Unidos levou ao extremo a máxima que diz “a propaganda é a alma do negócio” deixando a cargo dos *experts* em marketing o comando dos setores de pesquisa e desenvolvimento de novos produtos. (Harayama, 2012)

Nesse ponto, é preciso discordar veementemente dos autores quando dizem que “é um equívoco supor que, porque o aumento da demanda de certo medicamento é bom para a indústria farmacêutica, então ele é: (a) causado pela indústria e (b) ruim para os usuários.” (Frias & Júlio-Costa, 2013, p. 8).

O processo da medicalização é exatamente esse, a criação de uma série de fatores e características transformados em diagnósticos e associados a um tipo de perfil ou grupo social que deve controlá-lo e combatê-lo. O TDAH e a reposição hormonal feminina são exemplos recentes desse movimento de medicalização, que inclui a produção de panfletos, grupos de apoio, pesquisas científicas, laboratórios em universidades e, por fim, a descoberta de tratamentos ideais, sejam eles medicamentosos ou não, para controlar a “condição biológica divergente” de certos grupos (Light, 2010). Em outras palavras, a medicalização é a apresentação contemporânea da gestão das diferenças, o que Foucault analisou em diversos escritos (Foucault, 1984; 2007).

## A Antropologia e a Ciência

Entretanto, o ponto do meu maior questionamento cai sobre o que os autores chamam de “atitude anticientífica da Campanha”. E citam como exemplo o trecho:

Ciência é algo que surge quando queremos impor, ou sermos convencidos de, certos fatos incontestáveis que mudam nossa vida de forma retumbante, e que transformam os nossos desejos, querer e poderes.

Explicado nesses termos o leitor já deve começar a perceber uma analogia de fundo: a ciência, no séc. XXI, é a nossa religião. (Harayama, 2012)

Esse parágrafo é o que abre o meu texto “O que é Ciência, afinal?”, publicado em agosto de 2012 no site [www.medicalizacao.org](http://www.medicalizacao.org). A proposta do texto-manifesto é explicitada em seu início:

[...] ser um anexo à Carta de Esclarecimento à Sociedade sobre o TDAH, seu diagnóstico e tratamento, escrita pela Associação Brasileira de Psiquiatria e pela Associação Brasileira de Déficit de Atenção. Como ocorre em muitos textos acadêmicos e científicos, o anexo explica muito do não-dito no corpo do texto principal e desenvolve pontos que ficaram de fora por uma questão de restrição de tamanho ou por não serem devidamente tratados ou discutidos. É nesse segundo ponto que esse anexo se encaixa ao desenvolver o tópico central do argumento dos autores. (Harayama, 2012)

Não entrarei no mérito da forma como os autores selecionaram os trechos desse texto, e nem a predileção por textos-manifestos em detrimento da revisão bibliográfica de publicações científicas minhas e de outros membros do Fórum. Como antropólogo, que dá preferência ao discurso nativo e do “outro”, fico feliz por ver um texto de vulgarização de um movimento político sendo citado como produção científica que, nos termos dos autores, “compreende mal a ciência”. E é no termo “ciência” que devemos nos ater no momento.

É inegável que os autores torcem a minha analogia entre ciência e religião como sendo anticientífica. Em antropologia, o pressuposto metodológico primordial é o de realizar pesquisas evitando o viés e olhar etnocêntrico, ou seja, evitar um olhar que traz consigo as categorias analíticas do seu grupo para entender as dinâmicas de outros. É por isso que damos prioridade ao trabalho que se faz em campo, coletando os discursos e experiências do outro e tornando-os em elementos da reflexão acadêmica. E é com esses pressupostos em mente que cabe aqui tecer alguns comentários sobre a analogia entre ciência e religião.

Analisando a história brasileira, o poder das instituições religiosas sempre foi decisivo para o funcionamento da vida social e determinou a forma como

significamos a humanidade, definindo a categoria ontológica de negros e índios, ou seja, dos que deveriam ser escravizados daqueles que deveriam ser catequizados (Almeida, 2010), até mesmo como se territorializa o espaço urbano brasileiro (Lima, 2010). É necessário ainda pontuar que essas decisões eram discutidas e definidas por pares religiosos que traziam argumentos e evidências, em uma atuação que se assemelha com a atual metodologia científica e borra a separação entre religião e ciência. Entretanto, assim como as bulas papais aceitas por diferentes formas de governos, hoje governos cada vez mais aceitam os “fatos científicos” no momento de decidir questões de políticas públicas que definem e balizam a vida nacional. É nesse sentido que religião e ciência se assemelham: para o cidadão comum, nos dias de hoje, a comprovação científica tem equivalência a providência divina de outrora.

A imagem científica torna-se tão incontestável que grupos religiosos procuram na ciência argumentos para comprovar seus pressupostos religiosos. E é observando esses dados, da ciência e da religião como elas acontecem na vida real, vividas por seus executores, que a imagem de uma ciência pautada “pela racionalidade, entendida como a procura por evidências para sustentar afirmações” (Frias & Júlio-Costa, 2013, p. 5) é um princípio ideal, mas extremamente influenciado pelo tempo e espaço, variando na história e entre as diversas culturas.

Ora, esse pode não ser um argumento consensual em toda a academia, entretanto, é bem conhecido nos chamados *science studies*, ou estudos sociais da ciência, campo no qual a antropologia, a sociologia, a história e a filosofia da ciência compartilham discussões e pesquisas sobre o fazer científico.

E é com base nessa compreensão de defender um ponto não consensual do que possa ser definido como “científico” que reitero o meu argumento publicado no texto e que vale para essa comunicação:

é preciso dizer que essa não é uma reedição tupiniquim da Science Wars que animou a academia norte-americana em fins da década de 1980. Nesse atual debate em que me insiro, não há uma questão epistemológica e científica de fundo, ou pelo menos adversários desse porte. (Harayama, 2012)

É necessário repensar os mecanismos e arranjos que determinam esse tipo de produção científica no mundo contemporâneo. Se nos dias atuais

temos produzido estudos que comprovam a existência e eficácia do tratamento de distúrbios da aprendizagem com números e tabelas, o mesmo foi feito para “provar” a “inferioridade das mulheres”, a “patologia da homossexualidade”, a “inferioridade racial dos negros, amarelos e outras etnias não brancas”. Comum nesses debates tão antigos era a aplicação das mais refinadas técnicas científicas da época, somadas às evidências clínicas e publicações científicas. É preciso reiterar que a ciência é um produto histórico-cultural e não está acima do tempo-espaço. Os chamados avanços científicos não os privam de serem produtos de um arranjo histórico-cultural específico.

### Do Neural ao Nacional

A guisa de conclusão, gostaria de reiterar o fenômeno da medicalização como extremamente danoso à sociedade como um todo. Conforme citação feita por Frias e Júlio-Costa (2013, p. 8)

Não estamos dentro de uma briga entre psiquiatras e psicólogos, mas observando esse momento onde há o sequestro do que consideramos saúde e doença pela indústria farmacêutica. Nossa fase histórica marca a passagem do fenômeno da construção social da doença para a produção industrial do doente. (Fusco, 2012) (sic)

Nesse ponto, nesse trecho, que foi escrito por mim em “O que é Ciência, afinal?” e erroneamente atribuído a um jornalista, que de fato entrevistara a professora de Medicina da Unicamp Maria Aparecida Moysés, concordo com os autores do artigo. Não conseguimos explicar o fenômeno da medicalização apenas nos atendo às teorias da construção social da doença. Essa teoria, muito utilizada e desenvolvida por antropólogos para compreender a doença e o sofrimento em outros povos e culturas, não consegue explicar a variedade dos fatores relacionados à produção industrial do doente, mas com certeza não é uma explicação determinante neurobiológica. Também não cabe na análise da medicalização argumentos superficiais sobre a política pública de saúde brasileira:

A questão dos transtornos de aprendizagem e do TDAH é um problema realmente de ordem pública, pois, no Brasil, apenas os mais ricos

têm acesso a esses serviços. A falta de reconhecimento oficial impede a ajuda a essas crianças duplamente prejudicadas, pelo transtorno e pela falta de tratamento. É nesse ponto que a Campanha está equivocada. Ela está impedindo que um problema grave e solúvel seja resolvido. (Frias & Júlio-Costa, 2013, p. 9)

Essa passagem, que é a conclusão do artigo, apenas demonstra o total desconhecimento dos autores no desenvolvimento acelerado das políticas públicas a favor dos portadores de distúrbios de aprendizagem, assim como a dispensação do Metilfenidato na rede de atenção básica no Brasil. Dados que motivam nossa ação política e acadêmica de enfrentamento da medicalização.

Concluindo essa comunicação, gostaria de parafrasear os autores e reiterar a minha inserção nesse debate enquanto intelectual e pesquisador e exigir o rigor científico, não só nas pesquisas sobre o assunto, mas na atualização da literatura e no cuidado ao repassar as informações para a população leiga e a comunidade científica.

## Referências

- Abadie, R. (2010). *The professional Guinea Pig*. London: Duke University Press.
- Almeida, R. A. (2010). *O que é um humano? Anotações sobre duas controvérsias*. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Sociologia da Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.
- Azize, R. (2010). Notas de um 'não-prescritor': uma etnografia entre os estandes da indústria farmacêutica no Congresso Brasileiro de Psiquiatria. In S. W. Maluf, & C. S. Tornquist, *Gênero, saúde e aflição: abordagens antropológicas* (pp. 367-401). Florianópolis: Letras Contemporâneas.
- Chieffi, A. L., & Barata, R. D. (2010). Ações judiciais: estratégia da indústria farmacêutica para introdução de novos medicamentos. *Revista de Saúde Pública*, 44(3), 421-429.
- Conselho Federal de Psicologia. (2012). *Subsídios para a Campanha Não à Medicalização da Vida*. Brasília: CFP.
- Foucault, M. (1984). *História da sexualidade 2: o uso dos prazeres*. São Paulo: Graal.
- Foucault, M. (2007). *A história da loucura na Idade Clássica*. São Paulo: Perspectiva.
- Frias, L., & Júlio-Costa, A. (2013). Os Equívocos e Acertos da Campanha "Não à Medicalização da Vida". *Psicologia em Pesquisa*, 7(1), 3-12.
- Harayama, R. M. (2012, Agosto). O que é ciência afinal?. Acesso em 15 de outubro de 2013, em: <http://medicalizacao.org.br/o-que-e-ciencia-afinal/>
- Light, D. W. (2010). *The Risks of Prescription Drugs*. New York: Columbia University Press.
- Lima, D. R. (2010). *Entre as paredes de Deus: arqueologia da arquitetura sacra e do urbanismo do Serro Frio*. Dissertação de Mestrado. Programa de Pós-Graduação em Antropologia Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte.
- Shah, S. (2006). *The body hunters*. New York: The New Press.

## Os Equívocos do Artigo “Os Equívocos e Acertos da Campanha ‘Não à Medicalização da Vida’”

Lygia de Sousa Viégas<sup>I, III</sup>Jason Gomes<sup>II, III</sup>Ariane Rocha Felício de Oliveira<sup>I, III</sup><sup>I</sup>Universidade Federal da Bahia (Bahia), Brasil<sup>II</sup>Universidade Federal de São Paulo (São Paulo), Brasil<sup>III</sup>Fórum Sobre Medicalização da Educação e da Sociedade

No mês de outubro de 2013, foi publicado no número 6154, volume 342 da Revista *Science*, artigo do biólogo e jornalista norte-americano John Bohannon, que desnuda de forma desconcertante a fragilidade de muitas publicações “científicas”, valendo-se, para tanto, de um experimento: ele enviou para 304 revistas científicas renomadas espalhadas pelo mundo um artigo escrito com base em... invenções sem nenhuma sustentação científica. Em palavras mais “científicas”:

um trabalho científico falso, baseado em dados falsos, obtidos de experimentos sem validade científica, assinado com nomes falsos de pesquisadores que não existem, associados a universidades que também não existem. (Escobar, 2013, para. 1)

Pois não é que tal artigo foi publicado em 157 Revistas, escandalizando a credibilidade do meio científico na sociedade em geral?

Guardadas as devidas proporções, resgatamos essa experiência para questionar a publicação do artigo “Os equívocos e acertos da campanha ‘Não à medicalização da vida’” (Frias & Júlio-Costa, 2013), pois este possui importantes equívocos metodológicos e conceituais, que passaram despercebidos pelo conjunto de revisores e editores desta renomada revista científica voltada para o campo da neuropsicologia.

A importância de se realizar estes esclarecimentos se sobreleva com a leitura do Editorial da Revista, intitulado “Um retrato da neuropsicologia no Brasil” (Pimenta, 2013), no qual a autora explicita que tal artigo compõe o conjunto de 12 trabalhos selecionados entre os 32 textos submetidos para essa edição especial, tendo como critério que esses trabalhos “mostram rumos relevantes das investigações de nossa Neuropsicologia”. Ao abordar especificamente o artigo de Frias e Júlio-Costa, a autora do Editorial define-o como “um intrigante questionamento”, afirmando ainda que ele

constitui uma análise cuidadosa da concepção do Conselho e uma crítica através

do levantamento aprofundado de vários conceitos neuropsicológicos relacionados ao Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH). (Pimenta, 2013, p. 1)

No entanto, situamos inúmeros equívocos no artigo, que pedem esclarecimento. Nesse sentido, a finalidade do presente texto é responder assertivamente ao referido artigo, desfazendo tais equívocos, esclarecendo aspectos fundantes do Fórum Sobre Medicalização da Educação e da Sociedade, bem visando dirimir as confusões criadas. Espera-se, com esta publicação, garantir a seriedade e a ética na produção e na publicação de pesquisas em torno da chamada medicalização da vida, tema da maior importância para ser discutido seriamente, considerando o impacto incisivo que vem produzindo na vida de um número significativo de crianças e adolescentes no Brasil e no mundo. Nosso compromisso, portanto, é com o rigor científico, fundamental para o avanço das ciências e para a melhoria da qualidade de vida da população que sofre dificuldades nos processos de aprendizagem escolar.

### Primeiras Aproximações com o Debate sobre Medicalização da Educação no Brasil: Aspectos Históricos

Embora tenha ganhado notoriedade nos últimos cinco anos, o debate em torno da medicalização da educação não é recente no Brasil, sendo realizado por profissionais de diversas áreas de atuação, com destaque para a medicina, a pedagogia e a psicologia. Podem-se considerar como publicações históricas sobre o tema: o clássico livro “A produção do fracasso escolar: histórias de submissão e rebeldia” (Patto, 1990); o artigo “A história não contada dos distúrbios de aprendizagem” (Moysés & Collares, 1992); e o livro “Preconceitos no cotidiano escolar: ensino e medicalização” (Collares & Moysés, 1996). Tal debate,

por sua vez, vem sendo realizado em nível mundial também há décadas, e encontra notoriedade, sobretudo, em dois autores consagrados: Michel Foucault (1977) e Ivan Illich (1982).

Apesar de tal discussão somar mais de três décadas no Brasil, o debate em torno da medicalização da educação foi reaquecido recentemente, pois, à revelia de toda a polêmica em torno da educação medicalizada, no ano de 2007, chegou ao conhecimento de um grupo de psicólogos o projeto de lei (PL) nº 0086/2006), em trâmite na Câmara Municipal de São Paulo, que dispunha sobre a contratação de equipes terceirizadas de especialistas para realizar o diagnóstico e o tratamento da dislexia. Somou-se à preocupação despertada pelo referido projeto de lei o aumento significativo de encaminhamentos de crianças e adolescentes para serviços de saúde por parte de suas escolas, fato desvelado por pesquisas no campo da educação e da saúde (Angelucci & Souza, 2010, p. 7).

Tal situação culminou na organização de um coletivo de profissionais de diversas áreas, que passou a se reunir sistematicamente, a fim de fazer o enfrentamento político e científico do PL. Assim, diversos debates foram organizados sobre o tema, tanto no âmbito da Câmara dos Vereadores como em universidades, ampliando, assim, a compreensão crítica do tema e produzindo efeitos na construção de estratégias que superassem o olhar patologizante para o fracasso escolar no município de São Paulo.

Com base nesses debates e reuniões, o coletivo decidiu organizar um evento internacional pautando o tema. Tal evento, intitulado “A educação medicalizada: dislexia, TDAH e outros supostos transtornos”, foi realizado em novembro de 2010, e absolutamente todas as atividades estão disponíveis *on-line*<sup>1</sup>. A programação envolveu minicursos, oficinas, simpósios e conferências, além de atividades culturais, contando com a participação de médicos, sociólogos, psicólogos, pedagogos e fonoaudiólogos de diversos estados brasileiros, além de estrangeiros. Destaque deve ser dado ao sociólogo Peter Conrad, consagrado no debate sobre medicalização e desmedicalização da vida, sendo mesmo premiado inúmeras vezes pelas contribuições no estudo dos problemas sociais; e Steven Strauss, neurologista americano que combate de forma contundente a dislexia, também recebendo prêmios pelas suas contribuições sobre o tema.

Ao longo do I Seminário Internacional, houve espaço para a discussão e construção coletiva do

“Manifesto do Fórum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade” (Fórum, 2010), o qual foi lido publicamente ao final do evento, contando na ocasião com a adesão de 450 participantes e 27 entidades. Vale ressaltar que, estando disponível para adesões *on-line*, hoje o Manifesto conta com 3.083 assinaturas.

Como última atividade do I Seminário Internacional, foi fundado o Fórum sobre medicalização da educação e da sociedade,

movimento social que articula entidades, grupos, representantes de movimentos sociais e pessoas físicas para enfrentar conjuntamente os processos de medicalização da vida e da política, mobilizando a sociedade e construindo propostas de atuação que acolham, atendam e protejam aqueles que sofrem esses processos. (Fórum, 2013)

Ainda no âmbito do I Seminário, destacamos que este foi transformado em livro, intitulado “Medicalização de crianças e adolescentes: conflitos silenciados pela redução de questões sociais a doenças de indivíduos (CRP-SP & GIQE, 2011).

Desde então, o Fórum vem se reunindo sistematicamente, construindo uma forma democrática de organização e trabalhos. Durante os dois primeiros anos, compôs a secretaria executiva do Fórum as seguintes entidades: Conselho Regional de Psicologia de São Paulo (CRP-SP); Conselho Regional de Psicologia do Rio de Janeiro (CRP-RJ); Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional (ABRAPEE) e o Gabinete do Vereador Eliseu Gabriel. Desde o início de 2013, a secretaria executiva é composta pelas seguintes instituições: Centro de Saúde-Escola “Samuel Barnsley Pessoa”, da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo – CSE-FMUSP (Medicina); Sindicato dos Psicólogos de São Paulo – SinPsi (Psicologia); Associação Palavra Criativa (Fonoaudiologia); e Faculdade de Educação da Universidade Federal da Bahia – FAGED-UFBA (Educação).

Desde sua fundação, o Fórum vem crescendo em representatividade tanto em âmbito nacional quanto internacional. Assim, para além do Fórum Nacional, foram criados núcleos regionais, sempre por iniciativa e engajamento das próprias regiões. Hoje, temos os seguintes núcleos: Rio de Janeiro, Bahia, Pernambuco, Rio Grande do Norte, Sergipe, Rondônia e Acre. No Paraná, os núcleos Metropolitano de Curitiba,

<sup>1</sup> <http://medicalizacao.org.br/videos/>

Irati e Maringá; em São Paulo, os núcleos de Assis, Baixada Santista, Campinas, São José do Rio Preto, Sorocaba e Região Metropolitana de São Paulo; em Minas, os núcleos Belo Horizonte, Uberlândia, Leste de Minas e Triângulo Mineiro. Outros núcleos estão em gestação, em diversos estados brasileiros, e todos que desejam consolidar um núcleo contam com nosso apoio (Fórum, 2013).

Ainda para dimensionar a importância do Fórum, criamos um *site* em 2011 ([www.medicalizacao.org.br](http://www.medicalizacao.org.br)), o qual possui, desde então, 320 mil acessos, sendo que desde o início de 2013 foram 150 mil acessos (dados extraídos do relatório da *locaweb*). O Fórum também possui uma página no Facebook, que em menos de dois anos conta com 8.618 seguidores do mundo inteiro.

Vale ainda mencionar os outros dois eventos internacionais organizados, agora tendo o Fórum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade como integrante da comissão organizadora. O II Seminário Internacional “A educação medicalizada: novas capturas, antigos diagnósticos na era dos transtornos”, realizado em 2011, contou com a participação de médicos, psicólogos, psicanalistas, fonoaudiólogos, pedagogos, gestores públicos e jornalistas de diversos estados brasileiros, além de estrangeiros. Destacamos, nesse segundo evento, a presença do Fórum Infâncias, da Argentina, que desde então se tornou parceiro de trabalho e militância do nosso Fórum. Também os vídeos deste evento estão integralmente disponíveis *on-line*<sup>2</sup>, além de ele ter sido transformado em livro (Collares, Moysés e Ribeiro, 2013).

Finalmente, o III Seminário Internacional “A Educação Medicalizada: reconhecer e acolher as diferenças”, foi realizado em 2013, ampliando as parcerias internacionais para os seguintes países: Argentina, Cuba, Estados Unidos, França, Portugal e Espanha. Merece menção a ilustre participação de Joseph Knobel Freud, sobrinho neto do pai da psicanálise. Vale ressaltar que no III Seminário Internacional foi fundado o Movimento Internacional pela Despatologização da Vida, ampliando a internacionalização criada no mesmo ano por ocasião do *IV Simposio Internacional sobre Patologización de la Infancia*, realizado em Buenos Aires em junho de 2013, sob o nome *Forum Latinoamericano sobre Patologización de la Vida*, e que conta com a presença

de sete países: Argentina, Brasil, Chile, Colômbia, Costa Rica, México e Uruguai. É certo que, tanto quanto os anteriores, esse evento será também disponibilizado *on-line* e transformado em livro.

Finalizando o histórico, há de se mencionar que, com base nas pautas propostas pelo Fórum sobre medicalização da educação e da sociedade, o Conselho Federal de Psicologia (Gestão 2011–2013) assumiu o compromisso de promover uma campanha sobre o tema, a qual foi lançada publicamente em 11 de julho de 2012, durante audiência pública da Comissão de Direitos Humanos da Câmara dos Deputados. Intitulada “Não à medicalização da vida”, tal campanha produziu materiais que não apenas denunciam a medicalização da vida, mas apontam para formas de superação desse quadro (Conselho, 2012).

Tal histórico, portanto, expõe os primeiros equívocos do artigo de Frias & Júlio-Costa (2013). Explicitemos:

1. Ao longo do artigo, permanece uma clara confusão entre: (a) a Campanha “Não à medicalização da vida” do Conselho Federal de Psicologia; (b) o Conselho Regional de Psicologia de São Paulo; (c) o Fórum Sobre Medicalização da Educação e da Sociedade; e (d) o Seminário Internacional “A Educação Medicalizada”. Chama a atenção, nesse aspecto, que nem mesmo o nome do evento aparece correto no artigo. Assim, o artigo afirma que o Fórum é um evento organizado pelo CRP/SP (p. 3), demonstrando total desconhecimento do histórico apresentado acima, o qual, no entanto, é público e está disponível *on-line* para interessados, o que deveria ser o caso dos pesquisadores que publicam sobre o tema.
2. O artigo reduz equivocadamente a organização do Seminário Internacional ao CRP-SP. No entanto, basta uma consulta aos materiais públicos do evento para desfazer esse equívoco. O Seminário, chamado no artigo de Fórum, é um evento organizado pelo Fórum Sobre Medicalização da Educação e da Sociedade, sempre contando com um conjunto de instituições parceiras e com financiamento público, denotando, assim, a cientificidade que sustentou cada um dos eventos. Em sua terceira edição, contamos com o apoio de entidades como FAPESP e UNICAMP. A comissão organizadora da terceira edição do evento, por sua vez, foi composta pelas seguintes entidades:

<sup>2</sup> Cf. nota 1

Departamento de Pediatria da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, Laboratório Interinstitucional de Estudos e Pesquisas em Psicologia Escolar e Educacional da USP, UNIP, Centro de Saúde-Escola “Samuel Barnsley Pessoa” da Faculdade de Medicina da USP, Conselho Regional de Psicologia do Rio de Janeiro, Anhanguera Educacional, Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional, Conselho Regional de Psicologia de São Paulo, Associação Palavra Criativa, Sindicato dos Psicólogos de São Paulo, Grupo Interinstitucional Queixa Escolar. Tal constatação reforça nossa interpretação de que os autores não estudaram a fundo para publicar uma análise do tema, impactando na sua incorreção e superficialidade.

3. Os autores citam o *site* (<http://medicalizacao.com.br/>) como uma referência para ser conferida em relação à liderança do Conselho Federal de Psicologia. No entanto, basta acessar o *site*, cujo endereço correto é [medicalizacao.org.br](http://medicalizacao.org.br/), para comprovar que a afirmação do artigo é equivocada, já que ele é da responsabilidade do Fórum Sobre Medicalização da Educação e da Sociedade.

Tendo desfeito os primeiros equívocos do artigo de Frias e Júlio-Costa (2013), de caráter histórico, cabe desfazer os equívocos metodológicos, focalizando os procedimentos utilizados na construção do referido artigo.

### Questionamentos Metodológicos ao Artigo de Frias e Júlio-Costa

Considerando que o artigo de Frias e Júlio-Costa (2013) foi publicado em revista científica qualificada, há de se esperar que o mesmo atenda rigorosamente aos critérios científicos na produção e difusão de conhecimento. Tal expectativa aumenta, sobretudo, com a leitura do editorial, que, conforme apresentado anteriormente, aposta que o artigo “constitui uma análise cuidadosa”, feita por meio de “levantamento aprofundado” (Pimenta, 2013, p. 1). No entanto, a leitura cuidadosa do artigo desvela que a análise não foi cuidadosa, tampouco calcada em levantamento aprofundado, no caso específico das leituras relativas à crítica da medicalização.

É patente que, se os autores referenciam livros e artigos para defender as patologias criticadas pelo Fórum e pela Campanha do CFP, eles não citam um único livro, capítulo de livro ou artigo publicado em

periódicos científicos para situar e analisar o posicionamento crítico em relação às mesmas patologias que, segundo defende o Fórum, constituem o fenômeno da Medicalização. Ao contrário, o artigo focaliza apenas folhetos produzidos para ampliar a popularização do debate no meio social. Nesse sentido, a análise fica claramente desigual, aspecto que não pode ser considerado como característica de rigor científico.

Ora, sendo um movimento social, compõem os objetivos do Fórum, declarados desde nosso Manifesto: ampliar a democratização do debate; estabelecer mecanismos de interlocução com a sociedade civil; popularizar o debate, sem perder o rigor científico; pluralizar os meios de divulgação, incluindo *sites*, redes sociais, outros meios de comunicação e manifestações artísticas em geral (Fórum, 2010).

Por esse motivo, desde sua fundação, o Fórum tem produzido folhetos, valendo-se de gêneros discursivos absolutamente diferentes do acadêmico, com a finalidade de circular tal material nas redes sociais e na internet, para a popularização do debate, sem perder o rigor científico. Isso significa que cada um desses folhetos se origina de discussões profundas, por vezes produzidas pelos mesmos autores de artigos e capítulos de livros científicos e acadêmicos. Há de se ressaltar o esforço que a produção de tais panfletos envolve, considerando o hábito de seus autores em ter como interlocutores seus pares acadêmicos, e a necessidade de se tornar a linguagem mais acessível, sem, com isso, simplificar as ideias contidas em cada um desses materiais.

Entre os panfletos criticados no artigo de Frias e Júlio-Costa (2013), duas referências usadas nos chamam a atenção, ambas de autores pertencentes ao Fórum sobre medicalização da educação e da sociedade.

Uma delas é o folheto do antropólogo Rui Masato Harayama (cujo nome veio escrito errado!), intitulado “O que é ciência, afinal?” (Harayama, 2012), no qual o autor discorre sobre os discursos científico e religioso. Há uma vasta literatura científica na qual o antropólogo se baseou para a escrita do folheto, e referenciada ao final dele, aspecto, no entanto, não apresentado por Frias e Júlio-Costa em seu artigo.

Podemos, nesse âmbito, e para não nos prolongarmos no importantíssimo debate no campo das ciências humanas e sociais e seu papel na justificação das desigualdades sociais, voltar-nos à renomada filósofa brasileira Marilena Chaui (1997), que, ao analisar o discurso ideológico presente em muitas produções ditas científicas, afirma de maneira contundente, e subvertendo a máxima marxista segundo a qual a religião é ópio do

povo: “a racionalidade é o novo nome da providência divina. Talvez tenha chegado a hora da heresia: a ciência é o ópio do povo” (Chauí, 1997, p. 83).

O segundo folheto apresentado por Frias e Júlio-Costa foi publicado no *site* Aprendiz, com o nome “Carta a uma mãe”, tendo autoria da médica pediatra e professora Titular da UNICAMP Maria Aparecida Affonso Moysés (2011). Novamente, chama a atenção que os autores optaram por citar um folheto, negligenciando o fato de que ele é de autoria de uma renomada médica brasileira, autora de diversos artigos científicos, livros e capítulos de livros, tanto nacionais quanto internacionais, tendo mesmo sido indicada ao Prêmio Jabuti pela publicação do livro *A institucionalização invisível: crianças que não aprendem na escola* (2001).

Seria dispensável frisar que no *site* do Fórum, aparentemente consultado pelos autores, há inúmeras indicações de leituras científicas, publicadas em periódicos nacionais e internacionais, que poderiam contribuir significativamente para uma discussão rigorosa das diferentes vertentes em relação à medicalização da vida. Além disso, qualquer levantamento bibliográfico em sistemas como o *SciELO* ou as bases de dados de teses e dissertações, tarefa básica em pesquisas científicas sérias, aponta para um conjunto de publicações que analisam a medicalização da vida de forma aprofundada. Sem contar os livros nacionais sobre o tema já citados na primeira parte deste texto, afora os livros em língua estrangeira.

Nesse sentido, fica patente que o artigo de Frias e Júlio-Costa, embora objetive realizar a crítica da crítica à medicalização da vida, assume essa tarefa sem assumir o compromisso sério e responsável que ela envolve, recaindo notoriamente na falta de rigor científico, ao contrapor duas visões antagônicas sobre o tema, mas apresentar com mais preciosismo a visão defendida do que a criticada.

Nesse sentido, ficam ao Fórum as perguntas que partilhamos com os editores da Revista e agora com o conjunto de leitores: qual a motivação dos autores para submeter um artigo construído com base em tantas confusões e escolhas viciadas para realizar a discussão de tema tão sério e complexo? Com base em que critérios foram selecionados os pareceristas para avaliar esse artigo? Com base em que critérios os pareceristas o aprovaram?

## Medicalização e Ideologia

Finalmente, é possível analisar os equívocos conceituais do artigo de Frias e Júlio-Costa (2013), o que faremos, inicialmente, à luz de aspectos gerais em

torno do fenômeno medicalização, para então analisar suas especificidades na vida escolar.

Frias e Júlio-Costa (2013) reconhecem a grande controvérsia em relação aos diagnósticos dos chamados transtornos da aprendizagem. Defendem, então, que há duas posições distintas, lideradas de um lado pela Associação Brasileira de Déficit de Atenção (ABDA), em conjunto com a Associação Brasileira de Psiquiatria (ABP) e com a Sociedade Brasileira de Neuropsicologia (SBNp), e de outro pelo Conselho Federal de Psicologia (CFP). De fato, é inegável que existem duas vertentes absolutamente divergentes em relação ao debate em torno dos transtornos de aprendizagem. No entanto, não é correto afirmar que são lideradas por entidades, já que as organizações, movimentos sociais, instituições profissionais e acadêmicas possuem independência e autonomia na condução de suas discussões.

Qualquer pesquisa bibliográfica séria desvela que o debate em torno da medicalização da educação é amplo e diversas questões circundam o fenômeno. Segundo Moysés e Collares (2010, pp. 71-72), medicalização é a “transformação de questões coletivas, de ordem social e política, em questões individuais, biológicas”. Sua face mais sombria é tornar as diferenças ou a desigualdade em doenças, caracterizando a patologização da vida. É certo que a medicalização isenta as instâncias de poder de suas responsabilidades, embora trate de problemas gerados e perpetuados em suas entranhas.

Nesse ponto, cabe questionar duas afirmações de Frias e Júlio-Costa (2013), sendo a primeira a de que a medicalização envolve um “erro técnico” (p. 4). Não se trata de uma questão técnica, já que as técnicas não são neutras, mas informadas por visões de mundo, de ciência, e, nesse caso específico, de processos de aprendizagem e desenvolvimento humano. O debate teórico em torno desses temas é extremamente complexo e aponta para uma diversidade de perspectivas. No entanto, quando entramos no campo da saúde-doença, e mais especificamente das doenças neurológicas, é certo que elas não podem ser fundamentadas de forma relativista. Doença neurológica é doença neurológica, não podendo variar em termos de interpretação. Se há variação interpretativa, é porque não há consenso em torno do tema. O que é o caso do TDAH e da dislexia, como veremos mais adiante.

Antes, no entanto, cabe o questionamento em torno da segunda afirmação, qual seja, que o “erro técnico” seria *proposita*, sendo “estratégia política de

manipulação da opinião pública”. Tal afirmação nos conduz à discussão acerca dos aspectos ideológicos envolvidos na medicalização da vida, debate marxista que aqui mui resumiremos por meio das contribuições de Chauí (1980; 1997) e Žižek (1996).

Segundo Chauí, ideologia é “um corpo explicativo (representações) e prático (normas, regras, preceitos) de caráter prescritivo, normativo, regulador, cuja função é dar aos membros de uma sociedade dividida em classes uma explicação racional para as diferenças sociais, políticas e culturais” (1980, p. 115). Trata-se, portanto, de ideias que contribuem para a crença de que os homens são *desiguais por natureza* ou mesmo *por desejo próprio*, pois a vida social oferece *oportunidades iguais* a todos.

Uma característica fundamental do discurso ideológico é o fato de ele ser construído “sob o modo da afirmação, da determinação, da generalização e da redução das diferenças, da exterioridade face ao objeto [...], trazendo a garantia da existência de uma ordem, atual ou virtual”. Daí se apresentar como *neutro*, “a fim de testemunhar uma verdade que estaria inscrita nas próprias coisas” (Chauí, 1997, p. 33). Assim, ao mesmo tempo em que se constrói de maneira afirmativa, é essencialmente um discurso com temas silenciados e mesmo com contradições internas. Diz Chauí:

O discurso ideológico é um discurso feito de espaços em branco, como uma frase na qual houvesse lacunas. A coerência desse discurso [...] não é uma coerência nem um poder obtidos *malgrado* as lacunas, *malgrado* os espaços em branco, *malgrado* o que fica oculto; ao contrário, é *graças aos brancos, graças às lacunas* entre suas partes, que esse discurso se apresenta como coerente. [...] O discurso ideológico se sustenta, justamente, porque *não pode dizer até o fim aquilo que pretende dizer*. Se o disser, se preencher todas as lacunas, ele se autodestrói como ideologia. (1997, p. 21-22, itálicos da autora)

Finalmente, destaca que a ideologia é um fenômeno involuntário e inconsciente, ou seja, o pensamento ideológico se supõe verdadeiro, como se nada devesse à sua pertença histórica. Em outras palavras, “as ideias universais da ideologia não são uma invenção arbitrária ou diabólica” (Chauí, 1997, p. 100).

Žižek (1996), por outro lado, reconhece que transformações históricas, advindas, sobretudo, da experiência nazifascista, implicaram a necessidade de se rever o conceito de ideologia, já que “é muito fácil *mentir sob o disfarce da verdade*” (p. 14). Assim, para esse pensador contemporâneo, o cinismo é o *modo mais destacado* da ideologia na atualidade, afirmando: “a fórmula do cinismo já não é o clássico enunciado marxista do ‘eles não sabem, mas é o que estão fazendo’; agora, é ‘eles sabem muito bem o que estão fazendo, mas fazem assim mesmo’” (p. 14). Diz ele:

O próprio conceito de ideologia implica uma espécie de ingenuidade constitutiva básica: o desconhecimento dos seus pressupostos, de suas condições efetivas, a distância, a divergência entre a chamada realidade social e nossa representação distorcida, nossa falsa consciência dela. É por isso que tal “consciência ingênua” pode ser submetida a um processo crítico-ideológico. A meta desse processo é levar a consciência ideológica ingênua a um ponto em que ela possa reconhecer suas próprias condições efetivas, a realidade social que ela distorce e, mediante esse ato mesmo, dissolver-se. (Žižek, 1996, p. 312)

Ora, se o modo dominante da ideologia é cínico, o clássico método crítico de confrontar o texto ideológico com *suas lacunas*, com *o que ele tem de reprimir para se organizar, para preservar sua coerência*, torna-se impossível ou inútil.

Voltando para o campo da medicalização, podemos afirmar que se trata de um fenômeno ligado à ideologia, já que envolve a redução da complexidade humana a características individuais ou biológicas, ou seja, a sua tradução em termos de doenças, sobretudo quando se fala em doenças neurobiológicas que, no entanto, não têm comprovação científica na própria medicina. Nesse sentido, questionamos a expressão “medicalização equivocada” utilizada por Frias e Júlio-Costa (2013, p. 4), a qual dá a entender que haveria uma medicalização que não seria equivocada. À luz do conceito consagrado em torno da medicalização, fica claro que ela é, em si, uma interpretação equivocada das diferenças.

Finalmente, questionamos decisivamente a suposição de que todos que defendem o modo medicalizado de compreender os processos de aprendizagem e desen-

volvimento o façam propositadamente, embora não descartemos a existência de pessoas mal-intencionadas nesse contexto. Saber separar esses dois conjuntos é fundamental, pois obviamente a estratégia de enfrentamento de seus discursos e práticas não é a mesma. Se os que aderem à ideologia devem ter suas ideias confrontadas de forma consistente, essa estratégia é absolutamente ineficaz no caso daqueles que não agem por ideologia, mas movidos pelo que Žižek chama de cinismo.

### A Medicalização Comparece à Escola

Finalmente, é possível adentrar especificamente na temática da medicalização da vida escolar, cuja gravidade deu origem à fundação do Fórum sobre medicalização da educação e da sociedade e à organização da Campanha do Conselho Federal de Psicologia, esta última foco do artigo de Frias e Júlio-Costa (2013).

No contexto específico da vida escolar, a medicalização envolve a invenção de doenças que, embora estejam popularizadas, são frágeis em termos de racionalidade médica, pois não há comprovação científica de que sejam problemas orgânicos. São supostas doenças que atingem tanto professores quanto alunos, reduzidos a corpos biológicos disfuncionais, o que afronta a notória piora da qualidade da escola oferecida.

Focalizando especificamente os alunos, é certo que sobram problemas no uso da língua escrita, bem como comportamentos indisciplinados. Nesse contexto, tem sido reforçada a ideia de que tais problemas são decorrência de doenças neurológicas de origem genética: a dislexia e a hiperatividade. Sem comprovação científica, estamos diante de “doenças da moda”, que silenciam sobre a complexidade envolvida no processo de desenvolvimento e aprendizagem, e sua inter-relação com a escolarização.

Analisando especificamente o TDAH, destacamos que embora ele seja definido como “um transtorno neurobiológico, de causas genéticas” (Associação Brasileira de Déficit de Atenção, O que é o TDAH?, para. 1) pela Associação Brasileira do Déficit de Atenção, diversos autores que sustentam essa afirmação reconhecem que ainda não há comprovação inequívoca para ela. É o caso, por exemplo, de Rohde<sup>3</sup> e Halpern (2004), que afirmam: “Apesar da importância das funções dos dois sistemas atencionais na neurobiologia do TDAH, ainda são muito escassas as demons-

trações diretas das suas relações recíprocas no transtorno” (p. 64).

Tal reconhecimento também comparece em Frias e Júlio-Costa, embora de maneira relativizada, quando os autores afirmam (Frias & Júlio-Costa, 2013, p. 9, destaques nossos):

Na verdade, o que se encontra *pontualmente* na literatura não são questionamentos sobre a existência do TDAH, mas sim a necessidade de *melhorar os critérios diagnósticos* (Beljan, Reuter, Ganas & Hoover, 2012), de *identificar biomarcadores* (Beljan et al., 2012) e de *utilizar racionalmente a medicação* (Valdizán-Usón et al., 2013), verificando seus efeitos a curto e longo prazos (Pastura & Mattos, 2004) e a *necessidade de uma abordagem biopsicossocial* no que se refere ao TDAH. (Richards, 2012)

Mas consideramos uma fonte inequívoca da polêmica em torno do tema a própria bula do medicamento mais recomendado para o tratamento do TDAH, a qual afirma, literalmente, que “A etiologia específica dessa síndrome é desconhecida e não há teste diagnóstico específico” (Ritalina, Indicações da Ritalina, para. 2). E ainda que “Os sinais neurológicos não-localizáveis (fracos), a deficiência de aprendizado e EEG anormal podem ou não estar presentes e um diagnóstico de disfunção do sistema nervoso central pode ou não ser assegurado” (Ritalina, Indicações da Ritalina, para. 1).

O mesmo pode ser dito em relação à dislexia: não há consenso de que erros na escrita sejam sinais de uma doença neurológica (Guarinello et al., 2006; Rubino, 2010; Massi & Santana, 2011). Segundo Massi (2007), as questões próprias do processo de aquisição da escrita são equivocadamente transformadas em sintomas de um quadro nosológico chamado dislexia. O que no processo de medicalização é tomado como sintoma patológico, para Massi, Berberian e Carvalho (2012) são sinais da ação do sujeito na construção de conhecimento e refletem não uma doença, mas suas estratégias e hipóteses estabelecidas no decorrer do processo de alfabetização.

Nesse sentido, diferentemente do que afirmam Frias e Júlio-Costa (2013), não é consensual que “deve haver uma busca de diagnósticos bem realizados”, mas, posto que ainda não há os “critérios científicos bem estabelecidos e transparentes”, que tornas-

<sup>3</sup> Vale ressaltar que o próprio Rohde declara ser conferencista ou consultor das seguintes companhias farmacêuticas: Bristol-Myers Squibb, Eli-Lilly, Janssen-Cilag e Novartis, situação que caracteriza conflito de interesses.

sem não apenas o diagnóstico mas a própria categoria nosológica inequívocos.

Sintetizam de forma profunda, por meio do recurso à história dessas duas supostas doenças, o capítulo da pediatra Maria Aparecida Affonso Moysés e da pedagoga Cecília Collares intitulado “Dislexia e TDAH: uma análise a partir da ciência médica” (2010). Para uma crítica específica do TDAH, recomendamos o livro organizado pelo neurologista argentino León Benasayag intitulado “ADDH. Niños con déficit de atención e hiperactividad: una patología de mercado?” (2011). No âmbito da dislexia, recomendamos o livro da fonoaudióloga Giselle Massi, intitulado “A dislexia em questão” (2007) e o livro do neurologista americano Steven Strauss, intitulado “The linguistics, neurology, and politics of phonics” (2005).

Nesse ponto, há de se questionar a comparação temerária feita no artigo de Frias e Júlio-Costa (2013) entre os transtornos que questionamos e algumas doenças comprovadas por meio de exames físicos. Deficiência auditiva, hipertensão, diabetes, entre outras, são condições físicas, biológicas do ser humano; existem exames que conseguem apontá-las claramente. O mesmo não acontece com os supostos transtornos de aprendizagem, pois para a constatação deles há apenas suposições a serem comprovadas, mesmo que apoiadas em exames de imagens com modernos equipamentos.

Nesse sentido, o que o Fórum propõe é uma discussão bem fundamentada acerca da fragilidade em torno de tais supostos transtornos, não apenas em relação a como são feitos seus diagnósticos e sugeridos os tratamentos, mas substancialmente à etiologia mesma desses transtornos. Nosso objetivo, portanto, é apontar que o que é posto como verdade inquestionável é, em realidade, um grande campo para discussão, uma vez que envolve aspectos políticos, sociais, ideológicos e culturais.

Sustenta a urgência desse debate o reconhecimento de que tem se tornado cada vez mais comum, no cenário escolar, crianças e adolescentes serem diagnosticados, a despeito da enorme polêmica em torno do tema. Para Frias e Júlio-Costa, tal aumento “pode simplesmente refletir o aumento ao acesso a diagnóstico e tratamento de um problema que realmente estava prejudicando os usuários” (p. 8), chegando mesmo a afirmar que ainda há muitas outras crianças a serem diagnosticadas e tratadas. Discordamos veementemente dessas afirmações, apostando, com Welch, Schwartz & Woloshin (2007), que os exageros em torno da me-

dicalização da vida produziram uma verdadeira epidemia de diagnósticos e tratamentos.

Finalmente, não poderíamos deixar de questionar as afirmações de Frias e Júlio-Costa (2013) que questionam as críticas em torno da estigmatização das crianças e adolescentes diagnosticados no contexto escolar. Segundo eles, “O que a campanha trata como estigmatizante pode ter um efeito exatamente inverso, ou seja, o diagnóstico auxilia na reconstrução do *self* do indivíduo com o transtorno” (p. 8). Ou ainda:

Não se trata de rotular ou reduzir, mas sim de expandir as possibilidades de desenvolvimento, uma vez que o diagnóstico favorece o planejamento de intervenções. Neste sentido, é função do profissional (seja ele médico, psicólogo, fonoaudiólogo etc.) fazer um aconselhamento psicológico, expondo para a família e para a criança não apenas os déficits, mas também as potencialidades do *paciente*, a fim auxiliar no direcionamento da sua aprendizagem e da sua rotina. (Frias & Júlio-Costa, 2013, p. 8, destaque nosso).

É com base nessa argumentação que defendem que o “diagnóstico precoce” é “necessário”, pois permite “o tratamento adequado por meio de reabilitação cognitiva, intervenções escolares e apoio aos *pacientes* e seus familiares”, reduzindo suas “limitações”, melhorando a “qualidade de vida dele e de sua família”, e permitindo sua “inclusão social” (Frias & Júlio-Costa, 2013, p. 9).

Para nós seria suficiente apontar a contradição de tais afirmações pelo simples fato de que a criança ou adolescente, que na escola devem ser vistos e tratados como alunos, são chamados pela alcunha de “paciente”, estigma de doente que certamente os acompanha e acompanhará na vida escolar. Sobram referências de pesquisas no campo da educação que denunciam o quanto o diagnóstico caminha na contramão da inclusão escolar, uma vez que serve muito mais para marcar a criança diferente do que a tratar como igual. Merece menção o livro já citado de Maria Aparecida Moysés, *A institucionalização invisível: crianças que não aprendem-na-escola* (2001), cuja relevância para a educação rendeu a indicação ao prêmio Jabuti.

Concluimos, pois, que construir uma percepção de si mesmo como portador de transtorno é construir uma percepção de si marcada pelo rótulo. Deixa de ser

uma criança e passa a ser um hiperativo, ou desatento; ou disléxico... A partir de então, seus aprendizados e atitudes deixam de ser vistos por si e pelos que entornam como “normais”. E não seria isso um estigma?

### Medicalização e a Indústria Farmacêutica

Outro aspecto questionável no artigo de Frias e Júlio-Costa (2013) envolve a defesa do uso do tratamento medicamentoso para o TDAH. Segundo afirmam, de maneira embasada, “não há como negar que qualquer medicamento possua efeitos colaterais, de maneira que seu uso indiscriminado pode ser letal, em especial para crianças e idosos”. No entanto, prosseguem afirmando, novamente com base em autores, que “antes de um medicamento ser disponibilizado no mercado para os consumidores, existem fases de testagem (farmacovigilância) que asseguram sua eficácia e efeitos em longo prazo”, bem como que “o metilfenidato é considerado uma das medicações mais eficazes na área da Psiquiatria” (p. 9).

Curiosamente, não é o que lemos na própria bula da Ritalina, metilfenidato, na qual encontramos que o medicamento é “um estimulante do sistema nervoso central” (Ritalina, Ritalina, para. 1). Seu mecanismo de ação no homem *ainda não foi completamente elucidado*, mas *presumivelmente* ele exerce seu efeito estimulante ativando o sistema de excitação do tronco cerebral e o córtex. O mecanismo pelo qual ele produz seus efeitos psíquicos e comportamentais em crianças “não está claramente estabelecido, nem há evidência conclusiva que demonstre como esses efeitos se relacionam com a condição do sistema nervoso central.” (Ritalina, Farmacodinâmica, para. 1)

Na bula, ainda encontramos a afirmação categórica de que o remédio “não deve ser utilizado em crianças com menos de seis anos de idade, uma vez que a segurança e a eficácia nesse grupo etário não foram estabelecidas” (Ritalina, Advertências da Ritalina, para. 1). Além disso, afirma que

embora não tenha sido ainda confirmada uma relação causal, tem sido relatada (sic) uma *moderada redução no ganho de peso e um ligeiro retardo no crescimento com o uso prolongado de estimulantes em crianças*. Isso é normalmente acompanhado por uma *retomada do crescimento quando o medicamento é descontinuado*.

(Ritalina, Precauções da Ritalina, para. 1, destaques e acréscimo nossos)

A lista de reações adversas é grande e envolve todo o organismo. Chama atenção a estratégia recomendada na bula para “minimizar tais complicações”: “períodos sem o medicamento, *especialmente durante os finais de semana e nas férias escolares*” (Ritalina, Precauções da Ritalina, para. 1, destaques nossos). Por fim, a bula deixa claro, em letras garrafais, que o medicamento “PODE CAUSAR DEPENDÊNCIA FÍSICA OU PSÍQUICA” (Ritalina, Superdosagem da Ritalina, para. 3).

Assim, chamamos a atenção para uma reflexão que consideramos fundamental: por que está sendo comercializado um medicamento antes mesmo de comprovações técnicas básicas serem elucidadas?

Finalizando esta parte, reiteramos nossa plena discordância em torno da afirmação de que “no Brasil, apenas os mais ricos têm acesso a esses serviços. A falta de reconhecimento oficial impede a ajuda a essas crianças duplamente prejudicadas, pelo transtorno e pela falta de tratamento” (Frias & Júlio-Costa, 2013, p. 9).

Tal discordância apoia-se nas pesquisas que denunciam o aumento de projetos de lei que visam inserir programas de diagnóstico e tratamento de crianças e adolescentes em idade escolar na rede pública de ensino. Embora mascarados de direito, sabemos que tais projetos nascem da negação, aí sim, de um direito fundamental: o direito à escolarização de qualidade (Souza e Oliveira, 2013). Mas também encontra sustentação no belo artigo da jornalista Eliane Brum, intitulado “O doping dos pobres” (2013), que, ao denunciar a ampliação do consumo de medicamentos psiquiátricos entre os pobres no Brasil, questiona:

Não há nada mais doentio e aniquilador do que o sentimento de impotência. E, quando a questão é esta, tomar remédios como se sua dor não fosse legítima, não tivesse causas reais que precisam ser escutadas e transformadas, é acentuar o abismo da impotência. É o contrário de saúde. (Brum, 2013, p. 45)

Mas para que não restem dúvidas quanto à pertinência de nossa preocupação, o tema povoou recentemente o *site* da própria Associação Brasileira de Psiquiatria, com a publicação, em fevereiro de 2013, do texto “Cresce uso abusivo de metilfenidato”.

Criticar a medicalização implica promover novas formas de cuidado.

Um último equívoco do artigo de Frias e Júlio-Costa (2013) merece ser criticado: a suposição de que, ao criticarmos a medicalização da vida, seríamos contrários ao acolhimento das pessoas que sofrem esses processos.

Basta uma pesquisa séria nas produções do Fórum para desvelar que temos não apenas aprofundado a crítica contundente dos processos de medicalização da vida em todas as suas esferas, mas também apresentado propostas concretas de acolhimento das diferenças e cuidado das pessoas que sofrem esses processos, baseadas em concepções de ser humano e de sociedade que rompem com a lógica patologizante, o que reporta à dimensão teórico-metodológica.

Merece destaque o Grupo de Trabalho Educação & Saúde, composto por pesquisadores e profissionais com experiência no acolhimento de crianças e adolescentes que sofrem com o processo de medicalização. Caracterizando-se por ser interdisciplinar, multiprofissional e multicêntrico<sup>4</sup>, o detido trabalho do GT resultou na elaboração de um rico documento, intitulado “Recomendações de práticas não medicalizantes para profissionais e serviços de saúde e educação”, uma de nossas produções coletivas mais relevantes (Fórum, 2012).

Tal documento está integralmente disponível no *site* do Fórum, tendo tido 4.809 acessos desde sua publicação em 2012. Além disso, em 2013 foi publicada sua versão impressa, contando com o financiamento da Faculdade de Educação da USP e do Centro de Saúde-Escola “Samuel Barnsley Pessoa” da Faculdade de Medicina da USP. Assim, o Fórum conseguiu garantir uma tiragem de mil exemplares, todos para distribuição gratuita.

O pioneirismo e relevância desse importante instrumental teórico-prático representam um passo significativo no enfrentamento da patologização de crianças e adolescentes com dificuldades escolares. Apostamos que esse não é um passo qualquer. É um passo fundamental, pois abre uma nova trilha, que

agora pode ser percorrida e ampliada por outros profissionais, dando continuidade à consolidação de caminhos outros que possam de fato acolher e enfrentar as dificuldades, mas apoiados no respeito às diferenças. Sem concebê-las como doença.

## Referências

- Angelucci, C. B., & Souza, B.P. (2010). Apresentação. In CRP-SP, & GIQE (Orgs.). *Medicalização de crianças e adolescentes: conflitos silenciados pela redução de questões sociais a doenças de indivíduos* (pp. 7-13). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Associação Brasileira de Psiquiatria. (2013). *Cresce uso abusivo de metilfenidato*. Acesso em 17 de outubro, 2013, em <http://www.abp.org.br/portal/archive/11649>
- Associação Brasileira do Déficit de Atenção (s.d.). O que é o TDAH. Acesso em 17 de outubro de 2013, em <http://www.tdah.org.br/br/sobre-tdah/o-que-e-o-tdah.html>
- Benasayag, L. (2011). *ADDH. Niños com déficit de atención e hiperactividad: Una patología de mercado?* Buenos Aires: Ed. Noveduc.
- Berberian, A. P., Massi, G. A. A. (2000). Dislexia: uma discussão conceitual. *Tuiuti (UTPR)*, Curitiba, 20, 109-116.
- Bohannon, J. (2013). Who's Afraid of Peer Review? *Science*, 342(6154), 60-65. Acesso em 17 de outubro, 2013, em <http://www.sciencemag.org/content/342/6154/60.full>
- Brum, E. (2013). O doping dos pobres. In *A menina quebrada* (pp.39-46). Porto Alegre: Arquipélago Editorial.
- Chauí, M. S. (1980). *O que é ideologia*. São Paulo: Editora Brasiliense.
- Chauí, M. S. (1997). *Cultura e democracia*. São Paulo: Cortez.
- Collares, C. A. L., & Moysés, M. A. A. (1996). *Preconceitos no cotidiano escolar: ensino e medicalização*. São Paulo: Cortez.
- Collares, C. A. L., Moysés, M. A. A., & Ribeiro, M. (Orgs.). (2013). *Novas Capturas, Antigos Diagnósticos na Era dos Transtornos*. São Paulo: Mercado Letras.
- Conselho Federal de Psicologia. (2012). *Campanha “Não à medicalização da vida”*. Acesso em 17 de outubro, 2013, em <http://site.cfp.org.br/cfp-lanca-campanha-nao-a-medicalizacao-da-vida/>

<sup>4</sup> Compuseram o GT: profissionais de antropologia, fonoaudiologia, medicina, pedagogia e psicologia, das seguintes instituições, todas renomadas: Associação Palavra Criativa/IFONO, Centro de Saúde Escola “Samuel Barnsley Pessoa” da Faculdade de Medicina da USP, Departamento de Pediatria da Faculdade de Medicina da UNICAMP, Departamento de Psicologia Clínica da Faculdade de Psicologia da UNESP Campus Assis, Grupo Interinstitucional Queixa Escolar, Instituto Sedes Sapientiae, Laboratório Interinstitucional de Estudos e Pesquisa em Psicologia Escolar e Educacional, Rede Humaniza-SUS, Serviço de Psicologia do Hospital do Servidor Público Municipal e União de Mulheres do Município de São Paulo.

- Conselho Regional de Psicologia - CRP-SP, & Grupo Interinstitucional Queixa Escolar - GIQE (Orgs.). (2011). *Medicalização de crianças e adolescentes: conflitos silenciados pela redução de questões sociais a doenças de indivíduos*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Escobar, H. (2013). *Estudo falso é aceito para publicação em mais de 150 revistas*. Acesso em 17 de outubro, 2013, em <http://blogs.estadao.com.br/herton-escobar/estudo-falso-e-aceito-para-publicacao-em-mais-de-150-revistas/>
- Fórum sobre medicalização da educação e da sociedade. (2010). *Manifesto do Fórum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade*. Acesso em 17 de outubro, 2013, em <http://medicalizacao.org.br/manifesto-do-forum-sobre-medicalizacao-da-educacao-e-da-sociedade/>
- Fórum sobre medicalização da educação e da sociedade. (2012). Grupo de Trabalho Educação & Saúde. *Recomendações de práticas não medicalizantes para profissionais e serviços de saúde e educação*. Acesso em 17 de outubro, 2013, em <http://medicalizacao.org.br/recomendacoes>.
- Fórum sobre medicalização da educação e da sociedade. (2013). *Carta de São Paulo*. Anais do III Seminário Internacional A Educação Medicalizada: reconhecer e acolher as diferenças (no prelo).
- Foucault, M. (1977). Historia de la medicalización. *Educación médica y salud*, 11(1):3-25.
- Frias, L & Júlio-Costa, A. (2013). Os equívocos e acertos da campanha “Não à Medicalização da Vida”. *Psicologia em Pesquisa*, 7(1), 3-12.
- Guarinello, A. C., Massi, G., Berberian, A. P., & Rivabem, K. D (2006, setembro/dezembro). Dificuldades de aprendizagem da escrita: a Análise de acompanhamentos clínicos dessa modalidade de linguagem. *Revista Letras*, Curitiba, 70, 247-266.
- Harayama, R. M. (2012). *O que é ciência afinal?* Acesso em 17 de outubro, 2013, <http://medicalizacao.org.br/o-que-e-ciencia-afinal/>
- Illich, I. (1982). *A expropriação da saúde: Nêmesis da medicina*. Rio de Janeiro: Forense.
- Massi, G. (2007). *A dislexia em questão*. São Paulo: Plexus.
- Massi, G., Berberian, A. P., & Carvalho, F. (2012). Singularidades na apropriação da escrita ou diagnóstico de dislexia? *Distúrbios da Comunicação*. São Paulo, 24(2): 257-267.
- Massi, G., & Santana, A. P. O. (2011). Desconstrução do conceito de dislexia. *Paideia*, 21(50), 403-411.
- Moysés, M. A. A. (2001). *A Institucionalização Invisível: Crianças que não-aprendem-na-escola*. São Paulo: Mercado de Letras.
- Moysés, M. A. A. (2011). *Carta a uma mãe*. Acesso em 17 de outubro, 2013, em <http://medicalizacao.org.br/carta-a-uma-mae/>
- Moysés, M. A. A., & Collares, C. A. L. (1992). A história não contada dos distúrbios de aprendizagem. *Cadernos CEDES*, 28, Campinas (SP): Papirus, pp. 31-48.
- Moysés, M. A. A., & Collares, C. A. L. (2010). Dislexia e TDAH: uma análise a partir da ciência médica. In CRP-SP, & GIQE (Orgs.). *Medicalização de crianças e adolescentes: conflitos silenciados pela redução de questões sociais a doenças de indivíduos* (pp. 71-110). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Oliveira, F., & Souza, M. P. R. (2013). O que dizem os Projetos de Lei sobre Dislexia e Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade: Contribuições da Psicologia Escolar. In C. A. L., Collares, M. A. A., Moysés, & M. C. F. Ribeiro (Orgs.). *Novas Capturas, Antigos Diagnósticos na Era dos Transtornos* (pp. 203-220). Campinas: Mercado das Letras.
- Patto, M. H. S. (1990). *A produção do fracasso escolar: histórias de submissão e rebeldia*. São Paulo: T. A. Queiroz.
- Pimenta, M. A. (2013). Um Retrato da Neuropsicologia no Brasil. *Psicologia em Pesquisa*, 7(1), 1-2.
- Ritalina®: cloridrato de metilfenidato. Bula de remédio. São Paulo: Novartis. Acesso em 17 de outubro de 2013, em <http://www.bulas.med.br/bula/3721/ritalina.htm>
- Rohde, L. A., & Halpern, R. (2004). Transtorno de Déficit de Atenção/Hiperatividade: atualização. *Jornal de Pediatria*, 80(2), 61-70.
- Rubino, R. (2011). Dislexia, processo de aquisição ou sintoma na escrita? In CRP-SP, & GIQE (Orgs.). *Medicalização de crianças e adolescentes: Conflitos silenciados pela redução de questões sociais a doenças de indivíduos* (pp. 131-145). São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Strauss, S. (2005). *The linguistics, neurology, and politics of phonics*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Welch, G., Schwartz, L. & Woloshin, S. (2007). *O que está nos deixando doentes é uma epidemia de diagnósticos*. Acesso em 17 de outubro, 2013, em <http://www.cremesp.org.br/?siteAcao=Jornal&id=954>
- Žižek, S. (1996). *Um mapa da ideologia*. Rio de Janeiro: Contraponto.

## Ciência Baseada em Evidência? Resposta aos Comentários ao Artigo “Os Equívocos e Acertos da Campanha ‘Não à Medicalização da Vida’”

Lincoln Frias<sup>I</sup>Annelise Júlio-Costa<sup>II</sup><sup>I</sup>Universidade Federal de Alfenas (Varginha), Brasil<sup>II</sup>Universidade Federal de Minas Gerais (Belo Horizonte), Brasil

Agradecemos muito a Rui Harayama e a Lygia Viégas, Jason Santos e Ariane Oliveira por comentarem nosso artigo. A identificação e o tratamento de crianças com transtornos de aprendizagem e Transtorno do Déficit de Atenção e Hiperatividade (TDAH) são questões muito intrincadas e com repercussões profundas em suas vidas. Por isso, é essencial que haja debate entre as diferentes perspectivas sobre o assunto.

Contudo, é lamentável que Viégas, Santos & Oliveira (2013, p. 270) coloquem em dúvida a qualidade e honestidade do processo de editoração da Revista *Pesquisa em Psicologia*:

[...] qual a motivação dos autores para submeter um artigo construído com base em tantas confusões e escolhas viciadas para realizar a discussão de tema tão sério e complexo? Com base em que critérios foram selecionados os pareceristas para avaliá-lo? Com base em que critérios os pareceristas aprovaram-no? É lamentável ainda mais porque as justificativas que apresentam para essas insinuações são pequenas falhas na apresentação da filiação institucional da campanha “Contra a Medicalização da Vida” e sua insatisfação com nossa estratégia de nos concentrar nos documentos de divulgação da campanha. Começamos por esse último ponto.

Tanto Harayama (2013) quanto Viégas, Santos & Oliveira (2013) sugerem que favorecemos nossa perspectiva ao buscar os argumentos contrários à medicalização em textos para o público leigo, ao passo que utilizamos a literatura científica em nossa resposta a eles. Diz Harayama (2013, p. 263):

Não entrarei no mérito da forma como os autores selecionaram os trechos desse texto, e nem a predileção por textos-manifestos

em detrimento da revisão bibliográfica de publicações científicas minhas e de outros membros do Fórum. Como antropólogo, que dá preferência ao discurso nativo e do “outro”, fico feliz por ver um texto de vulgarização de um movimento político sendo citado como produção científica que, nos termos dos autores, “compreende mal a ciência”.

Por sua vez, Viégas, Santos & Oliveira (2013, p. 269) afirmam que “o artigo focaliza apenas folhetos produzidos para ampliar a popularização do debate no meio social. Nesse sentido, a análise fica claramente desigual, aspecto que não pode ser considerado como característica de rigor científico.”

A justificativa para nossa escolha é simples: focamos os panfletos da campanha porque acreditamos que eles desempenham o papel mais decisivo na discussão pública sobre o assunto. Aliás, essa também é a opinião dos defensores dela. Harayama (2013, p. 262) afirma em seu comentário:

Se a literatura internacional vem denunciando os processos de medicalização e a cooptação da academia e dos profissionais da saúde pela indústria farmacêutica (Abadie, 2010; Light, 2010; Shah, 2006), no Brasil, é com certeza a atuação político-acadêmica dos membros do Fórum que tem pautado outros setores e grupos nacionais que têm forte ligação com a indústria farmacêutica.

Ora, se são os panfletos que têm mais influência, são eles que merecem resposta. Além disso, como dizem os próprios Viégas, Santos & Oliveira (2013, p. 269) em seu comentário:

[...] cada um desses folhetos se origina de discussões profundas, por vezes

produzidas pelos mesmos autores de artigos e capítulos de livros científicos e acadêmicos. Há de se ressaltar o esforço que a produção de tais panfletos envolve, considerando o hábito de seus autores em ter como interlocutores seus pares acadêmicos, e a necessidade de se tornar a linguagem mais acessível, sem, com isso, simplificar as ideias contidas em cada um desses materiais.

Nossa estratégia de analisar os folhetos e não os artigos seria ilegítima (ou anticientífica, como apontou Harayama (2013), ou não séria, como sugerem Viégas, Santos & Oliveira (2013) se a literatura científica que critica a medicalização contivesse bons argumentos que não aparecem nos panfletos e que não incluímos em nossa análise. Podemos estar errados, mas em nossa pesquisa não os encontramos.

Como críticos da medicalização, Harayama (2013) e Viégas, Santos e Oliveira (2013) certamente estavam muito mais capacitados para identificá-los. O fato de que não tenham apresentado nenhum argumento novo em seus comentários (ainda que Viégas, Santos e Oliveira (2013) tenham apresentado novos elementos em defesa dos mesmos argumentos que criticamos) sugere que nossa estratégia foi bem sucedida: identificamos os melhores argumentos contra a medicalização dos transtornos de aprendizagem e TDAH. Portanto, continuamos acreditando que não foi inadequado focar os panfletos.

Nosso artigo poderia ter sido melhor em termos de detalhe — é sempre possível escrever um texto com mais nuances e mais referências. Mas não deixamos de lado nenhum argumento central. É natural que os defensores desses argumentos considerem que eles podem ser melhor defendidos. Artigos servem para movimentar a discussão, não para encerrar o debate. Isso faz parte da discussão científica, não é um motivo para desqualificar o trabalho de autores, editores e pareceristas.

Antes de prosseguir, gostaríamos de reconhecer e lamentar um equívoco que cometemos e que foi apontado pelos dois comentários. Ao contrário do que dissemos, o Fórum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade não é um movimento comandado pelo Conselho Federal de Psicologia. O Fórum é formado por diversos setores e é ele quem estimula a discussão da medicalização nos conselhos profissionais, na academia etc. Além disso, erramos ao atribuir um trecho de um texto de Harayama a outro autor.

Indo às críticas mais substanciais, comecemos pelo comentário de Harayama (2013). Nossa opinião é que o comentário dele não traz argumentos nem elementos novos que nos façam modificar nossas conclusões ou rever as análises que realizamos dos argumentos da campanha “Não à medicalização da vida”. O que ele fez foi apenas sugerir que há “vícios de dados e metodologia”, mas, ao menos a nosso ver, não justificou essa afirmativa.

As duas observações mais sérias feitas por Harayama (2013) em seu comentário a nosso artigo tratam da indústria farmacêutica e da relação entre ciência e religião. Vejamos cada um deles separadamente.

De acordo com ele, o fato de que o *lobby* da indústria farmacêutica nos EUA tenha derrubado a proibição dos anúncios de medicamentos mostra que “é preciso discordar veementemente” da seguinte afirmação que fizemos em nosso artigo: o fato de que a indústria farmacêutica lucra com o aumento da demanda de algum medicamento não necessariamente significa que o medicamento seja ruim para os usuários e que a demanda seja criada pela indústria. Não nos parece que aquele fato seja suficiente para mostrar que nossa afirmação está equivocada. E a definição de medicalização que ele oferece no parágrafo seguinte também não é suficiente para atingir esse objetivo. Portanto, não vemos motivo para mudar o que afirmamos na seção O Argumento da Pressão da Indústria e a Presunção Contra Psicofármacos de nosso artigo.

Harayama (2013) e Viégas, Santos e Oliveira (2013) nos convenceriam de que há medicalização no sentido pejorativo se apresentassem estudos mostrando que os tratamentos farmacêuticos para esses transtornos são inúteis ou que seus benefícios aos pacientes não compensam os prejuízos que podem lhes causar. Mas não fizeram isso.

Apesar das palavras fortes que empregaram e das citações de autores feitas na seção 4 de Viégas, Santos e Oliveira (2013), nenhuma evidência foi demonstrada. Não basta dizer que tal ou qual autor acha que o diagnóstico é impreciso, nem citar a cautela da bula da Ritalina como argumento a seu favor, é preciso discutir os resultados empíricos. Apenas como ilustração, uma revisão do banco de dados SciELO ([www.scielo.org](http://www.scielo.org)), no dia 19 de outubro de 2013, mostrou que, em uma busca de textos com o indicativo “medicalização”, são levantados 157 artigos. Quando incluímos na busca a palavra “escola”, somente nove artigos são listados. Após a leitura de todos

os resumos dos textos listados pelas buscas, não foi encontrado nenhum que contenha teste de hipótese demonstrando a não eficácia dos medicamentos.

O segundo comentário substantivo de Harayama (2013, p. 263) consiste em reafirmar que a ciência é a religião do século XXI e dizer que distorcemos essa sua analogia. Segundo ele, a separação entre religião e ciência é “borrada” porque alguns religiosos na história brasileira tomavam decisões baseadas em argumentos e evidências, tal como a ciência, e porque atualmente as pessoas acreditam que “a comprovação científica tem equivalência com a providência divina de outrora” — o comentário de Viégas, Santos e Oliveira (2013) contém uma afirmação semelhante.

Contudo, as referidas semelhanças não impedem a existência das diferenças que apontamos em nosso artigo:

[...] o discurso religioso é baseado em verdades reveladas, enquanto que a ciência baseia-se em experimentos empíricos controlados; a religião é baseada em dogmas, afirmações inquestionáveis, enquanto que a ciência é baseada na exigência de transparência sobre os dados, na revisão por pares e na crítica mútua; a religião é baseada em acontecimentos sobrenaturais, enquanto que a ciência exige replicação dos resultados; por fim, a religião baseia-se na fé, na disposição de acreditar mesmo na ausência de evidências, enquanto que a ciência pauta-se pela racionalidade, entendida como a procura por evidências para sustentar afirmações (Frias & Júlio-Costa, 2013, p. 5 — baseado em Ferngren, 2002).

Assim, não nos parece que Harayama (2013) tenha dado motivos para justificar a afirmação de que distorcemos sua opinião e nem para que mudemos nossa crítica no que se refere à aproximação entre ciência e religião.

Viégas, Santos e Oliveira (2013, p. 272) afirmam sobre a dislexia e o TDAH que “sem comprovação científica, estamos diante de ‘doenças da moda’, que silenciam sobre a complexidade envolvida no processo de desenvolvimento e aprendizagem, e sua inter-relação com a escolarização.”

Mas um dos objetivos de Frias e Júlio-Costa (2013) foi exatamente apontar as principais evidências

sobre a validade nosológica dos transtornos. Citando um trecho sobre TDAH:

Com relação à estabilidade do TDAH ao longo do ciclo vital, estima-se que cerca de dois terços dos sujeitos que apresentam o diagnóstico na infância também persistam com o transtorno na idade adulta (Spencer, Biederman & Mick, 2007). Em uma série de estudos recentes sobre o desenvolvimento cerebral de crianças com TDAH, Shaw et al. (2009; 2011) verificaram que embora o curso estrutural do desenvolvimento neural de crianças e adolescentes com TDAH e crianças sem transtornos do desenvolvimento seja muito semelhante, há diferenças substanciais na velocidade de maturação dos circuitos cerebrais entre os dois grupos. Tais diferenças são particularmente pronunciadas em relação ao córtex pré-frontal que se desenvolve mais tardiamente em crianças e adolescentes com TDAH. O TDAH, assim como a dislexia, tem sido estudado ao longo do último século, e existem tanto dados comportamentais (Willcutt et al., 2012), quanto neurobiológicos sobre o transtorno (Cortese et al., 2012). Uma série de características cognitivas e comportamentais tem sido apontada de forma consistente como presente em indivíduos como TDAH, tais como déficits nas funções executivas (Barkley, 2012), aversão ao atraso (Sonuga-Barke, Sergeant, Nigg & Willcutt, 2008), dificuldades em postergar recompensas (Scheres, Tontsch & Lee Thoeny, 2013) e diminuição na velocidade de processamento de informação (McGrath et al., 2011). Existem também estudos genéticos que mostram que a herdabilidade do TDAH é da ordem de 0,75 (Goldstein, 2003). (Frias & Júlio-Costa, 2013, p. 8). [Mais informações sobre o transtorno estão descritas em nosso artigo.]

Viégas, Santos e Oliveira (2013, p. 273) criticam o fato de nos referirmos às crianças com TDAH ou dislexia como pacientes:

Para nós seria suficiente apontar a contradição de tais afirmações pelo simples fato de que a criança ou adolescente, que na escola devem ser vistos e tratados como alunos, são chamados pela alcunha de “paciente”, estigma de doente que certamente os acompanha e acompanhará na vida escolar.

Entretanto, é muito simplório pensar que a escola deve tratar as crianças apenas como alunos. Mesmo que a função primordial da escola seja ensinar, é preciso entender o indivíduo em uma dimensão mais ampla e tentar ajudá-lo em suas necessidades. Em relação ao estigma, mantemos a análise que fizemos em nosso artigo, na seção intitulada O Argumento da Estigmatização.

Ainda foram apontadas outras críticas sobre o nosso artigo, tais como os malefícios dos medicamentos, a precisão do diagnóstico e a falta de marcadores biológicos. Entretanto, como esses temas foram amplamente discutidos em nosso artigo e nenhuma nova evidência foi trazida por Harayama (2013) e Viégas, Santos e Oliveira (2013), não vemos razão em retomar a discussão.

Para além da polêmica, acreditamos que o debate, a busca por evidências científicas e a formação de bons profissionais são cruciais para o avanço da discussão. Mas, acima de tudo, o progresso científico deve ter como propósito a melhora da qualidade de vida das crianças, incluindo modificações das políticas públicas que ajudem a atingir esse objetivo.

Por fim, agradecemos a todo o corpo editorial da revista *Psicologia em Pesquisa*, na pessoa do professor doutor Saulo de Freitas Araujo (editor-chefe), que, desde o momento da submissão do artigo, se posicionou de maneira ética, séria e solícita.

## Referências

- Frias, L., & Júlio-Costa, A. (2013). Os Equívocos e Acertos da Campanha “Não à Medicalização da Vida”. *Psicologia em Pesquisa*, 7(1), 3-12.
- Harayama, R. M. (2013). Os movimentos sociais, a ciência, a medicalização e a antropologia: comentário sobre o artigo “Os equívocos e acertos da Campanha ‘Não à medicalização da vida’”. *Psicologia em Pesquisa*, 7(2), 261-265.

Viégas, L. S., Gomes, J., & Oliveira, A. R. F. (2013). Os equívocos do artigo “Os equívocos e acertos da campanha ‘não à medicalização da vida’”. *Psicologia em Pesquisa*, 7(2), 266-276.

### Endereço para correspondência:

Avenida Celina Ferreira Ottoni, 4.000 – Padre Vitor  
CEP 37048-395 – Varginha/MG  
E-mail: lincolnfrias@gmail.com

## Ações Integradas Sobre Drogas: Prevenção, Abordagens e Políticas Públicas

Ações integradas sobre drogas: prevenção, abordagens e políticas públicas

Telmo Mota Ronzani (Org.).

Juiz de Fora: Editora UFJF, 2013, 448p.

Henrique Pinto Gomide<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal de Juiz de Fora (Juiz de Fora), Brasil

O tema drogas constantemente ocupa espaço nos meios de comunicação e faz parte da agenda política dos mais diversos partidos em todo o país. Devido a sua natureza polêmica, a falta de qualidade das informações divulgadas pela mídia e a baixa disponibilidade de literatura sobre o tema voltada para o público geral, esse assunto é geralmente debatido com preconceitos e visões estereotipadas. Esses preconceitos e estereótipos não estão difundidos somente na opinião pública, mas também entre os profissionais de saúde, inclusive psicólogos e estudantes de psicologia, o que se deve à falta de disciplinas ofertadas com o tema nos cursos de graduação.

Para oferecer acesso às informações baseadas em evidências aos profissionais da psicologia e aos profissionais que trabalham com o tema, os autores do livro buscaram contemplar diversos domínios de forma integrada. Nota-se uma preocupação em todos os capítulos na explicação dos conceitos básicos abordados, além da apresentação da experiência de atuação no país. Boa parte destes exemplos são resultados de pesquisas, encontrados pelos autores, que possuem formação em diversos campos do conhecimento e são de diversas instituições de pesquisa que estudam a temática.

Os capítulos do livro são organizados em quatro seções. Na primeira seção do livro – “Contextualização e epidemiologia do uso de drogas” – são abordados tópicos como as formas de classificação das drogas e seus efeitos farmacológicos no organismo. Também é abordada a epidemiologia do uso de drogas, com apresentação de conceitos básicos e informações sobre a prevalência do uso de drogas no país. Nesta seção, o mito de que as drogas ilícitas, como o crack, causam maiores problemas à sociedade é quebrado. A importância da prevenção primária e secundária é destacada, modalidades de prevenção esquecidas ao concentrarmos o debate político somente no tratamento de dependentes. As abordagens de tratamento são apresentadas para usuários de álcool e tabaco, drogas que causam maiores impactos na

sociedade. Ambas abordagens são fundamentadas nos princípios da Entrevista Motivacional (Miller & Rollnick, 2001) e no Modelo de Prevenção de Recaídas (Marlatt & Donnavan, 2005).

Na segunda seção do livro – “Abordagens preventivas e intervenções em grupos específicos” – são apresentadas intervenções para grupos específicos: mulheres, adolescentes e família. As características desses grupos exigem diferentes estratégias de ação pelos profissionais de saúde. Diferentes tipos de intervenção para adolescentes são avaliados quanto a sua eficácia.

Na terceira seção – “Aspectos socioculturais do uso de drogas” – são apontadas as evidências que derrubam mitos divulgados quase diariamente pela mídia. Como, por exemplo, a visão de que usuários de drogas ilícitas são os maiores responsáveis pela violência. A forma com que a cobertura jornalística é feita também é abordada. Mostrando que, quando ignorados os fatos, esta pode formar opiniões erradas e tirar o foco das questões centrais. Seus potenciais também são abordados, assim como casos em que a cobertura tenha ajudado na melhoria dos indicadores de saúde e na redução do consumo de drogas. Estes dois temas se relacionam diretamente ao terceiro capítulo da seção, o estigma social ligado às drogas. O estigma associado aos usuários de drogas tem sido uma preocupação dos especialistas, por reduzir a busca por ajuda entre os dependentes, que acreditam que a dependência é um problema de cunho moral e não médico. Essa visão moralizante não é restrita somente ao usuário de drogas, mas também inclui os profissionais de saúde e a sociedade como um todo.

A quarta seção – “Políticas e intersetorialidade” – aborda as políticas públicas sobre drogas do país e os desafios existentes para implementação nos níveis federal, estadual e municipal. Outro desafio é oferecer atenção integral aos usuários de álcool, tabaco e outras drogas. No capítulo seguinte são apresentadas estratégias de disseminação e ações de prevenção para álcool e outras drogas. Além das estratégias, são discutidos os desafios

e barreiras, além dos resultados das experiências de pesquisas-intervenção no treinamento de profissionais de saúde. Nessa seção, também são discutidas duas atividades preconizadas pelas políticas públicas: a participação e o controle social. Estes conceitos são contextualizados historicamente e reflexões são aplicadas no cenário atual, em que conselhos sobre drogas são organizados como um espaço central para a melhoria da qualidade dos serviços oferecidos à população. No último capítulo é apresentado o conceito de intersetorialidade, que ocorre entre campos essenciais como o da assistência social, da cultura, da defesa social, do esporte, da educação e da saúde.

O livro cumpre o propósito de abranger diversos temas sobre álcool, tabaco e outras drogas, apresentando discussões teóricas e evidências de pesquisas realizadas em diversos países e no Brasil.

Certamente, é uma leitura que possibilita a quebra de diversos preconceitos, sendo indicado não só para psicólogos, mas também para outros profissionais de saúde, jornalistas e a população em geral.

### Referências

- Marlatt, A. G., & Donovan, D. M. (2005). *Prevenção da recaída: estratégias de manutenção no tratamento de comportamentos adictivos*. Porto Alegre: Artmed.
- Miller, W. R., & Rollnick. S. (2001). *Entrevista motivacional: preparando pessoas para a mudança de comportamento*. Porto Alegre: Artmed.
- Ronzani, T. M. (Org.). (2013). *Ações integradas sobre drogas: prevenção, abordagens e políticas públicas*. Juiz de Fora: Editora UFJF.