



Volume 8
N. 2 • jul./dez. 2006

ISSN 1516-3687

PSICOLOGIA

TEORIA,
E PRÁTICA

UNIVERSIDADE PRESBITERIANA MACKENZIE

Chanceler Augustus Nicodemus Lopes
Reitor Manassés Claudino Fonteles
Vice-Reitor Pedro Ronzelli Júnior
Secretário Geral Nelson Callegari

INSTITUTO PRESBITERIANO MACKENZIE ENTIDADE MANTENEDORA

Diretor Presidente Marcos José de Almeida Lins
Diretor Administrativo-financeiro Gilson Alberto Novaes

DECANATO ACADÊMICO

Ademar Pereira

DECANATO DE EXTENSÃO

Regina C.F.A. Giora

DECANATO DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO

Sandra Maria Dotto Stump

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM DISTÚRBIOS DO DESENVOLVIMENTO

Décio Brunoni – Coordenador

CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE

Beatriz Regina Pereira Saeta – Diretora
Irani Tomiatto de Oliveira – Coordenadora do Curso de Psicologia
Gustavo Augusto Schmidt Melo Filho – Coordenador do Curso de Biologia
Rita de Cássia Garcia Verenguer – Coordenadora do Curso de Educação Física
Roberto Rodrigues Ribeiro – Coordenador do Curso de Farmácia
Paulo Afrânio Sant'Anna – Coordenador do Centro Especializado de Pesquisa e Extensão (CEPEX)

Psicologia: Teoria e Prática. - Vol. 1, n. 1, jan./jun. 1999
São Paulo : Faculdade de Psicologia da
Universidade Presbiteriana Mackenzie, 1999-

Semestral

ISSN 1516-3687

1. Psicologia. I. Universidade Presbiteriana Mackenzie.
Faculdade de Psicologia e Programa de Pós-Graduação
em Distúrbios do Desenvolvimento.

Esta revista está indexada na Base de dados Fuente Acadêmica (EBSCO Publishing Inc.); na LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde); na Sociological Abstracts – CSA (Cambridge Scientific Abstracts); na INDEX-PSI Periódicos (BVS-Psi; www.bvs-psi.org.br); na PSICODOC (Colégio Oficial de Psicólogos/Madrid-Espanha); na IBSS – International Bibliography of the Social Sciences American Psychological Association; na PsylInfo – American Psychological Association; no Ulrich's International Periodicals Directory e no LATINDEX – Sistema Regional de Información em Línea para Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal. Disponível nas bibliotecas da Rede Brasileira de Bibliotecas da Área de Psicologia – ReBAP (www.bvs-psi.org.br/rebap/).

Classificação ANPEPP/CAPES: NACIONAL – C

- Os artigos são de inteira responsabilidade dos autores.
- Permitida a reprodução desde que citada a fonte.



Volume 8
N. 2 • jul./dez. 2006

ISSN 1516-3687

PSICOLOGIA

TEORIA,
E PRÁTICA

Revista Semestral da Faculdade de Psicologia e do Programa
de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento
da Universidade Presbiteriana Mackenzie

Conselho Editorial/Científico

Ana Maria Martins Serra – Instituto de Terapia Cognitiva (São Paulo)
Ana Maria Teresa Benevides Pereira – Universidade Estadual de Maringá (Paraná)
Anete Souza Farina – Universidade Presbiteriana Mackenzie (São Paulo)
Angela Maria Menezes Duarte – Universidade Católica de Goiás (Goiás)
Arsênio Carmona Gutierrez – Universidade do Estado de Santa Catarina (Santa Catarina)
Brigido Vizeu Camargo – Universidade Federal de Santa Catarina (Santa Catarina)
Cecília Pescatore Alves – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (São Paulo)
Celso Pereira de Sá – Universidade Estadual do Rio de Janeiro (Rio de Janeiro)
Cibele Freire Santoro – Universidade Presbiteriana Mackenzie (São Paulo)
Cílio Rosa Ziviani – Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (Rio de Janeiro)
Clélia Maria Nascimento-Schulze – Universidade Federal de Santa Catarina (Santa Catarina)
Cloves Amorim – Pontifícia Universidade Católica do Paraná (Paraná)
Denize Cristina de Oliveira – Universidade Estadual do Rio de Janeiro (Rio de Janeiro)
Dinorah Fernandes Gíóia Martins – Universidade Presbiteriana Mackenzie (São Paulo)
Eda Marconi Custódio – Universidade de São Paulo e Universidade Metodista de São Paulo (São Paulo)
Edwiges Ferreira de Mattos Silveiras – Universidade de São Paulo e Universidade Federal de São Paulo (São Paulo)
Elisa Medici Pizão Yoshida – Pontifícia Universidade Católica de Campinas (São Paulo)
Elizeu Coutinho de Macedo – Universidade Presbiteriana Mackenzie (São Paulo)
Eugênia Coelho Paredes – Universidade Federal do Mato Grosso (Mato Grosso)
Frédéric Munné – Universidad de Barcelona (Barcelona - España)
Geraldo Antônio Fiamenghi Júnior – Universidade Presbiteriana Mackenzie (São Paulo)
Jaide Aparecida Gomes Regra – Fundação da Universidade de São Paulo (São Paulo)
Irai Cristina Boccato Alves – Universidade de São Paulo (São Paulo)
José Carlos Zanelli – Universidade Federal de Santa Catarina (Santa Catarina)
José Roberto Heloani – Fundação Getulio Vargas de São Paulo e Universidade de Campinas (São Paulo)
José Tolentino Rosa – Universidade de São Paulo (São Paulo)
Lúcia Cavalcanti de Albuquerque Williams – Universidade Federal de São Carlos (São Paulo)
Luis Antonio Pérez González – Universidad de Oviedo (Espanña)
Maly Delitti – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (São Paulo)
Marcelino Agís Villaverde - Universidad de Santiago de Compostela (Santiago de Compostela – España)
Marco Aurélio Máximo Prado – Universidade Federal de Minas Gerais (Minas Gerais)
Maria Julia Kovács – Universidade de São Paulo (São Paulo)
Maria Leonor Espinosa Enéas – Universidade Presbiteriana Mackenzie (São Paulo)
Maria Lucia Seidl de Moura – Universidade do Estado do Rio de Janeiro (Rio de Janeiro)
Marília Ferreira Dela Coleta – Universidade Federal de Uberlândia (Minas Gerais)
Marílsa de Sá Rodrigues Tadeucci – Universidade Presbiteriana Mackenzie (São Paulo)
Maritza Montero – Universidad Central de Venezuela (Caracas - Venezuela)
Pedro Humberto Faria Campos – Universidade Católica de Goiás (Goiás)
Roberto Alves Banaco – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (São Paulo)
Sérgio Ozella – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (São Paulo)
Sueli Galego de Carvalho – Universidade Presbiteriana Mackenzie (São Paulo)
Vera Lúcia Valsecchi de Almeida – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo (São Paulo)
Windyz Ferreira – Universidade Federal de Paraíba (Paraíba)
Zélia Maria Mendes Biasoli-Alves – Universidade de São Paulo (São Paulo)

Comissão Editorial da Revista Psicologia: Teoria e Prática

Beatriz Regina Pereira Saeta – Diretora do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde – Universidade Presbiteriana Mackenzie
Décio Brunoni – Coordenador do Programa de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento – Universidade Presbiteriana Mackenzie
Paulo Afrânio Sant´Anna – Coordenador do CEPEx do Centro de Ciências Biológicas e da Saúde – Universidade Presbiteriana Mackenzie

Rosely B. Mulin - Biblioteca Central – Instituto Presbiteriano Mackenzie

Editora Acadêmica

Maria Cristina Triguero Veloz Teixeira – Universidade Presbiteriana Mackenzie

Coordenação Editorial

Joana Figueiredo

Secretárias da Revista

Ana Claudia Dale Vedove Goto

Beatriz Galhardo Oliva Sanches

Projeto Gráfico

Rubens Lima

Capa

Rubens Lima

Editoração

Acqua Estúdio Gráfico

Endereço para correspondência

Universidade Presbiteriana Mackenzie

Centro de Ciências Biológicas e da Saúde

Rua Itambé, 45 – Edifício 38 – Térreo

São Paulo – SP – 01239-902

Telefone: (11) 2114-8142

e-mail: revistapsico@mackenzie.com.br

A Revista Psicologia: Teoria e Prática está disponível nos *sites*:

www.mackenzie.com.br/universidade/psico/

www.mackenzie.com.br/edioramackenzie/revistas/psicologia/index.htm

Editorial

Durante os últimos meses, temos assistido a uma expansão e disseminação eletrônica de artigos científicos como nunca visto antes. Acredito que, assim como tantos outros editores, tenho exercido meu papel em tempos muito diferentes: tempos em que a revista era impressa e o tempo em que a revista assumiu a editoração eletrônica. E com essas mudanças, cresceram meus receios e dúvidas diante desta nova contingência de produção de nossa publicação. Sempre vinham à mente dúvidas sobre a aceitação da revista por parte dos articulistas que nos confiam seus trabalhos.

Com o passar desse breve tempo, acalmaram-se essas dúvidas, pois nossa revista foi disponibilizada eletronicamente com os mesmos critérios de avaliação por pares, assim como manteve rigorosamente os quesitos de editoração contidos nas normas da publicação.

Nunca antes tinha me disposto a dividir esses receios e temores com os colegas que consultam nossa publicação, mas creio estar no direito de expor essas preocupações porque compartilhamos mudanças semelhantes muito gratificantes no mundo todo.

Uma dessas mudanças diz respeito àquela boa notícia que sempre ouvimos com extrema satisfação: ampliação do acesso gratuito e irrestrito a diversos periódicos de altíssima qualidade científica. Para poder acreditar nessa boa notícia temos de comprovar este acesso. E o mesmo só acontece mediante a publicação em formato eletrônico. Vários exemplos desses acessos encontramos nos recém-lançados *Open Access Central*, no Reino Unido, na expansão da cobertura da Coleção SciELO e da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) e, mais especificamente, em uma coleção organizada preferencialmente para revistas científicas em Psicologia que, em uma parceria entre a Biblioteca Virtual em Saúde–Psicologia (BVS-Psi) e a Associação Brasileira de Editores Científicos de Psicologia (ABECiP), deu origem ao PePSIC, Periódicos Eletrônicos em Psicologia. Já em setembro do presente ano, o portal PePSIC, por exemplo, contava na sua base de dados com 30 títulos diferentes de revistas na área de Psicologia, totalizando 90 fascículos.

Dentro de todas essas iniciativas bem contextualizadas, estamos divulgando para a comunidade científica nosso último fascículo correspondente a 2006, destacando que finalizamos o ano com uma editoração eletrônica completa da revista.

O primeiro artigo trata de um estudo de validação da versão portuguesa das escalas de táticas de conflito revisadas e pertence a Alexandra e Figueiredo. Um outro trabalho de Macedo, Capovilla, Duduchi, D'Antino e Firmo apresenta uma pesquisa em que se avalia a linguagem receptiva a partir do teste de vocabulário por imagens *peabody*, na versão tradicional e na versão computadorizada. Seguidamente Raghavan publica um estudo sobre valores como competências interculturais comparando grupos de mulheres asiáticas-americanas e européias-americanas. Uma pesquisa de Rey estuda a forma como o conceito de representação social influencia os processos de subjetivação da doença em pessoas com câncer e hipertensão. Bazhuni e Sant'Anna apresentam relato de caso clínico em que se explora, por meio da expressão no jogo de areia, a experiência psíquica de um paciente cardíaco internado em processo de amputação do membro inferior. Meneghello, Pereira e Silvares publicam um trabalho sobre a eficácia em longo prazo do tratamento comportamental com o uso de alarme para enurese noturna em crianças e adolescentes. Finalmente dois artigos de revisão teórica encerram o fascículo: um trabalho pertence a Ribeiro e Neves, no qual se discutem as possibilidades de encontro entre a educação e a Psicanálise, e o outro, de autoria de Fonte, sobre o uso da narrativa no contexto da Psicologia como processo de construção de significados. Por último, Oliveira propõe uma resenha bibliográfica sobre o livro de Carpigiani **Psicologia: das raízes aos movimentos contemporâneos**.

Mais um ano chega ao fim e a publicação deste fascículo é o momento oportuno que nos permite agradecer a todos os membros do Conselho Editorial/Científico, aos membros da Comissão Editorial, à secretaria da revista, às coordenações do Curso de Psicologia e da Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento e, principalmente, aos articulistas que publicam e àqueles que nos enviam trabalhos, o esforço dispensado na leitura, análise, revisão e reformulação de cada um dos artigos que são publicados.

Como é mister, desejamos a você, caro leitor, uma prazerosa leitura de cada um dos artigos do fascículo, e lhe convidamos a produzir trabalhos científicos que mostrem uma Psicologia que ouve a crítica e cujo rumo é o desenvolvimento.

Finalizamos desejando a todos um Feliz 2007.

Maria Cristina Triguero Veloz Teixeira
Editora Acadêmica

Sumário

Artigos

1 - Versão portuguesa das “Escala de Táticas de Conflito Revisadas”:
estudo de validação

Carla Alexandra, Bárbara Figueiredo

2 - Avaliando linguagem receptiva via teste de vocabulário
por imagens *peabody*: versão tradicional *versus* computadorizada

Elizeu Coutinho de Macedo, Fernando César Capovilla, Marcelo Duduchi,
Maria Eloisa Famá D’Antino, Lyzandre dos Santos Firmo

3 - Um estudo de valores como competências interculturais:
uma fonte potencial de auto-estima?

Chitra Raghavan

4 - As representações sociais como produção subjetiva:
seu impacto na hipertensão e no câncer

Fernando Luis González Rey

5 - O jogo de areia no atendimento psicológico de paciente
com membro inferior amputado

Natasha Frias Nahim Bazhuni, Paulo Afrânio Sant’Anna

6 - Eficácia em longo prazo no tratamento comportamental com uso
de alarme para enurese noturna em crianças e adolescentes

Mayra Helena Bonifácio Gaiato Meneghello, Rodrigo Fernando Pereira,
Edwiges Ferreira de Mattos Silves

7 - A educação e a psicanálise: um encontro possível?

Maviane Vieira Machado Ribeiro, Marisa Maria Brito da Justa Neves

8 - A narrativa no contexto da ciência psicológica sob o aspecto
do processo de construção de significados

Carla A. Fonte

9 - Resenha bibliográfica: "Abordagem multifacetada da obra:
Psicologia: das raízes aos movimentos contemporâneos"

Leni Lourenço de Oliveira

Summary

Articles

1 - Portuguese version of "Revised Conflict Tactics Scales": validation study

Carla Alexandra, Bárbara Figueiredo

2 - Evaluating receptive language by *peabody* picture vocabulary test: computerized *versus* traditional versions

Elizeu Coutinho de Macedo, Fernando César Capovilla, Marcelo Duduchi, Maria Eloísa Famá D'Antino, Lyzandre dos Santos Firmo

3 - A study of values as cross-cultural competencies: a potential source of self-esteem?

Chitra Raghavan

4 - Social representations like subjective production: impact on hypertension and cancer

Fernando Luis González Rey

5 - The sandplay on psychological attendance of an amputated inferior member patient

Natasha Frias Nahim Bazhuni, Paulo Afrânio Sant'Anna

6 - Long-term efficacy of alarm behavioral treatment for nocturnal enuresis with children and adolescents

Mayra Helena Bonifácio Gaiato Meneghello, Rodrigo Fernando Pereira, Edwiges Ferreira de Mattos Silveiras

7 - Education and psychoanalysis: a feasible union?

Maviane Vieira Machado Ribeiro, Marisa Maria Brito da Justa Neves

8 - Narrative in psychological science as a process of meaning construction

Carla A. Fonte

9 - Multifacetary point of view of the book:

"Psicologia: das raízes aos movimentos contemporâneos"

Leni Lourenço de Oliveira

Índice

Artículos

1 - Versión portuguesa de las “Escala de Tácticas de Conflicto Revisadas”: estudio de validación

Carla Alexandra, Bárbara, Figueiredo

2 - Evaluando lenguaje receptiva via test de vocabulario por imágenes Peabody: versión tradicional versus computadorizada

Elizeu Coutinho de Macedo, Fernando César Capovilla, Marcelo Duduchi, Maria Eloisa Famá D’Antino, Lyzandre dos Santos Firmo

3 - Un estudio de valores como competencias interculturales: ¿una fuente potencial de autoestima?

Chitra Raghavan

4 - Las representaciones sociales como producción subjetiva: su impacto en la hipertensión y en el cáncer

Fernando Luis González Rey

5 - El juego de arena en la atención psicológica del paciente con miembro inferior amputado

Natasha Frias Nahim Bazhuni, Paulo Afrânio Sant’Anna

6 - Eficacia a largo plazo en el tratamiento comportamental con uso de alarma para enuresis nocturna en niños y adolescentes

Mayra Helena Bonifácio Gaiato Meneghello, Rodrigo Fernando Pereira, Edwiges Ferreira de Mattos Silveira

7 - La educación y el psicoanálisis: ¿un encuentro posible?

Maviane Vieira Machado Ribeiro, Marisa Maria Brito da Justa Neves

8 - La narrativa en el contexto de la ciencia psicológica como proceso de construcción de significados

Carla A. Fonte

9 - Abordaje multifacetada de la obra:
"Psicologia: das raízes aos movimentos contemporâneos"
Leni Lourenço de Oliveira

Versão portuguesa das “Escala de Táticas de Conflito Revisadas”: estudo de validação

Carla Alexandra
Bárbara Figueiredo
Universidade do Minho

Resumo: As escalas de Táticas de Conflito Revisadas (CTS2) destinam-se a avaliar o modo como os casais resolvem os seus conflitos, através de estratégias de negociação ou de abuso: (a) abuso físico sem sequelas; (b) agressão psicológica; (c) abuso físico com sequelas; (d) coerção sexual. A versão portuguesa foi administrada a uma amostra de 551 estudantes universitários (332 do sexo feminino), 45 dos quais têm uma relação íntima entre si. Considera os cinco factores propostos pelos autores das escalas originais e apresenta valores de consistência interna compreendidos entre .78 e .50. As correlações entre os diferentes tipos de abuso e a deseabilidade social, história de socialização violenta, crime violento, domínio na relação, e ainda a concordância nos heterorrelatos de ambos elementos da diade, testemunham a validade das escalas. Investigadores e técnicos da psicologia e áreas afins têm agora à sua disposição a versão portuguesa das CTS2, que tem demonstrado elevada aplicabilidade na determinação da presença de relações abusivas no seio da família, na avaliação da eficácia de programas de intervenção no contexto forense e em estudos de cariz epidemiológico.

Palavras-chave: abuso físico; coerção sexual; agressão psicológica; negociação; conflito.

VERSION PORTUGUESA DE LAS “ESCALAS DE TACTICAS DE CONFLICTO REVISADAS”: ESTUDIO DE VALIDACION

Resumen: Las escalas de Tácticas de Conflicto Revisadas (CTS2) se destinan a evaluar el modo como las parejas resuelven sus conflictos, a partir de estrategias de negociación o de abuso: (a) abuso físico sin secuelas; (b) agresión psicológica; (c) abuso físico con secuelas; (d) coerción sexual. La versión portuguesa fue administrada a una muestra de 551 estudiantes universitarios (332 del sexo femenino), 45 de los cuales tienen una relación íntima entre sí. El trabajo considera los cinco factores propuestos por los autores de las escalas originales y presenta valores de consistencia interna comprendidos entre .78 e .50. Las correlaciones entre los diferentes tipos de abuso y la deseabilidad social, historia de socialización violenta, crimen violento, dominio en la relación, y más, la concordancia en los hetero-relatos de los elementos de la diade comprueban la validez de las escalas. Investigadores y técnicos de la psicología y áreas familiares tienen ahora a su disposición la versión portuguesa de las CTS2 que han demostrado elevada aplicabilidad en la determinación de la presencia de relaciones abusivas en el seno de la familia, en la evaluación de la eficacia de programas de intervención en el contexto forense y en estudios de cariz epidemiológico.

Palabras clave: abuso físico; coerción sexual; agresión psicológica; negociación; conflicto.

PORTUGUESE VERSION OF “REVISED CONFLICT TACTICS SCALES”: VALIDATION STUDY

Abstract: The Revised Conflict Tactics Scales (CTS2) aims to evaluate the extension with the to what extent couples solve their conflicts through negotiation or abusive strategies (a) assault; (b) psychological aggression; (c) injury; and (d) sexual coercion. The Portuguese version of the CTS2 was administered to a sample of 551 university students (332 females), 45 both couple elements. It was considered the five factors for perpetration and victimization, recommended by the authors of the scale, that presented internal consistency rates between .78 to .50. Correlations between different kinds of abuse and social desirability, history of violent socialization, criminal history, dominance, and also the agreement in hetero-reports by both couple's elements testify its validity. Practitioners and researchers in the contexts of psychology and related areas have now at their disposal the Portuguese version of the CTS2, which has in other countries showed its very high usefulness, particularly for the determination of prevalence of abuse in family settings, evaluation of intervention programs for justice purposes and epidemiological studies.

Keywords: assault; sexual coercion; psychological aggression; negotiation; conflict.

Introdução

História

As Conflict Tactics Scales (CTS) foram desenvolvidas na década de 1970 pelo sociólogo Murray Straus, da Universidade de New Hampshire (USA), com o objectivo de determinar as taxas de prevalência de abuso físico e psicológico no contexto da família (STRAUS, 1979). Apesar de a sua aplicação mais corrente se centrar na obtenção de dados a respeito de actos de agressão, as escalas avaliam outras táticas, tais como o uso da razão ou negociação para lidar com o conflito.

Desde 1972, a sua aplicação é referida em inúmeros estudos de diferentes culturas em mais de 20 países (STRAUS; HAMBY; BONEY-MCCOY; SUGARMAN, 1996). Têm sido empregadas com uma finalidade diversificada: em estudos epidemiológicos (STRAUS; GELLES, 1986), como instrumento de diagnóstico em terapia familiar (ALDORONDO; STRAUS, 1994; O'LEARY; MURPHY, 1992; O'LEARY; VIVIAN, 1990), e como medida de avaliação da eficácia de programas de tratamento para agressores (HOLTZWORTH-MUNROE; STUART, 1994; DUTTON, 1998).

Críticas advindas de diversos olhares alertam, porém, para alguns problemas e limitações das CTS (DOBASH; DOBASH, 1979; KURZ, 1993), que motivaram a sua versão revista, sobre a qual trata o presente artigo, The revised conflict tactics scales (CTS2) (STRAUS et al., 1996), resultando que os itens componentes das CTS2: a) derivam da análise factorial e do consenso entre *experts* na área, com base na sua importância intrínseca e relevância para a dimensão em estudo (STRAUS et al., 1996); b) explicitam o contexto em que as agressões ocorrem; c) referem-se a actos ou acontecimentos concretos (STRAUS e GELLES, 1990); d) operacionalizam as dimensões em dois níveis de severidade – ligeiro ou severo, tendo em conta o risco de sequelas para a vítima e suportados conceptualmente por análises factoriais e pelo conhecimento empírico, porque a etiologia e o tratamento do abuso físico ligeiro e ocasional pode ser diferente do abuso físico severo (GELLES, 1991; HOLTZWORTH-MUNROE; STUART, 1994; JOHNSTON, 1995; STRAUS, 1990); e) acrescentam de mais duas escalas – coerção sexual e abuso físico com sequelas (*injury*).

Definição dos conceitos

Conceptualmente baseadas na “teoria do conflito” (ADAMS, 1965; COSER, 1967; DAHRENDORF, 1959; STRAUS, 1979) – que considera o conflito como uma parte integrante das relações humanas, embora não a violência como tática para lidar com o conflito (STRAUS, 1990a), as CTS têm meritório reconhecimento na quantificação em larga escala da violência no seio da família (STRAUS, 1990b, 1995) e permitem distinguir diferentes táticas de resolução de conflitos.

Por táticas de resolução de conflitos o autor entende como “[...] the overt actions used by persons in response to a conflict of interest” (STRAUS, 1990, p. 31), e distingue a *negociação* – o conjunto de acções levadas a cabo para resolver uma discórdia sustentado na argumentação racional, comunicação de afecto positivo ou expressão de sentimentos de cuidado e respeito pelo companheiro, da *violência* “an act carried out with the intention, or perceived intention of causing physical pain, or injury to another person” (STRAUS; GELLES, 1990, p. 15), relacionada com o conceito de *agressão*, mais gené-

rico e que engloba não apenas actos que provocam danos físicos, mas também “any malevolent act, i.e., any act carried out with the intention of, or is perceived as having the intention of hurting another”. Acrescenta o autor, “the injury can be psychological, material deprivation, or physical pain or damage” (GELLES; STRAUS, 1979, p. 554), conseqüentemente, salientam-se diferentes formas abusivas de resolução de conflitos: a *agressão psicológica* que consiste em recorrer a actos verbais (ameaças) e não verbais (simbólicos) que são susceptíveis de magoar o outro (STRAUS, 1990a); o *abuso físico sem sequelas*, como o uso da força física contra outra pessoa não resultando em dano físico (STRAUS, 1990a) e o *abuso físico com sequelas*, que difere do anterior pelas sequelas físicas resultantes do abuso infligidas pelo companheiro, indicadas pela existência de dor continuada por mais de um dia, lesão de ossos ou tecidos que mereçam ou foram alvo de atenção médica; por último, a *coerção sexual*, como comportamento cuja intenção é compelir o companheiro a envolver-se em uma actividade sexual indesejada (vaginal, oral ou anal), abrangendo actos coercivos que vão desde a insistência verbal, ameaças e uso da força física (STRAUS et al., 1996).

Ainda, no sentido de uma compreensão holística do fenómeno da violência intrafamiliar, Straus et al. (1996) recomendam que além do uso das CTS2, se formulem as causas, o contexto de ocorrência e as conseqüências do abuso, utilizando para tal medidas específicas.

Caracterização do instrumento

As CTS2 são compostas por 39 itens agrupados em pares de perguntas destinados ao participante e ao companheiro, perfazendo um total de 78 questões, com um formato breve e tempo de administração e resposta médio entre 10 a 15 minutos, o que permite obter dados a respeito dos dois elementos da díade, comparar as suas respostas quando administradas a ambos, e ainda determinar o quanto as táticas de resolução de conflitos são participadas por cada um, mesmo quando um deles não é directamente avaliado. Além disso, em contextos clínicos, os dados dos casais permitem confrontar e discutir as discrepâncias entre eles (STRAUS et al., 1996).

Contabilizam ainda o número de ocorrências durante o último ano por parte do indivíduo e pelo companheiro, incluindo oito categorias de resposta, as primeiras seis destinadas a determinar a prevalência e cronicidade no último ano: [(1) uma vez no ano anterior, (2) duas vezes no ano anterior, (3) 3-5 vezes no ano anterior, (4) 6-10 vezes no ano anterior, (5) 11-20 vezes no ano anterior, (6) mais de 20 vezes no ano anterior], e as restantes categorias destinadas a determinar a prevalência global: [(7) não no ano anterior mas ocorreu anteriormente] e a inexistência deste tipo de abuso [(8) nunca aconteceu].

Caracterização psicométrica

As escalas CTS2 apresentam índices de boa fidelidade e validade.¹ Mais recentemente, recorrendo-se a uma amostra de 7.179 estudantes universitários de 17 países partici-

¹ Abuso físico sem sequelas ($\alpha=.86$); abuso físico com sequelas ($\alpha=.95$); coerção sexual ($\alpha=.87$); negociação ($\alpha=.86$); e agressão psicológica ($\alpha=.79$).

pantes no International Dating Violence Study (IDVS), o autor apresenta a validade do instrumento para diferentes culturas (STRAUS, 2004). Os resultados obtidos, no seu global, denotam baixa interferência com a deseabilidade social e elevados coeficientes de consistência interna para todas as escalas: abuso físico sem sequelas (média $\alpha = .88$ [.72-.95]), abuso físico com sequelas (média $\alpha = .89$ [.57-.98]), coerção sexual (média $\alpha = .82$ [.44-.91]), negociação (média $\alpha = .88$ [.63-.97]) e agressão psicológica (média $\alpha = .74$ [.53-.93]), com variações consoante os países que se associam à prevalência dos diferentes tipos de abuso (STRAUS, 2004). Para além disso, vem corroborar os índices de validade já determinados para a amostra americana e replicados em mais de 40 estudos que denotam a sua validade (STRAUS et al.; 1996, STRAUS, 2004)

Cotação

Porque se estão a avaliar diferentes táticas de resolução de conflitos, e em particular formas de abuso com taxas de ocorrência muito diversas, os autores recomendam o uso da *prevalência* e da *cronicidade*², para melhor compreensão dos valores obtidos, sendo a cronicidade especialmente útil para lidar com a distribuição extremamente enviesada que é comum encontrar para as escalas de abuso físico em amostras não clínicas (STRAUS et al., 1996).

A *cronicidade* é obtida pela transformação do valor da escala original no ponto médio de cada categoria e soma posterior dos pontos médios dos itens: (1) “1 vez”, teria o valor 1, (2) “2 vezes”, teria o valor 2, (3) “3 a 5 vezes”, teria o valor 4, (4) “6 a 10 vezes”, teria o valor 8, (5) “11 a 20 vezes”, teria o valor 15, (6) “mais de 20 vezes”, teria o valor 25. Para a determinação da cronicidade no ano anterior são considerados *missing* as categorias de respostas (7) e (8).

A *frequência anual* é determinada pela soma dos pontos médios de cada item, conforme o acima especificado, e posterior dicotomização dos itens, atribuindo às respostas assinaladas de 1 a 6 o valor 100 (ocorreu no ano anterior) e às respostas assinaladas 7 e 8 o valor 0 (não ocorreu no ano anterior), obtendo-se assim a *prevalência no ano anterior*. Para determinar a *prevalência global*, a todas as categorias de resposta de 1 a 7 atribui-se o valor 1 (ocorreu em alguma altura), e à categoria 8 o valor 0 (nunca ocorreu).

As CTS2 fornecem indicações para um total de 30 resultados possíveis [5 escalas x 2 classificações para o tipo de agente (sujeito ou companheiro) x 3 tipos de classificações para os níveis de severidade (ligeiro, severo, total) = 30 scores].

A Tabela 1 apresenta a operacionalização dos diferentes conceitos mencionados para as escalas e subescalas das CTS2 em termos de actos perpetrados ao companheiro (itens com número ímpar). Os actos perpetrados pelo companheiro (itens com número par) são os mesmos, mas aparecem formulados com a precisão “o meu companheiro fez isso comigo”.

² A *prevalência* corresponde à percentagem de sujeitos da amostra que reporta um ou mais actos que compõem cada uma das escalas para um período de tempo circunscrito, e a *cronicidade* à frequência em que os actos avaliados por cada escala ocorrem entre os sujeitos que os praticam.

Tabela 1. Composição das escalas e subescalas das CTS2

Subescala	Nº	Item
6 itens		
Negociação (N)		
Emocional	1	Mostrei ao meu companheiro/a que me preocupava com ele/a, mesmo que discordássemos
	13	Mostrei respeito pelos sentimentos do meu companheiro/a acerca de um assunto
	39	Disse que tinha a certeza que poderíamos resolver um problema
Cognitiva	3	Em uma discussão, expliquei ao meu companheiro/a o meu ponto de vista
	5	Sugeri um acordo para resolver um desentendimento
	77	Concordei em tentar uma solução sugerida pelo meu companheiro/a para um desentendimento
8 itens		
Agressão Psicológica (P)		
Ligeiro	5	Insultei ou roguei pragas ao meu companheiro/a
	35	Gritei ou berrei ao meu companheiro/a
	49	Sai abruptamente da sala, da casa ou de qualquer outro local durante um desentendimento
	67	Fiz algo para enfurecer o meu companheiro/a
Severo	25	Chamei de gordo/a ou feio/a ao meu companheiro/a
	29	Destrui algo que pertencia ao meu companheiro/a
	65	Acusei o meu companheiro/a de ser um mau amante
	69	Ameacei ferir ou atirar alguma coisa no meu companheiro/a
12 itens		
Abuso físico sem sequelas (A)		
Ligeiro	7	Atirei no meu companheiro/a alguma coisa que o/a poderia magoar
	9	Torci o braço ou puxei o cabelo do meu companheiro/a
	17	Empurrei ou apertei o meu companheiro/a
	45	Agarrei à força o meu companheiro/a
	53	Dei uma bofetada no meu companheiro/a
Severo	21	Usei uma faca ou uma arma contra o meu companheiro/a
	27	Esmurrei ou bati no meu companheiro/a com algo que o poderia magoar
	33	Tentei estrangular o meu companheiro/a
	37	Atirei o meu companheiro/a contra a parede
	43	Dei uma tarefa no meu companheiro/a
	61	Queimei ou escaldei o meu companheiro/a de propósito
	73	Dei pontapés no meu companheiro/a
7 itens		
Coerção sexual (S)		
Ligeiro	15	Fiz o meu companheiro/a ter relações sexuais sem preservativo
	51	Insisti em ter relações sexuais quando o meu companheiro/a não queria (mas não usei força física)
	63	Insisti com o meu companheiro/a para que tivéssemos sexo oral ou anal (mas não usei força física)
Severo	19	Usei a força (e.g., batendo, detendo, ou usando uma arma) para fazer com que o meu companheiro/a tivesse sexo oral ou anal comigo
	47	Usei a força (e.g. ferindo, detendo, ou usando uma arma) para fazer com que o meu companheiro/a tivesse relações sexuais comigo
	57	Recorri a ameaças para fazer com que o meu companheiro/a tivesse sexo oral ou anal comigo
	75	Recorri a ameaças para fazer com que o meu companheiro/a tivesse relações sexuais comigo
6 itens		
Abuso físico com sequelas (I)		
Ligeiro	11	Tive uma entorse, pisadura, ferida ou um pequeno corte por causa de uma luta com o meu companheiro
	71	Senti uma dor física, que se manteve no dia seguinte, por causa de uma luta com o meu companheiro/a

continua

continuação

Subescala	Nº	Item
6 itens		Abuso físico com sequelas (I)
Severo	23	Desmaiei porque o/a meu companheiro/a me atingiu na cabeça durante uma luta
	31	Fui ao médico por causa de uma luta com o meu companheiro/a
	41	Precisava ter ido ao médico, por causa de uma luta com o meu companheiro/a, mas não o fiz
	55	Tive uma fractura devido a uma luta com o meu companheiro/a

Método

Amostra

A amostra é constituída por 551 jovens adultos universitários (dos quais 45 são casais), 60.3% do sexo feminino, 87.6% com idades compreendidas entre 19 e 24 anos (7.0% na faixa etária dos 25 aos 29 anos, 3.9% pertencentes à faixa etária de 30 anos e mais, e 1.5% com 18 anos), frequentando uma de nove licenciaturas (à excepção da licenciatura em psicologia) do ensino universitário português, público e privado.

Considerando o grau académico da mãe e do pai dos participantes, em grande parte da amostra a escolaridade é inferior a nove anos (72.6% dos pais e 76.4% das mães), uma considerável percentagem de pais e mães tem menos de quatro anos de escolaridade (43.3% dos pais, 44.6% das mães), e apenas um número reduzido completou estudos superiores (8.7% dos pais, 11.9% das mães). No que se refere ao rendimento familiar, a maioria dos indivíduos (38.0%) pertence à categoria dos 600-1200 euros mensais, com menos do que o salário mínimo nacional encontram-se 2.9% dos participantes, e apenas 3.1% da amostra apresenta um rendimento superior a 3000 euros mensais.

Da caracterização do relacionamento íntimo, mais de quatro em cada cinco sujeitos (86.1%) referem que têm ou tiveram um relacionamento com duração superior a um mês no último ano. Considerando a duração do relacionamento íntimo mais recente, para muitos sujeitos (41.6%) a relação teve uma duração superior a dois anos (para 18.7% entre um e dois anos, para 15.6% entre 6 e 12 meses, para 8.8% entre três e cinco meses, para 11.8% entre um e dois meses, e 3.4% menos de um mês de duração). No momento de resposta ao questionário, 31.0% terminaram a relação (1% há menos de um mês, 3.6% no último ou penúltimo mês, para 4.2% há 3-5 meses, 8.0% há 6-12 meses, e 12.0% há mais de um ano). A grande maioria (84.8%) tem uma relação do tipo “namoro” (7.9% “sem compromisso”, 6.0% são casados e 1.3% encontra-se “a viver maritalmente”), 72.5% incluem uma componente sexual, e 98.9% são heterossexuais.

No que se refere à subamostra de companheiros, 80% são do sexo masculino e têm nível socioeconómico semelhante à restante amostra em estudo. Apresentam maioria-

riamente um relacionamento do tipo namoro (91.1%), 50% com duração superior a dois anos, 26.1% entre um e dois anos e o restante com duração inferior a um ano mas superior a três meses.

Procedimentos

Tradução, retroversão e análise semântica dos itens

As escalas CTS2 foram traduzidas para a língua portuguesa e retrovertidas por três especialistas na área da psicologia (dois portugueses e um brasileiro) e um especialista fluente em língua inglesa. O teste de compreensão e conteúdo semântico foi conduzido em uma pequena amostra de estudantes universitários (N = 12). O questionário foi ainda comparado com a versão brasileira e discutidas as principais divergências entre as duas versões, sendo a versão final o resultado da adopção de uma versão com equivalência semântica à versão original e adaptada à realidade cultural portuguesa para a população-alvo de estudantes universitários.

Tratamentos estatísticos

Para o tratamento estatístico utilizou-se o programa SPSS-11.5 para estatística descritiva e inferencial; teste de Qui-quadrado para a prevalência consoante o género, teste t para amostras independentes (t de *Student*) para a cronicidade do abuso considerando o género; teste de correlação de Pearson para computar a correlação entre as diferentes escalas CTS2 e desajustabilidade social; a análise dos componentes principais com rotação varimax para determinar a matriz de correlação e componentes principais das escalas CTS2 e a função discriminante para determinar a relação do abuso às dimensões do PRP (socialização violenta, história criminal e domínio).

Resultados

Estudos de fidelidade: Consistência interna³

O valor do *alpha* de Cronbach referente à consistência interna da escala total para a perpetração é $\alpha = .79$ e para a vitimização $\alpha = .80$.

A Tabela 2 mostra os valores do *alpha* de Cronbach para cada escala e a correlação interitens.

³ A determinação da *consistência temporal* dos resultados não foi viável, atendendo a que optamos por manter a confidencialidade e o absoluto anonimato dos participantes, no sentido de garantir a máxima veracidade das respostas em uma temática tão sensível, como é o abuso no relacionamento íntimo.

Tabela 2. Consistência interna e prevalência (%) para o auto-relato da perpetração e vitimização dos itens e subescalas das CTS2 (N = 441)

Escala/ Subescala	Perpetração				Vitimização			
	Questão Nº	Prev.%	r item total	α se excluído	Questão Nº	Prev.%	r item total	α se excluído
Abuso físico sem sequelas	α total = .78				α total = .74			
Ligeiro	7	8.7	.46	.76	8	6.7	.47	.71
	9	3.8	.60	.74	10	3.6	.50	.70
	17	8.8	.55	.74	18	7.5	.51	.70
	45	2.7	.55	.74	46	1.8	.49	.70
	53	6.1	.37	.77	54	2.9	.35	.72
Severo	21	.7	.47	.76	22	.5	.35	.73
	27	1.4	.39	.76	28	1.1	.32	.73
	33	1.8	.06	.78	34	2.0	.02	.75
	37	3.6	.53	.74	38	3.9	.50	.69
	43	.7	.56	.76	44	.2	.38	.72
	61	.7	.10	.78	62	.7	.10	.74
	73	1.6	.58	.75	74	1.4	.53	.70
Abuso físico com sequelas	α total = .50				α total = .47			
Ligeiro	11	3.6	.31	.48	12	3.6	.47	.27
	71	.9	.33	.39	72	.9	.49	.24
Severo	23	.5	.40	.39	24	.5	.29	.42
	31	.5	.17	.48	32	.5	.07	.49
	41	.5	.30	.43	42	.5	.13	.47
	55	.7	.18	.47	56	.2	-.01	.49
Agressão psicológica	α total = .68				α total = .64			
Ligeiro	5	19.2	.44	.63	6	15.3	.33	.61
	35	37.8	.43	.63	36	33.9	.39	.59
	49	29.0	.44	.64	50	23.3	.45	.57
	67	22.6	.47	.62	68	21.3	.41	.59
Severo	25	12.9	.37	.65	26	12.4	.36	.60
	29	2.9	.31	.67	30	2.9	.25	.63
	65	3.8	.34	.66	66	4.1	.32	.62
	69	2.0	.26	.68	70	.7	.28	.64
Coerção sexual	α total = .56				α total = .51			
Ligeiro	15	12.4	.41	.47	16	14.1	.33	.43
	51	9.3	.51	.41	52	12.4	.37	.42
	63	6.8	.45	.44	64	6.8	.44	.36

continua

continuação

Escala/ Subescala	Perpetração				Vitimização			
	Questão N°	Prev.%	r item total	α se excluído	Questão N°	Prev.%	r item total	α se excluído
Coerção sexual	α total = .56				α total = .51			
Severo	19	.5	.18	.56	20	.5	.09	.52
	47	.9	.33	.53	48	.9	.29	.48
	57	.9	.05	.58	58	.9	.1018	.52
	75	.7	.13	.56	76	.9	.18	.50
Negociação	α total = .73				α total = .71			
Emocional	1	84.1	.44	.70	2	85.2	.43	.68
	13	83.9	.43	.70	14	83.2	.40	.69
	39	75.5	.54	.67	40	73.9	.51	.65
Cognitiva	3	85.5	.40	.71	4	84.8	.38	.69
	59	56.2	.44	.70	60	54.1	.43	.69
	77	63.8	.58	.65	78	63.9	.57	.63

** $p < .01$ * $p < .05$

No que se refere à *perpetração*, a escala de abuso físico sem sequelas é a que apresenta valores de *consistência interna* mais elevados ($\alpha = .78$), seguida das escalas de negociação ($\alpha = .73$), agressão psicológica ($\alpha = .68$), coerção sexual ($\alpha = .56$) e abuso físico com sequelas ($\alpha = .50$).

No que se refere à *vitimização*, também a escala de abuso físico sem sequelas é a que apresenta valores de α de Cronbach superiores ($\alpha = .74$), seguida das escalas de negociação ($\alpha = .71$), agressão psicológica ($\alpha = .64$), coerção sexual ($\alpha = .51$) e abuso físico com sequelas ($\alpha = .47$). Os valores da consistência interna associam-se com a prevalência dos itens, como se observa na Tabela 2.

Estudos de validade

Validade de constructo

Os métodos para testar a validade de constructo consistem geralmente na *análise factorial* e na *correlação com outros testes ou critérios externos*.

Análise factorial⁴

Efectuou-se a análise de componentes principais (PCA), para a perpetração e vitimização das diferentes tácticas avaliadas pelas CTS2, forçando-se a cinco componentes

⁴ Tratando-se de dimensões que traduzem comportamentos observáveis claramente definidos em termos de níveis de severidade e tipo, optamos por manter a tipologia considerada pela versão original americana por recomendação do autor. A análise PCA aqui descrita pretende apenas ser indicativa da associação entre as variáveis para a amostra em estudo.

principais que explicam 48.2% da variância total para a perpetração e a quatro componentes principais que explicam 44.3% para a vitimização.

No que se refere à perpetração, o valor de KMO é de .768, e do teste de esfericidade de Bartlett $\chi^2(741) = 10826.411$, $p = .000$. Em termos de variância explicada, o primeiro factor explica 16%, o segundo 10.1%, o terceiro 8.5%, o quarto 7.6% e o quinto 6.0%.

No que se refere à vitimização, o valor de KMO é de .818, e do teste de esfericidade de Bartlett $\chi^2(741) = 16154.227$, $p = .000$. Atendendo ao *scree test* e aos valores próprios (*eigenvalues*), equacionaram-se quatro factores para a vitimização, explicando respectivamente 19%, 9.5%, 8.7%, 7.1% da variância.

O compósito de itens que compõem cada um dos factores obtidos pela análise dos componentes principais diverge do compósito que é referido na versão original já apresentado na Tabela 1 (STRAUS et al., 1996), embora se verifique uma predominância de itens pertencentes a uma mesma escala em cada um dos factores encontrados, como passaremos a descrever.

Os componentes obtidos, atendendo ao compósito de itens que os constituem, por ordem decrescente de cargas factoriais, são:

Para a *perpetração*, o factor 1 é composto por 11 questões (19, 23, 31, 73, 27, 21, 75, 47, 33, 29, 41), todas com elevada severidade e pertencentes a escalas diferentes (Tabela 1); o coeficiente de consistência interna para esta escala é elevado e tem o valor de .88. O factor 2 é composto por 7 questões (3, 39, 1, 77, 5, 13, 35) e o de Cronbach é .84. No factor 3 cabem 7 questões (43, 37, 11, 45, 5, 49, 67), tendo como valor de consistência interna .64. O factor 4 é constituído por 9 questões (9, 73, 37, 53, 17, 55, 7, 25, 11) e apresenta de Cronbach .65. O factor 5 é composto por 5 questões (51, 63, 6, 15, 41) e tem como valor de consistência interna .51.

No que se refere à *vitimização*, o factor 1 é constituído por 13 questões (20, 54, 32, 24, 8, 10, 56, 76, 48, 30, 10, 42, 62), e o α de Cronbach é .87. O factor 2 é constituído por 6 questões (40, 2, 4, 78, 6, 14) e o valor da consistência interna é .85. O factor 3 é constituído por 11 questões (64, 52, 50, 34, 72, 68, 16, 64, 12, 18, 38), e o α de Cronbach é .72. O factor 4 é composto por 9 questões (70, 54, 46, 74, 6, 8, 26, 34, 58) com valor de consistência interna igual a .54.

Os factores encontrados através da análise factorial mostram que para os dois primeiros factores, tanto em termos de perpetração como de vitimização, os valores de consistência interna são elevados, existindo, contudo, algumas divergências em termos de itens componentes de cada um. Se o factor 2 nos permite claramente identificar as dimensões avaliadas, pelo facto de os seus itens serem identificados como pertencentes a uma dimensão específica (a escala de negociação), já nos restantes factores tal não acontece, agrupando-se em um mesmo factor itens pertencentes a diferentes escalas de acordo com a versão original.

Por outro lado, para a perpetração encontram-se mais factores (5) do que para a vitimização (4); nesta última o factor 5 apresenta apenas 2 questões itens que se traduzem em valores de *alpha* muito reduzidos (.003), o que nos levou a optar pelos 4 factores e não pelos 5 à semelhança da perpetração. Acrescentámos ainda o facto de em alguns factores se associarem itens que, além de pertencerem a escalas diferentes, têm severidade diferente.

Mesmo que para o factor 1 os valores da consistência interna sejam elevados e evidenciem elevada severidade como traço comum, em termos da sua utilização prática, os resultados da análise dos componentes principais parecem mais revelar os padrões de relação entre as dimensões em estudo para a nossa amostra do que discriminarem variáveis latentes de acordo com o quadro teórico subjacente à escala. Por conseguinte, não nos parece discriminativa a possível utilização dos resultados encontrados através da análise dos componentes principais, por estes não denotarem os constructos que são defendidos e definidos pelos autores da escala original. E alertados para este facto, ponderando as principais vantagens e desvantagens do uso da tipologia recomendada na versão original das escalas, e aquela que obtivemos através do procedimento factorial, optamos por manter a tipologia original, pela maior clareza na interpretação, em termos de dimensões específicas de comportamento a avaliar e especificação dos graus de severidade, mesmo que perante valores de consistência interna ligeiramente inferiores aos encontrados na análise dos componentes principais. Esta decisão fundamenta-se também no facto de os conceitos a avaliar consistirem em comportamentos claramente identificados como associados ao constructo avaliado com base em diferentes consensos por *experts* na área (STRAUS et al., 1996), e aditados da circunstância de serem passíveis de ser objectivados, justificando que adoptemos a disposição em termos de escalas e subescalas conforme o reportam os seus constructores (STRAUS et al., 1996), em vez da mais comum classificação com base nos resultados da análise dos componentes principais. Por conseguinte, daremos mais ênfase ao segundo método possível de testagem da validade de constructo, a análise da validade convergente e da validade discriminante (CAMPBELL; FISKE, 1959) que passamos a expor em seguida.

Correlação com outros testes ou critérios externos: análise da validade convergente e discriminante

Para determinar a validade convergente e discriminante, procedeu-se à análise das pontuações dos itens constituintes de cada uma das escalas atendendo à sua prevalência no ano anterior e à relação entre si através do teste de correlação de Pearson (CAMPBELL; FISKE, 1959; STRAUS, 2004).

Validade convergente

Mostraremos em seguida a relação encontrada entre cada uma das escalas das CTS2 que supõe a existência de uma associação estatisticamente significativa.

Correlatos de coerção sexual, agressão psicológica, abuso físico sem sequelas, e género do perpetrador

Assumindo que os homens são mais susceptíveis do que as mulheres de recorrer à *coerção sexual* (HINES; SAUDINO, 2003), as escalas de *agressão psicológica* (homens $r(169) = .378, p < .001$; mulheres $r(272) = .281, p < .001, z = 1.14, p < .05$) e de *abuso físico sem sequelas* (homens $r(169) = .332, p < .001$; mulheres $r(272) = .202, p < .001, z = 1.43,$

$p < .05$) devem estar mais correlacionadas com a escala de coerção sexual para os homens do que para as mulheres, como confirma o teste z para a diferença de correlações.

Quanto à evidência de validade convergente, para a versão em estudo a proposição levantada é confirmada tanto para a escala de agressão psicológica como para a escala de abuso físico sem sequelas, em que os homens apresentam valores de correlação com a escala de coerção sexual significativamente mais elevados do que as mulheres.

Correlatos de abuso físico com sequelas, abuso físico sem sequelas, coerção sexual e género do perpetrador

Atendendo ao fato de que as escalas de abuso físico sem sequelas e abuso físico com sequelas estão relacionadas por definição (STRAUS et al., 1996), os sujeitos que apresentam pontuação elevada na escala de abuso físico com sequelas, devem apresentar também pontuação elevada na escala de abuso físico sem sequelas. Além disso, a investigação tem sustentado o pressuposto de que o *abuso físico sem sequelas* proferido pelos homens resulta em sequelas mais graves do que aquele proferido pelas mulheres (STETS; STRAUS, 1990), da mesma forma o abuso físico com sequelas e a coerção sexual.

No que se refere à *perpetração*, a escala de *abuso físico com sequelas* para a amostra total apresenta correlação significativa e mais forte com a escala de *abuso físico sem sequelas* ($r(443) = .298, p < .001$). Considerando o género, os homens apresentam valores de correlação ligeiramente superiores ($r(169) = .305, p < .001$) às mulheres ($r(272) = .295, p < .001$), mas sem diferenças estatisticamente significativas ($z = .110, n.s.$).

Pelo pressuposto de que a coerção sexual perpetrada por homens deve resultar em mais sequelas físicas do que aquela provocada por mulheres, é esperado que esta escala se correlacione com a escala de *abuso físico com sequelas*. Com efeito, no total, a correlação da escala de coerção sexual com a escala de abuso físico com sequelas é estatisticamente significativa ($r(443) = .281, p < .001$) e a correlação entre essas escalas para os homens é estatisticamente superior ($r(169) = .327, p < .001$) ao valor observado nas mulheres ($r(272) = .222, p < .001$), obtendo as diferenças de significado estatístico ($z = 1.21, p < .05$).

Deste modo, a evidência de validade convergente para o abuso físico com sequelas, abuso físico sem sequelas e coerção sexual é confirmada para o último par de escalas.

Perpetração de agressão psicológica e abuso físico sem sequelas

De acordo com Straus et al. (1996), a *teoria da escala do conflito* em casais alega que a agressão verbal contra um companheiro, mais do que funcionar como um acto catártico redutor da tensão existente na relação, tende a aumentar a progressão do abuso para formas mais severas; uma forte associação entre a agressão psicológica e a probabilidade de ocorrer abuso físico sem sequelas, assim como a sua co-ocorrência (BERKOWITZ, 1993; HINES; SAUDINO, 2003; STRAUS, 1974).

Deste modo, assumindo a *teoria da escala do conflito* como correcta, uma forma de comprovar a validade das CTS2 reside em encontrar uma correlação forte entre a escala de agressão psicológica e a escala de abuso físico sem sequelas.

No respeitante à *perpetração* de agressão psicológica, a correlação mais elevada acontece com o abuso físico sem sequelas ($r(443) = .357, p < .001$).

Se admitirmos ainda que antes de recorrerem a formas abusivas os sujeitos negociam os conflitos, também a escala de negociação deve mostrar valores de correlação altamente significativos com a escala de agressão psicológica ($r(443) = .361, p < .001$). Este resultado permite-nos adiantar a hipótese de a negociação constituir uma forma de resolução dos conflitos prévia que, não funcionando, poderá conduzir à agressão psicológica a qual, por sua vez, será precursora do abuso físico sem sequelas.

Atendendo à *teoria da escala do conflito*, encontra-se evidência para a validade convergente entre as escalas de menor para maior severidade, tanto no que respeita à *perpetração* de negociação e de agressão psicológica, como de agressão psicológica e de abuso físico sem sequelas.

Validade discriminante

Straus et al. (1996) propõem dois pares de escalas que não estão teoricamente associados, *negociação* e *coerção sexual* e, *negociação* e *abuso físico com sequelas*, para os quais é esperado que se encontrem valores de correlação reduzidos ou não significativos. Este resultado demonstraria evidência de validade discriminante para a negociação, coerção sexual e abuso físico com sequelas.

Negociação, coerção sexual e abuso físico com sequelas

No que se refere à *perpetração*, para as escalas de *negociação* e *abuso físico com sequelas*, o coeficiente de correlação não apresenta significado estatístico para a amostra total ($r(443) = .072, n.s.$). Apesar de a correlação obtida entre as escalas de *coerção sexual* e de *negociação* ter significado estatístico, o seu valor é reduzido ($r(443) = .162, p < .001$).

Este instrumento permite discriminar os sujeitos que recorrem a táticas mutuamente exclusivas como a negociação e o abuso físico com sequelas, que por serem incompatíveis não estão relacionadas, confirmando a sua validade discriminante.

Já para a coerção sexual, na correlação obtida com a escala de negociação, apesar de ser estatisticamente significativa, o seu valor interpretativo explica uma pequena parte da variância entre estas variáveis, e por conseguinte poderemos considerá-la igualmente discriminativa, mas com menor poder de distinção, provavelmente relacionado com o facto de os itens de menor severidade que compõem esta escala se interceptarem com os de negociação.

Validade de constructo

Para efeito do estudo da *validade de constructo* usaram-se os relatos do sujeito nas escalas de desejabilidade social, domínio⁵, socialização violenta⁶ – no seio familiar e víti-

⁵ A escala de domínio descreve os relacionamentos em que há diferenciação hierárquica entre os elementos através de autoridade, controlo e depreciação do companheiro (STRAUS et al., 1996; STRAUS; MOURADIAN, 1999; PAIVA; FIGUEIREDO, 2006).

⁶ A escala de socialização violenta representa em que medida o sujeito observou, recebeu conselhos pró-violência e foi vítima de violência por elementos da família durante a infância (STRAUS et al., 1996; STRAUS; MOURADIAN, 1999; PAIVA; FIGUEIREDO, 2006).

ma de violência, e história de crime violento⁷ que integram o questionário Personal and Relationships Profile (PRP) (STRAUS; HAMBY; BONEY-MCCOY; SUGARMAN, 1996; STRAUS; MOURADIAN, 1999; versão de PAIVA; FIGUEIREDO, 2006) e que funcionarão como preditores da ocorrência do abuso no relacionamento íntimo (as restantes escalas do PRP serão desenvolvidas em PAIVA e FIGUEIREDO, 2006).

Desejabilidade social⁸

A escala de *desejabilidade social*, composta por itens adaptados do questionário de Crowne e Marlowe na versão reduzida de Reynolds (1982), pretende avaliar o nível de desejabilidade social patente nas respostas de cada sujeito, e ser um indicador da validade das escalas CTS2 em termos de constructo.

Comumente, uma das justificações possíveis para a dificuldade em obter validade nos instrumentos reside na elevação da escala de desejabilidade social. Por conseguinte, como forma de determinar possíveis erros de enviesamento no padrão de respostas dos sujeitos, associadas com a desejabilidade social, averiguamos o padrão de correlação dessa escala com as escalas CTS2, considerando a perpetração e a vitimização.

Aceita-se que os sujeitos que evidenciam mais desejabilidade social reportem menos comportamentos abusivos e vice-versa, e que a correlação observada seja negativa.

Respectivamente, em termos de perpetração e vitimização, os valores de correlação mais elevados acontecem para a escala de agressão psicológica ($r(443) = -.248, p < .001$; $r(443) = -.205, p < .001$), seguida da escala de coerção sexual ($r(443) = -.183, p < .001$; $r(443) = -.198, p < .001$), abuso físico com sequelas ($r(443) = -.154, p < .001$; $r(443) = -.144, p < .001$), abuso físico sem sequelas ($r(443) = -.131, p < .001$; $r(443) = -.141, p < .001$) e negociação ($r(443) = -.076, n.s.$, $r(443) = -.063, n.s.$). Com exceção da escala de negociação, todas as escalas apresentam valores de correlação negativos e com significado estatístico, mesmo que não elevados a ponto de poderem ser considerados uma ameaça à validade das escalas, e similares aos encontrados noutros estudos com as CTS2 (RAMIREZ; STRAUS, 2001; STRAUS, 2004).

Porém, mesmo perante a evidência de os valores do coeficiente de correlação serem reduzidos, não é de descurar a existência de alguma interferência da desejabilidade social subjacente ao relato dos sujeitos, pelo que é de recomendar o seu controle.

Domínio, história de vitimização e violência na família e crime violento

O domínio (HAMBY, 1996; SO-KUM TANG, 1999; ALDORONDO; STRAUS, 1994), as experiências de violência na família, em particular a vitimização durante a infância e adolescência (DOUGLAS; STRAUS, *in press*; GERSHOFF, 2002; STRAUS, 2005) e a história criminal (RAMIREZ; STRAUS, 2001) constituem factores de risco identificados para a perpetração de abuso ao companheiro.

⁷ A escala de história criminal enuncia em que medida o sujeito cometeu crimes violentos contra outras pessoas (STRAUS et al., 1996; STRAUS; MOURADIAN, 1999; PAIVA; FIGUEIREDO, 2006).

⁸ Uma descrição detalhada desta escala é apresentada em Paiva e Figueiredo, 2006.

Admite-se assim que os sujeitos que: a) apresentam história de socialização violenta na família; b) sejam vítimas de violência durante a infância e adolescência; c) revelam história de crime violento; d) demonstram elevados índices de domínio no relacionamento íntimo se diferenciem quanto às táticas de resolução de conflitos com o parceiro, especificamente no que se refere ao abuso.

Determinou-se a função discriminante considerando as variáveis do PRP enunciadas como preditoras e as escalas CTS2 como variáveis dependentes. A Tabela 3 apresenta o valor da função discriminante para os sujeitos com e sem abuso, que é significativo, como o denota o χ^2 , assim como a previsão em percentagem de sujeitos correctamente atribuídos para cada grupo.

Tabela 3. Função discriminante para as escalas CTS2 (perpetração) e como variáveis preditoras, a socialização violenta na família, experiências de abuso na infância e adolescência, domínio e história de crime violento

	Abuso físico sem sequelas	Abuso físico com sequelas	Agressão psicológica	Coerção sexual	Negociação
Preditor	F	F	F	F	F
Vítima de violência	13,723***	7,586**	4,113*	21,998***	,282
Violência familiar	11,23**	4,380*	5,235*	18,629***	,008
Domínio	1,763	3,758*	6,054*	3,539*	,070
História criminal	3,270	9,092**	9,465**	24,692***	,399
λ de Wilks	,963	,963	,964	,916	,997
χ^2 (4)	15,233**	15,121**	14,980**	35,494***	1,388
% total (sem-com)	62.7 (64.7-54.8)	70.0 (70.1-68.4)	59.3 (61.1-57.8)	67.3 (68.3-63.2)	55.0 (50.0-55.5)

* $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$

A análise da variância ANOVA revelou que os sujeitos com abuso físico com sequelas, agressão psicológica e coerção sexual diferem significativamente em todas as variáveis preditoras enunciadas dos sujeitos que não apresentam estes tipos de abuso (Tabela 3). Para o abuso físico sem sequelas, apenas as experiências de vitimização e história de violência na família durante a infância e adolescência discriminam os sujeitos com e sem este tipo de abuso.

As correlações entre as variáveis preditoras e a função discriminante sugerem que os sujeitos que foram vítimas de abuso durante a infância e adolescência tiveram expe-

riências de socialização violenta na família e história de crime violento, e os mais dominadores, são aqueles que apresentam mais abuso físico com sequelas, agressão psicológica e coerção sexual.

Concordância nos heterorrelatos

A *prevalência* dos itens que compõem cada uma das escalas das CTS2 permitiu testar a concordância nos relatos entre as partes envolvidas quando um dos elementos do casal é agente e o outro receptor de um respectivo acto à semelhança de Schaffer, Caetano e Clark (2002).

Para confirmar a concordância nos relatos das táticas de resolução de conflitos no casal, analisamos as respostas às CTS2 dos 45 casais que participaram no estudo, quando o perpetrador é do sexo masculino e quando o perpetrador é do sexo feminino.

A Tabela 4 mostra o índice de respostas positivas para as quais existe discordância e concordância entre os membros do casal, considerando o género do perpetrador, e a percentagem de concordância por ambos. Apresenta ainda o índice de concordância sobre a ocorrência (*p pos*⁹) e a não ocorrência do abuso (*p neg*), assim como a percentagem de concordância em face dos casos assinalados de abuso (*lower bound*) e a totalidade dos casos positivos assinalados (*upper bound*), sobre os quais seria de se esperar concordância (100%).

Tabela 4. Frequência de respostas de acordo entre os elementos da díade quando o perpetrador é do sexo masculino (M-F) ou quando o perpetrador é do sexo feminino (F-M) (N = 45 casais)

		Perpetração por homens (M-F)				Perpetração por mulheres (F-M)			
		Disc./ Conc.	<i>Lower-upper bound (%)</i> ^a	<i>p pos.</i>	<i>p neg.</i>	Disc./ Conc.	<i>Lower-upper bound (%)</i> ^a	<i>p pos.</i>	<i>p neg.</i>
Abuso físico s/ sequelas	Ligeiro	14/3	3-17 17.6%	.30	.80	13/3	3-16 18.8%	.32	.82
	Severo	6/3	3-9 33.3%	.50	.92	9/1	1-10 1.0%	.01	.89
	Total	12/6	6-18 33.3%	.67	.76	15/4	4-19 21%	.35	.78

continua

⁹ Segundo as recomendações de Cicchetti e Feinstein (1990): $p\ pos = 2d/2d+a+b$; *p* tem valores compreendidos entre 0 e 1; 1 indica concordância plena entre os relatos. A dicotomização das variáveis (0 = nenhum 100 = um ou mais actos) e relatos cruzados permitem aceder ao nível de desacordo e de acordo entre ambos os elementos da díade, quando um é perpetrador e o outro vítima e vice-versa. Assim, as células da tabela 2x2 em diagonal (célula b 0/100 e c 100/0 representam o desacordo), a célula d (100/100) o acordo quanto à ocorrência, e a célula a (0/0) o acordo quanto à não ocorrência.

continuação

		Perpetração por homens (M-F)				Perpetração por mulheres (F-M)			
		Disc./ Conc.	Lower-upper bound (%) ^a	<i>p pos.</i>	<i>p neg.</i>	Disc./ Conc.	Lower-upper bound (%) ^a	<i>p pos.</i>	<i>p neg.</i>
Abuso físico c/ sequelas	Ligeiro	4/0	0-4 0%	.33	.95	4/0	0-4 0%	.33	.95
	Severo	1/1	1-1 100%	1.0	.99	1/0	0-1 0%	.67	.99
	Total	4/1	1-5 20%	.33	.95	4/0	0-4 0%	.33	.95
Agressão psicológica ^{aa}	Ligeiro	19/15	15-34 44%	.61	.54	16/18	16-34 47.1%	.69	.58
	Severo	9/2	2-11 18%	.31	.88	8/4	4-12 33.3%	.50	.89
	Total	4/22	4-26 15.4%	.91	.90	14/20	14-34 41.2%	.74	.61
Coerção sexual	Ligeiro	16/5	5-21 24%	.38	.75	15/3	3-18 16.7%	.29	.78
	Severo	3/0	0-3 0%	.40	.97	4/0	0-4 0%	.33	.95
	Total	14/7	7-21 33.3%	.50	.77	16/3	3-19 15.8%	.27	.76
Negociação	Emocional	5/39	5-44 88.6%	.94	.29	4/41	4-45 91.1%	.95	.33
	Cognitiva	5/38	5-43 88.4%	.94	.44	5/38	5-43 88.4%	.94	.44
	Total	4/41	4-45 91.1%	.95	.33	3/0	3-42 93.3%	.96	.40

Nota: *p pos.* = *p* positivo = índice de concordância quanto à ocorrência; *p neg.* = *p* negativo, índice de concordância quanto à não ocorrência

Lower bound = número de respostas positivas efectivas em que se verifica acordo

Upper bound = número de respostas positivas em que era esperado o acordo

^a % de respostas de acordo em face das assinaladas como ocorrências

Disc./Conc. = número de sujeitos em desacordo/em acordo

Os resultados apontam para a concordância dos relatos entre as partes envolvidas, especificamente no que concerne às táticas de negociação e à não ocorrência de abuso. Porém, quando é assinalado abuso por pelo menos uma das partes, o acordo na ocorrência de abuso é genericamente pobre, tal como o demonstra a percentagem de casais

que discordam comparados aos que concordam quanto à existência de abuso, contudo, semelhante ao encontrado em diversos estudos na área (ARMSTRONG; WERNKE; MEDINA; SCHAFFER, 2000; HECKERT; GONDOLF, 2000; SCHAFFER et al., 1998).

Não será ainda de descurar alguma especificidade associada ao género no que se reporta à percentagem de concordância. Quando o perpetrador é do sexo masculino, existe maior concordância para os relatos de abuso físico sem sequelas severo e total, abuso físico com sequelas severo e total, e coerção sexual total. Para as mulheres apenas se verificam percentagens superiores no relato de agressão psicológica, como se pode observar pela análise da Tabela 4.

Normas e interpretação clínica dos resultados

As medidas de tendência central, especificamente no respeitante à cronicidade, obtidas para a amostra do presente estudo (como se apresentará na Tabela 5), poderão funcionar como critério de comparação na futura administração das CTS2 a outros indivíduos. Straus et al. (1996) alegam que os resultados obtidos em amostras de estudantes universitários, na sua maioria com um relacionamento do tipo namoro, podem funcionar como norma de comparação, salvaguardando as respectivas limitações em termos de generalização dos resultados.

Tabela 5. Cronicidade (Média e Desvio Padrão) e prevalência (%) das escalas CTS2 no ano anterior considerando a severidade, a perpetração e a vitimização, para homens (N = 170), mulheres (N = 273) e amostra total (N = 443)

CTS2		Perpetração						Vitimização					
		Homens		Mulheres		Total		Homens		Mulheres		Total	
		N (%)	M (DP)	N (%)	M (DP)	N (%)	M (DP)	N (%)	M (DP)	N (%)	M (DP)	N (%)	M (DP)
Abuso físico sem sequelas	Ligeiro	28 (16.4)	6.14 (7.51)	51 (18.7)	5.62 (7.92)	79 (17.8)	5,81 (7,73)	26 (15.3)	6.61 (8.19)	35 (12.8)	6.54 (15.19)	61 (13.8)	6,57 (12,60)
	Severo	15 (8.8)	3.73 (6.15)	16 (5.5)	7.62 (13.31)	31 (7.0)	5,74 (10,49)	14 (8.23)	3.85 (6.18)	19 (5.1)	5.21 (7.68)	33 (7.5)	4,63 (7,01)
	Total	36 (21.1)	6.33 (8.55)	55 (13.2)	7.43 (12.70)	91 (20.5)	7,00 (11,20)	33 (19.4)	6.84 (8.81)	42 (15.4)	7.80 (16.44)	75 (16.9)	7,38 (13,55)
Abuso físico com sequelas	Ligeiro	8 (4.7)	3.12 (2.41)	9 (2.9)	6.66 (10.40)	17 (3.8)	5,00 (7,74)	9 (53.0)	5.44 (7.66)	7 (2.6)	10.28 (11.16)	16 (3.6)	7,56 (9,34)
	Severo	1 (0.6)	8.00 (0.00)	5 (1.8)	12.40 (15.42)	6 (1.4)	11,66 (13,90)	1 (0.6)	8.00 (0.00)	4 (1.5)	17.00 (19.59)	5 (1.1)	15,20 (17,43)
	Total	9 (5.3)	3.66 (2.78)	13 (4.8)	9.38 (12.39)	22 (5.0)	7,04 (9,94)	10 (5.9)	5.70 (7.27)	10 (3.7)	14.00 (14.29)	20 (4.5)	9,85 (11,82)

continua

continuação

CTS2		Perpetração						Vitimização					
		Homens		Mulheres		Total		Homens		Mulheres		Total	
		N (%)	M (DP)	N (%)	M (DP)	N (%)	M (DP)	N (%)	M (DP)	N (%)	M (DP)	N (%)	M (DP)
Agressão psicológica	Ligeiro	79 (46.5)	8.35 (10.52)	151 (55.3)	11.94 (14.72)	230 (51.9)	10,71 (13,51)	81 (47.6)	8.55 (12.90)	139 (50.9)	9.70 (12.61)	220 (49.7)	9,28 (12,70)
	Severo	28 (16.5)	6.57 (8.70)	46 (16.8)	6.21 (7.89)	74 (16.7)	6,35 (8,15)	29 (17.1)	5.82 (7.27)	44 (16.1)	5.75 (8.68)	73 (16.5)	5,78 (8,09)
	Total	84 (49.4)	10.04 (11.82)	156 (57.1)	13.39 (16.54)	240 (54.2)	12,22 (15,11)	85 (50.0)	10.14 (14.38)	143 (52.4)	11.20 (14.39)	228 (51.5)	10,80 (14,36)
Coerção sexual	Ligeiro	48 (28.2)	13.66 (12.32)	32 (11.7)	14.25 (10.80)	80 (18.1)	13,90 (11,67)	44 (25.9)	12.72 (11.39)	59 (21.6)	11.84 (13.66)	103 (23.3)	12,22 (12,69)
	Severo	4 (2.4)	3.50 (4.35)	6 (2.2)	9.16 (12.82)	10 (2.3)	6,90 (10,31)	5 (2.9)	2.80 (4.02)	6 (2.2)	9.00 (10.37)	11 (2.5)	6,18 (8,41)
	Total	51 (30.0)	13.13 (12.18)	34 (12.5)	15.02 (12.92)	85 (19.2)	13,89 (12,44)	46 (27.1)	12.47 (11.28)	62 (22.7)	12.14 (14.95)	108 (24.4)	12,28 (13,46)
Negociação	Emocional	155 (91.2)	37.29 (22.18)	242 (88.6)	40.92 (21.25)	397 (89.6)	39,51 (21,67)	156 (91.8)	36.48 (22.13)	240 (87.9)	41.07 (21.41)	396 (89.4)	39,26 (21,79)
	Cognitiva	149 (87.6)	21.68 (19.289)	238 (87.2)	25.25 (21.01)	387 (87.4)	23,88 (20,41)	150 (88.2)	20.88 (18.91)	238 (87.2)	24.69 (20.87)	388 (87.6)	23,21 (20,20)
	Total	157 (92.4)	57.4 (37.94)	244 (89.4)	65.22 (38.72)	401 (90.5)	62,1 (38,56)	158 (92.9)	55.84 (37.25)	244 (89.4)	64.48 (38.75)	402 (90.7)	61,09 (38,36)

Prevalência e cronicidade do abuso e negociação considerando o género do participante e amostra total

Em termos de *perpetração*, a negociação constitui a tática mais reportada pelos participantes. Entre as formas de abuso, a mais reportada é a agressão psicológica, seguida da coerção sexual, abuso físico sem sequelas e abuso físico com sequelas. Em termos de género, apenas no que se refere à coerção sexual, é encontrada uma associação com significado estatístico, os homens relatam mais este tipo de abuso do que as mulheres ($\chi^2 = 24.917$, g.l. = 1, $p = .000$). Para a cronicidade, não se encontram diferenças nos diversos tipos de abuso considerando o género do perpetrador (Tabela 5).

Também para a *vitimização*, a negociação constitui a tática mais reportada pelos participantes e, entre as diferentes formas de abuso, a mais corrente é a agressão psicológica, seguida da coerção sexual, abuso físico sem sequelas e abuso físico com sequelas, tal como acontece para os relatos de perpetração. Apenas são encontradas diferenças significativas entre os sexos no que concerne à cronicidade da negociação, dado que as

mulheres reportam mais que os companheiros negociam com elas na resolução de conflitos ($t = -2.217$, $g.l. = 400$, $p = .027$).

Conclusão

Straus (1990), sustentado pela teoria do conflito (ADAMS, 1965; COSER, 1967; DAHRENDORF, 1959; STRAUS, 1979), considera que o elemento que diferencia os casais violentos dos menos violentos entre si não é o conflito per se, mas os modos mais ou menos adequados para a sua resolução que as CTS2 permitem aceder. A versão portuguesa destas escalas, analisada no presente artigo, parece apresentar índices de boa fidelidade e evidência confirmatória em termos de validade interna e externa. À disposição do leitor estão ainda os resultados normativos para a amostra estudada, as taxas de prevalência e cronicidade dos diferentes tipos de táticas de resolução de conflitos considerando nomeadamente as diferenças de género nos relatos dos sujeitos.

O estudo das características psicométricas da versão portuguesa das CTS2 é coerente com o reportado pelos autores da escala original na sua adaptação transcultural (STRAUS, 2004; STRAUS et al., 2004). No que se refere à fidelidade, tanto para a perpetração como para a vitimização, os valores da consistência interna não são muito elevados e apenas as escalas de abuso físico sem sequelas e negociação apresentam valores de *alpha* de Cronbach superiores a .70, que se pressupõe estar relacionado com a baixa prevalência encontrada para a maioria dos itens e com o reduzido número de itens que compõem cada escala (inferior a 10), pelo que se deve atender igualmente ao valor das correlações entre os itens e não apenas ao *alpha*. Os itens que apresentam correlações com valor inferior a .30 não interferem significativamente no valor do *alpha* de Cronbach. Mesmo assim, a redução dos valores do coeficiente de consistência interna é congruente com os resultados de outros estudos multiculturais com amostras similares (STRAUS, 2004) ou com expressão lingüística portuguesa – Brasil (MORAES et al., 2002), sendo justificada pela reduzida frequência de algumas formas de comportamento abusivo, nomeadamente nos itens de elevada severidade das escalas de abuso físico com sequelas e de coerção sexual. Não podemos esquecer que se trata de uma amostra na comunidade, em que as formas mais severas de abuso tornam-se também as mais raras. Apesar de poderem ocorrer ocasionalmente actos muito severos (mesmo em sujeitos abusadores são muito raros), não se pode esperar correlações substanciais entre itens que são requeridos para se obter um *alpha* elevado.

Em face deste fenómeno questionámo-nos sobre a possível remoção de itens, e optamos por não o fazer, por sua retirada não interferir significativamente com o valor da consistência interna da escala, e por um número reduzido de itens se associar a valores de consistência interna inferiores.

Entre os motivos possíveis associados com a reduzida alternância no relato dos sujeitos para determinados itens, poderíamos admitir a deturpação das respostas com base no que é socialmente desejado, atendendo aos tipos de comportamentos visados. A escala de desajustabilidade social do PRP possibilitou a identificação e controlo deste tipo de enviesamento para os sujeitos que poderiam evidenciar relatos com interferência da

desejabilidade social. As correlações parciais obtidas para cada uma das escalas CTS2 não constituem uma ameaça na interpretação dos resultados do abuso, com excepção da escala de agressão psicológica, que é também a mais prevalente.

Em termos de validade, o presente estudo mostra evidência confirmatória tanto em termos da validade interna como externa. No que se refere à validade interna, a convergência entre as diferentes escalas das CTS2, observa-se, pelas correlações estatisticamente significativas entre as escalas, que era esperado estarem correlacionados, e ainda diferenças na grandeza das correlações consoante o género; os homens apresentam correlações superiores às mulheres para os seguintes pares de escalas: coerção sexual e agressão psicológica, coerção sexual e abuso físico sem sequelas, coerção sexual e abuso físico com sequelas. Confirma-se da mesma forma a construção teórica da escala de abuso físico com sequelas fortemente correlacionada com a escala de abuso físico sem sequelas, assim como a teoria da escalada do conflito, pela correlação entre a escala de agressão psicológica e abuso físico sem sequelas e agressão psicológica e negociação.

Além disso, a validade discriminante das escalas evidencia-se pelas correlações sem significado estatístico entre escalas mutuamente exclusivas, como as escalas de negociação e abuso físico com sequelas.

Apesar de ter sido efectuada a análise dos componentes principais para as escalas CTS2, existe um ligeiro comprometimento na avaliação dos constructos de forma conceptualmente semelhante à referida pelo seu autor original, quando se consideram os componentes obtidos. Deste modo, foram apresentados os resultados desta análise por serem indicadores importantes relativamente ao modo como os itens se agrupam na amostra em estudo, obtendo-se, por exemplo, no primeiro factor, os itens de todas as escalas de abuso com maior severidade e uma diferenciação clara com os itens da escala de negociação, já o mesmo não acontece para os restantes itens, o que complica a divisão em termos de severidade. De forma a que esta divisão não ficasse inviabilizada, e por se tratar de comportamentos observáveis claramente definidos em termos de níveis de severidade e tipo, considerou-se a estrutura e divisão conforme a escala original, por recomendação do autor¹⁰ e porque não se beneficia com o agrupamento dos itens desta forma em termos de consistência interna.

No que concerne à validade externa, os factores de risco – história criminal, domínio e socialização violenta – discriminam entre os sujeitos com e sem abuso no relacionamento íntimo, o que de um modo genérico confirma igualmente a validade externa das CTS2.

Em termos dos relatos cruzados pelas partes intervenientes, verifica-se que a concordância quanto à ocorrência de abuso é inferior à concordância quanto à não ocorrência, sendo, contudo, superior quando a violência é perpetrada por homens do que quando a mesma é perpetrada por mulheres, o que pode transparecer que existe um viés no relato considerando o género do perpetrador e da vítima (SCHAFER; CAETANO; CLARK, 2002).

Como factores interferentes com os resultados obtidos em termos de concordância, não é de descuidar a baixa prevalência de actos de abuso que a amostra de casais e carac-

¹⁰ Comunicação pessoal com o autor em julho de 2004.

terísticas específicas do relacionamento, nomeadamente quanto à longevidade e tipo de relação, duração superior a um ano e do tipo namoro, podendo estes factores serem contribuintes para algum enviesamento nos relatos.

Mesmo assim, de um modo geral os resultados parecem demonstrar a adequação da versão portuguesa das escalas CTS2, e são coerentes com os resultados em amostras similares (STRAUS, 2004).

Em termos de dados normativos obtidos para a amostra em estudo, considerando o género do perpetrador e da vítima e os índices de prevalência e cronicidade, a negociação é a tática mais reportada relativamente às restantes avaliadas pelas CTS2. Entre as táticas abusivas, a agressão psicológica é a mais corrente, seguida da coerção sexual, abuso físico sem sequelas e abuso físico com sequelas. Em termos de género, encontram-se diferenças significativas apenas para a coerção sexual, sendo que os homens assumem significativamente mais que as mulheres serem perpetradores deste tipo de abuso (PAIVA; FIGUEIREDO, 2004; STRAUS, 2004).

Não podemos deixar de referir a semelhança de procedimentos de aferição com a escala original, utilizando o mesmo tipo de sujeitos (estudantes universitários) que o autor.

Apesar dos resultados obtidos em termos da validade e fidelidade das CTS2 para a nossa amostra, uma elevada percentagem de sujeitos não respondeu a parte dos itens (21%), embora na maior parte dos casos (16.3%) pelo facto de nunca terem tido um relacionamento. Mesmo perante o risco de se obter resultados distorcidos com base na desajustabilidade social ou no antagonismo na resposta, os sujeitos, regra geral, parecem aderir aos questionários com taxas elevadas de resposta, Straus (1990b) aponta 85% de adesão em inquéritos americanos. A taxa de recusa no presente estudo foi reduzida, apenas um sujeito se recusou a participar e quatro deixaram o questionário totalmente em branco.

A amostra não é representativa dos estudantes universitários portugueses, nem da população jovem adulta, por se tratar em certa medida de uma amostra de conveniência. Sendo assim, a generalização dos resultados é limitada, assim como a aplicação das normas encontradas para a população em geral, embora tal não invalide a sua aplicabilidade como instrumento comparativo, como refere Straus et al. (1996), atendendo ao facto de as taxas de abuso físico sem sequelas tenderem a ser superiores nas populações mais jovens e não casadas, por exemplo, a taxa entre os 18-20 anos é três vezes superior à taxa em casados com média de idade de 40 anos, ou seja, para os casais mais velhos, assim como para os casados, o abuso físico é inferior (STRAUS et al., 1996). Por conseguinte, apesar de os valores obtidos a partir de amostras com estudantes universitários poderem ser utilizados como pontos de referência, a sua generalização deve conjugar sempre os factores socioeconómicos e as especificidades do relacionamento íntimo (tipo, duração).

Atendendo a que o presente estudo incide sobre uma amostra jovem e com nível educacional superior, a amostra carece de pessoas com nível socioeconómico inferior, com mais idade e com um relacionamento marital. Necessário é igualmente o alargamento e representatividade da amostra de casais, que para salvaguardar o anonimato das respostas, apenas foram obtidos 45 questionários de companheiros. Seria ainda

necessária a administração do presente questionário em amostras clínicas onde a ocorrência de abuso em pelo menos uma das partes se consubstancie, de modo a corroborar os relatos de ambos os elementos da díade, em particular para as formas mais severas de abuso, e sempre que possível a aplicação conjunta de uma escala de desejabilidade social, a definição dos factores causais e o contexto de ocorrência do abuso. Assim, uma amostra mais ampliada e representativa de casais em termos de tipo de relacionamento íntimo e duração do mesmo seria também conveniente para se aferir a concordância dos relatos quando ocorre abuso.

Não podemos deixar de referir as limitações associadas ao próprio instrumento e aos relatos retrospectivos cujo intervalo de tempo (um ano) é bastante extenso para se aferir com precisão as verdadeiras taxas de ocorrência de abuso.

Referências

- ADAMS, B. N. Coercion and consensus theories: some unresolved issues. **American Journal of Sociology**, v. 71, p. 714-716, 1965.
- ALDORONDO, E.; STRAUS, M. A. Screening for physical violence in couples therapy: methodological, practical, and ethical considerations. **Family Process**, v. 33, p. 425-439, 1994.
- ARMSTRONG, T. G.; WERNKE, J. Y.; MEDINA, K. L.; SCHAFER, J. Do partners agree about the occurrence of intimate partner violence: a review of the current literature. **Trauma, Violence and Abuse**, n. 3, 3, p. 181-193, 2000.
- BERKOWITZ, L. **Aggression: its causes, consequences, and control**. New York: McGraw-Hill, 1993.
- CAMPBELL, D. T.; FISKE, D. W. Convergent and discriminant validation by multi-trait multi-method matrix. **Psychological Bulletin**, n. 56, p. 81-105, 1959.
- CICCHETTI, D. V.; FEINSTEIN, A. R. High agreement but low kappa: II Resolving the paradoxes. **Journal of Clinical Epidemiology**, v. 43, p. 543-549, 1990.
- COSER, L. A. **Continuities in the study of social conflict**. New York: Free Press, 1967.
- DAHRENDORF, R. **Class and class conflict in industrial society**. Palo Alto: Stanford University Press, 1959.
- DOBASH, R. E.; DOBASH, R. P. **Violence against wives: a case against patriarchy**. New York: Free Press, 1979.
- DOUGLAS, E. M.; STRAUS, M. A. Assault and injury of dating partners by university students in 19 nations and its relation to corporal punishment experienced as a child. **European Journal of Criminology** (*in press*), 2006.
- DUTTON, D. G. **The abusive personality: violence and control in intimate relationships**. New York: The Guilford Press, 1998.
- GELLES, R. J. Physical violence, child abuse, and child homicide: A continuum of violence, or distinct behaviours? **Human Nature**, v. 2, n. 1, p. 59-72, 1991.
- GELLES, R. J.; STRAUS, M. A. Determinants of violence in the family: toward a theoretical integration, p. 549-581. In: BURR, W. R.; HILL, R.; NYE, F. I.; REIS, I. L. (Eds.). **Contemporary theories about the family**. New York: Free Press, 1979.

- GERSHOFF, T. E. Corporal punishment by parents and associated child behaviours and experiences: A meta-analytic and theoretical review. **Psychological Bulletin**, n. 128 (4), p. 539-579, 2002.
- HAMBY, S. L. The dominance scale: preliminary psychometric properties. **Violence and Victims**, v. 11 (3), p. 199-212, 1996.
- HECKERT, D. A.; GONDOLF, E. W. Assessing assault self-reports by batterer program participants and their partners. **Journal of Family Violence**, v. 16 (2), p. 181-197, 2000.
- HINES, D. A.; SAUDINO, K. J. Gender differences in psychological, physical, and sexual aggression among college students using the Revised Conflict Tactics Scales. **Violence and Victims**, v. 18 (2), p. 197-217, 2003.
- HOLTZWORTH-MUNROE, A.; STUART, G. L. Typologies of male batterers: three subtypes and the difference among them. **Psychological Bulletin**, n. 116, p. 476-507, 1994.
- JOHNSTON, M. P. Patriarchal terrorism and common couple violence: two forms of violence against women. **Journal of Marriage and the Family**, v. 57, p. 283-294, 1995.
- KURZ, D. Physical assaults by husbands: a major social problem. In: GELLES, R.; LOSEKE, D. R. (Eds.). **Current controversies on family violence**. Newbury Park: Sage, 1993. p. 88-103.
- MORAES, C. L.; HASSELMANN, M. H.; REICHENHEIM, M. E. Portuguese language cross-cultural adaptation of the Revised Conflict Tactics Scales (CTS2), an instrument used to identify violence in couples. **Cadernos de Saúde Pública**, n. 19, p. 163-176, 2002.
- O'LEARY, K. D.; MURPHY, C. Clinical issues in the assessment of spouse abuse. In: AMMERMAN, R. T.; M. HERSEN (Eds.). **Assessment of family violence**. New York: John Wiley & Sons, 1992. p. 26-46.
- O'LEARY, K. D.; VIVIAN, D. Physical aggression in marriage. In: FINCHAM, T. N. B. F. D. (Ed.). **The psychology of marriage: basic issues and applications**. New York: Guilford Press, 1990. p. 323-348.
- PAIVA, C.; FIGUEIREDO, B. Abuso no relacionamento íntimo: estudo de prevalência em jovens adultos portugueses. **Psychologica**, v. 36, p. 75-107, 2004.
- _____; _____. Validação da versão portuguesa do questionário "*Personal and relationships profile*". **Psychologica (in press)**, 2006.
- RAMIREZ, I. L.; STRAUS, M. A. **The effect of question order on disclosure of intimate partner violence: an experimental test using the conflict tactics scales**. Paper presented at the annual meeting of the American Society of Criminology, Atlanta, GA, 2001.
- REYNOLDS, W. M. Development of reliable and valid short forms of Marlowe-Crowne social desirability scale. **Journal of Clinical Psychology**, v. 38, p. 119-125, 1982.
- SCHAFER, J.; CAETANO, R.; CLARK, C. L. Agreement about violence in U.S. couples. **Journal of Interpersonal Violence**, v. 17, p. 457-470, 2002.

- SCHAFER, J. Rates of intimate partner violence in United States. **American Journal of Public Health**, v. 88, p. 1.702-1.704, 1998.
- SO-KUM TANG, C. Marital power and aggression in a community sample of Hong Kong Chinese families. **Journal of Interpersonal Violence**, v. 14 (6), p. 586, 1999.
- STETS, J. E.; STRAUS, M. A. Gender differences in reporting marital violence and its medical and psychological consequences. In: STRAUS, M. A.; GELLES, R. J. (Eds.). **Physical violence in American families: risk factors and adaptations to violence in 8.145 families**. New Brunswick: Transaction Publishing, 1990. p. 227-244.
- STRAUS, M. A. **Bibliography and tabular summary of publications on the revised conflict tactics scales (CTS2 and CTSPC)**. Durham, N.H.: Family Research Laboratory, University of New Hampshire, 2005.
- _____. Cross-cultural reliability and validity of the Revised Conflict Tactics Scales: a study of university student dating couples in 17 nations. **Cross Cultural Research**, v. 38 (4), p. 407-432, 2004.
- _____. Injury and frequency of assault and the “representative sample fallacy” in measuring wife beating and child abuse. In: STRAUS, M. A.; GELLES, R. J. (Eds.). **Physical violence in american families: risk factors and adaptations in 8.145 families**. New Brunswick: Transaction Publishing, 1990b. p. 75-91.
- _____. Levelling, civility, and violence in the family. **Journal of Marriage and the Family**, v. 36, p. 13-29, 1974.
- _____. **Manual for the conflict tactics scales**. Durham: Family Research Laboratory, University of New Hampshire, 1995.
- _____. Measuring intrafamily conflict and violence: the conflict tactics scales. **Journal of Marriage and the Family**, v. 41, p. 75-88, 1979.
- _____. The conflict tactics scales and its critics: an evaluation and the new data on validity and reliability. In: STRAUS, M. A.; GELLES, R. J. (Eds.). **Physical violence in american families: risk factors and adaptations to violence in 8.145 families**. New Brunswick: Transaction Publishing, 1990a. p. 49-73.
- STRAUS, M. A.; GELLES, R. J. **Physical violence in American families: risk factors and adaptations to violence in 8.145 families**. New Brunswick: Transaction Publishing, 1990.
- _____; _____. Societal change and change in family violence from 1975 to 1985 as revealed in two national surveys. **Journal of Family Nursing**, v. 6, n. 4, 1986.
- STRAUS, M. A.; HAMBY, S. L.; BONEY-MCCOY, S.; SUGARMAN, D. B. The revised conflict tactics scales (CTS2): development and preliminary psychometric data. **Journal of Family Issues**, v. 17, p. 283-316, 1996.
- STRAUS, M. A.; MOURADIAN, V. E. **Preliminary psychometric data for the personal and relationships profile (PRP): a multi-scale tool for clinical screening and research on partner violence**. Paper presented at the American Society of Criminology, Toronto, Canada, 1999.
- STRAUS, M. A. et al. Prevalence of violence against dating partners by male and female university students worldwide. **Violence Against Women**, v. 10, p. 1-24, 2004.

Contato

Carla Alexandra
Departamento de Psicologia da Universidade do Minho
Campus Gualtar
4710-057
Braga – Portugal
e-mail: c@iep.uminho.pt
bbfi@iep.uminho.pt

Tramitação

Recebido em fevereiro de 2006
Aceito em agosto de 2006

Avaliando linguagem receptiva via teste de vocabulário por imagens *peabody*: versão tradicional *versus* computadorizada¹

Elizeu Coutinho de Macedo

Universidade Presbiteriana Mackenzie

Fernando César Capovilla

Universidade de São Paulo

Marcelo Duduchi

Centro Estadual de Educação Tecnológica Paula Souza

Maria Eloisa Famá D'Antino

Universidade Presbiteriana Mackenzie

Lyzandre dos Santos Firmo

Universidade Presbiteriana Mackenzie

Resumo: Instrumentos padronizados de avaliação da linguagem permitem detecção precoce de atraso de linguagem e intervenção precoce para prevenir fracasso escolar. Este estudo comparou o desempenho de pré-escolares nas versões tradicional e computadorizada do Teste de Vocabulário por Imagens Peabody, correlacionou as pontuações nessas versões e descreveu a evolução do vocabulário receptivo em função de idade e série escolar. Noventa crianças de 4 a 6 anos de idade do ensino infantil de uma escola particular da cidade de São Paulo foram avaliadas nas duas versões. Anovas Unifatoriais revelaram crescimento significativo da pontuação nas duas versões como função da idade. Houve também correlação positiva significativa entre as versões. Tais resultados sugerem a validade da versão computadorizada do Teste de Vocabulário por Imagens Peabody para detecção precoce de dificuldades de aprendizagem resultantes de vocabulário receptivo pobre.

Palavras-chave: linguagem; compreensão; teste Peabody; neuropsicologia.

EVALUANDO LENGUAJE RECEPTIVA VIA TEST DE VOCABULARIO POR IMAGENES PEABODY: VERSION TRADICIONAL *VERSUS* COMPUTADORIZADA²

Resumen: Instrumentos padronizados de evaluación de lenguaje permiten detección precoz de atraso de lenguaje e intervención precoz para prevenir fracaso escolar. Este estudio comparó el desempeño de pre-escolares en las versiones tradicional y computadorizada del Test de Vocabulario por Imágenes Peabody, correlacionó las puntuaciones en esas versiones y describió la evolución del vocabulario receptivo en función de edad y serie escolar. Noventa niños de 4 a 6 años de edad de la Enseñanza Infantil de una escuela particular de la ciudad de São Paulo fueron evaluados en las dos versiones. Anovas Unifactoriales revelaron crecimiento significativo de la puntuación en las dos versiones como función de la edad. Hubo también como correlación positiva significativa entre las versiones. Tales resultados sugieren la validez de la versión computadorizada del Test de Vocabulario por Imágenes Peabody para detección precoz de dificultades de aprendizaje resultantes de vocabulario receptivo pobre.

Palabras clave: lenguaje; comprensión; test Peabody; neuropsicologia.

EVALUATING RECEPTIVE LANGUAGE BY PEABODY PICTURE VOCABULARY TEST: COMPUTERIZED *VERSUS* TRADITIONAL VERSIONS

Abstract: Standardized language tests permit early detection of language delay, and early intervention aimed at preventing school failure. The present study compared preschooler's performance under two Peabody Picture Vocabulary Test versions (traditional *versus* computerized ones). It assessed the correlation between them and described the evolution of

¹ Apoio: MackPesquisa, CNPq, Capes.

² Apoio: MackPesquisa, CNPq, Capes.

receptive vocabulary as function of age and preschool level. Ninety preschoolers from 4 to 6 years of age of a private São Paulo city school were subjected to the two test versions. Unifatorial ANOVAs revealed significant increase of test scores as a function of age for both versions. In addition, a significant positive correlation was found between scores from both versions. Such results suggests that the computerized Peabody Picture Vocabulary Test may be valid for early detection of learning problems related to poor receptive vocabulary.

Keywords: language; comprehension; Token Test; Neuropsychology.

Introdução

A linguagem pode ser avaliada sob diversas habilidades (fonologia, sintaxe, semântica e pragmática) e essa observação do uso funcional que a criança faz da linguagem orientará o clínico no emprego de provas diagnósticas adicionais e, muitas vezes, ditará o tipo de testagem a ser feito (LEONARD, 1982).

Com a finalidade de testar habilidades da linguagem, foram desenvolvidos diversos testes e medidas formais. Dentre tais testes destacam-se o Teste Token for Children (DI SIMONI, 1978), que examina a capacidade da criança em seguir instruções faladas de comprimento e complexidade lingüística crescentes, e o Teste de Vocabulário por Imagens Peabody – Revised (DUNN; DUNN, 1981), que avalia as habilidades receptivas de compreensão de palavras.

A avaliação da linguagem poderá fornecer uma descrição de como a criança utiliza a linguagem, a história do caso, a comparação do desempenho da criança com o grupo controle, além de contribuir para um entendimento claro do problema de linguagem apresentado (LEZAK, 2004).

Nos últimos anos, versões computadorizadas de testes foram criadas com o intuito de avaliar a linguagem, abrangendo todo o seu desenvolvimento lexical, as habilidades de leitura, o nível de consciência fonológica, a prontidão e a maturidade para a leitura, a compreensão auditiva, os raciocínios categorial e seqüencial. Essas versões são de grande importância para a avaliação neuropsicológica e ampliam as fronteiras da psicometria, permitindo abarcar populações especiais como as de paralisados cerebrais, disléxicos, afásicos, surdos, portadores de distrofia muscular progressiva e esclerose múltipla, dentre outras (CAPOVILLA et al., 1997).

Dentre os testes psicométricos padrão, foram computadorizados por Capovilla, Capovilla, Macedo e Duduchi (2000) os seguintes: 1) Teste de Vocabulário por Imagens Peabody; 2) Teste de Maturidade para Leitura; 3) Teste de Prontidão para Leitura; 4) Reversal Test; 5) Teste Token para adultos e para crianças; 6) Test Boston para Diagnóstico Diferencial das Afasias; 7) Teste de Boston de Nomeação; 8) Subtestes de arranjo de figuras do WISC e o WISC III-R; 9) WAIS; 10) Escala de Maturidade Mental Colúmbia.

Essas versões computadorizadas usam voz digitalizada para administrar as instruções, aplicam critérios de término de testagem e calculam resultados finais automaticamente. Podem ser operadas pelos avaliados, diretamente, via telas sensíveis ao toque e por *mouse* e, indiretamente, por varredura automática e seleção via dispositivos sensíveis a sopro, gemido, movimentos e piscar. Introduzindo um atraso customizável no *input* da tela sensível ao toque, pode controlar erros de acionamentos produzidos por ataxias e,

também, ajustar parâmetros temporais de varredura para avaliar examinandos com maiores comprometimentos motores. Possibilitam avaliar capacidades de comprometimento motor, obter resultados em parâmetros comparáveis àqueles empregados na clínica e no sistema escolar regular, além de avaliar pessoas, até então, não testáveis devido a distúrbios motores e/ou da fala, possibilitando calibrar os procedimentos de ensino (CAPOVILLA; THIER; MACEDO, 2002).

Segundo Thiers, Capovilla, Charin, Duduchi e Macedo (2000), as versões computado-rizadas dos sistemas de avaliação permitem o acompanhamento psicopedagógico de crianças com severos distúrbios motores e de fala, ao considerar as necessidades espe-ciais e recursos potenciais de crianças que, até então, devido aos seus problemas de or-dem motora, não podiam ser adequadamente avaliadas por meio de testes psicométri-cos em suas formas tradicionais. A seguir, são descritos, de forma detalhada, os dois testes para avaliação de vocabulário receptivo usado no presente trabalho.

O Teste de Vocabulário por Imagens Peabody (TVIP) teve a sua versão original em in-glês (DUNN, 1959), foi revisado pelo mesmo autor em 1981 e adaptado a outras línguas, como o espanhol (DUNN et al., 1986). O objetivo do teste de vocabulário por imagens é avaliar a linguagem receptiva-auditiva de crianças a partir de 2 anos e 6 meses de idade até os 18 anos. O teste é composto de um caderno com 144 itens, com quatro figuras em cada página e o sujeito deve identificar a figura correspondente àquela indicada pelo orientador. Os itens são apresentados em ordem crescente de dificuldade, com concei-tos de palavras concretas e de palavras abstratas intercaladas. A tarefa do sujeito con-siste simplesmente em selecionar, dentre as quatro alternativas, a figura que melhor representa a palavra falada pelo examinador. O teste demanda de 10 a 15 minutos admi-nistrados individualmente e é pouco recomendado para crianças com perda auditiva ou visual acentuada.

O teste é indicado para avaliar o vocabulário receptivo em pré-escolares, bem como em crianças ou adultos que não lêem, não escrevem e mesmo nos que não falam. Segun-do Capovilla et al. (1997), o teste pode, também, ser empregado como prova de apro-veitamento escolar ou de inteligência verbal, sendo ideal em estudos longitudinais para avaliar o efeito de diversas variáveis sobre o desenvolvimento do vocabulário durante períodos extensos de tempo.

Capovilla et al. (1997) avaliaram o desempenho de 687 crianças de pré 3 a 8ª série (6-14 anos) em uma escola pública do Rio de Janeiro. Foram conduzidas aplicações coletivas em sala de aula, objetivando adaptar o teste ao contexto escolar e derivar normas para aplicação coletiva. Análises estatísticas indicaram sensibilidade do teste em discriminar entre níveis sucessivos de idade e de escolaridade.

Capovilla et al. (1997) examinaram a validade concorrente do TVIP, comparando a pontuação simples com o desempenho escolar em sala de aula; para as crianças de 2ª a 8ª série foram avaliados os boletins de língua portuguesa e para as de pré 3 e 1ª série foram examinadas as fichas de avaliação da professora cobrindo escrita, leitura, fala e desempenho geral. No pré 3, foram obtidas correlações positivas com fluência da fala e desempenhos total e médio na aula. Assim, aquele estudo validou o TVIP, por compara-ção com o desempenho escolar de leitura, escrita, comunicação oral e língua portuguesa.

Capovilla, Thiers e Macedo (2002) conduziram o primeiro estudo com pré-escolares brasileiros de uma escola particular usando a versão computadorizada do TVIP e correlacionando com o desempenho nos seguintes testes: Escala de Maturidade Mental Colúmbia, Teste de Figuras Invertidas, Teste de Maturidade para Leitura, Teste de Prontidão de Leitura e o Teste Token. Os resultados revelaram que os testes computadorizados discriminaram entre as sucessivas séries pré-escolares da mesma forma que as versões tradicionais, em uma população de pré-escolares com desenvolvimento normal. Além disso, os autores encontraram correlações altas entre as versões tradicional e computadorizada. No entanto, não foram derivadas fórmulas de correspondência de pontuação entre as duas versões.

A presente pesquisa tem por finalidade avaliar a linguagem receptiva em crianças pré-escolares por meio do TVIP computadorizado, comparar as pontuações dos pré-escolares nas versões tradicional e computadorizada do teste, e derivar fórmulas para estimar a pontuação na versão tradicional a partir da aplicação da computadorizada.

Método

Participantes

Foram avaliadas 90 crianças das três séries do ensino infantil de uma escola particular do município de São Paulo com idade variando de 4 a 6 anos. A amostra foi composta de: 30 crianças do infantil I (15 meninos e 15 meninas) com idade média de 4 anos; 30 do infantil II (17 meninos e 13 meninas) com idade média de 5 anos e 30 do infantil III (18 meninos e 12 meninas) com idade média de 6 anos.

Material

Foi usada a versão tradicional e computadorizada do TVIP (MACEDO; CAPOVILLA; CHARIN; DUDUCHI, 1998). A versão computadorizada do TVIP foi produzida a partir da adaptação hispano-americana desenvolvida por Dunn et al. (1986). Esta versão apresenta na tela do computador quatro figuras dispostas da mesma forma que na versão tradicional. As mensagens solicitando que a criança escolha uma das figuras são emitidas a partir de arquivos de sons digitalizados e salvos no formato WAV. Além disso, o programa pode ser modificado para ser usado com periférico de *input* que registre a resposta de examinandos com diversas e severas deficiências motoras. Entre tais periféricos destacam-se: tela sensível ao toque e *mouse* comum dotado de pequena alavanca adaptada a um de seus botões ou acionamento ocular (BAPTISTA et al., 2006).

Essa versão computadorizada possui um módulo de varredura que ilumina seqüencialmente cada uma das figuras da tela, o que permite avaliar a linguagem receptiva de pessoas com severos impedimentos motores e incapacitadas de apontar ou manipular objetos. Outra vantagem da versão computadorizada do teste em relação à versão tradicional é a de registrar todas as respostas do avaliando, bem como o tempo consumido em responder. Além disso, essa versão pode ser configurada rapidamente para apresentar os comandos verbais, escritos ou, ainda, em diferentes línguas.

A versão computadorizada foi aplicada por meio de computadores ligados em rede, equipados com Windows XP e monitores de 17 polegadas. Todos os computadores dispunham de acesso à internet e recursos de multimídia. Cada criança tinha a sua disposição fone de ouvido, de modo que só ela ouvia a mensagem solicitada, não ouvindo as mensagens das demais crianças.

Procedimento

Foi encaminhado o termo de consentimento livre e esclarecido aos pais que seriam avaliadas apenas as crianças devidamente autorizadas. Foram realizadas duas sessões de aplicação, separadas por uma semana. Na primeira avaliação, a primeira metade das crianças foi submetida à versão tradicional, e a segunda metade, à versão computadorizada. Na segunda avaliação, uma semana depois, a primeira metade foi submetida à versão computadorizada, e a segunda metade, à tradicional.

As avaliações com a versão tradicional foram feitas individualmente em uma sala de aula disponível. Todas as avaliações foram conduzidas pelo mesmo avaliador. Nessa avaliação, o avaliador cuidou para manter constantes, durante as instruções, a intensidade, o timbre, o sotaque e a entonação da voz. A versão computadorizada foi aplicada coletivamente no laboratório de informática do ensino fundamental. Esse laboratório dispunha de 50 computadores, e as crianças sentavam-se lado a lado, mas sem qualquer possibilidade de inspecionar o que a vizinha estava fazendo. As instruções foram dadas coletivamente. Depois das instruções, as professoras colocavam os fones de ouvido em cada uma das crianças, dando início à avaliação. Caso a criança necessitasse de alguma ajuda, ela levantava o braço até que uma das professoras pudesse atendê-la.

Ao término do teste, era disponibilizado o acesso a jogos computadorizados da própria escola a fim de que aquelas que terminassem antes não interferissem no desempenho das demais. Quando todas as crianças terminavam, o examinador salvava os arquivos com os resultados e os transferia para disquetes para proceder às análises.

Resultados

Foram conduzidas análises de variância a fim de comparar o desempenho nas versões tradicional e computadorizada. Análise dos resultados, a partir do Teste t de medidas pareadas, revelou que, em média, as crianças acertaram 13 itens a mais na versão tradicional do que na computadorizada ($t = 11,331$; $p = 0,000$) e que levaram em média 6 minutos a menos na versão computadorizada ($t = 4,926$; $p = 0,000$).

Análise de variância (ANOVA) do efeito da idade sobre o escore no teste TVIP indicou efeito significativo para a versão tradicional ($F_{[2,89]} = 24,878$; $p = 0,000$) e computadorizada ($F_{[2,89]} = 11,890$; $p = 0,000$). Análises de comparação por pares Fisher LSD revelaram que crianças de 6 anos acertaram mais do que as demais nas duas versões, e as de 5 anos acertaram mais do que as de 4 anos na versão tradicional. A Figura 1 ilustra o efeito da idade sobre a pontuação obtida nas versões tradicional e computadorizada.

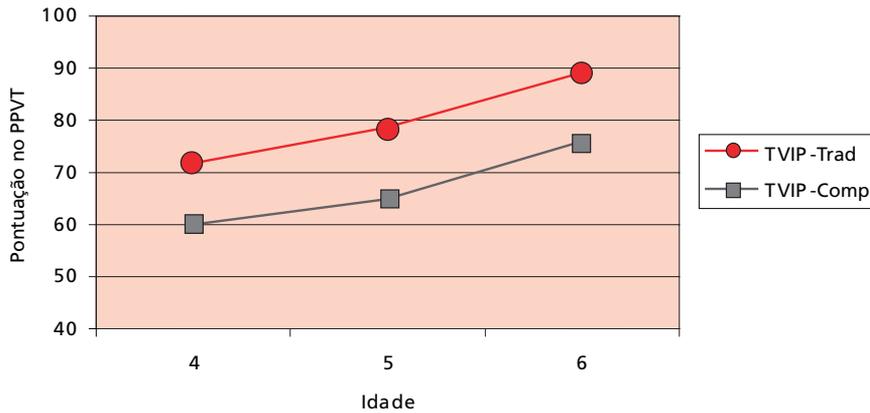


Figura 1. Escore obtido no TVIP na versão tradicional (TVIP-Trad) e computadorizada (TVIP-Comp) em função da idade.

Embora tenha sido observada discrepância na pontuação entre as duas versões, a análise de regressão do escore na versão tradicional em relação à versão computadorizada revelou correlação positiva ($r = 0,646$; $r^2 = 0,418$) significativa entre os desempenhos nas duas versões ($F_{[1,89]} = 63,187$; $p = 0,000$). A Figura 2 representa o correlograma, com reta de regressão e intervalo de confiança, entre os desempenhos nas versões tradicional e computadorizada do TVIP.

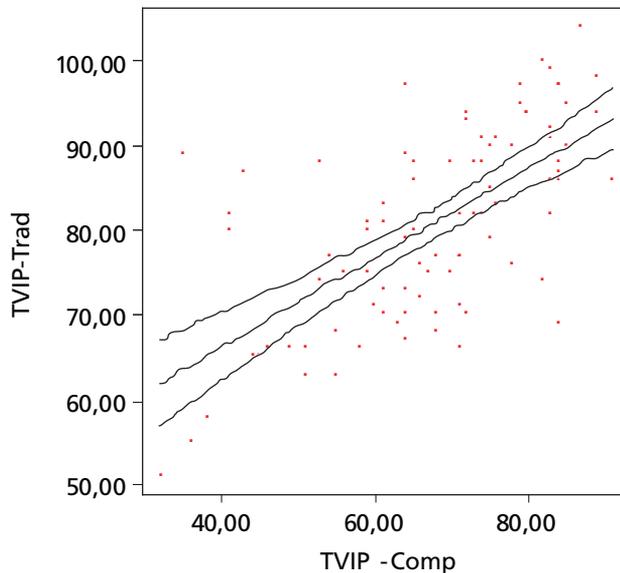


Figura 2. Correlograma, com reta de regressão e intervalo de confiança, entre o escore obtido no TVIP versão computadorizada (TVIP-Comp) e na tradicional (TVIP-Trad).

A equação de regressão que permite estimar o valor da pontuação na versão tradicional a partir da computadorizada pode ser assim descrita: $TVIP_Trad = 45,202 + 0,524 * TVIP_Comp$, em que: TVIP_Trad é o valor do escore estimado na versão tradicional e TVIP_Comp é o valor do escore obtido na versão computadorizada. Desta forma, uma criança que acertasse 50 itens na versão computadorizada poderia ser comparada com uma que acertasse 69 itens ($45,202 + 0,524 * 50$) na versão tradicional.

Análise de variância (ANOVA) do efeito da idade sobre o tempo para realização do teste TVIP revelou efeito significativo para a versão tradicional ($F_{[2,89]} = 4,868$; $p = 0,010$), mas não a computadorizada. Análises de comparação por pares Fisher LSD mostraram que crianças com 6 anos foram mais rápidas do que as com 4 anos, e não houve diferença entre as crianças com 5 anos e as demais. A Figura 3 ilustra o efeito da idade sobre o tempo para a realização do TVIP nas versões tradicional e computadorizada.

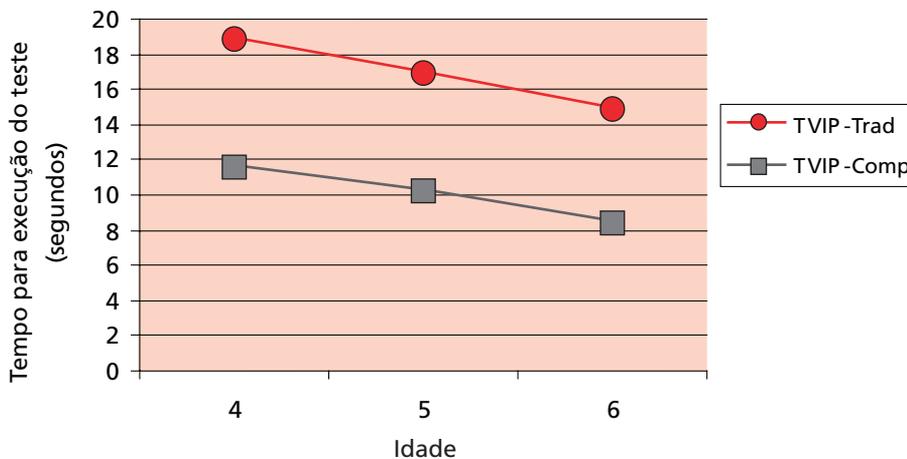


Figura 3. Tempo médio em segundos para a realização do Teste de Vocabulário por Imagens Peabody nas versões tradicional (TVIP-Trad) e computadorizada (TVIP-Comp) em função da idade.

Análise de variância a partir do Teste t para medidas independentes não revelou efeito de sexo para tempo e pontuação dos testes TVIP nas versões tradicional e computadorizada. Não foi observado efeito da ordem de aplicação dos testes sobre o tempo de execução ou dos escores obtidos nas duas versões. Assim, a realização da primeira avaliação não influenciou o desempenho da segunda avaliação.

Análise de frequência de acertos na versão computadorizada indica alta similaridade com as da versão tradicional. Os itens mais difíceis foram: ler, canguru, elipse, fragmento, ascender, jubilosa e perpendicular.

Discussão

Não foram encontradas diferenças significativas entre meninos e meninas para nenhuma das duas versões. Embora as meninas acertassem mais do que os meninos, não

foram observadas diferenças significativas. Vários estudos vêm tentando distinguir as performances entre os gêneros, incluindo as habilidades lingüísticas. Hedges e Nowel (1995), por exemplo, analisaram seis diferentes estudos conduzidos nos Estados Unidos ao longo dos últimos 34 anos. Os autores constataram que, apesar de as mulheres terem mantido respostas mais consistentes do que os homens ao longo dos anos, a diferença entre a maioria das habilidades testadas não foi significativa. Exceções foram observadas nas provas de compreensão escrita, velocidade perceptual e memória associativa. Nessas foi constatado melhor desempenho das mulheres. No entanto, Kimura e Harshman (1984) relatam que as mulheres tendem a se sair melhor do que os homens em provas que avaliaram a velocidade perceptual, fluência verbal, coordenação motora e aritmética mental. É possível que a ausência de efeito de sexo nos testes esteja relacionada com o fato de terem sido avaliados apenas o vocabulário receptivo e a compreensão verbal. Assim sendo, a aplicação de outras provas poderia ter produzido maior poder discriminativo entre os sexos.

A pontuação na versão informatizada foi inferior à obtida na versão tradicional. Tais resultados estão de acordo com aquele encontrado em outros estudos comparativos entre versões tradicionais e computadorizadas. Macedo et al. (no prelo) indicam que essas discrepâncias podem ser explicadas por fatores como: 1) a complexidade da resposta, que é maior na versão computadorizada; 2) a qualidade acústica das instruções, que é menor na versão computadorizada; 3) a restrição à modalidade auditiva para acesso às instruções, com ausência de acesso à leitura orofacial na versão computadorizada; 4) a proximidade do avaliador, que é menor na versão computadorizada; 5) a ausência de pistas indiretas sugestivas de desempenho oferecidas pelo avaliador, que ocorre na versão computadorizada.

Além disso, como apontam Baptista, Mercadante, Macedo e Schwartzman (2006), como as versões computadorizadas requerem do avaliando o manejo de dispositivos de acionamento como *mouses* para poder responder, essas versões acabam demandando funções práticas mais complexas que o simples apontar. Embora a qualidade de digitalização da voz tenha melhorado de forma marcante nos últimos anos, possibilitando a criação de arquivos com grande definição e alta taxa de compressão, essa qualidade ainda é inferior à da voz humana ao vivo. Além disso, como a mensagem digitalizada é apresentada automaticamente, o avaliando pode não prestar atenção ao início da mensagem, o que resulta na perda de informação. Nesses casos, a criança terá de usar processos inferenciais mais sofisticados para tentar reconstruir o significado de uma mensagem que foi parcialmente processada, ou seja, processamento do tipo *top-down* como proposto pelo modelo interativo (EYSENCK; KEANE, 1994). A condução de novos estudos em que a criança possa solicitar a repetição da apresentação da mensagem ouvida pode lançar luz sobre as dificuldades encontradas no processamento de informações apresentadas pelo computador.

Além da qualidade do som, as mensagens gravadas apresentadas ao computador privam o avaliando de acesso a informações contextuais, como aquelas advindas da leitura orofacial. Nesse caso, o desempenho poderia ser melhor se, em vez da exibição de uma mensagem gravada, fosse disponibilizado um vídeo em que aparecesse a imagem

do instrutor. A elevada importância da leitura orofacial foi demonstrada por McGurk e MacDonald (1976). Esses autores prepararam um vídeo de alguém repetindo “ba” várias vezes, mas mudaram o canal do som de tal maneira que havia uma voz dizendo “ga” repetidamente em sincronia com o movimento dos lábios. Diante dessa discrepância entre *input* visual e auditivo, os avaliandos relataram ouvir “da” em vez de “ga” ou “ba”, o que representa quase que literalmente uma fusão da informação visual e auditiva. Esse estudo mostra o caráter interativo das várias informações visuais e auditivas na percepção da fala.

Quando a apresentação das instruções e a coleta das respostas são feitas pelo computador e não pelo avaliador, obtém-se uma maior padronização das condições de aplicação, o que contribui para a maior estabilidade dos achados. Além disso, obtém-se, também, a possibilidade de aferição automática dos resultados, o que contribui substancialmente para reduzir os custos. Ainda assim, esse modo computadorizado de avaliação acaba impondo uma maior distância entre o avaliando e o avaliador, o que possibilita dar um tom mais impessoal e eventualmente frio ao processo de avaliação. Isso pode reduzir o envolvimento de ego na tarefa por parte do avaliando (CAPOVILLA et al., 1996). Além disso, esse maior distanciamento pode inibir a iniciativa da criança de fazer perguntas para aumentar sua compreensão da tarefa. Por fim, essa relativa impessoalidade pode prejudicar diferencialmente crianças para quem a relação pessoal é mais importante.

Embora o desempenho nas versões computadorizadas tenha sido inferior ao da tradicional, foram observadas correlações positivas entre as duas formas de aplicação. Assim, crianças com bom desempenho na versão tradicional estão inclinadas a repetir o mesmo resultado na versão computadorizada. Além disso, a versão computadorizada demandou menos tempo de aplicação, tabulação de dados e aferição de resultados. Como descrito acima, a inclusão da possibilidade de repetição da mensagem emitida pode fazer com que o desempenho na versão computadorizada seja ainda mais parecido com o da versão tradicional.

Referências

BAPTISTA, P. M.; MERCADANTE, M. T.; MACEDO, E. C.; SCHWARTZMAN, J. S. Cognitive performance in Rett syndrome girls: a pilot study using eyetracking technology. **Journal of Intellectual Disability Research**, v. 50, p. 662-666, 2006.

CAPOVILLA, F. C.; CAPOVILLA, A. G. S.; MACEDO, E. C.; COSTA, C. E.; DUDUCHI, M. Manipulação de envolvimento de ego via para-instruções experimentais: efeitos sobre estados de ânimo e desempenho educativo em resolução de problemas. **Psicologia USP**, n. 7 (1,2), p. 143-182, 1996.

CAPOVILLA, F. C.; CAPOVILLA, A. G. S.; MACEDO, E. C.; DUDUCHI, M. Avaliação psicométrica-neuropsicológica e o uso de próteses sensorio-motoras e cognitivas para reabilitação em surdez congênita, paralisia cerebral, dislexia, afasia e esclerose lateral amiotrófica. In: GONÇALVES, M. J.; MACEDO, E. C.; SENNYEY, A. L.; CAPOVILLA, F. C. (Orgs.). **Tecnologia em (re)habilitação cognitiva 2000: a dinâmica clínica, teoria e pesquisa**. São Paulo: Edunisc, 2000. p. 127-140.

- CAPOVILLA, F. C., MACEDO E. C., CAPOVILLA, A. G., THIERS, V. O., DUDUCHI, M. Versões computadorizadas de testes psicométricos tradicionais: estendendo as fronteiras da psicometria para abarcar populações especiais. **Boletim de Psicologia**, n. 47 (106), p. 1-19, 1997.
- CAPOVILLA, F. C., THIERS, V. O., MACEDO, E. C. Avaliação cognitiva de crianças com severos distúrbios motores: versões computadorizadas normatizadas e validadas de testes de vocabulário, compreensão auditiva, leitura e inteligência geral. In: CAPOVILLA, F. C. (Org.). **Neuropsicologia e aprendizagem: uma abordagem multidisciplinar**. 2. ed. São Paulo: Memnon, 2002. p. 205-218.
- DI SIMONI, F. **The Token test for children**. Boston: Teaching Resources Corporation, 1978.
- DUNN, L. M. **Peabody picture vocabulary test**. Circle Pines: American Guidance Service, 1959.
- DUNN, L. M.; DUNN, L. M. **Peabody picture vocabulary test: revised**. Circle Pines: American Guidance Service, 1981.
- DUNN, L. M.; PADILLA, E. R.; LUGO, D. E.; DUNN, L. M. **Manual del examinador para el Test de Vocabulário en Imágenes Peabody**. Circle Pines: American Guidance Service, 1986.
- EYSENCK, M. W.; KEANE, M. T. **Psicologia cognitiva: um manual introdutório**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.
- HEDGES, L. V.; NOWEL, A. Sex differences in mental test scores, variability, and number of high-scoring individuals. **Science**, n. 269, p. 41-45, 1995.
- KIMURA, D.; HARSHMAN, R. A. Sex differences in brain organization for verbal and non-verbal functions. **Brain Research**, v. 61, p. 423-441, 1984.
- LEONARD, L. B. Early language development and language disorders. In: SHAMES, G. H.; WIIG, E. H. (Eds.). **Human communication disorders: an introduction**. Columbus: Charles E. Merrill, 1982.
- LEZAK, M. D. **Neuropsychological assessment**. 4. ed. New York: Oxford University Press, 2004.
- MACEDO, E. C.; CAPOVILLA, F. C.; CHARIN, S.; DUDUCHI, M. Versões computadorizadas de testes neuropsicológicos: Teste Boston para Diagnóstico Diferencial das Afásias (Boston-COMP), Teste Boston de Nomeação (TBN-Comp) e Teste Token para Crianças (Token-Comp), p. 92-99. In: CAPOVILLA, F. C.; M. J. GONÇALVE, M. J., MACEDO, E. C. (Orgs.). **Tecnologia em (re)habilitação cognitiva: uma perspectiva multidisciplinar**. São Paulo: Edunisc, 1998.
- MACEDO, E. C.; DUDUCHI, M.; CAPOVILLA, F. C.; FERREIRA, M. J. L.; D'ANTINO, M. E. F.; FIRMO, L. S. Avaliando linguagem receptiva via Teste Token: versão tradicional *versus* computadorizada. **Revista Brasileira de Avaliação Psicológica**. No prelo.
- MCGURK, H.; MCDONALD, J. Hearing lips and seeing voices. **Nature**, n. 264, p. 746-748, 1976.
- THIERS, V. O.; CAPOVILLA, F. C.; CHARIN, S.; DUDUCHI, M.; MACEDO, E. C. O uso do computador na avaliação de candidatos a comunicação alternativa. In: GONÇALVE, M. J.; MACEDO, E. C.; SENNYEY, A. L.; CAPOVILLA, F. C. (Orgs.). **Tecnologia em (re)**

habilitação cognitiva 2000: a dinâmica clínica – teoria – pesquisa. São Paulo:
Edunisc 2000, p. 157-162.

Contato

Elizeu Coutinho de Macedo

Rua da Consolação, 896, Prédio Amantino Vassão, sala 62 – Consolação

São Paulo – SP

CEP 01302-907

e-mail: elizeumacedo@uol.com.br

Tramitação

Recebido em junho de 2006

Aceito em setembro de 2006

A study of values as cross-cultural competencies: a potential source of self-esteem?

Chitra Raghavan
City University of New York

Abstract: The goal of this study was to examine how individuals evaluate themselves and their ingroup on a series of values that vary in cultural importance across Asian American and North American cultural groups. Specifically, we examined cross-cultural differences in mean levels of culturally-based competencies, and explored whether there are also cross-cultural differences in which facets of these competencies are associated with positive affect. Participants were 85 Asian American (AA) and 83 European American (EA) college students. Group competency evaluation was more pertinent to AA than EA, whereas independent competency evaluation was more pertinent to EA than AA, both in terms of mean competency levels and the prediction of positive affect. Implications for counselors are discussed.

Keywords: self-esteem; cultural competencies, positive affect.

UM ESTUDO DE VALORES COMO COMPETÊNCIAS INTERCULTURAIS: UMA FONTE POTENCIAL DE AUTO-ESTIMA?

Resumo: O objetivo deste estudo foi examinar como indivíduos avaliam a si mesmos e as *ingroup* em uma série de valores que variavam em importância cultural entre grupos de asiáticas-americanas e europeias-americanas. Especificamente foram examinadas diferenças interculturais nos níveis médios de competências baseadas culturalmente, e explorou-se também se haviam diferenças interculturais nas quais facetas destas competências estavam associadas a afetos positivos. Participaram do estudo 85 estudantes universitárias asiáticas-americanas (AA) e 83 europeias-americanas (EA). A avaliação de competência grupal foi mais pertinente ao grupo de AA do que ao grupo EA, ao passo que a avaliação de competência independente foi mais pertinente ao grupo de EA do que ao AA. Isto ocorreu tanto em nível de competência média como na predição de afetos positivos. Implicações para conselheiros são discutidas.

Palavras-chave: auto-estima, competência cultural, afeto positivo.

UN ESTUDIO DE VALORES COMO COMPETENCIAS INTERCULTURALES: ¿UNA FUENTE POTENCIAL DE AUTOESTIMA?

Resumen: El objetivo de este estudio fue examinar como individuos evalúan a sí mismos y sus *ingroup* en una serie de valores que variaban en importancia cultural entre grupos de asiáticas-americanas y europeas-americanas. Especificamente nosotros examinamos diferencias interculturales en los niveles medios de competencias basados culturalmente y se exploraron también si habían diferencias interculturales en las cuales facetas de estas competencias estaban asociadas a afectos positivos. Participaron del estudio 85 estudiantes universitarias asiáticas-americanas (AA) y 83 europeas-americanas (EA). La evaluación de competencia grupal fue más pertinente al grupo de AA que al grupo EA, al mismo tiempo que la evaluación de competencia independiente fue más pertinente al grupo de EA que al grupo de AA. Esto ocurrió tanto al nivel de competencia media como en la predicción de afectos positivos. Son discutidas implicaciones para consejeros.

Palabras clave: autoestima, competencia cultural, afecto positivo

Introduction

The concept of self-esteem, self-worth, self-regard and related concepts has received considerable attention in the last few decades. Nevertheless, theorists are divided on not

only the definition of self-esteem, but also over processes can constitute self-esteem and its benefits or lack thereof. Certain theorists take the position that self-esteem refers to an individual's global evaluation of their worth (HEINE; LEHMAN; MARKUS; KITAYAMA, 1999; ROSENBERG, 1965). Others argue that self-esteem is domain specific and is acquired by evaluations of different areas of the self (e.g., FLEMING; COURTNEY, 1984; PELHAM, 1995). Yet others address the controversial issue of whether self-esteem is Western-centric or if it can be redefined to be culturally relevant (e.g., CROCKER; LUHTANEN; BLAINE; BROADNAX, 1994; HEINE et al., 1999).

Solomon, Greenberg, and Pyszczynski (1991) were among the first modern theorists to reiterate that self-esteem is derived from fulfilling culturally prescribed tasks and norms that reflect desirable cultural competencies (MARKUS; KITAYAMA, 1991). This view suggests that self-esteem can be universally meaningful, but only if the specific goals and tasks are appropriately defined in cultural reality. In this context, several studies have highlighted the relevance of social group membership when examining self-esteem and related concepts (CROCKER et al., 1994; LUHTANEN; CROCKER, 1992; SINGELIS, 1994; TRIANDIS, 1989). Specifically, whereas the independent or individual self is organized with a primary focus on the individual, the interdependent or collective self stresses the self-in-relationship-to-others (MARKUS; KITAYAMA, 1991, p. 224) which may consist of relationships with important ingroups defined by kinship, race, and religion (TRIANDIS, 1989; 1995). This view of self-esteem suggests that for certain groups, what we evaluate and ultimately how we derive our positive self-regard is intimately linked with the content, structure, and psychological function of the shared view of the self (MARKUS; KITAYAMA, 1991; TRIANDIS, 1989). In this vein, Higgins (1996) echoing James (1890) advances the view that the same individual can have high, low, and moderate levels of *different kinds* of esteem depending on which selves and which reference points are important (p. 1.074).

Issues pertinent to multiple selves and esteem have been widely explored in East Asian and Asian American populations with differing interpretations. One body of research has found that Asian Americans (AA) consistently report lower levels of global self-esteem than do European Americans (EA) (CROCKER et al., 1994; FEATHER; MCKEE, 1996). Earlier explanations for these levels of esteem focused on Asian Americans reporting actual low esteem as a result of stigmatization and immigrant stress. More recent explanations (e.g., LUHTANEN; CROCKER, 1992) have highlighted the importance of measuring esteem that is derived from the collective (TRIANDIS, 1989) or interdependent self (MARKUS; KITAYAMA, 1991) that is suggested to be equally if not more salient for certain minority groups. For example, Crocker and Luhtanen (1992) argued that for certain groups of people, individuals may strive to not only maintain a positive self-regard but also a positive group identity and that such groups would report high levels of collective identity. Accordingly, they measured four types of collective esteem pertinent to group membership across African-American, Asian, and White students. However, contrary to their prediction, their results indicated that Whites reported higher total collective self-esteem scores than either of the two minority groups. The authors suggested that these results may be related to the fact that participants were not asked to specifically identify ethnic

groups and may have used other reference groups such as gender or religious affiliation when completing the measure. Recently, Ahlering (2003) using the same measure as Crocker and colleagues reported that although Asian and Latino groups showed higher scores on a particular collective subscale (the Identity subscale) than did the White and African-American groups, they did not report higher overall collective esteem. Thus, the results pertinent to global collective self-esteem are inconclusive.

Heine et al. (1999) took a different approach altogether to explain the lower self-esteem scores in Asians and Asian Americans compared to North Americans. The authors argue that self-esteem is most likely applicable only to North American populations and is not universal. To support their argument, they suggest that self-esteem is best defined as a global positive self-view of the individual self. Furthermore, in cultures where the interdependent self is more relevant than the independent self, there is limited need for the self-affirming positive self. Instead, the affirmation of the interdependent self is maintained by a critical view of the self which is used to constantly monitor and adjust the self to maintain relational harmony. Although the idea proposed by Heine et al. (1999) is intriguing, and a radical departure from previous explanations, research indicates that both self-esteem and collective esteem predict Asian and Asian American well-being suggesting that both types of esteem are implicated in these cultural groups' well-being. For example, Kwan, Bond, and Singelis (1997) reported that both relationship harmony and traditional self-esteem were important in predicting life satisfaction in a Hong Kong sample (KWAN; BOND; SINGELIS, 1997), a finding similarly reported by Benet-Martinez and Karakitapoglu-Aygun (2003) in an Asian American sample.

The most convincing evidence that Asians do self-enhance (view themselves positively) comes from a series of studies conducted by Sedikides, Gaertner, and Toguchi (2003). The authors demonstrated that both Japanese and American students self-enhanced when the focus of enhancement was congruent to their self-construals. Because self-enhancement is an intrinsic part of the esteeming process, these authors concluded that self-esteem remains universally important but that in collectivist cultures is acquired by excelling in group-centered rather than self-centered behaviors. Similar results on self-enhancement have been reported by researchers working with Asian groups (e.g., YIK; BOND; PAULHUS, 1998). Tsai, Ying, and Lee (2001) suggest that Asian versus Western social contexts may influence whether self-enhancement or self-effacement is triggered in Asian Americans. Finally, Bae and Brekke (2003) suggest that some of the reported differences between Asian Americans and North Americans may arise from item response bias rather than self-effacement; the authors found that Korean Americans compared to Caucasian, African American, and Latino schizophrenic patients reported significantly lower self-esteem scores on positively but not negatively worded items.

In sum, multiple viewpoints have been offered to explain the definition and utility of self-esteem across cultures, with some theorists favoring the idea that self-esteem is multifaceted and linked to multiple selves and domains and others defining self-esteem narrowly and rejecting its utility in collectivist cultures. Support for the unique importance of collective esteem remains equivocal; however evidence for the need for a positive self enhanced view of culturally valid competencies is compelling. These results suggest that

self-regard, self-worth, or self-esteem among the many numerous terms used to describe related concepts should be applied to different competencies and values across different cultures in order to enrich our understanding. Accordingly, the goal of the present study was to explore ways in which individuals from two different cultural backgrounds differ across culturally specific values when evaluating themselves and an important ingroup (SEDIKIDES et al., 2003). We adopt the view that self-worth can be measured by the degree to which individuals believe that they or an important ingroup(s) possesses culturally valued traits and thus desirable attributes or competencies (e.g., SOLOMON et al., 1991; SEDIKIDES et al., 2003). We focus on interdependent and independent domains as current research supports the distinctions between these domains and suggest that they are valued differently across cultures. Interdependent values promote harmonious relationships by adjusting oneself within such relationships and by discouraging competition among group members; examples of such values are politeness and devotion (SCHWARTZ, 1994; TRIANDIS, 1995). In contrast, independent competencies are those that promote the independent self and are competitive in nature (SCHWARTZ, 1994; TRIANDIS, 1995). The affirmation of such competencies, whether independent or interdependent, contributes to positive self-enhancement, self-worth or self-esteem. For example, in some cultures, politeness is a great competency (GEGEO; GEGEO, 1990) whereas in North America self-directed achievement is valued over smooth social interactions. Thus, in the first culture, "I am a polite person" would affirm one is worthy whereas 'I am a go-getter' would better indicate self-esteem in the latter.

Our overarching goal was to begin exploring whether the positive endorsement of culturally-specific values may in fact be another form of positive self-regard, and thus function in ways similar to esteem. We were particularly interested in the evaluation of specific values tied to identified ingroups because much of the cross-cultural esteem research has focused on global evaluations of assumed ethnic ingroups. In addition, we were interested in how evaluation of values tied to both the self and ingroup would compare to more traditional global notions of self-esteem in the prediction of positive affect across different cultural groups. According to this formulation, the evaluation of the self and the ingroup on independent and interdependent competencies results in four types of evaluation: (a) self-independent (self rates self on independent competencies); (b) self-interdependent (self rates self on interdependent competencies); (c) self-group independent (self rates group on independent competencies); and (d) self-group interdependent (self rates group on interdependent competencies).

Accordingly, the first goal of this research was to replicate self-enhancement processes in AA and EA when evaluating culturally-relevant competencies. We predicted that cultural groups would have the highest levels of competency evaluation (*i.e.*, would enhance) on those facets that most closely match their orientation. Thus, we predicted that compared to AA, EA would evaluate themselves higher on independent competencies. We next predicted that AA would self-enhance on not only interdependent competencies, but that this tendency would be most pronounced when they rated their ingroup, specifically, self-group interdependent. We also expected that EA would report higher scores than AA on traditional global measures of esteem and collective esteem

as has been typically found. In contrast, similar to past research, AA would not self-enhance when asked to evaluate their ingroup globally. In sum, our first goal was to examine whether cross-cultural differences in competency evaluation are moderated by the target (*i.e.*, whether the self or the ingroup is being considered) and/or by the type of competency (*i.e.*, whether independent or interdependent attributes are being considered).

The second goal of the research was to examine whether cultural group membership would moderate the relation between competency evaluation and positive affect. Research indicates that higher levels of global esteem tend to be associated with higher positive affect (*e.g.*, CHENG; FURNHAM, 2003; WOOD; HEIMPEL; MICHELA, 2003). Accordingly, we predicted that the association between positive affect and self-independent competency evaluations would be stronger among EA than among AA, whereas the association between positive affect and self-group interdependent competency evaluations would be stronger among AA than among EA. Finally, we explored the contribution of competency evaluation in predicting positive affect once global esteem had been accounted for.

Method

Participants

Participants were 85 AA (53% women) and 83 EA (59% women) who received participation credit in a psychology course. The four largest ethnic groups in the AA sample were Indian (24.7%), Korean (22.4%), Filipino (21.2%), and Chinese (17.6%). Seven Asian participants (8.2%) did not identify specific ethnicities. About half the EA sample identified mixed European ethnicity (49.4%). The four largest ethnic groups (ranging from 6 to 8.4%) were Irish, Greek, Polish, and German with individual participants endorsing a wide variety of other ethnicities. Seven EA participants (8.4%) did not identify specific ethnicities.

Comparisons of the four largest ethnic groups within the AA sample revealed non-significant differences in their mean levels of esteem, positive affect and years in the U.S. Consequently, the analyses described below were performed using the two main cultural group members (AA, EA). The two groups ranged in age from 16 to 28 years ($M = 18.9$, $SD = 1.5$) and did not differ significantly in age or gender. AA participants were asked to complete several items pertaining to their cultural identity. Fifty percent of the AA group had moved to the U.S. at or before age 12. About one third (38.8%) reported English being their second language, 41.2% reported that it was their first language, and 20% did not answer this question. AA were asked to rate themselves on what they felt their primary values to be (1 = Highly Asian to 5 = Highly Western). AA indicated that the average value fell between mostly Asian and equally Western and Asian ($M = 2.9$, $SD = .9$). In sum, the AA population indicated a moderate level of acculturation to US culture with the majority indicating comfort with both Asian and US cultures. Participants were informed that the researchers were interested in exploring general identity, esteem, and positive affect.

Procedure and Measures

Participants completed several questionnaires that obtained demographic information, acculturation (if participant was AA), mood, two established measures of esteem and a new measure of competency evaluation.

Participant Ingroup and Individualism-Collectivism

Participants were first requested to identify an ingroup that “You identify with the most” and that is “most important to you.” Asian American participants were significantly more likely to identify groups defined by ethnic and mixed-ethnic religious background as their primary ingroup, whereas European American participants identified groups related to interests and activities as their primary ingroup, $\chi^2(2, n_{AA} = 79, n_{EA} = 79) = 16.7, p < .001$. Sample EA groups include “my sports group” whereas sample AA groups included “my Korean American friends.”

Participants completed an abbreviated measure that assessed individualism and collectivism (TRIANDIS; GELFAND, 1998; TRIANDIS, personal communication, 1996). Participants were presented with 16 scenarios each with 4 responses of which 2 were individualist and 2 collectivist. Participants ranked the top two responses for each scenario and responses were summed to create an overall individualism and collectivism score. No differences were observed between the two groups on either individualistic (AA: $M = 12.9, SD = 2.5$, EA: $M = 12.8, SD = 2.5$) or collectivistic responses (AA: $M = 1.8, SD = 2.4$, EA: $M = 1.7, SD = 2.5$).

Competency evaluation

Participants were first asked to indicate how important various competencies were to them (1 = not all to 5 = extremely important). Subsequently, they completed the Competency Evaluation Questionnaire (CEQ) keeping in mind the ingroup they had identified. The CEQ is a self-report measure designed for this study that comprises 4 subscales. The four competency evaluation subscales were: (a) Self Interdependent Competency (Self-INT), which measured how descriptive the participant thought the *interdependent* competencies were of himself/herself (e.g., “I think that I am polite”); (b) Self Independent Competency (Self-IND), which measured how descriptive the participant thought the *independent* competencies were of himself/herself (e.g., “I think that I am ambitious”); (c) Self-Group Interdependent Competency (SelfGrp-INT), which measured how descriptive the participant thought the *interdependent* competencies were of the ingroup (e.g., “I think that my group is polite”); and (d) Self-Group Independent Competency (SelfGrp-IND), which measured how descriptive the participant thought the *independent* competencies were of the ingroup (e.g., “I think that my group is ambitious”).

The items that composed the four competency evaluation subscales were selected from a list of words generated by Schwartz (SCHWARTZ, 1994; SCHWARTZ; BILSKY, 1990) with reference to other literatures (MARKUS; KITAYAMA, 1991; TRIANDIS, 1989). We relied on Schwartz initially because broad support for the universal content and structure

of values across cultures has been reported (SCHWARTZ; BILSKY, 1990). We selected items that demonstrated good convergent and discriminant validity across cultures and that fell consistently in either individual-related or collective/prosocial related categories. From this list, six graduate students and one faculty member rated attributes as either individualistic or collectivistic competencies. Competencies that were rated by the majority of the raters (no more than 2 dissenting) as falling into one of the two categories were retained. Independent items chosen reflected the value types of achievement, stimulation, and self-direction which are associated with individualism (OISHI; SCHIMMACK; DIENER, 1998) and are as follows: "ambitious", "independent", "creative", "daring", and "influential." One other item "assertive" was drawn from other literatures (MARKUS; KITAYMA, 1991; TRIANDIS, 1989). Interdependent items reflect values of tradition, benevolence, and conformity which are all associated with collectivism (OISHI et al., 1998) and are as follows: "forgiving", "helpful", "obedient", "polite", "humble", and "devout." A sixth item "interdependent" was added from other literatures (MARKUS; KITAYMA, 1991; TRIANDIS, 1989). All items were rated as being descriptive of the respondent or the ingroup on a scale ranging from 1 (not at all) to 5 (extremely); thus, higher scores indicated higher competency evaluation. The internal consistencies for all four subscales were good for the combined cultural groups ($r = .80$ to $.94$).

Participants also completed the Collective Self-Esteem Scale (CSES) (LUHTANEN; CROCKER, 1992) which is typically used to measure global collective esteem. The CSES consists of 4 subscales with a total of 16 items and measures esteem that is derived from membership with a social group. The four subscales are Private Esteem (private cognitions about the ingroup), Public Esteem (other's evaluation of the group), Identity (the importance of the group to one's identity), and Membership (feelings about one's membership in the group). Participants were asked to rate the extent to which they agreed or disagreed with each statement using a 7-point scale. Internal consistencies of the CSES subscales were acceptable ($r = .77$ to $.83$). Finally, the Rosenberg Self-Esteem Scale (RSE) (ROSENBERG, 1965), a widely used measure of self-esteem with established validity and reliability, was used to assess global self-focused esteem. The internal consistency of the RSE in this study was high ($r = .89$). Both The RSE and the CSES were included for comparison purposes with the new competency scale.

Positive Affect

Participants completed a subset of items from the Positive and Negative Affect Schedule-Expanded Form (PANAS-X) (WATSON; CLARK, 1991; WATSON; CLARK; TELLEGEN, 1988) to measure mood. We measured Positive Affect (PA) using a 10-item scale (WATSON et al., 1988). PA refers to one's level of engagement with the environment (WATSON et al., 1988). Items on the PA scale include "attentive" and "inspired." In addition, we included three additional items from the JOY subscale taken from the PANAS-X. These items were "happy", "joyful", and "delighted." The PA and JOY scales were strongly correlated ($r = .87$, $p < .001$) and were combined to form a single scale. Internal consistency for the combined scale was high ($r = .90$).

Results

Correlations between Competency Evaluation and Global Esteem Scales

We first examined whether the competency evaluation subscales would demonstrate preliminary convergent and discriminant validity with respect to individualism-collectivism and esteem measures. We thus examined the inter-correlations among the competency evaluation subscales, the associations of the CEQ with global esteem measures, the RSE, and the CSES, and the measure of individualism-collectivism.

Table 1. Correlations Among Esteem Subscales and with CSES, the RSE, and Individualism-Collectivism

	1	2	3	4	RSE	Public	Private	Mem	Id	IND	COLL		
Self-IND	—	.35***	.12	.10	.37***	.21**	.01	.23**	-.04	.24**	-.28***		
Self-GrpIND		—	.26***	.15*	.17*	.23**	.31***	.33***	.32***				
			—										
Self-INT				—	.46***	.15*	.28**	.28***	.25**	.26***			
					—								
Self-GrpINT						—	.03	.22**	.28***	.13	.28***	-.28***	.17*

Note.: Self-IND = Self Independent Esteem; SelfGrp-IND = Self-Group Independent Esteem; Self-INT = Self Interdependent Esteem; SelfGrp-INT = Self-Group Interdependent Esteem.

RSE = Rosenberg Self-Esteem Scale; Public, Private, Mem (Membership), Id (Identity) = subscales of the Collective Self-Esteem Scale; IND = Individualism scenarios; COLL = Collective scenarios.

* $p < .05$, two-tailed. ** $p < .01$, two-tailed. *** $p < .001$, two-tailed.

Of the four competency subscales, (Table 1) the independent-related subscales tended to be more strongly associated with each other than with the interdependent-related subscales. In contrast, the interdependent-related subscales tended to be more strongly associated with each other than with the independent-related subscales. The pattern of correlations among the four CEQ scales, the Rosenberg, and the CSES also gave a preliminary indication that the CEQ scales were a good measure of the purported underlying constructs. For example, of the four competency scales, SelfGrp-INT, theoretically hypothesized to be the most interdependent in nature, was unrelated to the RSE, whereas the other three scales showed a large to modest relationship. Additionally, SelfGrp-

INT was unrelated to Member, which is the most individualistic of the CSES subscales, measuring the extent to which an individual feels *she* is a good group member (LUHTANEN; CROCKER, 1992). Self-IND, theoretically hypothesized to be the most independent in nature, had a large association with the RSE and relatively weaker associations with the other CSES subscales. Finally, the CEQ subscales showed a theoretically consistent pattern of associations with the individualism-collectivism scenario scales. Overall, the patterns of correlations are consistent with what we would expect from scales purporting to measure positive self-regard derived from evaluating independent and interdependent competencies.

Mean Differences

Mean scores for the non CEQ subscales were compared across the two cultural groups using an Analysis of Variance (ANOVA). First, we examined potential cultural group differences in competency importance scores. As expected, AA ($M=3.7$, $SD=.7$) rated interdependent competencies as being more important than did EA ($M=3.5$; $SD=.7$), $F(1,166) = 5.55$, $p < .05$. However, both groups rated independent competencies as being equally important (AA: $M = 3.6$, $SD = .6$; EA: $M = 3.7$, $SD = .6$). We next examined whether the typical findings of past research of EA having higher levels of global self-esteem, collective esteem and positive affect than AA would be replicated in our sample. As expected, EA had significantly higher scores ($M= 3.2$, $SD=4$) than did AA ($M = 2.9$, $SD=.5$), $F(1,164)=16.25$, $p < .001$ on the RSE. However, no significant differences were observed in any of the CSES subscales (AA: $M = 5.4$, $SD = .8$; EA: $M = 5.6$, $SD = .8$) or on the overall mean CSES scores. Finally, as expected, EA had significantly higher scores ($M= 3.6$, $SD= .5$) than did AA ($M=3.4$, $SD= .7$), $F(1,164) = 16.25$, $p < .001$ on PA/JOY.

We then tested our hypothesis that group differences in competency evaluation would be moderated by the target and type of attribute or competency (i.e., independent vs. interdependent) being examined. To accomplish this goal, we conducted a culture (AA vs. EA) \times target (a within-subject variable with two levels: self vs.ingroup) \times attribute/competency (a within-subject variable with two levels: independent vs. interdependent) repeated measures MANOVA with the following 4 dependent variables: Self-IND, Self-INT, SelfGrp-IND, and SelfGrp-INT. Each of the two groups' standardized mean scores is presented in Figure 1. In addition to a significant main effect for target (with the self being rated more highly than the ingroup), $F(1,165) = 6.04$, $p < .05$, there was a statistically significant culture \times attribute interaction, $F(1,165) = 6.21$, $p < .05$. There were also trends for a target \times attribute interaction, $F(1,165) = 2.86$, $p < .1$, and a three-way, target \times attribute \times cultural group interaction, $F(1,165) = 2.81$, $p < .1$.

The interactions indicated that there were significant effects for culture but that they were moderated by what was being rated and to a lesser extent who was being rated. AA rated interdependent competency evaluation higher than independent competency evaluation. The opposite effect was found for EA. This attribute \times culture interaction can be seen quite clearly in the competency profiles depicted in Figure 1. This two-way interaction was further modified by a target \times attribute \times culture interaction. Although sta-

tistically marginal, the proportion of variance (eta square = .02) obtained is an important effect size for non-experimental studies (MCCLELLAND; JUDD, 1993). This three-way interaction suggests that cultural group differences in competency evaluations are weakly moderated by both the target and competency being considered. More specifically, AA obtained the highest competency ratings when considering both the ingroup and interdependent attributes, and the lowest when considering the self and independent attributes, findings which were reversed in EA.

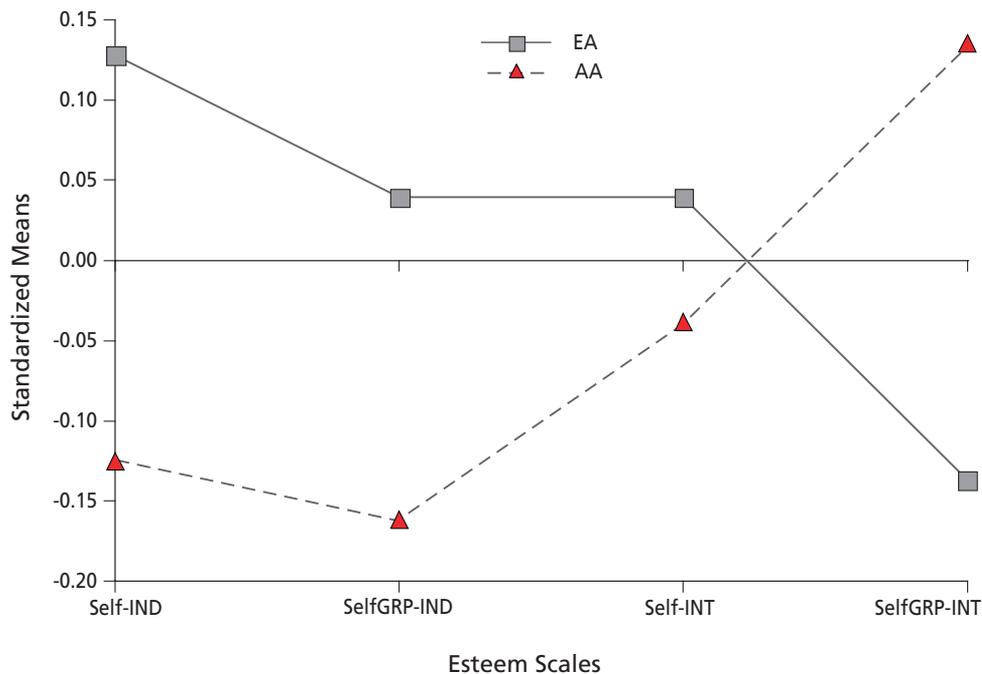


Figure 1. Profile analysis of esteem scales for AA and EA. Mean scores standardized within each esteem scale are presented on the y-axis. Raw mean scores and standard deviations are presented in boxes for each point. Points represent the group mean score for each scale. Self-IND = Self Independent Esteem; SelfGrp-IND = Self-Group Independent Esteem; Self-INT = Self Interdependent Esteem; SelfGrp-INT = Self-Group Interdependent Esteem.

Associations with Positive Affect

We conducted a hierarchical multiple regression analyses to examine how different competency scores and esteem scores predict PA/JOY. We entered mean scores for the importance of independent competencies and interdependent competencies, and the number of years participants had lived in the U.S., the RSE and the CSES in the first step. The two centered global esteem scores, RSE and the CSES were included to examine if competency evaluation predicted PA/JOY above and beyond the contributions of global esteem scores. The importance scores were included because interdependent compe-

tencies were differentially important between the two cultural groups, and number of years in the U.S. was included as a brief reference of acculturation.

We then entered the four centered competency variables (Self-IND, Self-INT, SelfGrp-INT, and SelfGrp-IND) in the second step. The two-way interactions between culture and each of the centered competency variables (e.g., Self-IND x culture, Self-INT x culture) were entered in the third and final step.

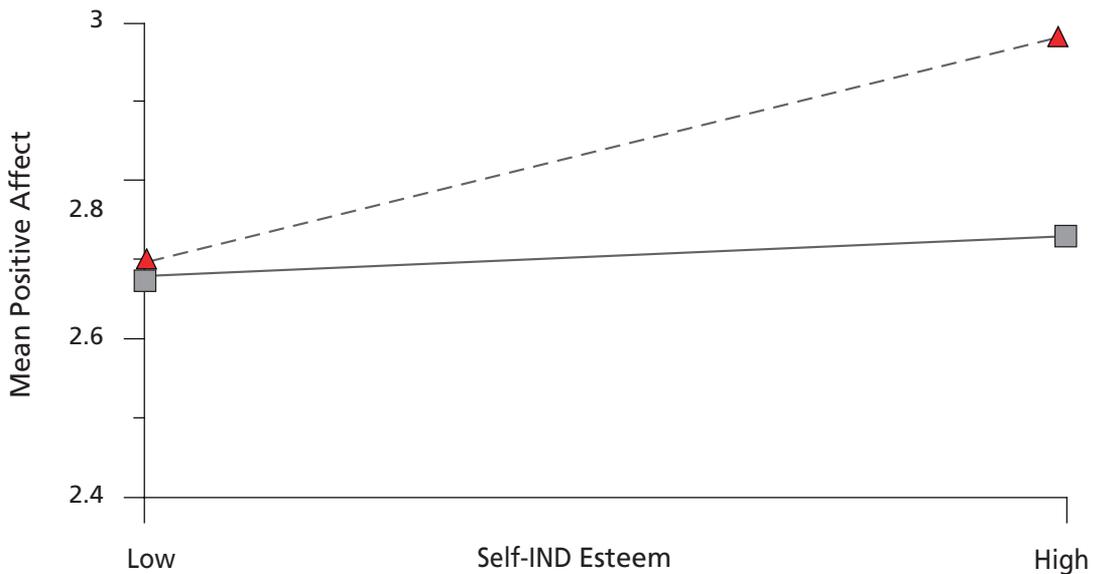
Table 2. Models of Esteem across EA and AA Predicting Positive Affect

F (6,158) = 17.40, $p < .001$, DV = PA/JOY							
Predictors	B	Se B	Beta	Predictors	B	Se B	Beta
STEP 1							
Cultural group	.04	.09	-.03	—			
Years in U.S.	.00	.01	-.031	—			
IND Importance	.29	.07	.25***	—			
INT Importance	.01	.06	.10	STEP 3-Main Effects			
RSE	.54	.09	.42***	RSE	.43	.09	.34***
CSES	.00	.00	.17*	CSES	.00	.00	.11
STEP 2				STEP 3-Interactions			
Self-IND	.16	.07	.18*	Self-IND x culture	-.24	.17	-.44*
Self-INT	.04	.07	.04	Self-INT x culture	-.20	.13	-.32
SelfGrp-IND	.04	.09	.05	SelfGrp-IND x culture	.35	.13	.60**
SelfGrp-INT	.20	.08	.24*	SelfGrpINT x culture	.31	.12	.60**

Note. DV = dependent variable; PA/JOY = Positive Affect PANAS-X subscale; RSE = Rosenberg Esteem Scale; CSES = Collective Self-Esteem Scale; IND/INT Importance = Ratings of Independent and Interdependent Importance. Culture = EA (0), AA (1). * $p < .05$, two-tailed. ** $p < .01$, two-tailed. *** $p < .001$, two-tailed.

As can be seen in Table 2, RSE, CSES, and importance of independent competencies significantly predicted PA/Joy. However, in the final model, CSES was no longer statistically significant. Of the competency evaluation scores, SelfGrp-IND was not associated with PA/JOY and main effects for Self-IND and SelfGrp-INT were qualified by two-way interactions. Thus, as expected, the interaction between culture and competencies in the prediction of PA/Joy was statistically significant and explained 5 % of the variance $F(4, 156) = 3.30, p < .05$. The overall model explained 50% of the variance. Of the interactions between culture and the four competency scores, only Self-INT did not contribute to PA/JOY.

The three culture x competency interactions that predicted PA/JOY are depicted in Figure 2a-2c respectively following the procedure recommended by Aiken and West (1991). Higher levels of Self-IND were associated with higher levels of PA/JOY among EA but not among AA, whereas higher levels of SelfGrp-INT and SelfGrp-IND were associated with higher levels of PA/JOY among AA but not among EA.

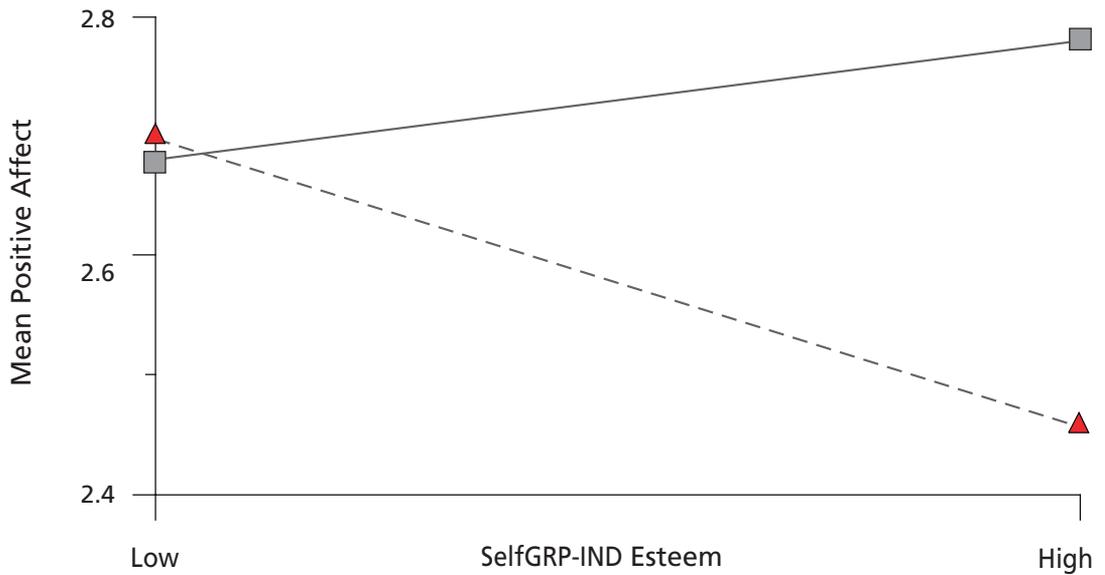


**Figure 2a. Interactions of three
Esteem x Culture variables.**

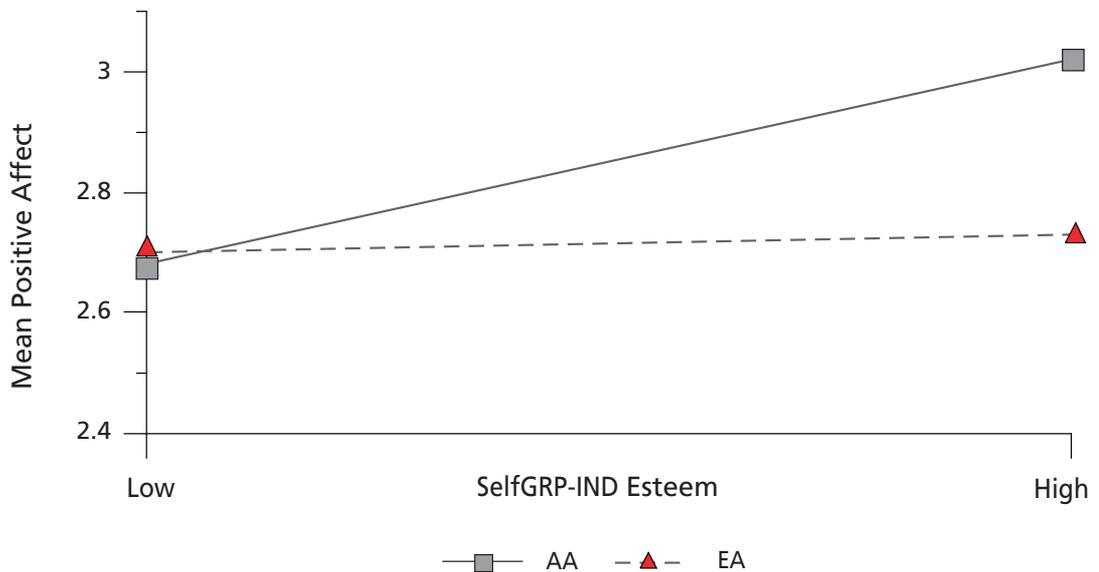
Self-IND x Culture.

Y-axis represents Positive Affect (PA/JOY).

Self-IND = Self Independent Esteem.



**Figure 2b. Interactions of three Esteem x Culture variables.
SelfGrp-IND x Culture .
Y-axis represents Positive Affect (PA/JOY).
SelfGrp-IND = Self-Group Independent Esteem.**



**Figure 2c. Interactions of three Esteem x Culture variables.
SelfGrp-INT x culture. Y-axis represents Positive Affect (PA/JOY).
Self-INT = Self Interdependent Esteem;
SelfGrp-INT = Self-Group Interdependent Esteem.**

Discussion

In this study, we wished to explore how culturally-sanctioned values may function as one of the multiple sources of self-worth, self-regard, or self-esteem. Our interest in doing so was derived from numerous esteem and personality researchers who have exhorted the need to measure culturally-valued competencies rather than global universal competencies and define the target of evaluation as both the ingroup and the self (e.g., CROCKER et al., 1994; HIGGINS, 1996; SEDIKIDES et al., 2003). Nonetheless, it is typical for researchers interested in esteem to ask respondents for global assessments of themselves and their ingroup (e.g., how well or badly do you feel about yourself or your group). One potential problem with global assessments of collective esteem is that the language inherent in such evaluations may still reflect North American assumptions of general success (*i.e.*, I am proud of my group's achievements). In contrast, we asked respondents to indicate the degree to which the self and the ingroup possess a variety of independent and interdependent values where we linked each respondent's self-identified ingroup specifically to the values being measured. We approached this study based on the assumption that if one source of positive self-regard or esteem is derived from fulfilling culturally based competencies, measuring these competencies would provide us with information about one's self-worth that should vary across cultural group members.

We found that competency evaluations functioned similarly to what we would expect from culturally-variable positive regard in three important ways. In terms of self-enhancement, AA and Ea each self-enhanced on predicted competencies which were implicated in the respective group's positive affect. Further support for these competency evaluations as a possible source of esteem were indicated by its relationship to global esteem: these evaluations contributed to positive affect above and beyond that of global esteem and appear to have a stronger contribution to positive affect than collective esteem altogether in this sample. Although more research is needed before we can claim that endorsing culturally-valid values and competencies may be one way of gauging culturally-variant self-worth, positive self-regard, or esteem, our findings are a modest step in that direction.

The debate of whether self-esteem is best conceptualized as a global sense of self-worth or as distinct specific entities continues after a century of discussion, with support for both views. Consequently, some but not all researchers will be inclined to think of our measures of competencies as aspects of esteem. Regardless of whether one is or is not inclined to view what we measured as indicative of esteem, we think what is particularly important is that our competency measures were associated with established esteem measures in expected ways and differed across cultural groups in theoretically predictable ways, not only in terms of mean levels but also in terms of associations with positive affect.

Our findings pertinent to self-enhancement were quite interesting and have potential implications for counseling and counseling research. As predicted, group differences in competency evaluation depended on what was being evaluated (independent versus

interdependent competencies) and to a lesser extent who was being evaluated (the self versus the ingroup). For example, whereas EA rated themselves higher than did AA in the degree to which they possessed desirable independent competencies, AA rated their ingroups as possessing more desirable interdependent competencies than did EA. Furthermore, these self-enhancing tendencies appeared to have culture-specific effects on positive affect; whereas high levels of independent competency evaluation contributed to EA happiness, AA happiness was more influenced by interdependent competency evaluations. These results support a growing body of literature that indicates that Asians and Asian Americans self-evaluate positively but only on self-congruent domains (SEDIKIDES et al., 2003; YIK et al., 1998). In addition to demonstrating self-enhancement, competency evaluations contributed to happiness above that of global esteem, suggesting that this type of evaluation remains important for AA even after accounting for global esteem. Furthermore, once interdependent competency evaluations were considered, global collective esteem no longer predicted AA happiness suggesting that ingroup competency evaluations may be a more powerful predictor of happiness than global collective esteem. Perhaps global evaluations of one's ingroup may be too westernized in its language or may not reveal subtle cultural differences in what collectivists consider desirable.

Several shortcomings of the present study should be noted. First, our competency measures were based on a small number of independent and interdependent values (SCHWARTZ, 1994). However, the values that we combined as either generally individualistic or collectivistic have been related to different specific types of individualism and collectivism (OISHI et al., 1998). Therefore, it will be important for future research to elucidate which specific types of independent and interdependent competencies are associated with cultural differences. Similarly, although we used an established measure of positive affect, future research should pay more attention to different types of positive affect (e.g., BERENBAUM, 2002) and their cultural relevance. Finally, the sample was ethnically heterogeneous and may have obscured group differences.

These issues of identity, ingroup, and positive feelings are useful to consider in multicultural counseling contexts. For example, asking if one's ingroup is sufficiently polite rather than if one considers oneself to be worthy of one's ingroup may better capture what is culturally successful, and thus, may better gauge positive self-worth. Certainly, consistent with this argument AA enhanced when they evaluated their ingroups on specific but not global competencies. Furthermore, it is unlikely that any individual endorses only one view of the self (HIGGINS, 1996). In cultures that are heterogeneous, such as the U.S. and Brazil, different ethnic minority groups are likely to endorse multiple selves (TSAI et al., 2001). Thus, it should not be surprising that the magnitude of the group differences was modest. Although mean differences exist at the cultural level, mean variation at the individual level is complex. Furthermore, while the groups studied were defined by race, these differences/similarities might exist between any number of cultural groups defined by ethnicity, race or religion. Thus, an important avenue for future counselors and counseling research is to explore the co-existence of multiple types of esteem that are potentially not complementary in multi-cultural societies. For exam-

ple, how does individual who is both independent and interdependent negotiate different sources of esteem? Addressing such issues would enrich our understanding of the self, culture, and esteem and improve services to multicultural clients.

Conclusion

While this study is exploratory, it suggests that the ways in which we can measure esteem and examine its effects on well-being is complex.

Not only should we consider individual self-achievement as a source of esteem, for people whose identities are closely interlinked to their families and communities, esteem derived from the maintenance of these ties may be as, if not more relevant. Future studies should consider the importance of examining esteem linked to the dynamic interplay of individual and collective selves as we navigate complex personal identities in increasingly multi-cultural worlds.

References

AHLERING, R. Collective self-esteem data from four ethnic groups. **Psychological Reports**, v. 92, p. 562-564, 2003.

AIKEN, L. S.; WEST, S. G. **Multiple regression: testing and interpreting interactions**. Thousand Oaks: Sage Publications, 1991.

BAE, S-W.; BREKKE, J. S. The measurement of self-esteem among Korean Americans: a cross-ethnic study. **Cultural Diversity & Ethnic Minority Psychology**, v. 9, p. 16-33, 2003.

BENET-MARTINEZ, V.; KARAKITAPOGLU-AYGUN, Z. The interplay of cultural syndromes and personality in predicting life satisfaction. Comparing Asian Americans and European Americans. **Journal of Cross-Cultural Psychology**, v. 34, p. 38-60, 2003.

BERENBAUM, H. Varieties of joy-related pleasurable activities and feelings. **Cognition and Emotion**, v. 16, p. 473-494, 2002.

CHENG, H.; FURNHAM, A. Attributional style and self-esteem as predictors of psychological well being. **Counseling Psychology Quarterly**, v. 16, p. 121-130, 2003.

CROCKER, J.; LUHTANEN, R.; BLAINE, B.; BROADNAX, S. Collective self-esteem and psychological well-being among White, Black, and Asian college students. **Personality and Social Psychology Bulletin**, n. 20, p. 503-514, 1994.

FEATHER, N. T.; MCKEE, I. R. Global self-esteem and the fall of high achievers: Australian and Japanese comparisons. In: PANDEY, J.; SINHA, D.; BWAWUK, D. P. S. (Eds.). **Asian contributions to cross-cultural psychology**. New Delhi: Sage Publications, 1996. p. 200-213.

FLEMING, J. S.; COURTNEY, B. E. The dimensionality of self-esteem: II. Some results for a college sample. **Journal of Personality and Social Psychology**, v. 39, p. 921-929, 1984.

- GEGEO, K. A.; GEGEO, W. Shaping the mind and straightening out conflicts: the discourse of Kwara'ae family counseling. **Conflict discourse in Pacific societies**. Stanford, CA: Stanford University Press, 1990.
- HEINE, S.; LEHMAN, D. R.; MARKUS, H. R.; KITAYAMA, M. Is there a universal need for positive self-regard? **Psychological Review**, v. 106, p. 766-794, 1999.
- HIGGINS, T. The "self digest": self-knowledge serving self-regulatory functions. **Journal of Personality and Social Psychology**, v. 71, p. 1.062-1.083, 1996.
- JAMES, W. **The principles of psychology**. New York: Holt, 1890.
- KWAN, V.; BOND, M. H.; SINGELIS, T. M. Pancultural explanations for life satisfaction: adding relationship harmony to self-esteem. **Journal of Personality & Social Psychology**, v. 73, p. 1.038-1.051, 1997.
- LUHTANEN, R.; CROCKER, J. A collective self-esteem scale: self-evaluation of one's social identity. **Personality and Social Psychology Bulletin**, n. 18, p. 302-318, 1992.
- MARKUS, H. R.; KITAYAMA, S. Culture and the self: Implications for cognition, emotion, and motivation. **Psychological Review**, v. 98, p. 224-253, 1991.
- MCCLELLAND, G. H.; JUDD, C. M. Statistical difficulties of detecting interaction and moderator effects. **Psychological Bulletin**, n. 114, p. 376-390, 1993.
- OISHI, S.; SCHIMMACK, U.; DIENER, E. The measurement of values and individualism-collectivism. **Personality and Social Psychology Bulletin**, n. 11, p. 1.177-1.189, 1998.
- PELHAM, B. W. Self-investment and self-esteem: evidence for a Jamesian model of self-worth. **Journal of Personality and Social Psychology**, v. 69, n. 6, p. 1.141-1.150, 1995.
- ROSENBERG, M. **Society and the adolescent self-image**. Princeton, NJ: University Press, 1965.
- SCHWARTZ, S. H. Beyond individualism and collectivism: new cultural dimensions of values. In: KIM, U.; TRIANDIS, H. C.; KAGITCIBASI, C.; CHOI, S-C; YOON, G. (Eds.). **Individualism and collectivism: Theory, method, and applications**. Newbury Park: Sage, 1994. p. 85-122.
- _____; BILSKY, W. Toward a theory of universal content and structure of values: extensions and cross-cultural replications. **Journal of Personality and Social Psychology**, v. 58, p. 878-891, 1990.
- SEDIKIDES, C.; GAERTNER, L.; TOGUCHI, Y. Pancultural Self-Enhancement. **Journal of Personality and Social Psychology**, v. 84, p. 60-79, 2003.
- SINGELIS, M. T. The measurement of independent and interdependent self-construals. **Personality and Social Psychology Bulletin**, n. 20, p. 580-591, 1994.
- SOLOMON, S.; GREENBERG, J.; PYSZCZYNSKI, T. A terror management theory of social behavior: the psychological functions of self-esteem and cultural worldviews. In: BERKOWITZ, L. (Ed.). **Advances in experimental social psychology**, San Diego: Academic Press, v. 24, p. 93-159. 1991.

- TRIANDIS, H. C. **Individualism and collectivism**. Boulder: Westview Press, 1995.
- _____. The self and social behavior in differing cultural contexts. **Psychological Review**, v. 96, p. 506-520, 1989.
- TRIANDIS, H. C.; GELFAND, M. J. Converging measurement of horizontal and vertical individualism and collectivism. **Journal of Personality and Social Psychology**, v. 74, p. 118-128, 1998.
- TSAI, J. L.; YING, Y. W.; LEE, P. A. Cultural predictors of self-esteem: a study of Chinese American female and male young adults. **Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology**, v. 3, p. 284-297, 2001.
- WATSON, D.; CLARK, L. A. **Preliminary manual for the PANAS-X: Positive and Negative Affect Schedule-Expanded Form**. Unpublished manuscript, Southern Methodist University, Iowa, 1991.
- WATSON, D.; CLARK, L. A.; TELLEGEN, A. Development and validation of brief measures of positive and negative affect: the PANAS scales. **Journal of Personality and Social Psychology**, v. 54, p. 1.063-1.070, 1988.
- WOOD, J. V.; HEIMPEL, S. A.; MICHELA, J. L. Savoring versus Dampening: self-esteem differences in regulating positive affect. **Journal of Personality and Social Psychology**, v. 85, p. 566-580, 2003.
- YIK, M. S. M.; BOND, M. H.; PAULHUS, D. L. Do Chinese self-enhance or self-efface?: it's a matter of domain. **Personality and Social Psychology Bulletin**, n. 24, p. 399-406, 1998.

Contato:

Chitra Raghavan, Ph.D.
Assistant Professor Department of Psychology
John Jay College of Criminal Justice
City University of New York
New York, New York, 10019
e-mail: craghavan@jjay.cuny.edu

Tramitação

Recebido em maio de 2006
Aceito em agosto de 2006

As representações sociais como produção subjetiva: seu impacto na hipertensão e no câncer

Fernando Luis González Rey

Pontifícia Universidade Católica de Campinas

Resumo: Neste artigo são apresentados os resultados de uma pesquisa orientada ao estudo da forma em que o conceito de representação social influencia os processos de subjetivação da doença em pessoas com câncer e hipertensão. As representações sociais são redefinidas desde uma perspectiva histórico-cultural sobre a subjetividade, defendendo-se a dimensão de sentido subjetivo na definição ontológica desse conceito. Na base desta definição a pesquisa é desenvolvida numa abordagem qualitativa, apoiada no caráter construtivo interpretativo da investigação. Esta definição metodológica permite a construção teórica das consequências das representações sociais nos processos de subjetivação da doença.

Palavras-chave: representações sociais; sentido subjetivo; subjetividade; hipertensão; câncer.

LAS REPRESENTACIONES SOCIALES COMO PRODUCCION SUBJETIVA: SU IMPACTO EN LA HIPERTENSION Y EN EL CANCER

Resumen: En este artículo son presentados los resultados de una investigación orientada al estudio de la forma en que el concepto de representación social influencia los procesos de subjetivación de la enfermedad en personas con cáncer e hipertensión. Las representaciones sociales son redefinidas desde una perspectiva histórico-cultural sobre la subjetividad, defendiéndose la dimensión de sentido subjetivo en la definición ontológica de este concepto. En la base de esta definición la investigación es desarrollada en una abordaje cualitativa, apoyada en el carácter constructivo interpretativo de la investigación. Esta definición metodológica permite la construcción teórica de las consecuencias de las representaciones sociales en los procesos de subjetivación de la enfermedad.

Palabras clave: representaciones sociales; sentido subjetivo; subjetividad; hipertensión; cáncer.

SOCIAL REPRESENTATIONS LIKE SUBJECTIVE PRODUCTION: IMPACT ON HYPERTENSION AND CANCER

Abstract: In this paper are presented the results of one inquiry oriented to study the way in which the concept of social representation influences on the process of subjectivation of the illness in persons with cancer and hypertension. Social representations are redefined from a historical-cultural comprehension about subjectivity. It is defended the subjective sense dimension in the ontological definition of the social representations. As a consequence of this definition, the inquiry is developed on the basis of a qualitative approach oriented by a constructive interpretative principle. This methodological definition permits the theoretical construction of the consequences of the social representations on the processes of subjectivation of the illness in the participants.

Keywords: social representations; subjective sense; subjectivity; hypertension; cancer.

Introdução

A teoria das representações sociais inaugurou o estudo dos processos de subjetivação da vida social e, embora na própria teoria, de forma explícita, o tema da subjetividade

tenha entrado de forma relativamente recente (GONZÁLEZ REY, 2002; JODELET, 2005¹; MOSCOVICI, 2005), pode-se dizer que desde os trabalhos pioneiros neste tema (MOSCOVICI, 1961; HERZLICH, 1973; JODELET, 1989), a questão da subjetividade tem ficado muito presente, ao identificar a representação social como uma organização simbólica sobre a qual se desenvolvem as diferentes práticas e relações sociais dos membros de um grupo, instituição e comunidade, o que representa uma produção subjetiva.

Com a teoria das representações sociais, o social deixou de ser percebido em seu caráter objetivo e externo em relação aos sujeitos envolvidos nas diferentes práticas sociais. As representações sociais constituem uma forma de produção de conhecimento que assegura a estabilidade do “mundo” no qual as pessoas acreditam, o que representa um processo de produção subjetiva que garante a identidade e a segurança das pessoas. Como Moscovici (2003, p. 56) nos diz:

O medo do que é estranho é profundamente arraigado. Isso se deve ao fato de que a ameaça de perder os marcos referenciais, de perder contato com o que propicia um sentido de continuidade de compreensão mútua, é uma ameaça insuportável.

As representações sociais constituem a “realidade conhecida” à qual se atribui um valor de realidade como forma de preservar nossa própria subjetividade. As representações sociais foram, portanto, a primeira teoria que, de forma orgânica, enfatizou a construção social da realidade. Neste sentido, o conceito de representação social significou a primeira evidência, dentro da psicologia social, do caráter produzido e subjetivo da realidade social.

A “realidade social” em que nos situamos, como realidade produzida, não levou Moscovici à armadilha em que o construcionismo social caiu, ao representar essa realidade construída apenas como uma produção simbólica, sem nenhum nexos com outros registros que definem processos e fenômenos que, tendo um caráter diferente das nossas práticas simbólicas, as constituem. Esses elementos que, mesmo entrando na ordem do simbólico nas práticas humanas, não são processos simbólicos em si mesmos, e que são inseparáveis do conjunto de nossas práticas é o que pode ser chamado de realidade. Precisamente, a realidade social é construída porque existem processos subjetivos que expressam outros registros da realidade e que são os responsáveis pela produção da realidade social. A subjetividade não é uma cópia, nem um reflexo do mundo real, é uma produção humana de caráter simbólico e de sentido que, dentro da “realidade social” em que o homem vive, lhe permite as diferentes opções de vida cotidiana e de seu desenvolvimento.

O objetivo principal deste artigo é estabelecer uma relação articulada entre os processos de subjetivação sociais e individuais e as representações sociais, no processo de subjetivação das doenças crônicas em pacientes concretos, e definir como o aspecto sub-

¹ Jodelet Denise, apresentação em simpósio Dans les marges des représentations: désirs, normes e et signification, VII Conférence Internationale des Représentations Sociales. 2004, Guadalajara, México.

jetivo das doenças é essencial na forma como ela é vivida pelo sujeito, aspecto tratado de forma secundária e insuficiente dentro do modelo biomédico.

Fundamentação teórica

Os aspectos subjetivos tanto da hipertensão quanto do câncer têm sido estudados a partir de diferentes perspectivas, entre as quais se destacam a Psicanálise e a Psicologia Cognitiva norte-americana. Pela primeira perspectiva, procura-se uma representação das dinâmicas internas associadas com a gênese do sofrimento, o que, nesta teoria, tem uma grande significação na aparição das doenças somáticas. A psicologia cognitiva, no entanto, nos apresenta uma visão mais centrada no estresse e na falha dos processos de enfrentamento, de natureza cognitiva, que facilitam o desenvolvimento das emoções estressantes associadas à doença.

No momento atual, no entanto, as definições mais clássicas sobre as quais se têm apoiado as pesquisas nesta área começam a ser questionadas pelos autores que lhes deram origem. Neste sentido, é importante a crítica feita por Lazarus em seu último livro (1999), no qual reconhece as limitações do conceito de estresse pela ausência de uma teoria psicológica das emoções.

As questões teóricas e metodológicas que, de forma geral, afetam o desenvolvimento da Psicologia, afetam também os estudos que sobre as doenças crônicas têm sido desenvolvidos nesta ciência. Um dos maiores problemas desses estudos é que eles têm se desenvolvido de forma parcial, expressando não apenas a fragmentação historicamente dominante na psicologia entre as diferentes áreas do saber psicológico, mas criando uma nova fragmentação por meio da diferenciação entre o estudo psicológico dos diferentes tipos de doenças crônicas, reproduzindo, assim, o curso tomado pela especialização na medicina.

Neste artigo, centraremos a nossa revisão teórica no campo da subjetividade e das representações sociais, pretendendo fazer a integração dos campos da psicologia social e da psicologia da saúde, de forma a realizar uma análise dos processos de subjetivação, associados às doenças crônicas, dentro do recorte simbólico definido pelas representações sociais.

Um dos pontos fortes da teoria das representações sociais no seu início foi o estudo dessas representações sociais em relação às doenças (HERZLICH, 1973; JODELET, 1989). A primeira das autoras mencionadas estudou os diferentes tipos de representações sobre a saúde e a doença e organizou os diferentes eixos que definiam as representações sociais do grupo estudado. Jodelet, de sua parte, fez um estudo dos atributos e práticas que caracterizavam as representações sociais sobre a loucura em uma colônia familiar na França, que recebeu pacientes de um hospital psiquiátrico aberto, orientado à integração dos pacientes na comunidade. Ambas as pesquisas foram feitas por meio de dinâmicas conversacionais abertas, com uma orientação metodológica qualitativa, o que definiu a forma como usaram a própria categoria de representação social.

Um dos problemas que a teoria da representação social apresenta hoje, e que tem sido comum a todas as teorias em processo de desenvolvimento, é a extensão do termo, que

é usado de diferentes formas, por autores que o assumem a partir de perspectivas ontológicas diferentes, com o seu conseqüente impacto epistemológico e metodológico. Jodelet (2005, p. 48-49), em uma tomada de posição diante deste problema, escreve:

Mas deve-se constatar que essas diferentes pesquisas (refere-se às duas tendências que ela identifica na pesquisa das representações sociais), cujos progressos permanecem esparsos, ainda não permitem uma visão unitária, para teorizar os fenômenos representativos em ação na vida dos grupos [...] O estudo estrutural das representações, apesar do seu mais alto grau de generalidade e de sua demonstração da incidência de certos elementos estruturais sobre a orientação da ação, sofre por deixar na sombra a questão da gênese da representação.

Penso que quando a autora se refere à gênese da representação, está orientando para os processos e práticas sociais nos quais a representação aparece e que se caracterizam por uma dinâmica que expressa outros elementos e processos muito complexos da realidade social. A processualidade da representação social fica fora de seu estudo estrutural, assim como tampouco a integração das representações sociais dentro do tecido simbólico e subjetivo da sociedade é atendida.

À pergunta de franco caráter ontológico sobre o que são as representações sociais sempre se tem dado uma resposta que enfatiza o seu caráter simbólico, mas, na prática, o simbólico tem-se associado mais com estruturas e processos cognitivos do que com processos subjetivos compreendidos de uma forma mais abrangente, sobretudo, no que tem a ver com os seus vínculos com a cultura e com a afetividade. O estudo da afetividade nas representações sociais tem passado por diferentes definições nas pesquisas sobre o tema e continua sendo um dos aspectos pendentes no desenvolvimento da teoria.

Respondendo corretamente às críticas que as tendências mais extremistas do construcionismo social dirigem à teoria das representações sociais pela sua relação com a psicologia cognitiva moderna, G. Duveen (2003, p. 24) expressa:

Desse ponto de vista, todos os processos sociopsicológicos se explicam nos efeitos do discurso e nas realizações e reformulações fugazes da identidade que ele sustenta. É apenas a atividade do discurso que pode ser objeto de estudo nessa forma de psicologia social, e qualquer fala sobre estrutura e organização no nível cognitivo, apresenta-se como uma concessão aos modelos de processamento da informação. [...] Aqui, o fato de a teoria das representações sociais ser vaga deve-se a seu afastamento insuficientemente radical de um discurso "mentalista", mas, como observou Jovchelovitch (1996), a pressa em evacuar o mental do discurso da psicologia social está conduzindo a uma re-criação de uma forma de comportamentalismo.

Apesar da ênfase que Moscovici sempre tem colocado no caráter simbólico das representações, o que é mencionado também por Duveen, considero muito importante a preocupação de Jovchelovitch, assumida pelo autor, em relação à pressa de "evacuar o mental", quando na realidade se trata de compreender o "mental" numa outra perspectiva ontológica. Querer avançar na teoria das representações sociais, sem tomar posição em relação ao seu caráter ontológico, poderia pôr em perigo o seu futuro perante

as tendências orientadas a diluí-la no discurso, ou aquelas que pretendem “coisificar” a representação em entidades definidas pelo comportamento individual.

As representações sociais e seu caráter subjetivo

O tema da subjetividade, diferente do que com frequência se afirma, nunca encontrou uma definição ontológica própria na história da Psicologia. Para isso, influenciou muito a associação entre espiritualidade e subjetividade que aconteceu na filosofia metafísica, na qual a subjetividade se separou totalmente do campo da ação humana. Essa dicotomia ao considerar o subjetivo como espiritualidade e a natureza como algo técnico e concreto, que começou na própria filosofia grega, foi se alimentando no desenvolvimento da filosofia moderna, em particular naquela filosofia que estimulou o desenvolvimento das ciências modernas, começando com Bacon e tomando muita força no positivismo. O método e a objetividade baniram do cenário do pensamento tudo o que lembrava aquela subjetividade superior, separada da ação, encarnação máxima da razão humana, que tinha impedido a relação entre o espiritual e a ciência. Essa dicotomia continuou sendo desenvolvida pela filosofia inspiradora da ciência moderna, só que, neste caso, enfatizando o momento da objetividade e da natureza.

Em Psicologia, a subjetividade sempre se apresentou como o que pertencia ao sujeito e, no começo, pela sua orientação individual, foi compreendida como a natureza interna do indivíduo, não ficando clara, porém, sua especificidade ontológica.

A definição ontológica da subjetividade é dada pela produção de uma qualidade nova da psique humana nas condições da cultura, o que faz da subjetividade um momento inseparável do desenvolvimento da humanidade. O subjetivo não é o contrário do objetivo, é uma forma de objetividade, aquela que caracteriza a especificidade qualitativa dos diferentes processos humanos. Toda atividade humana tem um momento subjetivo que não pode ser ignorado, o que até hoje foi profundamente desconhecido em muitos campos da atividade humana.

Um pensador que influenciou muito uma representação diferente da essência humana, facilitando assim a emergência de uma nova psicologia, foi Marx, quando definiu a essência humana como o conjunto das relações humanas. Essa colocação levantada por Marx permitiu integrar a psique ao plano da ação e começar a pensar o seu caráter histórico-social. Nesse sentido da inseparabilidade entre a psique e a ação foi fundamental o pensamento de Dewey. O desenvolvimento dessas idéias marcou o caráter revolucionário da psicologia soviética e as novas representações sobre a psique que este movimento acrescentou ao desenvolvimento da Psicologia.

Nesse movimento apareceram conceitos e representações que permitiram retomar o tema da subjetividade em um outro nível, em particular a partir do trabalho de Vigotsky e Rubinstein. Porém, a interpretação mecanicista e reducionista do marxismo, que caracterizou o poder político soviético, também levou a uma negação da subjetividade por considerá-la uma reminiscência do pensamento idealista.

Sendo assim, no interior da própria psicologia soviética, como tem sido analisado por autores como Chudnovsky (1982), Zinchenko (1997), Menchinskaya (1977) e outros, igno-

rou-se o conceito de subjetividade e foi desenvolvida uma psicologia da atividade que, embora tivesse seus méritos, desconsiderou os aportes de Vigotsky e Rubinstein, que abriram as portas para o desenvolvimento do tema dentro de uma nova perspectiva.

É nessa direção que venho desenvolvendo meu trabalho no tema da subjetividade numa perspectiva histórico-cultural nos últimos vinte anos (GONZÁLEZ REY; MITJÁNS, 1989; GONZÁLEZ REY, 1995, 1997, 2000, 2003, 2004, 2005), e, assim, pretendo fazer a articulação das representações sociais com a subjetividade. Esta aproximação do tema da subjetividade tem na sua base o desenvolvimento sentido da categoria introduzida por Vigotsky na última fase de sua obra.

Pelo fato de ter dedicado a este tema muitos trabalhos anteriores, e pelas limitações próprias que impõe um artigo, me conduzirei a destacar os conceitos de sentido subjetivo e configuração subjetiva (GONZÁLEZ REY, 1995, 1997, 1999, 2003, 2004). Nesses trabalhos referidos, o sentido subjetivo aparece como a “unidade inseparável do simbólico e o emocional, onde um evoca ao outro sem estar determinado por ele” (GONZÁLEZ REY, 2002). O sentido subjetivo sempre aparece associado a definições simbólicas produzidas pela cultura, conceitos e práticas que configuram a nossa realidade social e que constituem a “matéria-prima” de nossa subjetividade.

O sentido subjetivo se expressa de forma permanente na processualidade da ação humana, na qual uma imagem evoca emoções que não estão associadas àquele contexto e que, por sua vez, geram novas imagens, em um processo infinito que marca os diferentes processos e comportamentos presentes nas diferentes atividades humanas. Por exemplo, uma criança em sala de aula, ao perceber uma atitude do professor, mesmo não sendo em relação a ela, pode sentir emoções características de sua relação com o pai, o que lhe traz imagens e reflexões que terminam estrangendo-a, impedindo seu bem-estar e seu rendimento em sala de aula. Esse sentido subjetivo que aparece no contexto da ação social pode iniciar um núcleo de subjetivação que, no seu desenvolvimento, define uma configuração individual em relação ao estudo ou à escola, ou em ambos.

O sentido subjetivo representa a forma como a realidade torna-se subjetiva e está sempre alimentado por uma experiência vivida, só que esta toma um caráter singular a partir dos sentidos subjetivos que intervêm nesse processo no qual participarão não apenas os sentidos produzidos no contexto da ação, mas sentidos historicamente configurados naquele sujeito, o que implica uma complexa rede que tem de ser estudada de forma singular e diferenciada. Essa complexa rede de sentidos subjetivos organizados em relação a um tema ou ação humana é o que definimos como configuração subjetiva.

As representações sociais, em palavras de Moscovici (2003, p. 209-211), representam “um certo modelo recorrente e compreensivo de imagens, crenças e comportamentos simbólicos”. Mais adiante, no mesmo trabalho, o autor explica:

as representações sociais são sociais pelo fato de serem um fato psicológico de três maneiras: elas possuem um aspecto impessoal no sentido de pertencer a todos; elas são a representação de outros, pertencentes a outras pessoas ou a outro grupo; e elas são uma representação pessoal, percebida afetivamente como pertencente ao ego.

É precisamente essa multiplicidade de facetas que faz da representação social uma produção subjetiva complexa que, simultaneamente, está constituída na subjetividade individual e na social. O aspecto emocional que o autor associa à percepção afetiva como pertencente ao ego, na verdade, responde, a nosso ver, aos sentidos subjetivos que em cada sujeito individual se organizam na representação social (GONZÁLEZ REY, 2003). Esta imbricada configuração subjetiva das representações sociais precisa de uma aproximação qualitativa, orientada a estudar em profundidade a expressão dos sujeitos e suas diferentes práticas, como foi feito nos trabalhos de Herzlich (1973) e Jodelet (1989).

Metodologia

O material empírico do presente estudo foi tomado de uma pesquisa mais abrangente intitulada “Identidade e representação subjetiva da doença: seu significado para repensar a prevenção de saúde no câncer e no infarto do miocárdio”. O estudo apóia-se na epistemologia qualitativa (GONZÁLEZ REY, 1997), que destaca o caráter construtivo-interpretativo e dialógico da produção do conhecimento, assim como a significação do singular no conhecimento científico.

Serão apresentados trechos de informação obtidos em conversações individuais com pessoas que estão passando ou passaram pela experiência de ter câncer ou hipertensão. Neste tipo de pesquisa, ao contrário do que acontece na pesquisa hipotético-dedutiva de caráter quantitativa, orientada à medição e à verificação, o processo da investigação orienta-se para a produção de um modelo de inteligibilidade que nos permite avançar na compreensão da organização e dos processos que caracterizam o problema estudado. O valor e a legitimidade do conhecimento passam a estar mais relacionados à viabilidade e ao desenvolvimento de modelos do que a demonstrações pontuais sobre relações entre variáveis.

Referindo-se às exigências epistemológicas da pesquisa social, Moscovici (2005, p. 14) expressou-se recentemente da seguinte forma:

Ainda hoje, o psicólogo e o psicólogo social, particularmente, encaram seus objetos, seus estímulos, à maneira dos físicos, isto é, como dados, data do real. Sua atitude os impede de se lembrarem dos processos mentais, das práticas que produziram tais objetos.

Mesmo que no campo epistemológico tenha crescido a consciência crítica no interior da Psicologia, essas considerações epistemológicas, que vêm praticamente de todos os campos da Psicologia atual, ainda se expressam de uma forma muito tímida no campo da pesquisa psicológica, até pelo fato de as exigências formais da maioria das revistas, no campo da pesquisa, ainda responderem completamente a uma representação metodológica centrada no empírico e numa forma rígida de formalização, que, para muitos, segue sendo sinônimo do “científico”. Para isso contribuiu, e muito, a falta de cultura, de leitura e atualização de muitos psicólogos com capacidade de decisão institucional.

A partir do posicionamento epistemológico que assumi com a definição da epistemologia qualitativa, para encarar os desafios do estudo da subjetividade nesta perspectiva,

venho trabalhando no desenvolvimento de um tipo de pesquisa qualitativa (GONZÁLEZ REY, 2002, 2005) condizente com aqueles princípios epistemológicos que enfatizam os seguintes aspectos:

– A produção de um cenário social que permita a incorporação voluntária dos participantes em condição de sujeitos da pesquisa. Ou seja, a criação de um clima que estimule o interesse dos participantes a se envolverem na investigação e na discussão de temas de sua experiência, permitindo a sua reflexão e a sua emocionalidade, única forma de facilitar a expressão dos sentidos subjetivos. Neste tipo de pesquisa se dá uma particular atenção ao cenário social que estimula a participação e as relações entre os sujeitos.

– Em relação aos instrumentos, propõe-se a ruptura com o ritual da standardização, confiabilidade e validade que caracteriza até hoje o imaginário psicométrico em Psicologia, mas que foi além da psicometria, constituindo-se em parte do imaginário metodológico da Psicologia. O método se associa à via objetiva para garantir a cientificidade do dado. Como coloca Adorno (2001, p. 22): “Em geral a objetividade da pesquisa empírica é uma objetividade do método, não do pesquisado”. Consideramos o instrumento como um indutor da informação numa situação social propiciadora (GONZÁLEZ REY, 2002).

– Propõe-se, também, que se passe de uma “lógica da resposta” para uma “lógica da construção”. Metodologicamente o que nos interessa é que as pessoas falem a partir de suas experiências, se envolvendo em sistemas de conversação que as cativem e lhes permitam expressar-se livremente, sem os recortes arbitrários que as perguntas impõem a partir da lógica do pesquisador. Um dos precursores desses “sistemas conversacionais” foi M. Billig (1987).

– A construção da informação vai ser desenvolvida no próprio processo de emergência da informação. À medida que os participantes se expressam, nos diferentes instrumentos verbais ou escritos, o pesquisador vai desenvolvendo hipóteses, idéias e reflexões que organizam a produção do conhecimento sobre o tema estudado (GONZÁLEZ REY, 2005).

Na presente pesquisa, trabalhou-se com pacientes com câncer e hipertensão. Os instrumentos utilizados foram: sessões de conversação e complemento de frases. Foram feitos estudos de casos, acompanhando cada sujeito de forma diferenciada no curso de vários encontros, o que foi definido de acordo com a necessidade de cada caso.

Análise e construção da informação

Apresentaremos as informações analisando trechos das conversas, assim como as construções feitas no complemento de frases, as quais relacionaremos pelos indicadores para o acompanhamento das hipóteses que levantamos no curso da análise. Os indicadores são essenciais na lógica construtivo-interpretativa que norteia nossas pesquisas, uma vez que eles representam construções hipotéticas formuladas no processo de construção da informação, convertendo-se, assim, nos elementos ao redor dos quais a informação se torna conhecimento produzido. Como afirmamos antes, o objetivo do trabalho é começar a desenvolver modelos teóricos que nos permitam identificar os processos

de subjetivação das doenças crônicas e a significação das representações sociais nesse processo.

Entendemos o modelo de forma muito semelhante ao que foi definido por Bourdieu et al. (1975), como um sistema de hipóteses que se articulam entre si produzindo uma coerência, mas, junto a esse elemento ressaltado pelo autor, acrescentamos que o modelo torna-se responsável por diferentes significações que nos permitem uma representação teórica em desenvolvimento daquilo que é estudado, levando a eixos de construção teórica que se complementam entre si ao longo do processo de construção da informação.

A representação social e o sentido subjetivo da doença

Quando a pessoa recebe o diagnóstico da doença, este é um momento em que o nível de diferenciação de sua resposta subjetiva é extremamente baixo, em particular naquelas doenças associadas com a morte, dado o caráter definitivo e sem opções com que se tem enfrentado o tema da morte em nosso imaginário cultural. É por isso que o momento do diagnóstico torna-se muito significativo para o estudo das representações sociais das doenças.

Por exemplo, M, do sexo feminino, 34 anos, operada de câncer de mama, expressa em relação ao momento em que recebeu o diagnóstico de câncer:

“Não dormia com medo de não acordar. Hoje deixo o barco correr. Engraçado é que quando se tem uma doença como o câncer, começa uma lenta espera pelo fim e, nessa espera, tantas pessoas saudáveis morrem num piscar de olhos, ou seja, troquei minha incerteza de antes para o prazer de estar aqui hoje, junto com os meus e pronto”.

Como resultado de nossas rotinas, do nosso modo de vida carregado no dia-a-dia, geralmente, nós nos sentimos e vivemos o hoje como condição do futuro, ou seja, “trabalhando hoje para recolher amanhã”. Isso, inclusive, tem sido usado por certos regimes políticos e instituições, ao longo da história, para pedir o sacrifício hoje com vistas a garantir o amanhã. Em geral, existe um elemento de sentido subjetivo no imaginário da população ocidental, no qual o tempo não é desfrutado no presente, o que aparece com toda a sua força na representação social da doença. As doenças associadas à morte quebram a temporalidade futura em que se apóia a segurança da pessoa. No nível individual, esse primeiro momento do impacto da morte está subordinado completamente à representação social da doença, mas, progressivamente, vai dando espaço para novos sentidos subjetivos naquelas pessoas que conseguem ir além desse primeiro impacto, o que permite, como no caso de M., a produção de novas representações, alternativas em relação àquelas que são dominantes. Esse indicador, associado à mudança do sentido subjetivo do tempo, que faz parte da representação social da doença e que aparece no trecho apresentado, pode ser visualizado também no complemento de frases quando ela expressa:

Eu gosto muito: *de entrar no mar.*

Considero que posso: *viver cada dia bem.*

Diariamente me esforço: *por não me desanimar.*

O presente: *está aqui.*

Se eu pudesse: *mergulharia no mar à luz do luar com meu marido.*

A vida: *é belíssima. Valorize-a!*

Não posso: *deixar de curtir cada dia.*

Quero viver: *plenamente cada momento.*

A competição: *para mim é um desprazer.*

A mudança do sentido subjetivo do presente, a que M. se referiu no trecho transcrito, reafirma-se nessas frases apresentadas, nas quais o presente não aparece apenas como dimensão temporal, mas como prazeres imediatos do cotidiano, que estão sempre nas possibilidades do dia-a-dia. No entanto, os sentidos subjetivos configurados na representação social do cotidiano, que hegemonomizam um certo modo de vida, impedem-nos de ver. Assim, como o presente aparece como um referente explícito de sua ação e seus esforços, surge o prazer por entrar no mar, pela luz do luar, indicando a abertura de um nível de sensibilidade para aquilo que está no cotidiano do mundo, o que está estreitamente relacionado com o sentido subjetivo da recuperação do presente. Essa recuperação do presente, na sua capacidade de ser vivido por meio de novas emoções e expressões simbólicas, expressa um sentido subjetivo novo, que permite novas opções de vida diante das novas situações.

A representação social da doença configura-se por sentidos subjetivos e práticas simbólicas que fazem parte da rotina das pessoas. Esse cotidiano só pode organizar-se de práticas aceitas e compartilhadas, que são condições sociais das quais derivam a aceitação social, o *status*, o reconhecimento e todas essas dimensões subjetivas do social, que são essenciais para a segurança e a aceitação individual, e que nos fazem viver na competição com os outros. Portanto, a representação social da doença traz muito dos sentidos subjetivos da representação social do cotidiano que, neste caso, aparecem como sentidos subjetivos que contribuem para a desvalorização social e a exclusão do doente e com todas as conseqüências que isso tem em termos da configuração da subjetividade individual.

Consideramos a representação social do cotidiano como o sistema de atividades, crenças e compromissos que o definem como “certo”, integrando as práticas, relações, formas de avaliação e comunicação de um determinado grupo social. Esse cotidiano é a forma como vivemos nossas realidades sociais, que se objetivam nas rotinas e valores do dia-a-dia e que passam a ser consideradas como o “real” para as pessoas.

A aparição de um sentido subjetivo associado ao presente permite à pessoa não se desmobilizar socialmente, mantendo seus interesses pelo trabalho, pela profissão, pelo estudo, pelas atividades culturais e pelos seus relacionamentos sociais. Manter isso significa romper com a exclusão social que coloca o doente como “não útil” e no caminho do fim. Assim, M. expressa no complemento de frases:

Minha principal ambição: *é concluir o mestrado e fazer o doutorado.*

Se trabalho: *me sinto útil.*

Quando estou sozinha: *gosto de deitar e ver um bom filme.*

Meus amigos: *são preciosos.*

Meu grupo: *é seleto.*

As frases anteriores evidenciam que os interesses se mantêm vivos, assim como seu grupo de relacionamentos. A reorganização de sentidos subjetivos lhe permitiu recuperar suas diferentes relações com a vida, mas numa perspectiva diferente do cotidiano e de seu próprio lugar nesse cotidiano. Em outras frases ela coloca:

Cabe a mim: *lutar por mim mesma.*

Dedico a maior parte de meu tempo: *para mim.*

Luto: *contra a dor.*

Se as mulheres: *acreditassem mais em si mesmas seriam mais felizes e menos submissas.*

Eu: *amo ser quem sou.*

Nessas frases evidencia-se o valor que ela sente como pessoa e o direito que atribui a si mesma de cuidar e atender às necessidades de sua vida, o que é fundamental para alcançar essa disposição que ela expressa para lutar pela vida e enfrentar a situação que vive hoje. Resulta interessante sua reflexão associada à questão de gênero e que pode estar associada à nova configuração subjetiva desenvolvida no processo de viver a experiência da doença.

M. também evidencia como sofreu a condição da doença, a partir da representação social dominante associada a tudo o que foi comentado anteriormente. Em vários trechos da conversa ela expressa: “eu não queria falar no assunto, né... a gente fica muito constrangida, eu tinha vergonha de ter o problema que eu tive. Eu acho que a pessoa doente se sente muito inferior”.

Da mesma forma que no trabalho de Jodelet aparece o medo do contágio da loucura, aqui acontece em relação ao câncer, que, sem dúvida, tem muito mais a ver com a insegurança e o medo que estão associados à doença e com a representação social dela, do que com a informação que a pessoa domina, pois a grande maioria da população sabe que o câncer não é contagioso. Esse medo é um sentido subjetivo associado à representação da doença. M. explica: “*muitas (mulheres) têm amizade comigo mas... um pouco assim... de longe; é um oi só, não se aproximam muito... mudou, deixou de ser...*”.

A análise deste caso nos confirma uma forma de observar as representações sociais, não pelos atributos cognitivos declarados pelo sujeito doente, mas pela processualidade de sua fala e de sua expressão aberta, caminho para conhecer tanto os sentidos subjetivos vividos, a partir das representações sociais dominantes, quanto os novos sentidos subjetivos que, na experiência do “estar doente”, lhe permitem processos de subjetivação orientados a seu desenvolvimento pessoal. As representações sociais dominantes nos processos de subjetivação da doença produzem um efeito subjetivo destrutivo sobre a pessoa doente, devido ao seu impacto nas dimensões de sentido subjetivo associadas ao

cotidiano, em termos de temporalidade, aceitação social, incapacidade etc. No nível individual, pelo contrário, a pessoa é capaz de gerar sentidos subjetivos que levam a configurações subjetivas alternativas, facilitadoras do desenvolvimento pessoal.

Esta relação entre representação social da doença crônica e processos de subjetivação individual aparece em muitos pacientes que têm conseguido viver sua doença com qualidade de vida, mantendo sua identidade e sua integração social.

Em outro caso temos M.T., operada de câncer de mama, com 50 anos, também com nível escolar superior, que se expressa em relação à mudança que viveu no processo da doença da seguinte forma:

Acho que hoje eu dou muito menos valor para o dinheiro, dou muito mais valor para a qualidade de vida... porque quando você tem um câncer você tem a impressão que está vendo a morte de perto e todas essas coisas que fazem parte do seu dia-a-dia são uma coisa, assim, que te inspira tanta vida, tudo é diferente, eu me lembro que eu fiquei muito tempo sem trabalhar. Aí teve um dia em que fui para o meu trabalho buscar uns documentos e voltei bem na hora do meio-dia e vim pelo eixo monumental e peguei aquele trânsito, estava um sol quente e eu dentro do carro, mas gente, que felicidade estar no congestionamento, que coisa boa estar sentindo aquele calor, aquele sol, suando, aquele barulho, e engraçado que no mesmo dia eu cheguei com esse pensamento, aí o meu marido chegou em casa dizendo, "eu peguei um congestionamento terrível" e eu fiquei pensando quando você deixa de se envolver no dia-a-dia, você não tem idéia...

Percebe-se, da mesma forma que em M.T. e em muitas pessoas por nós estudadas, o valor do presente, de viver os detalhes aparentemente sem importância do cotidiano, mas que encerram uma expressão de vida despercebida pela representação social que norteia a nossa forma de viver esse dia-a-dia, e que é responsável por uma realidade social que não é mais do que o resultado da subjetividade social dominante, à qual nos subordinamos completamente sem ter consciência disso.

A representação social da doença não se apresenta apenas em significados "limpos" suscetíveis de serem falados de forma imediata perante um questionário. A representação social aparece associada a sentidos subjetivos diferenciados, associados a práticas simbólicas e sistemas de avaliação social que passam a se naturalizar, eliminando outras formas de viver e sentir essa realidade do mundo, infinitamente mais complexa e cheia de opções do que o mundo restrito e definido pelas nossas produções subjetivas. Se esse deslocamento do foco dos processos de subjetivação não acontece, as pessoas portadoras das doenças, que entram em contradição com as representações sociais dominantes, não têm a menor condição de ter uma vida saudável.

Nos trechos e frases apresentados, percebe-se que a representação social da doença se expressa por meio de um conjunto de sentidos subjetivos associados às práticas sociais, como o da temporalidade. O câncer traz uma ruptura com a temporalidade situada no futuro. O sentido subjetivo da morte, que faz essa temporalidade aparecer como "morte sentida" e iminente, é um elemento muito importante da representação social do câncer. A morte, nesta perspectiva, deixa de ter um significado com o qual transitamos num plano intelectual, para converter-se em uma emoção esmagadora e intensa,

desdobrada em múltiplos processos simbólicos como aqueles que impedem M. de dormir. Os sentidos subjetivos da morte e da temporalidade são inseparáveis na representação social do câncer. Só a produção de novos sentidos subjetivos, como acontece em ambas as pacientes, permite um processo de subjetivação sadio da doença.

A representação social do cotidiano, o que perpetuamos pela força subjetiva de ser a “única opção de vida”, surge como elemento de sentido subjetivo do câncer. Ao não poder manter esse modo de vida que garante o nosso espaço social, o sentido de perda irreparável aparece de forma muito forte. Desse modo de vida assumido vão depender os sistemas de avaliação social, o reconhecimento e os sentidos subjetivos associados à vivência de auto-estima, inseparáveis de nossa identidade.

Essa pressão do social no cotidiano apareceu com clareza no trabalho de Herzlich (1973, p. 30) em outro contexto cultural e temporal, quando um dos participantes de sua pesquisa expressou-se: “É muito difícil mudar o nosso modo de vida atual. Se você deseja, como indivíduo, viver de uma forma mais balanceada, você será profissionalmente e pessoalmente destruído”. A representação social do cotidiano, na qual o tempo é ação relacionada ao ganho econômico e em que se valoriza a ocupação total, está apoiada em um modo de vida centrado no consumo, no qual você deve possuir um conjunto de bens como condição de *status* e de reconhecimento social. As suas possibilidades econômicas passam a definir seu valor nos diferentes espaços sociais, em grande parte, porque muitas pessoas sentem, pelo menos, que conquistaram esses espaços pelas suas possibilidades econômicas.

A representação social do cotidiano define um conjunto de práticas e processos em que se expressam os sentidos subjetivos compartilhados das diferentes esferas da subjetividade social. A representação social da doença concentra precisamente esses mesmos elementos na sua expressão negativa, o que leva a se considerar a doença como a impossibilidade de acompanhar aquele sistema de práticas e valores em que está sedimentada a condição de sucesso social. É por isso que os sujeitos portadores de doenças associadas à idéia de morte ou limitação social passam a ter seu valor diminuído naqueles espaços definidos pela representação social do cotidiano, que foi gerada a partir do nível atual da sociedade de consumo.

A representação social da hipertensão já apresenta características diferentes daquela que caracteriza o câncer. A hipertensão é percebida como um mal que pode ser controlado com medicamento e que, portanto, se controlada, “não mata”.

No estudo de casos com L.M., paciente hipertensa de 45 anos, separada e mãe de duas filhas, percebe-se a diferença entre a representação social do câncer e da hipertensão. Para L.M. a hipertensão:

agora é só dor de cabeça, e como eu já tenho há mais de dez anos, não faz muita diferença. E o dia que ela está muito alta, dá tontura, mas é muito raro isso[...] não sinto nada, para mim é como se não tivesse problema de pressão alta[...] Eu sei que com o tempo você tem que se cuidar, porque você pode ter derrame. Mas isso aí é pressão alta por muito tempo[...].

Nas colocações de L.M., percebe-se não apenas um profundo desconhecimento da significação da pressão alta para a saúde, mas também uma representação social em que

esta aparece associada a uma doença que avança de forma crônica no tempo, não tem problema quando não há um sintoma, e seus danos se mostram somente numa temporalidade distante. É interessante como a não-associação com a morte converte-se em uma limitação para o desenvolvimento de novos sentidos subjetivos, permitindo a expressão de atividades e comportamentos que facilitem o controle da doença e uma melhor qualidade de vida. Isso se vê reforçado pela própria posição dos médicos, centrada na indicação de medicamentos, o que leva muitos pacientes a colocarem na medicação a opção de cura, ignorando completamente o modo de vida.

L.M., em outro fragmento de conversação, expressa:

O que me estressa é trabalhar um monte e não ter dinheiro para fazer as coisas, eu vou continuar trabalhando um monte e não tendo dinheiro. Como vou mudar isso? Não tem como mudar[...]. De todas as coisas que o cardiologista falou, a única coisa que eu poderia fazer para mudar é fazer exercício[...] eu não faço exercício, é preguiça, eu sei que é [...] a gente nunca tem tempo, e o tempinho que eu teria para deixar numa rede, assistir televisão, ler um livro, eu teria que fazer exercício. Eu não gosto de fazer exercício, e eu não teria nem um tempinho para descansar, fazer o que eu gosto. Então eu não faço.

Percebe-se no depoimento anterior de L.M. que ela não tem desenvolvido novos sentidos subjetivos ante a doença, o que a diferencia das pacientes que tiveram câncer, analisadas anteriormente. A hipertensão, pela sua própria representação social, não tem um impacto no sujeito que lhe permita, como acontece no caso do câncer, desenvolver novos sentidos subjetivos e ir além dos constrangimentos atuais definidos e naturalizados na representação social do cotidiano. L.M. está totalmente presa a seu modo de vida atual, o qual parece bastante alienado.

A forma de vida de L.M., que sente isso como inevitável, é muito prejudicial para sua saúde, evidente quando ela lembra como uma “maravilha” uma internação hospitalar a que teve de se submeter, como resultado de uma crise de hipertensão. L.M., lembrando aquela experiência, diz:

uma maravilha, que saudade que eu tenho do hospital, não recebia ligação, não podia receber visita a não ser de minhas filhas, que escolhi para poderem me visitar. Telefonema era um por dia, e escolhia de quem queria receber[...] Não tinha problema, pra começar que não tinha que fazer nada, o máximo que eu tinha que fazer era arrumar a minha cama, conversava com o pessoal[...] Dormia legal, depois do almoço[...] umas férias, ótimo! Tomava remédio, fazia terapia ocupacional, que era ótimo: pintava, desenhava, fazia uma hora de sessão com o psiquiatra. Foi um descanso, uma maravilha.

É muito interessante observar que muitas coisas, das quais ela gostava no hospital, eram atividades que poderia fazer em sua vida cotidiana. Por exemplo: desligar o telefone e não receber chamadas, reunir-se com quem gosta, pintar, desenhar etc. No entanto, ela não mostrava capacidade de assumir decisões que gerassem conflito com os sentidos subjetivos dominantes na representação social de cotidiano, nos quais ela estava imersa. Essas mesmas situações que ela desfrutou no hospital pareciam não ser possíveis na representação social de cotidiano que ela compartilhava.

A representação social do cotidiano de L.M. é muito semelhante à de M. e M.T., só que neste caso a doença não é percebida como um perigo de vida, o que não facilita a emergência de novos sentidos subjetivos em L.M., que lhe permitam mudar “o mundo social” produzido pelas suas representações sociais. No complemento de frases estão expressos, de formas novas, os sentidos subjetivos que governam o seu modo de vida e que lhe incomodam, mas diante dos quais não tem opções subjetivas no momento atual. Nas frases a seguir, ela expressa:

Eu gosto: de praia, de mar, de ficar sozinha, sem horário e sem compromisso à beira-mar.

Lamento: não ter me rebelado contra o tipo de vida atual e carregado minhas filhas para o interior.

Meu maior problema: é não ter ânimo para fazer exercício.

Tratarei: de conseguir um tempinho para fazer o que gosto.

Nessas frases ela mostra consciência do que gostaria e certa rejeição ao seu mundo atual, o que vem a ser mais um indicador do aparecimento de um certo mal-estar atual dela com a forma como tem vivido. Mas, mesmo tendo consciência, é incapaz de propor alternativas, pela impossibilidade de gerar sentidos subjetivos que lhe permitam opções. A representação social que compartilha dentro do seu cotidiano, unida por múltiplos elos ao funcionamento da subjetividade social, lhe impede alternativas de subjetivação individual.

Conclusões

O presente trabalho traz novamente para discussão do próprio conceito de representação social evidências sobre a forma como as representações atuam, como sentidos subjetivos no nível da subjetividade individual. As representações sociais dominantes definem sentidos subjetivos que limitam as opções da subjetividade individual, mesmo que, em situações críticas, este mesmo conflito converta-se num facilitador para o desenvolvimento de novos sentidos subjetivos.

A representação social aparece de forma direta e indireta, não apenas em forma de juízos e conceitos claros, mas como efeitos indiretos, que definem sistemas de práticas compartilhadas, institucionalizadas e avaliadas de determinada forma em diferentes contextos educacionais. No trabalho, evidencia-se o vínculo das representações sociais com outros sentidos subjetivos configurados na subjetividade social.

As doenças crônicas, como toda experiência humana expressa, estão inseridas em uma produção subjetiva, social e individual que é parte de sua qualidade e tem um valor central no processo de cura e na qualidade de vida dos pacientes.

A representação social diferenciada do câncer e da hipertensão, que está constituída de diversas formas na subjetividade individual, é elemento essencial a ser considerado no trabalho de prevenção e promoção de saúde, pois os sentidos subjetivos que são produzidos na experiência de “estar doente” podem converter-se em sérias limitações ou não para o desenvolvimento de um modo de vida sadio, aspecto importante do complexo processo de recuperação da saúde.

Referências

- ADORNO, T. **Epistemología y ciencias sociales**. Valencia: Frónesis, 2001.
- BILLIG, M. **Arguing and thinking: a rhetorical approach to social psychology**. Cambridge University Press, 1987.
- CHUDNOVSKY, V. E. **Psikjologia lichnosti (Psicologia da personalidade), voprosi psikologii (questões da psicologia)**. Moscou, n. 4, p. 39-53, 1982.
- DUVEEN, G. Introdução. O poder das idéias. In: MOSCOVICI, S. **Representações sociais. Investigações em psicologia social**. Petrópolis: Vozes, 2003.
- GONZÁLEZ REY, F. **Personalidade, saúde e modo de vida**. São Paulo: Thomson, 2004.
- _____. **Pesquisa qualitativa e subjetividade: caminhos e desafios**. São Paulo: Thomson, 2002.
- _____. **Pesquisa qualitativa e subjetividade: os processos de construção da informação**. São Paulo: Thomson, 2005.
- _____. **Problemas epistemológicos de la psicología**. México D.F.: Colegio de Ciencias Sociales y Humanidades, Universidad Autónoma de México, 1993.
- _____. **Epistemología cuantitativa y subjetividad**. São Paulo: Educ, 1997.
- _____. **Personalidad, comunicación y desarrollo**. Habana. Pueblo y Educación, 1995.
- _____. O emocional na constituição da subjetividade. In: LANE, S.; ARAUJO, Y. **Arqueologia das emoções**. Petrópolis: Vozes, 2000. p. 37-56.
- _____. Repenser les fondements épistémologiques de la recherche en psychologie sur les représentations sociales. In: GARNIER, C.; DOISE, W. (Eds.). **Les représentations sociales balisage du domaine d'études**. Montreal: Éditions Nouvelles, 2002. p. 241-264.
- _____. **Sujeto y subjetividad: una aproximación histórico-cultural**. México D.F.: Thomson, 2002. São Paulo: Thomson, 2003.
- GONZÁLEZ REY, F.; MITJANS, A. **La personalidad: su educación y desarrollo**. Habana: Pueblo y Educación, 1989.
- HERZLICH, C. **Health and illness. A social psychological analysis**. London: Academic Press, 1973.
- JODELET, D. **Loucuras e representações sociais**. Petrópolis: Vozes, 2005.
- LAZARUS, R. **Estrés y emoción. Manejo e implicaciones en nuestra salud**. Bilbao: Desclée De Brouwer, 1999.
- MENCHINSKAIA, N. Osbovoditciya vliyaniya operacionalizma (Liberar-se da influência do operacionalismo, p. 40-52. In: MENCHINSKAIA, N.; FARAPANOVA, Z. A. (Eds.). **Problemy deital'nost v sovietskoj psikologii**. Moscou: Academia de Ciências Pedagógicas de Moscou, 1977.
- MOSCOVICI, S. **Representações sociais. Investigações em psicologia social**. Petrópolis: Vozes, 2003.

MOSCOVICI, S. Sobre a subjetividade social. **Memória, imaginário e representações sociais**. Rio de Janeiro: Museu da República, 2005.

ZINCHENKO, V. La teoría sociocultural y la teoría psicológica de la actividad: revisión y proyección hacia el futuro. In: WERTSCH, J.; RIO, P. del.; ÁLVAREZ, A. **La mente sociocultural: aproximaciones teóricas y aplicadas**. Madrid: Infancia y Aprendizaje, 1997. p 35-47.

Contato:

Fernando González Rey
SQS 407, Bloco R, apto. 206
Brasília – DF
CEP 70256-180
e-mail: gonzalezrey@terra.com.br

Tramitação

Recebido em junho de 2006

Aceito em agosto de 2006

O jogo de areia no atendimento psicológico de paciente com membro inferior amputado

Natasha Frias Nahim Bazhuni

Paulo Afrânio Sant'Anna

Universidade Presbiteriana Mackenzie

Resumo: Pacientes cardiopatas têm circulação sanguínea diminuída, o que pode gerar a necrose de tecidos. O estágio final da doença resulta na amputação do membro afetado, influenciando diretamente a imagem corporal e a identidade. O tratamento psicológico visa a promoção e manutenção da saúde, minimizando conseqüências negativas para a saúde mental do paciente. Objetivou-se verificar a experiência psíquica de um paciente cardíaco internado em processo de amputação por meio da sua expressão no jogo de areia. Utilizou-se a entrevista clínica, o desenho da figura humana e o jogo de areia com adaptações. Foi evidenciada a expressão de temas relacionados à doença e ao tratamento, seu significado, o medo da morte, além de aspectos psicodinâmicos da personalidade. Observa-se a relação do sintoma corporal com conteúdos emocionais de grande intensidade no nível psíquico. O jogo de areia promoveu por meio da ação lúdica a expressão e a elaboração de conteúdos ansiosos relativos à doença. A utilização dos referidos instrumentos resultou em aberturas para outros níveis de compreensão por parte do paciente.

Palavras-chave: psicologia hospitalar; paciente amputado; jogo de areia.

EL JUEGO DE ARENA EN LA ATENCION PSICOLOGICA DEL PACIENTE CON MIEMBRO INFERIOR AMPUTADO

Resumen: Pacientes cardiopatas tienen circulación sanguínea disminuida lo que puede generar la necrosis de tejidos. El estagio final de la enfermedad resulta en la amputación del miembro afectado, influenciando directamente la imagen corporal y la identidad. El tratamiento psicológico tiene como objetivo la promoción y la mantención de la salud minimizando consecuencias negativas para la salud mental del paciente. El objetivo fue verificar la experiencia psíquica de un paciente cardíaco internado en proceso de amputación por medio de su expresión en el juego de arena. Se utilizó la entrevista clínica, el dibujo de la figura humana y el juego de arena con adaptaciones. Se evidenció la expresión de temas relacionados a la enfermedad y al tratamiento, su significado, el miedo de la muerte, además de aspectos psicodinámicos de la personalidad. Se observa la relación del sintoma corporal con contenidos emocionales de grande intensidad en el nivel psíquico. El juego de arena promovió por medio de la acción lúdica la expresión y la elaboración de contenidos ansiosos relativos a la enfermedad. La utilización de los referidos instrumentos resultó en aperturas para otros niveles de comprensión por parte del paciente.

Palabras clave: psicologia hospitalar; paciente amputado; juego de arena.

THE SANDPLAY ON PSYCHOLOGICAL ATTENDANCE OF AN AMPUTATED INFERIOR MEMBER PATIENT

Abstract: Cardiac patients have decreased sanguine circulation, which can cause necrosis. At the final stage of the disease, the member is amputated and as a consequence the body image and the identity are influenced. The psychological treatment is important in the promotion and maintenance of health, minimizing mental health consequences. The objective was to verify the psychic experience of an hospitalized amputated patient through his expression on sandplay. It was used clinical interview, the drawing of human being figure and adapted sandplay technique. Themes related to the disease were expressed, as well as their meaning, fear of death, revolt against the illness and psychodynamic aspects of personality. Results showed that the body symptoms were related with intense emotional contents at the psychic level. The sandplay promoted through the playful action the expression and elaboration of anxieties contents related to the disease. The utilization of these instruments contributes to new levels of understanding by the patient.

Keywords: hospital psychology; amputated patient; sandplay.

Introdução

De acordo com estatísticas realizadas pelo Ministério da Saúde – BR (2003), as doenças cardiovasculares são as maiores responsáveis pelo número de mortes no país. Destas, 30% são decorrentes de infarto agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral e de outros problemas ligados ao sistema circulatório. Esses dados implicam altos custos de hospitalização e reabilitação, além de aumento nos índices de afastamento do trabalho, com amplos efeitos sociais e emocionais.

De acordo com pesquisa de Flannery e Faria (1999), realizada na Flórida, Estados Unidos, estima-se que 10% das pessoas com mais de 70 anos têm insuficiência vascular periférica. Com o aumento da população de idosos nos Estados Unidos, fato que também ocorre no Brasil, o maior alvo da saúde pública é o tratamento de doenças crônicas. Os autores afirmam ainda que muitos cardiopatas com insuficiência vascular periférica se- vera evoluem para amputação devido à má circulação sangüínea que ocasiona necrose do tecido.

A amputação é definida como “a retirada, geralmente cirúrgica, total ou parcial de um membro” (CARVALHO, 2003, p. 11). Este procedimento está associado à alta mortalidade operatória, baixos índices de reabilitação, altas taxas de mortalidade tardia e acomete em maior número pessoas na faixa etária de mais de 50 anos. Na amputação, a perda total ou parcial de um membro influencia diretamente a imagem corporal do paciente e, por conseqüência, a estrutura de sua identidade. Assim, torna-se questão importante no processo de reabilitação oferecer tratamento que vise minimizar os efeitos psicossociais da perda de um membro, o que demanda uma abordagem global e multiprofissional do paciente, que garanta ao máximo suas potencialidades físicas e psicológicas.

Rial (1989) discute o trabalho de reabilitação em pacientes amputados em decorrência de afecções vasculares sob enfoque multidisciplinar. Enfatiza o papel do paciente e da família no processo de reabilitação, defendendo a utilidade da intervenção psicológica e a avaliação psicossocial para o processo de reabilitação. Para Knetsche; Leopold e Brage (2001), nos casos de amputação a natureza dos processos pré-operatório, operatório e pós-operatório estabelece o grau de sucesso do procedimento. Os trabalhos imediatos de reabilitação e psicoterapia têm papéis igualmente fundamentais.

Romano (1999) aponta que os profissionais da saúde reconhecem aspectos inconscientes conflituosos que podem afetar a eficácia do tratamento, por isso a importância da inserção do acompanhamento psicológico no mesmo. É preciso levar o paciente a se engajar no tratamento. Nesse sentido, a autora refere que as reações diante da doença e a tomada de decisões, diretamente relacionadas às chances de sobrevivência, podem ser alteradas pelos aspectos emocionais.

Existem diferentes espaços físicos no hospital, como pronto-socorro, ambulatório, centro de terapia intensiva e enfermaria. Cada setor tem sua especificidade e seu objetivo e, portanto, é necessário adaptar a metodologia e a técnica empregadas a estes diferentes contextos para que sejam mais adequadas e eficientes.

No atendimento em enfermaria, o psicólogo tem de lidar com variáveis orgânicas, ambientais e sociais que estão inter-relacionadas e agem diretamente no trabalho a ser

realizado. É nesse contexto que o psicólogo encontra o paciente e é sob essas condições que tem de trabalhar. Levando-se em conta essas variáveis e que o período de permanência na internação é variável, com tendência a diminuir cada vez mais, é preciso que se estabeleça um plano de atendimento que contemple essas especificidades e ao mesmo tempo ofereça benefícios ao paciente. Por isso abordagens focais têm sido empregadas com mais frequência visando promover a adaptação do paciente ao hospital, por meio da melhor compreensão da doença e do tratamento.

Romano (1999) afirma que a inserção de recursos terapêuticos que favoreçam uma intervenção mais adaptada aos atendimentos em contexto hospitalar é um grande desafio da atuação do psicólogo. As técnicas expressivas e projetivas são recursos importantes para a intervenção psicológica em ambiente hospitalar, na medida em que facilitam a comunicação entre paciente e psicólogo e favorecem a expressão de estados emocionais ainda pouco elaborados conscientemente.

Com este objetivo, o jogo de areia tem sido adaptado para ser utilizado em leito hospitalar mediante a construção de uma caixa de areia portátil. Estudos realizados por Sant'Anna (2001) e Sant'Anna e Chagas (2003) verificaram que a caixa portátil atende às necessidades de atendimentos em leitos hospitalares, uma vez que oferece a possibilidade de expressão de conteúdos relativos à experiência de hospitalização, favorece o estabelecimento de um vínculo terapêutico imediato e interfere minimamente na rotina hospitalar. Discutem-se também as limitações relativas ao uso da areia com pacientes com risco de infecção. Nesse sentido, é indicada a discussão prévia com a equipe médica para a avaliação dos riscos e um tratamento especial da areia que pode até ser renovada a cada aplicação.

O jogo de areia ou *sandplay*¹ é uma técnica terapêutica que se fundamenta na Psicologia Analítica de C. G. Jung. Portanto, parte do pressuposto de que o processo de cura se dá pela ação de mecanismos auto-reguladores que se expressam paralelamente nos planos físico e psíquico. O objetivo da psicoterapia e dos instrumentos terapêuticos é favorecer esse processo e torná-lo acessível à consciência do paciente. A idéia central do jogo de areia é a de que ao construir ludicamente uma cena na areia, conteúdos inconscientes podem ser expressos e tornados conscientes (KALFF, 1993). Assim, cria-se um espaço expressivo, livre e protegido, que favorece o movimento compensatório proveniente do *self* e a cura psíquica.

Por ser uma técnica que prioriza a expressão não-verbal tem sido referida como muito eficaz na expressão e elaboração de experiências que ainda não encontraram uma formulação verbal adequada, como, por exemplo, momentos de ruptura ou mudanças bruscas. Nesse sentido, a sua aplicação em situações pós-traumáticas merece ser mais bem explorada e investigada.

Partindo das questões acima, o presente trabalho teve como objetivos: a) verificar a aplicabilidade do jogo de areia em contexto hospitalar, especialmente com pacientes em

¹ Sobre a denominação cabe esclarecer que os autores optaram pela expressão em português "jogo de areia", que vem sendo empregada por pesquisadores brasileiros que enfatizam outras possibilidades de utilização desse instrumento não previstas na proposta original, entre elas o uso projetivo e interventivo.

leito; b) verificar a experiência subjetiva de um paciente cardiopata com amputação de membros inferiores por meio das expressões no jogo de areia, das vivências relativas ao processo de adoecimento, de hospitalização e à perda de um membro.

A discussão apóia-se na psicologia analítica que entende a doença como um aspecto da função auto-reguladora da psique, como indicado anteriormente. Assim, o sintoma é visto como expressão da dinâmica entre consciente e inconsciente. Enfatizando essa visão, Ramos (1995) afirma que Jung entendia o desvio da normalidade como uma tentativa da psique de corrigir uma atitude unilateral da consciência. O sonho, por exemplo, teria este propósito. Jung propõe a abordagem finalista unida ao método de amplificação para a compreensão do sonho. Do mesmo modo, isso ocorre na doença e a utilização deste método levaria a integração à consciência do que foi reprimido ou não vivido.

A autora ainda aponta que os eventos psíquicos e orgânicos estão inter-relacionados por meio do conceito de sincronicidade, constituindo expressões parciais do *self* (RAMOS, 1994).

Metodologia

Apoiado em uma perspectiva de pesquisa qualitativa, realizou-se um estudo de caso sobre um atendimento realizado em um hospital público do Estado de São Paulo, com um paciente cardiopata, adulto, com indicação de amputação de membros inferiores, abrangendo os períodos pré e pós-operatórios em enfermaria. Partiu-se do procedimento-padrão de atendimento psicológico em leito adotado na instituição e foi-se introduzindo os elementos clínicos de acordo com a disponibilidade e o movimento do paciente. O número de sessões, o número de cenas e as condições de aplicação foram determinados pelo contexto. Os atendimentos foram realizados por um dos autores da pesquisa que estava inserido na instituição na condição de estagiário, o que caracteriza uma relação participante com o universo estudado.

Foram utilizados como procedimentos de coleta de dados a entrevista clínica, o desenho da figura humana (DFH) e o jogo de areia. A seleção do paciente-colaborador foi feita por meio de encaminhamento da enfermagem do hospital que estava previamente informada sobre os critérios de inclusão: indicação de amputação de membros inferiores em decorrência de problemas cardiovasculares e a disponibilidade e anuência da pessoa em participar dos atendimentos durante o período de internação e da pesquisa.

Medidas de avaliação

A entrevista clínica

Para Trinca (1984), a entrevista clínica é definida como um conjunto de técnicas de investigação, que tem um tempo delimitado e é dirigida por um entrevistador. Por meio desta pode-se descrever e avaliar aspectos pessoais que permitem eventos, fazer inferências e chegar a algumas conclusões. A entrevista clínica é o único instrumento capaz de adaptar-se às diferentes situações clínicas. No presente estudo, optou-se pela entrevista

semi-estruturada visando garantir as informações necessárias para o atendimento e para a pesquisa e ao mesmo tempo oferecer espaço para a livre expressão do paciente. Na sua estruturação foram considerados os aspectos inerentes ao contexto hospitalar, como a presença de outras pessoas (profissionais, familiares) ou o próprio lugar em que é realizado o atendimento – quarto de enfermaria –, que não oferece privacidade ou sigilo. O registro das entrevistas ocorreu em momento posterior por meio de relatório.

O desenho da figura humana

Para Martins (2001), pelo DFH a pessoa pode refletir aspectos de sua experiência subjetiva, favorecendo o diagnóstico de dificuldades emocionais em criança com problemas orgânicos. A análise do DFH revela uma preocupação com o corpo em pessoas portadoras de deficiências orgânicas, refletido na representação da auto-imagem. Atualmente o DFH é um teste utilizado com grande frequência em pesquisas por ser uma técnica abrangente, simples e objetiva. Do ponto de vista da avaliação dos aspectos estruturais e dinâmicos da personalidade, é importante ressaltar que Machover recomenda a realização de um inquérito ou construção de uma história sobre a figura (MARTINS, 2001).

O jogo de areia ou *sandplay*

Técnica terapêutica expressiva, projetiva, não-verbal e não interpretativa criada por Dora Kalff, na década de 1950, que a utilizava em psicoterapia individual de crianças e adultos. O instrumento consiste em uma caixa de tamanho padronizado (72 x 50 x 07 cm), tendo o seu fundo e lados pintados na cor azul, preenchida com areia seca ou molhada até a metade. Além da caixa com areia, trabalha-se com miniaturas representativas de diversas dimensões da realidade ou da fantasia – figuras fantásticas e religiosas, animais domésticos e selvagens, figuras humanas variadas que expressam funções familiares ou sociais, veículos de transporte, objetos, móveis domésticos e elementos da natureza. Em função do contexto desta pesquisa, priorizou-se a inclusão de elementos relacionados ao ambiente hospitalar e optou-se pelo uso de uma caixa com dimensões menores, adaptada e desenvolvida por Sant'Anna (2001) para o atendimento em leito.

A referida caixa é portátil, podendo ser facilmente transportada ao hospital e levada de um leito a outro sem grandes intervenções no ambiente hospitalar. A forma de aplicação e registro também foi adaptada às diferentes situações hospitalares. Graças aos resultados favoráveis obtidos em estudos preliminares (CHAGAS; FORGIONE, 2002; SANT'ANNA; CHAGAS, 2003) optou-se por utilizá-la nos atendimentos realizados no presente trabalho.

A aplicação do jogo de areia inicia-se a partir do contato com a areia, o que favorece a modulação do estado mental e a configuração de fantasias que podem resultar na construção de uma cena, com ou sem o uso de miniaturas. Devido ao seu caráter fluido, a areia favorece uma abertura para o inconsciente e ao mesmo tempo oferece uma possibilidade de formatação das imagens que surgem do inconsciente como reações imagéticas à determinada situação psíquica.



Procedimentos

Realizou-se um atendimento psicológico breve em enfermaria de um hospital público da cidade de São Paulo constituído por:

- a) Uma entrevista inicial no período pré-operatório, na qual se estabeleceu o contrato e enquadramento do atendimento, incluindo a proposta de pesquisa. Foi apresentada a possibilidade do uso do jogo de areia e, após concordância do paciente, foi solicitado que assinasse o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido². Investigaram-se questões relacionadas ao processo de hospitalização e à relação do paciente com a doença e seus sintomas. Aplicou-se o DFH com o objetivo de obter dados projetivos desta relação.
- b) Quatro atendimentos clínicos em enfermaria no período pós-operatório com duração aproximada de duas horas, sendo que o jogo de areia foi inserido somente nos dois primeiros. Nas sessões com o jogo de areia, primeiramente averiguou-se o estado geral do paciente, especialmente no tocante à intensidade da dor, e, em seguida, foi feita a proposta de montar uma cena na caixa de areia. Na primeira sessão, o tema foi livre e na segunda foi proposto o tema “perdas”. Algumas intervenções verbais foram feitas no sentido de esclarecer dúvidas do paciente. Após a realização da cena, deu-se a seguinte instrução: “Agora gostaria que você me contasse uma história sobre essa cena”. Após o relato da história foi perguntado ao paciente se gostaria de efetuar alguma modificação na cena e solicitado um título para a mesma. Na sequência, discutiu-se o que a cena, juntamente com as associações do paciente, tinham em comum com sua vida. Ao final registrou-se a cena por meio fotográfico.

Nas duas últimas sessões, o jogo de areia não foi utilizado a pedido do próprio paciente, pois este queria discutir questões relacionadas à amputação.

² Aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Presbiteriana Mackenzie e do Hospital Público de São Paulo no qual se realizou a pesquisa.

Análise dos dados

Os dados obtidos no desenho da figura humana foram analisados de acordo com a sistematização e padronização para a população brasileira descrita por Kolck (1984). No que diz respeito ao jogo de areia, os dados foram analisados sob a perspectiva da abordagem imagética, ou seja, buscando-se na própria imagem expressa na cena e na história referências para a sua leitura e compreensão. Observaram-se fatores como a composição geral da cena, a disposição e a natureza das miniaturas, a relação entre elas, o processo de construção da cena, o título dado, a história relatada e as associações. Também se consideraram os elementos do relato verbal como a facilidade ou dificuldade de expressão de afetos, reações de ansiedade e sentimentos depressivos.

A integração dos dados foi analisada qualitativamente de acordo com o enfoque teórico da psicologia analítica, buscando-se evidenciar a dinâmica psíquica do paciente e suas possíveis relações com as manifestações somáticas.

Descrição do caso

História clínica

Paciente do sexo masculino, com 35 anos de idade, vive com uma mulher há mais de cinco anos e não tem filhos. Procedente do Nordeste do país. Seu diagnóstico foi de insuficiência vascular periférica severa. Fazia uso do medicamento Dolantina. Seu nível de escolaridade corresponde ao ensino médio completo. Estava de licença médica desde o início da doença, porém continuava empregado como auxiliar de serviços gerais. Começou a freqüentar o setor da "Vascular" do Hospital desde julho de 2003, época em que se internou para a realização da amputação. Não fazia acompanhamento psicológico nem psiquiátrico. Em 2003 foi realizada a primeira cirurgia para revascularização da perna esquerda e enxerto na veia. Os dados obtidos no prontuário referiam que o paciente apresentava-se adequado às condições hospitalares, sem referências a comportamentos que chamassem a atenção. Dois meses depois foi internado para realização da segunda cirurgia, na qual houve amputação de dedão e revascularização da mesma veia anterior. Com o insucesso deste procedimento, outra cirurgia foi realizada, com amputação ao nível do joelho. Na entrevista inicial, observou-se que suas funções mentais estavam preservadas, com discurso organizado e orientação auto e alopsíquica. No entanto, apresentou alteração de humor, estando deprimido e ansioso. Sobre os aspectos psicodinâmicos pode-se ressaltar: negação do motivo de sua doença, dúvidas sobre a natureza da mesma, sentimentos de culpa e abandono e desconfiança dos médicos e dos procedimentos clínicos. Diante da doença apresentava conformação, impotência, racionalização e dificuldade em sustentar a dor.

Entrevistas clínicas

Atendimento 1: entrevista inicial com aplicação do DFH

Relato

O paciente afirma inicialmente que seu problema é decorrente de uma "micose" na unha e por isso havia chegado a este estado. Depois relata que deixou cair uma pedra

"[...] os médicos nunca explicam direito o que a gente tem e como é direitinho, só falam que vai ter que fazer cirurgia e pronto". O vínculo ambíguo com os médicos e o tratamento aparece em outros momentos: "Da terceira vez que eu fui já falaram que era tarde demais pra tirar a unha e foi ficando preto", parece justificar a sua doença culpando os médicos. Nesse caso, o médico, que é responsável pela doença, torna-se também o responsável pela cura "[...] ele [Deus] lá em cima e os médicos aqui embaixo". Entretanto o paciente não assume a sua responsabilidade diante do seu quadro clínico, ignora a doença cardíaca e o machucado no trabalho não tratados, mantendo-se numa posição infantil de responsabilizar o outro.

Quando diz: "Se tem que fazer é melhor fazer logo, porque eu sinto muita dor". De qual dor fala? Da dor física do membro necrosado ou da dor psíquica decorrente da doença? Observa-se que há um estado de extremo sofrimento psíquico à medida que se utiliza com frequência de mecanismos de defesa como negação, racionalização – "Mas isso é melhor do que perder o pé" – projeção – "os outros dizem que ser amputado é difícil" – e deslocamento – ao deslocar a preocupação com seu corpo para a questão profissional: "Eu quero o meu dinheiro! Meus direitos", e: "Ele [patrão] não poderia ter feito isso [não pagar seus direitos] não [...] não é justo e é o que mais tá me preocupando[...]".

A perspectiva negativa que a doença apresenta só é quebrada quando o paciente refere querer "aprender a andar de outro jeito". Nesse ponto percebe-se um esboço de movimento de adaptação à sua nova condição, que do ponto de vista prospectivo pode ser um indicador positivo sugerindo um potencial de reação.

Considerando o sintoma como uma metáfora, busca-se na história de vida do paciente o que foi "amputado". Na sua trajetória de imigrante, observa-se uma seqüência de perdas e rupturas que culminaram na amputação: deixa a família, a cultura de origem, submete-se a situações de trabalho extremamente negativas, perde o pouco que conquistou etc. Nesse processo, distancia-se de seus sentimentos, focando sua vida na luta pela sobrevivência. O coração, órgão metafórico dos sentimentos, não funciona bem, não faz o sangue circular, gerando estagnação e morte.

Quanto aos aspectos estruturais, o DFH revela que o paciente não apresenta sentimentos de inadequação ou inferioridade, nem de expansão e agressão exagerados. Tem objetivos altos, possivelmente inatingíveis e por isso a satisfação obtida por meio da fantasia. Demonstra equilíbrio entre iniciativa, agressividade e insegurança, porém aparece falta de energia e de sensibilidade. Estão presentes sentimentos de angústia e depressão, ausência de senso de realidade e negação da realidade, já que permite que alguma coisa seja vista por meio de algo que convencionalmente se esconde: desenho em que aparece o esqueleto, bem como um olho que não vê, ou que não quer ver. A figura pendida sugere isolamento ou sentimentos de abandono em pacientes deprimidos. Interessante notar que é o dedão do pé esquerdo que será amputado e a figura pende para a direita como se todo o peso do corpo tivesse sido deslocado para este lado. O braço e a perna esquerda são menores do que os da direita. As diferenças nos tamanhos das pernas e braços podem expressar deficiência corporal. Segundo Dolto, representam a imagem do próprio corpo doente e apontam para a descompensação corporal e psíquica na qual o paciente está imerso (apud ROMANO, 1999). Na história relatada, observa-se a

projeção numa figura masculina de uma vida que idealiza para si, mas que ainda não conseguiu realizar.

Atendimento 2: com utilização do jogo de areia

Relato



Título: Fazenda.

Ao descrever a cena, o paciente conta que montou uma casa, uma flor e trator na estrada. Há uma floresta onde tem animais selvagens. Insere um boneco que estava pastorando numa fazenda e mora na casa com a família, a esposa e dois filhos. “Ele é caseiro da casa e o patrão dá as coisas e não paga mais nada.” Afirma que o salário que ganha é pouco. Sente-se feliz trabalhando, “as coisas tá meio ruim, mas vai levando...”. Seus filhos gostam da liberdade que têm para brincar e da proximidade com a natureza. Afirma que mudaria a casa colocando-a mais perto da natureza. Refere que está sentindo muita dor e por isso tem dificuldade para montar a cena e contar a história.

Discussão

Observa-se na cena um movimento de concentração que tende à direita, o mesmo observado no DFH. Pode-se pensar em um movimento compensatório como discutido anteriormente. O cenário é bucólico e idealizado. Um local onde um pastor cuida de uma fazenda e os filhos brincam livremente. A cena não apresenta uma delimitação nítida de espaços, as miniaturas estão colocadas desordenadamente, o que pode indicar a “desordem interna” provocada pelas contingências da vida.

Na história, a situação de trabalho, embora insatisfatória, lhe dá segurança. O tema do trabalho volta a ser abordado, o que indica o impacto da doença em termos psicossociais. A insegurança em relação à sobrevivência futura parece ter um peso maior do que o sofrimento decorrente da cirurgia. A perda do trabalho e de autonomia podem gerar uma ruptura da identidade e extremo sofrimento psíquico.

O movimento que ele fazia na cena, mudar a casa para mais próximo da natureza, sugere um desejo de retorno a um estado anterior, ou seja, um movimento regressivo. Estados regressivos são freqüentemente observados em pacientes hospitalizados e amplamente descritos na literatura.

Atendimento 3: com realização do jogo de areia

Relato



Antes de iniciar a construção da cena, relata estar preocupado com a esposa, pois ela foi para casa sem saber o caminho “eu tô com medo dela se perder”. Paciente sabe que terá de ser submetido à outra amputação, pois a tentativa de enxerto não havia dado resultados. Mais uma vez atribui o motivo a erro médico.

Em função das sessões anteriores, optou-se pela realização de uma caixa temática. O tema proposto foi “perdas”, com o objetivo de promover a discussão e a elaboração das perdas vividas naquele momento. Após a proposta, o paciente diz: “Ah, tipo um trabalho, ou acontece de alguma pessoa se machucar, ou a pessoa adoecer[...] deixa eu ver por onde vou começar”. Inseriu uma ambulância, hospital, animais e bonecos. Na história conta que um menino foi “mordido” no dedo do pé por um caranguejo, a família não tinha condições de ajudar e a ambulância perdeu-se no caminho do resgate, pediu informações sobre o mesmo, mas não obteve. Após algum tempo ele consegue ser internado, mas era tarde demais e precisou amputar. Se pudesse mudar algo, colocaria um orelhão para a ambulância ser chamada mais rapidamente. O paciente chora muito durante a sessão.

Discussão

Mais uma vez a cena apresenta uma concentração maior de figuras no lado direito e a distribuição pouco ordenada das mesmas. A miniatura da casa é a única que se repete e aparece quase no mesmo lugar que estava na cena 1. As outras miniaturas são distribuídas de modo menos concentrado do que na cena anterior, indicando um possível movimento de expansão ou distensão. Elementos que fazem referência à doença e ao tratamento são introduzidos, o que parece favorecer a expressão de sentimentos relativos a esta experiência. Na história representa o ferimento do pé e a falta de cuidado médico. Ele parece impotente diante da falta de recursos terapêuticos que atribui primeiro à família e depois ao atraso do médico. Introduz nessa cena uma família ineficiente, que não provê a ajuda e o suporte necessários nesse momento.

Ao falar sobre a cena, parece começar a pensar mais conscientemente sobre as perdas vividas a partir da doença. Expressa as diferentes formas e lugares de se perder algo,

colocando o trabalho em primeiro lugar, mas em seguida fala sobre doença. Pela primeira vez toma para si parte da responsabilidade por sua doença ter evoluído desta forma, aflorando sentimentos de culpa e de estar sendo punido por algo que não sabe bem o que é. Sente que sua vida ruiu, que está desamparado e impotente.

No final da sessão, quando foi perguntado se ele faria alguma alteração na cena, ele inclui um orelhão por meio do qual poderia pedir a assistência mais rápida de um médico. Nessa alteração, percebe-se um reconhecimento da sua necessidade de pedir ajuda. Sai de uma postura queixosa, passiva e impotente e assume uma atitude ativa ao pedir ajuda. O telefone pode ser entendido como uma abertura para a comunicação que, no contexto da cena, aumentaria suas chances de tratamento precoce e adequado. A possibilidade de ajuda parece também se configurar no plano psicológico, pois esta é a primeira sessão na qual consegue expressar conscientemente sentimentos de perda, culpa e de responsabilidade sobre a sua situação.

Atendimento 4

Relato

Nessa sessão, o paciente havia acabado de realizar a outra cirurgia para amputação da perna ao nível do joelho. Não estava sentindo dor. Em relação à segunda amputação, diz: “Eu aceitei, fazer o quê? Porque eu não agüentava mais aquela dor, tava doendo muito. Minha mulher foi quem achou ruim porque não era isso que ela queria, né? Ela falou que não quer um homem pela metade. Eu sei que ela ficou muito triste”. Afirma que acha melhor resolver a dor e o risco de morte com a amputação. Sabe que pode utilizar prótese e ter uma vida normal.

Discussão

O paciente estava bastante sonolento e com a fala lentificada, isso porque havia acabado de sair da cirurgia e o efeito da anestesia ainda não havia passado. Em respeito à condição clínica do paciente, realizou-se um atendimento de apoio sem a utilização do jogo de areia.

A nova amputação parece reforçar sentimentos de impotência diante da doença, “eu aceitei, fazer o quê”, e, também, “ninguém gosta disso não, mas se tem que fazer assim é o único jeito, melhor fazer logo”. Por outro lado, parece estar assumindo uma posição mais realista diante da doença quando se refere ao risco de morte e à necessidade de se submeter ao tratamento, “[...] é melhor tirar a perna e ficar logo bom do que ir piorando e correr o risco até de morrer”. Ao se confrontar com a doença de modo mais consciente, parece também poder reconhecer as possibilidades adaptativas: “[...] daí o médico falou que depois eu posso pôr uma prótese no lugar da perna e ter uma vida normal, posso adaptar para dirigir, posso até jogar um futebolzinho”.

Interessante observar que o paciente expressa sua revolta deslocando esse sentimento para a mulher quando diz o que ela pensa sobre a cirurgia e deixando subentendido que não se sente mais como um homem inteiro por ter perdido parte da perna. Em outro momento fala da sua revolta de modo distanciado, usando a terceira pessoa: “É porque

a pessoa faz a cirurgia achando que vai resolver o problema e não resolve, só ficou doendo ainda mais e isso revolta a pessoa, acho que é normal, né?”.

Atendimento 5

Relato

Nesse atendimento o paciente solicita que não seja utilizado o jogo de areia, prefere falar sobre a amputação. Pela primeira vez a esposa do paciente estava presente durante o atendimento e quando ele relata estar sentindo dor, ela diz: “Ah, mas eu não saio daqui enquanto os médicos não verem isso direito”. Percebe-se claramente a desconfiança em relação aos médicos e a falta de informações sobre as condições clínicas do paciente. A esposa expressa abertamente a sua revolta diante da amputação, pois acha que esta não era necessária e acredita ser decorrência de um erro médico. Esta situação acaba desencadeando uma reação emocional no paciente, que começa a chorar e a demonstrar ansiedade. Nesse momento, a pesquisadora intervém, dizendo que essas falas não estavam ajudando neste momento, já que ele estava precisando de apoio, ajudando-a a ser mais continente com a condição do marido. O paciente revela a sua preocupação com a reação de sua mãe ao saber da sua amputação. A esposa continua expressando a sua revolta e se refere à doença cardíaca culpando-o pela situação: “[...] tivesse cuidado antes não precisaria chegar nesse ponto porque a médica disse que ele já tinha essa doença desde pequeno”. O paciente afirma que não adianta procurar culpados e que precisa retomar sua vida de alguma forma, de uma outra forma.

Discussão

A intervenção da esposa durante o atendimento parece ter permitido a eclosão de aspectos emocionais ainda não expressos abertamente pelo paciente. Nesse caso, pode-se hipotetizar que a esposa tenha sido porta-voz da revolta e da insegurança que de alguma forma permaneceram camufladas nas sessões anteriores. Ela sinaliza claramente a responsabilidade dele diante da doença ao acusá-lo de não ter se tratado a tempo. Provoca uma reação emocional que parece levar o paciente a um estado regressivo. Preocupa-se com a reação da mãe quando esta souber da amputação, como se sentisse culpa por fazê-la sofrer.

Mais uma vez a sessão termina com o surgimento de uma perspectiva adaptativa. O paciente reage ao afirmar que não adianta ficar procurando culpados, o que tem de fazer é encontrar recursos para continuar a sua vida. Esboça um movimento de adaptação, trazendo alguns aspectos de sua vida nos quais sente prazer e que não os perderá por não ter mais a perna.

Este foi o último atendimento realizado, pois o paciente teve alta sem que a pesquisadora tornasse a vê-lo. Já estava previsto na estruturação da pesquisa que os atendimentos seriam realizados com uma perspectiva focal e que teriam um momento inicial, seguido da exploração de um foco e o fechamento da sessão com sinalizações sobre o que foi discutido na mesma. Portanto, a interrupção dos atendimentos não compromete os objetivos propostos na pesquisa.

Considerações finais

O caso apresentado corrobora com os estudos de Cansever et al. (2003) e Maturana e Carbonell (2001), que referem ser freqüentes os estados depressivos em caso de amputação. Percebeu-se também que as informações pré-operatórias e o cuidado com o paciente dentro do hospital são fundamentais para a reabilitação, como citado por Knetsche; Leopold e Brage (2001) e Sampol (1996). Além disso, a intervenção psicológica por meio de sinalizações e reflexões sobre a situação de amputação parece ter resultado em benefícios ao paciente. Ao favorecer a expressão e o reconhecimento das fantasias e emoções relativas a esta experiência, possibilitou a formulação de alternativas para a situação trazida pela doença.

Alguns aspectos podem ser evidenciados, como: sentimentos de culpa e abandono relacionados ao processo de adoecimento; alto nível de estresse e ansiedade associados à falta de perspectivas no plano profissional; a impotência diante da doença; dúvidas em relação ao tratamento e à equipe médica e um quadro depressivo associado à vivência da perda de identidade.

A questão do trabalho fortemente enfatizada durante os atendimentos indica o alto impacto das doenças “incapacitantes” no plano psicossocial. A insegurança em relação à sobrevivência, a necessidade de adaptação às novas condições de trabalho e a precariedade do amparo social são fatores agravantes nessas condições.

As alterações corporais resultantes da amputação influenciam sobremaneira a autoimagem. Perder uma parte do corpo representa, em um primeiro momento, perder parte de si mesmo, parte de sua identidade. Isso fica evidente quando o paciente diz que a mulher não quer um homem pela metade.

No enfrentamento da situação, o paciente utiliza-se de mecanismos de defesa como a negação, a racionalização e o deslocamento. Durante as cinco sessões realizadas, evidencia-se um movimento de conscientização da doença e das suas implicações na vida do paciente. Nas primeiras sessões, predomina uma atitude infantil e defensiva, na medida em que busca atribuir a culpa aos médicos, ao mesmo tempo em que não reconhece a sua responsabilidade no desenvolvimento da doença. A partir da intervenção focada na questão das perdas, inicia-se um movimento de expressão de sentimentos e de elaboração de conflitos relacionados ao processo de amputação. À medida que vai reconhecendo a sua responsabilidade e expressando a sua revolta e angústia em relação à amputação, começa também a esboçar possibilidades de adaptação à sua nova condição de vida. Sai, portanto, de um estado de impotência e começa a reagir positivamente em relação à sua situação.

Apesar do atendimento ter sido realizado em momentos de extremo sofrimento físico e psíquico e em condições de internação hospitalar, acredita-se que tenha funcionado como apoio e ajuda na elaboração diante da experiência de hospitalização. A introdução do jogo de areia, embora pontual, mostrou-se produtiva, uma vez que possibilitou a configuração e a discussão de aspectos altamente ansiogênicos. Mais especificamente na terceira sessão, na qual foi realizada a caixa temática, observa-se uma ruptura no discurso defensivo e a emersão de aspectos mais conflituosos. Esse fato corrobora a literatura

sobre o jogo de areia, que destaca a propriedade do mesmo em romper com as defesas do discurso verbal.

Outro aspecto a ser destacado é a configuração do *setting* em enfermaria, onde não há um espaço reservado para o atendimento. As intervenções de outros pacientes, de outros profissionais e da família precisam ser consideradas e incluídas na compreensão e discussão do processo terapêutico. No caso atendido, destaca-se a participação da esposa em uma das sessões, que parece ter assumido a função de mediar sentimentos e fantasias do paciente. Aspectos psicológicos presentes nos atendimentos em leitos hospitalares merecem estudos mais aprofundados.

Referências

CANSEVER, A.; UZUN, O.; YILDIZ, C.; ATES, A.; ATESALP, A. Depression in men with traumatic lower part amputation: a comparison to men with surgical lower part amputation. **Revista Mil Med**, v. 168, n. 2, p. 106, fev. 2003.

CARVALHO, J. A. **Amputação de membros inferiores: em busca da plena reabilitação**. 2. ed. São Paulo: Manole, 2003. 365 p.

CHAGAS, M. I. O.; FORGIONE, M. C. R. O paciente hemiplégico e o *sandplay*: uma possibilidade de expressão. **Acta Fisiátrica**, 9 (2), p. 90-97, 2002.

KALFF, D. **Sandplay: a psychotherapeutic approach to the psyche**. 2 ed. Boston: Sigo Press, 1986.

KNETSCHKE, R. P.; LEOPOLD, S. S.; BRAGE, M. E. Inpatient management of lower extremity amputations. **Foot Ankle Clin**, v. 6, n. 2, p. 229-241, jun. 2001.

KOLCK, O. L. V. **Testes projetivos gráficos no diagnóstico psicológico**. São Paulo: EPU, 1984. 101 p.

MARTINS, R. P. M. F. O desenho da figura humana realizado por crianças de visão subnormal. **Pediatria Moderna**, v. 37, n. 12, p. 658-664, dez. 2001.

MATURANA, R.; CARBONELL, C. G. Adaptación psicosocial en pacientes amputados: un seguimiento. **Revista Chilena de Ortopedia e Traumatologia**, v. 42, n. 1, p. 22-28, 2001. Disponível em: <<http://basesbireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online>>. Acesso em: 10 jun. 2003.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Disponível em: <<http://www.saudepublica.bvs.br/html/pt/home.html>>. Acesso em: 20 jun. 2003.

RAMOS, D. G. **A psique do coração – Uma leitura analítica de seu simbolismo**. São Paulo: Cultrix, 1995. 144 p.

_____. **A psique do corpo – Uma compreensão simbólica da doença**. São Paulo: Summus, 1994. 133 p.

RIAL, Nancy Blanco. Algunos aspectos psicológicos y sociales en la rehabilitación de amputado por afección vascular. **Revista Cuba**, v. 28, n. 5, p. 447-453, set.-out. 1989. Disponível em: <<http://basesbireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online>>. Acesso em: 10 jun. 2003.

- ROMANO, B. W. **Princípios para a prática da psicologia clínica em hospitais**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999. 145 p.
- SAMPOL, A. Tratamento fisioterápico no amputado de membro inferior no período de internação. **Revista Fisio & Terapia**, v. 1, 1996. Disponível em: <<http://www.fisioon.com.br>>. Acesso em: 12 jun. 2003.
- SANT'ANNA, P. A. Refletindo sobre o jogo de areia: histórico, evolução, aplicabilidade clínica e sua importância na formação do psicólogo. In: CONGRESSO DE PSICOLOGIA CLÍNICA, 1., 2001, São Paulo. **Anais**. São Paulo: Universidade Presbiteriana Mackenzie, 2001. p. 469-473.
- SANT'ANNA, P. A.; CHAGAS, M. I. O. Adaptações do jogo de areia para atendimentos clínicos institucionais. In: CONGRESSO LATINO-AMERICANO DE PSICOLOGIA JUNGUIANA, 3., 2003, Salvador. **Anais**. Salvador. p. 261.
- TRINCA, W. **Diagnóstico psicológico**. São Paulo: EPU, 1984.

Contato:

Paulo Afrânio Sant'Anna
Rua da Consolação, 896, prédio 38
São Paulo – SP
CEP 01302-907
e-mail: pauloasantanna@terra.com.br

Tramitação

Recebido em março de 2006
Aceito em junho de 2006

Eficácia em longo prazo no tratamento comportamental com uso de alarme para enurese noturna em crianças e adolescentes

Mayra Helena Bonifácio Gaiato Meneghello
Rodrigo Fernando Pereira
Edwiges Ferreira de Mattos Silveiras
Universidade de São Paulo

Resumo: O tratamento para enurese noturna com uso de aparelho de alarme é o mais efetivo dentre os tratamentos disponíveis. Para considerar um tratamento eficaz, é necessário que seus resultados se mantenham por pelo menos um ano após o seu término. O objetivo do trabalho é realizar o seguimento das crianças e adolescentes enuréticos que passaram por triagem junto ao Projeto Enurese entre 2001 e 2003. Foram contatados 36 participantes, sendo 24 tratados e 12 apenas triados, sendo entre eles investigada, por telefone, a situação atual da enurese e a passagem ou não por outros tratamentos. As crianças atendidas mantiveram o índice de mais de 80% de sucesso, com apenas dois casos (9%) de recaída. Entre os não atendidos, em apenas três casos houve remissão espontânea. Verifica-se a importância de realizar um tratamento para a enurese noturna, além da eficácia em longo prazo do tratamento realizado pelo Projeto Enurese. Contudo, a amostra restrita é um fator limitador deste trabalho.

Palavras-chave: seguimento; enurese noturna; aparelho de alarme; eficácia de tratamento.

EFICACIA A LARGO PLAZO EN EL TRATAMIENTO COMPORTAMENTAL CON USO DE ALARMA PARA ENURESIS NOCTURNA EN NIÑOS Y ADOLESCENTES

Resumen: El tratamiento para enuresis nocturna con uso de aparato de alarma es el más efectivo entre los tratamientos disponibles. Para considerar un tratamiento eficaz, es necesario que sus resultados se mantengan por lo menos un año después de su término. El objetivo del trabajo es realizar el seguimiento de los niños y adolescentes enuréticos que pasaron por detección junto al Proyecto Enuresis entre 2001 y 2003. Fueron contactados 36 participantes, siendo 24 tratados y apenas 12 identificados. En estos últimos fué investigado por teléfono la situación actual de la enuresis y la realización o no de otros tratamientos. Los niños atendidos mantuvieron el índice de más de 80% de éxito, con apenas 2 casos (9%) de recaída. Entre los no atendidos, en apenas tres casos hubo remisión espontánea. Se verificó la importancia de realizar un tratamiento para la enuresis nocturna, además de la eficacia a largo plazo del tratamiento realizado por el Proyecto Enuresis. Sin embargo la muestra restringida es un factor limitado de este trabajo.

Palabras clave: seguimento; enuresis nocturna; aparato de alarma; eficacia de tratamiento.

LONG-TERM EFFICACY OF ALARM BEHAVIORAL TREATMENT FOR NOCTURNAL ENURESIS WITH CHILDREN AND ADOLESCENTS

Abstract: Treating nocturnal enuresis with an alarm device is one of the most effective ways to eliminate bedwetting. An effective treatment must have results that last at least one year. The objective of this work is to follow-up children and adolescents that passed by an intake interview for enuresis treatment at Institute of Psychology of the University of Sao Paulo. Thirty-six families were contacted, 24 were treated and 12 only passed by the initial interview. The telephonic contact established the current situation of bedwetting for each child. Over 80% of the treated children remained dry, while two of them (9%) relapsed. On the other hand, only three of the non-treated children achieved dryness spontaneously. This data reassures the necessity of treatment for enuresis and states the efficacy of the program. However, the small number of participants is a limitation of this study. A replication with a larger amount of patients is necessary to verify these tendencies.

Keywords: follow-up; nocturnal enuresis; urine alarm; treatment efficacy.

Introdução

O objetivo deste trabalho é verificar a eficácia em longo prazo do atendimento comportamental com uso de aparelho de alarme realizado no Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo. O seguimento é uma prática que atende à necessidade da boa prática clínica, que requer registro com comprovação de efetividade e uma história de rigorosa comprovação científica (BUTLER; FORSYTHE, 1989).

Além disso, a enurese noturna pode ter índices de recaída muito altos no período de um ano (JENSEN; KRISTENSEN, 2001), principalmente quando não se faz um trabalho de prevenção de novos episódios. Qualquer tratamento para enurese só pode ser considerado realmente efetivo se seus resultados são generalizáveis no tempo.

Revisão teórica

O Manual de Diagnóstico e Estatística de Distúrbios Mentais (DSM-IV) estabelece quatro critérios para diagnóstico da enurese: a) micção repetida, diurna ou noturna, na cama ou na roupa; b) a micção deve ocorrer no mínimo duas vezes por semana por pelo menos três meses, ou então causar um sofrimento ou prejuízo significativo no funcionamento social, acadêmico (ocupacional) ou outras áreas importantes na vida do indivíduo; c) é esperado que a continência ocorra com a idade cronológica de no mínimo cinco anos, ou para crianças com atrasos de desenvolvimento, idade mental de no mínimo cinco anos; d) a incontinência urinária não se deve exclusivamente aos efeitos fisiológicos diretos de uma substância (por exemplo, diuréticos) ou a uma condição geral (por exemplo, diabetes, espinha bífida, transtorno convulsivo) (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 1994).

Existem diferentes tratamentos para a enurese noturna, tanto médicos como psicológicos. Os tipos de intervenção medicamentosa mais utilizados são a imipramina, a oxibutinina, com uma eficácia pequena em relação ao placebo e a desmopressina, eficaz para 70% de redução de crianças molhadas, dos casos na qual é administrada, mas com apenas 24% das crianças totalmente secas (BUTLER, 2004). O tratamento psicológico mais eficaz é o baseado no aparelho de alarme, bem-sucedido em 65% a 80% dos casos (BUTLER, 2004).

Uma dificuldade existente na comparação entre diferentes tratamentos é o critério para sua avaliação. Enquanto os tratamentos psicológicos focam o cessar das molhadas, os medicamentosos visam a sua diminuição (BUTLER; ROBINSON; HOLLAND; DOHERTY-WILLIAMS, 2004).

No Projeto Enurese, desenvolvido no Laboratório de Terapia Comportamental do Instituto de Psicologia da USP, o tratamento com alarme é utilizado associado ao acompanhamento terapêutico realizado pelos pesquisadores. Como tratamento psicológico, o critério para sucesso inicial adotado neste trabalho é a obtenção de 14 noites secas consecutivas durante o período de tratamento. Contudo, as taxas de recaída desse tipo de tratamento após um ano podem ser bastante altas, chegando a 40% (HOUTS, 2003). Considera-se recaída a frequência de duas molhadas semanais após atingir o sucesso inicial.

O tratamento tem diversos formatos empregados ao longo dos últimos anos a fim de se verificar a sua diferença. Os atendimentos podem ocorrer individualmente com cada participante ou em grupos de quatro a nove sujeitos. A faixa etária também é considerada, existindo tratamentos para crianças de 6 a 10 anos e adolescentes de 11 a 18 anos. Independentemente do formato utilizado, as sessões ocorrem semanalmente e são compostas de acompanhamento da enurese e utilização do alarme, orientação para os pais e atenção às dificuldades da criança ou adolescente.

Após a obtenção do sucesso inicial, um procedimento para prevenção da recaída, chamada superaprendizagem, é empregado. A criança passa a tomar uma determinada quantidade de água antes de dormir, que aumenta gradativamente. A utilização da superaprendizagem pode diminuir a taxa de recaída de 40% para 10% (HOUTS, 2003).

A eficácia desses atendimentos ficou entre 70% e 85% dos casos no fim do atendimento. Após as 14 noites secas consecutivas estabelecidas como critério para sucesso, o projeto estipulou a norma de oito semanas consecutivas sem molhadas como critério de alta. Até o momento não se haviam estabelecido as taxas de recaída das crianças e adolescentes atendidos.

Apesar do tratamento com aparelho de alarme de urina ser considerado superior a qualquer outro tipo de intervenção, e o *follow-up* de crianças tratadas com o aparelho de alarme ser quase duas vezes mais bem-sucedido do que o das crianças que receberam outros tipos de tratamentos (HOUTS; BERMAN; ABRAMSON, 1994), novos casos aparecem após tratamento na forma de enurese secundária e alguns pacientes relatam recaídas após o sucesso do tratamento (JENSEN; KRISTENSEN, 2001).

Desde 1980, estudos relatam que aproximadamente 29% das crianças e adolescentes que passaram por tratamento voltam a ter enurese noturna dentro de seis semanas e 66% dentro de doze meses após o início do tratamento (BUTLER; FORSYTHE, 1989). Recaídas são menos comuns após seis semanas de tratamento (BUTLER; FORSYTHE, 1989) e o sucesso completo ocorre quando a criança não tem recaída em dois anos desde o início do tratamento (BUTLER, 1994).

No Projeto Enurese, desenvolvido no Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, o tratamento com uso de alarme vinha sendo desenvolvido para verificar a efetividade desse tipo de tratamento na população brasileira, bem como eram investigadas outras variáveis que poderiam interferir no resultado do processo, como idade, sexo ou problemas de comportamento. Os trabalhos já realizados pelo grupo de pesquisa, no qual esse trabalho se insere, mostraram que a taxa de eficácia dos atendimentos situou-se entre 66% e 80% (SILVA, 2004; COSTA, 2005; PEREIRA, 2006). No entanto, nunca havia sido realizado um procedimento que verificasse se esses resultados se mantêm ao longo do tempo, o que é necessário para afirmar que o tratamento utilizado é realmente efetivo. Os dados apresentados, até então, sobre a eficácia do tratamento eram relativos ao sucesso de cada criança até o momento em que eram dispensadas do atendimento. Portanto, esse estudo visa preencher essa lacuna, inquirindo sobre a condição das crianças atendidas pelo menos um ano depois do término do tratamento, o que não havia ainda sido feito com essas crianças que passaram pelo atendimento.

Todos os participantes dos atendimentos do Projeto Enurese assinaram termo consentindo a utilização dos dados sobre a frequência de molhadas e outras informações pertinentes em pesquisas do grupo, sendo que o projeto de pesquisa mais amplo, que envolve todas as outras investigações paralelas, passou por exame do comitê de ética da instituição.

Método

Participantes

Fizeram parte do estudo todas as crianças e adolescentes, atendidos ou não, que se inscreveram no Projeto Enurese, no período de 2001 a 2003, e tiveram seus prontuários mantidos nos arquivos do Projeto Enurese e da Clínica-Escola do Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, totalizando 78 clientes. A amostra se dividiu em clientes que iniciaram atendimento (n = 43) e clientes que passaram por entrevista de triagem, mas não iniciaram atendimento (n = 34).

Procedimento

Realizou-se contato telefônico com as famílias atendidas, quando possível, a fim de se efetuar o seguimento de cada caso, que envolve investigação sobre:

- Ocorrência ou não de molhada esporádica após o término do tratamento (para os casos que tiveram alta).
- Ocorrência ou não de recaída após o tratamento (para os casos que tiveram alta).
- Situação atual da enurese (para os casos que não tiveram alta).
- Preenchimento, pelos pais, do CBCL (Child Behavior Checklist) (ACHEMBACH, 1991) com os dados atuais da observação dos comportamentos de cada criança.

Levantaram-se ainda os dados dos clientes que não foram atendidos pelo Projeto Enurese, os quais também foram contatados por telefone a fim de se estabelecer uma base de comparação com os participantes que passaram por atendimento. Nesses casos, investigou-se:

- A situação atual das molhadas.
- Se a criança passou ou não por outro tipo de tratamento.

Os dados foram quantificados em termos de frequência e foram feitos: 1) levantamento geral sobre a eficácia em longo prazo do tratamento oferecido pelo Projeto Enurese; e 2) comparação de molhadas entre grupos de atendidos e não atendidos.

Resultados

Os dados da Tabela 1 demonstram a dificuldade em se obter contatos com as famílias das crianças e adolescentes atendidos no período de 2001 a 2003, por conta de mu-

dança de telefone e endereço. Dos 78 clientes inscritos no Projeto Enurese, somente 36 foram atingidos pela pesquisa, sendo que 24 (58%) haviam sido atendidos e 12 (34,3%) apenas triados, não tendo, por diversos motivos, recebido tratamento.

Tabela 1. Clientes atingidos na pesquisa via prontuário e via contato telefônico.

Dados conseguidos por meio de prontuário do Projeto			Dados alcançados por contato telefônico		
Triados	Atendidos	Total	Triados	Atendidos	Total
35	43	78	12	24	36

Das 24 crianças e adolescentes previamente atendidos e com os quais se conseguiu contato, apenas 22 casos foram considerados no levantamento de recaída. Isto, pelo fato de ter sido descoberto o descontrole vesical de uma criança, fruto de problemas urodinâmicos e atualmente ela encontrar-se em tratamento médico, e pelo fato de outra encontrar-se parcialmente seca, mas sem alcançar critério para ser considerada enurética.

Distribuição dos clientes triados por idade e sexo

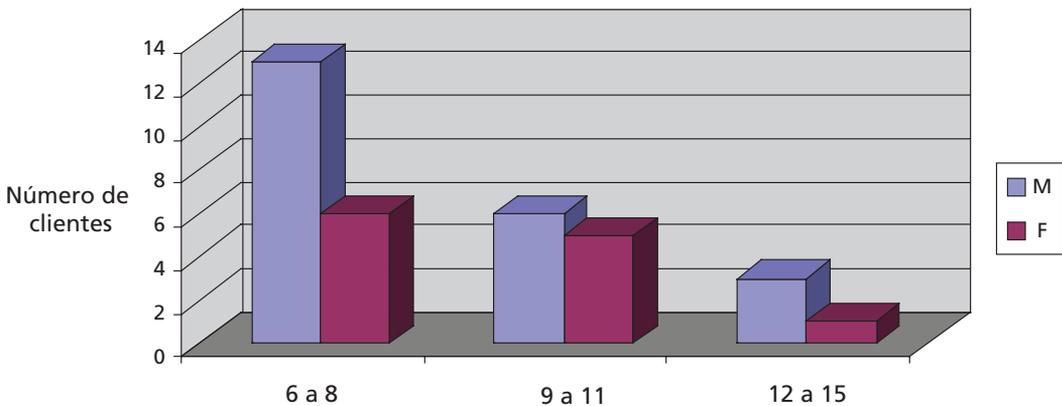


Figura 1. Distribuição dos clientes triados por idade e sexo.

A Figura 1 apresenta a distribuição de freqüências de faixa etária e de sexo dos clientes triados no Projeto Enurese no período de 2001 a 2003.

A Figura 2 apresenta a distribuição de freqüências de faixa etária e de sexo dos clientes atendidos no Projeto Enurese no período de 2001 a 2003.

Distribuição dos clientes atendidos por idade e sexo

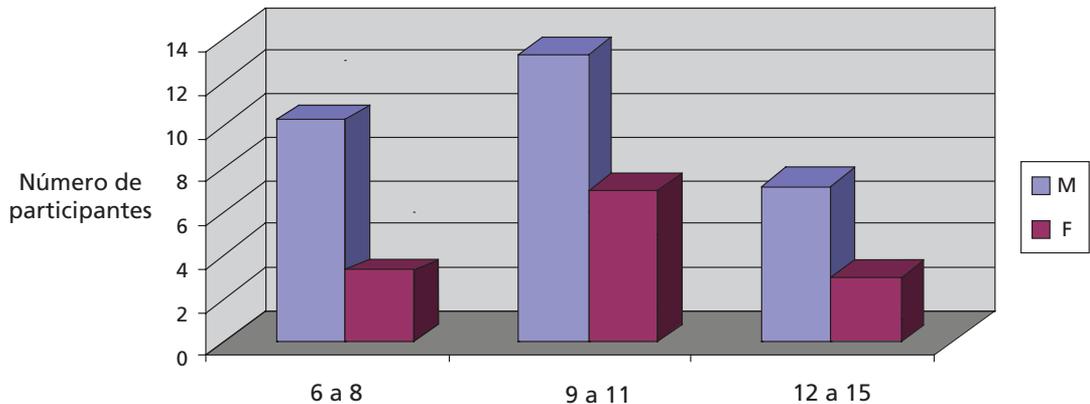


Figura 2. Distribuição dos clientes atendidos por idade e sexo.

Pode-se observar nas figuras 1 e 2 a prevalência de crianças e adolescentes do sexo masculino. Esses dados estão de acordo com o indicado pela literatura. Segundo Butler (1994), durante a infância (cinco a onze anos), há maior incidência da enurese em meninos quando comparados com o número de meninas. Embora nos estudos de prevalência (BUTLER, 2004) se sustente que haja um maior equilíbrio entre meninos e meninas na adolescência, esse fator não se estendeu a essa amostra.

Tabela 2. Situação atual dos clientes atendidos pelo Projeto Enurese no período de 2001 a 2003.

Situação no fim do tratamento	Número	Situação atual	Número	Idade média	(%) Total
Secos	20	Permaneceram secos	18	11,2	81,8%
		Recaídas após o tratamento	2		9%
Molhados	2	Permaneceram molhados	2		9%
Não contatados	19	Desconhecida	19	9,3	-

Dos clientes atendidos e contatados, 20 haviam sido bem-sucedidos no atendimento do projeto; apenas dois não haviam obtido alta. Entre os 20 que obtiveram sucesso, 18

permaneceram secos e apenas dois voltaram a molhar, o que resulta em uma taxa de recaída de 9,05%. Os dois clientes que tiveram recaída mostraram-se interessados em retomar o tratamento com o alarme de urina, o que fizeram logo em seguida ao contato. As duas crianças que não foram bem-sucedidas no tratamento continuavam a molhar quando o contato telefônico foi feito e passavam no momento por tratamento medicamentoso.

Não se observa diferença significativa na idade média dos clientes que se mantiveram secos com o tratamento (11,2 anos) em comparação à idade média dos clientes que atualmente se apresentam molhados (10 anos).

A Tabela 3 mostra que dentre os inscritos no Projeto e que não receberam atendimento (n=12), cinco mantinham-se enuréticos, três haviam apresentado remissão espontânea, dois haviam procurado outro tipo de tratamento e encontravam-se secos e dois apresentavam molhadas esporádicas.

Tabela 3. Situação atual dos clientes triados pelo Projeto Enurese.

<i>Situação atual</i>	Número	Idade média	M	F	(%) Total
<i>Remissão espontânea</i>	3	11,0	2	1	25%
<i>Seco após outro tipo de tratamento</i>	2	7,0	2	0	16,6%
<i>Molhadas esporádicas</i>	2	10,0	1	1	16,6%
<i>Molhado</i>	5	7,6	4	1	41%
<i>Desconhecido</i>	22	8,3	14	8	–

Entre os clientes apenas triados pelo Projeto Enurese, 41% mantinham-se enuréticos. Foi oferecida a todos a possibilidade de atendimento no Projeto Enurese e os clientes que mostraram interesse foram incluídos no procedimento de triagem, porém nenhum deles havia iniciado tratamento até o momento.

Discussão

Dada a limitação do número de pessoas contatadas, o estudo mostra que apesar de ser difícil desenvolver uma análise dessa natureza, pode-se dizer que crianças e adolescentes que passaram por tratamento no Projeto Enurese apresentam em longo prazo um resultado melhor do que as que não passaram por ele.

Os dados mostram que o índice de sucesso do tratamento de 81%, pelo menos um ano depois de finalizado o atendimento, encontra-se de acordo com a afirmação de Wil-

le (1986). Segundo o autor, tratamentos com o aparelho de alarme resultam em cura entre 65%-100% dos casos. O índice de sucesso das crianças atendidas no Projeto Enurese tem ficado em torno de 80% (SILVA, 2004; COSTA, 2005), resultados estes que se mantêm, como pudemos verificar com os dados do presente estudo, com baixos índices de recaída. Essa informação é de extrema importância, pois, por ela, pode-se afirmar com maior certeza que os resultados obtidos pelos trabalhos citados se mantêm de forma satisfatória ao longo do tempo, sendo mais uma justificativa para a utilização desse tratamento na população brasileira.

Nossos resultados superam os encontrados na literatura, que afirma que 66% das crianças e adolescentes voltam a ter enurese noturna dentro de doze meses após o início do tratamento (BUTLER; FORSYTHE, 1989). No seguimento feito pudemos constatar que recaíram dois entre 24 (9%) dos clientes atendidos, uma vez que os outros dois que encontram-se molhados não haviam atingido o sucesso inicial, não podendo se encaixar no critério de recaída. Esse índice é similar ao citado pela literatura (HOUTS, 2003).

Os resultados superam também os encontrados por Jensen e Kristensen (2001) em seu estudo sobre eficiência em longo prazo do tratamento para enurese noturna com uso de aparelho de alarme de urina, no qual relata que um ano após o término do tratamento, 42% dos clientes tratados tiveram recaída.

Uma das hipóteses formuladas para explicar os altos índices de sucesso e a baixa taxa de recaída é o fato de se incluir psicoterapia no tratamento, diferenciando-se do uso exclusivo do aparelho de alarme de urina. Ao realizar sessões continuadas, nas quais, além de acompanhar o alarme, se trabalha com o impacto da enurese, as dificuldades sociais e a intolerância dos pais, pode-se estar criando condições para que o tratamento seja mais bem-sucedido a curto e longo prazo, já que geralmente esses aspectos, quando não tratados, têm impacto negativo sobre a enurese (BUTLER, 1998).

Contudo, tais conclusões devem ser relativizadas devido à dificuldade no contato com as famílias e a amostra ter sido forçosamente restrita. Tais pontos sugerem uma continuação do mesmo trabalho a fim de se verificar se a tendência observada nos dados apresentados se mantêm mesmo com um número maior de participantes.

Considerações finais

Apesar das suas limitações, o presente trabalho indica que os ganhos obtidos pelas crianças atendidas no Projeto Enurese se mantiveram ao longo do tempo estudado. Além disso, indicam que essas crianças tiveram melhores resultados em longo prazo do que aquelas que não passaram por atendimento. Isso reforça a necessidade de encaminhar crianças enuréticas para tratamento, além de evidenciar que o tratamento com alarme traz bons resultados na eliminação desse tipo de dificuldade. Trabalhos do mesmo tipo, que envolvam um número maior de participantes, podem trazer mais informações sobre as especificidades desse tipo de tratamento e sobre sua generalização no tempo.

Referências

- ACHEMBACH, T. M. **Manual for the child behavior checklist/4-18 and 1991 profile**. Burlington: University of Vermont, Department of Psychiatry, 1991.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders**. 4. ed. Washington, DC: Author, 1994.
- BUTLER, R. J. Annotation: night wetting in children: psychological aspects. **Journal of Child Psychology and Psychiatry**, v. 39, n. 4, p. 453-463, 1998.
- . Childhood nocturnal enuresis: Developing a conceptual framework. **Clinical Psychology Review**, v. 24, p. 909-931, 2004.
- . **Nocturnal enuresis: the child's experience**. Oxford: Butterworth-Heinemann, 1994.
- BUTLER, R. J.; FORSYTHE, W. I. Fifty years of enuretic. **Archives of disease in childhood**, 1989. p. 879-885.
- BUTLER, R. J.; ROBINSON, J. C.; HOLLAND, P.; DOHERTY-WILLIAMS, D. An exploration of outcome criteria in nocturnal enuresis treatment: the way forward. **Scandinavian Journal of Urology and Nephrology**, v. 38, p. 196-206, 2004.
- COSTA, N. J. D. **A enurese noturna na adolescência e a intervenção comportamental em grupo x individual com uso de aparelho nacional de alarme**. 2005. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, USP, São Paulo, 2005.
- HOUTS, A. C. Behavioral treatment for enuresis. In: KAZDIN, A. E.; WEISZ, J. R. (Orgs.). **Evidence-based psychotherapies for children and adolescents**. Nova York: The Guilford Press, 2003.
- HOUTS, A. C.; BERMAN, J. S.; ABRAMSON, H. Effectiveness of psychological and pharmacological treatments for nocturnal enuresis. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, v. 62, n. 4, p. 737-745, 1994.
- JENSEN, I. N.; KRISTENSEN, G. Frequency of nightly wetting and the efficiency of alarm treatment of nocturnal enuresis. **Scandinavian Journal of Urology and Nephrology**, v. 35, p. 357-363, 2001.
- PEREIRA, R. F. **A enurese noturna na infância e na adolescência: intervenção em grupo e individual com uso de aparelho nacional de alarme**. 2006. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, USP, São Paulo, 2006.
- SILVA, R. P. **Enurese noturna monossintomática: intervenção comportamental em grupos de pais e em grupos de crianças com aparelho nacional de alarme**. 2004. Dissertação (Mestrado) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, USP, São Paulo, 2004.
- WILLE, S. Comparison of desmopressin and enuresis alarm for nocturnal enuresis. **Archives of disease in childhood**, 1986.

Contato:

Mayra Helena Bonifácio Gaiato Meneghello
Rua Doutor José Aureo Bustamante, n. 183, apto 202B
CEP 04710-090
e-mail: mayrahelena@uol.com.br

Tramitação

Recebido em janeiro de 2006

Aceito em junho de 2006

A educação e a psicanálise: um encontro possível?

Maviane Vieira Machado Ribeiro
 Marisa Maria Brito da Justa Neves
 Universidade de Brasília

Resumo: O presente artigo tem por objetivo discutir possibilidades de interfaces entre as áreas da Educação e da Psicanálise, especialmente no contexto de uma educação terapêutica. Para tanto, partiu-se das contribuições teóricas de Freud e de Lacan, articulando-as ao que tem sido produzido atualmente no campo educativo. Privilegiaram-se, também, algumas contribuições advindas da prática terapêutica em uma instituição para crianças autistas e psicóticas. Nesse entrelaçamento, observou-se o efeito desempenhado pelo olhar psicanalítico sobre as questões educacionais, desvelando o papel desempenhado, pelas práticas educativas, na constituição e no devir do sujeito. Concluiu-se que a articulação entre as duas áreas é possível e contribui positivamente para o desenvolvimento de ambas e dos que delas se utilizam. Reafirma-se, pois, a necessidade da abertura de campos de interlocução entre essas áreas que tratam, aqui, especificamente, do desenvolvimento humano.

Palavras-chave: constituição do sujeito; distúrbios globais do desenvolvimento; teoria psicanalítica; educação especial; desenvolvimento humano.

LA EDUCACION Y EL PSICOANALISIS: ¿UN ENCUENTRO POSIBLE?

Resumen: El presente artículo tiene por objetivo discutir posibilidades de interfaces entre las áreas de la Educación y del Psicoanálisis, especialmente en el contexto de una educación terapéutica. Para tanto se partió de las contribuciones teóricas de Freud y de Lacan, articulándolas a lo que ha sido producido actualmente en el campo educativo. Se privilegiaron también algunas contribuciones provenientes de la práctica terapéutica en una institución para niños autistas y psicóticos. Em esa relación se observó el efecto desempeñado por la interpretación psicoanalítica sobre las cuestiones educacionales mostrando el papel desempeñado por las prácticas educativas en la constitución y en el devenir del sujeto. Se concluyó que la articulación entre las dos áreas es posible lo que contribuye positivamente para el desarrollo de las dos y de todos aquellos que de ellas se utilizan. Reafirmandose, pues, la necesidad de la apertura de campos de interlocución entre esas áreas, específicamente de las que tratan sobre el desarrollo humano.

Palabras clave: constitución del sujeto; trastornos globales del desarrollo; teoría psicoanalítica; educación especial; desarrollo humano.

EDUCATION AND PSYCHOANALYSIS: A FEASIBLE UNION?

Abstract: This work intends to investigate feasible interfaces between the fields of Education and Psychoanalysis, especially in the context of a therapeutic education. For such, the theoretical contributions from Freud and Lacan were used as a starting point, articulating them to what have been used in the educational field. It was also taken into account some contributions from the therapeutical practice in an institution for autistics and psychotics children. In this union it was observed the effect of the approach over educational matters, unveiling the role of the educational practices in the constitution of the subject. It was concluded that the union between the two areas is feasible and positively contributes to the development of both fields and theirs users. It is reaffirmed the need to create conversational interfaces between these fields that relate, in this work, specifically to human development.

Keywords: constitution of subject; pervasive developmental disorders; psychoanalytic theory; special education; human development.

Quando os educadores se familiarizarem com as descobertas da psicanálise, será mais fácil se reconciliarem com certas fases do desenvolvimento infantil e, entre outras coisas, não correrão o risco de superestimar a importância dos impulsos instintivos socialmente imprestáveis ou perversos que surgem nas crianças. Pelo contrário, vão se abster de qualquer tentativa de suprimir esses impulsos pela força, quando aprenderem que esforços desse tipo com frequência produzem resultados não menos indesejáveis que a alternativa, tão temida pelos educadores, de dar livre trânsito às travessuras das crianças (FREUD, 1913-1914).

Introdução

A relação da Psicanálise com a Educação tem seus primórdios com Sigmund Freud, que observou pontos de conexão, ou mesmo de discordância, entre as especificidades dos campos de conhecimento aqui em questão. Freud demonstrou seu interesse pelas conexões que a Psicanálise e a Educação poderiam vir a construir entre si, a importância das ligações possíveis e forneceu, também, algumas idéias de como elas poderiam ocorrer (FREUD, 1932). É fato que ele não escreveu extensamente artigos sobre a Educação. Contudo, mostrava franco interesse em ver a Psicanálise expandida para outras disciplinas, como se pode ver em prefácios de livros como os do pastor Oscar Pfister (FILLOUX, 1997).

A partir de então, a Educação e a Psicanálise percorrem um complexo caminho, entrelaçando seus saberes sobre o funcionamento do ser humano, mesmo diante da resistência de alguns. Esse entrelaçar permitiu o levantamento de questões relacionadas ao desenvolvimento humano, à relação de transferência aluno-professor, ao prazer em aprender, à terapêutica da Educação, à linguagem etc.

Assim, a Psicanálise – como corpo teórico – e a Educação – como discurso social – imbricaram-se em um processo de mudanças que afetou tanto o corpo teórico como o discurso social. O contexto educacional passa por modificações que ultrapassam as idéias iniciais de Freud. O corpo teórico da Psicanálise, por sua vez, não permanece imune à sua saída do divã e à sua entrada no mundo institucional (KUPFER, 2000).

Entretanto, antes de acompanhar o percurso que os dois campos do conhecimento fazem entre si, há a necessidade de esclarecer que todo o discurso aqui apresentado deve ser levado em conta, ou também questionado, a partir do que Jerusalinsky (1999a, p. 23) concebe sobre o desenvolvimento humano:

[...] na questão do desenvolvimento aparecem inevitavelmente recortes, precisamente porque o que se desenvolve são as funções e não o sujeito. É na parcialidade própria da pulsão que o objeto adquire um contorno que o define, então, sempre como fragmentário. Ali, nessa parcialidade, surgem os representantes específicos que vão se organizando como sistema: o motor, o perceptivo, o fonatório, os hábitos, a adaptação. Esses sistemas representantes do corpo e seu funcionamento em relação ao meio circundante (*umwelt* é a palavra utilizada por Freud), se bem passam em seu circuito por órgãos específicos, diferenciam-se, principalmente, a partir de sua dimensão mental. E é esta dimensão, propriamente psíquica, a que os organiza e lhes confere suas particularidades.

Nesse ínterim, o presente ensaio caracterizar-se-á como um recorte no complexo espectro do desenvolvimento humano e nas controvérsias teóricas – não menos complexas

– da Educação e da Psicanálise. Nesses fragmentos, traçar-se-á uma breve apresentação desse caminho de entrelaçamento, objetivando demonstrar como essas questões implicar-se-iam na educação de crianças em desenvolvimento atípico e, conseqüentemente, em sofrimento psíquico grave (a saber, psicóticas, autistas, esquizofrênicas). Salienta-se que essa interlocução faz-se necessária em virtude de se observar a perda de valiosas contribuições de que se poderia fazer uso no acompanhamento de crianças com dificuldades em seu desenvolvimento emocional e educacional, por exemplo.

Para tanto, realizou-se uma revisão teórica de artigos atuais, de autores nacionais que relatam experiências de interfaces entre a Psicanálise e a Educação e propõem reflexões teóricas sobre esse tema. Constituíram-se como um elo de busca constante no aprofundamento teórico, na tentativa de encontrar respostas teóricas às indagações colocadas pela prática clínica, as experiências das autoras no atendimento de crianças e adolescentes com diversas patologias, dentre elas, autismo e psicose.

Revisão teórica

Precedentes psicanalíticos

Optou-se, neste trabalho, por recuperar as contribuições de Freud e de Lacan. É evidente que a Psicanálise não se resume aos saberes desenvolvidos por esses dois autores e a existência de outros deve ser igualmente considerada. Porém, aqui serão tomados como base, para os objetivos a que se propõe o texto, Freud e Lacan como representantes teóricos da Psicanálise.

Pode-se, então, acompanhar o desenvolvimento de Freud sobre as relações da arte analítica com a arte de ensinar (FILLOUX, 1997). Entre 1909 e 1912, Freud construiu uma imagem da Educação como “fator de vocação virtual ou realmente patogênica”, uma vez que se relaciona ao recalçamento social das pulsões, sendo este considerado um dos fatores da neurose. Em contrapartida, a Educação é reconhecida em sua participação positiva na ajuda ao controle do princípio do prazer por meio de uma adaptação à realidade e à sublimação. Nessa época, ele também ressalta que o processo analítico possui um componente educativo, uma vez que a cura poderia ser vista como uma educação tardia.

Um ano após esse período, a Educação e a análise passam a ser vistas como ciências complementares, sendo defendido que a Educação deveria ter como fim último impedir a formação da neurose, facilitando os canais para a movimentação das pulsões para um bom caminho. A Psicanálise estaria, assim, no papel de reeducação do que escapou à educação primeira. Em 1925, Freud revê seus pensamentos, percebe que a Educação não pode ser concebida apenas pelo seu aspecto preventivo das neuroses e afirma que se deve evitar confundir o trabalho pedagógico com, ou mesmo substituí-lo por, uma intervenção psicanalítica.

Nesse momento, Freud introduz a noção do educador analisado ou com informação psicanalítica que conduziria o processo educativo no caminho da realidade, trazendo a concepção de um trabalho educativo psicanaliticamente esclarecido (FREUD, 1913-1914). Idéia que, por sua vez, abre uma discussão polêmica sobre a possibilidade de transmissão da Psicanálise para fora do divã. “Há uma transmissão da psicanálise ao educador,

além daquela que poderia se feita no divã” (KUPFER, 2000, p. 119). Assim como proposto por Kupfer, acredita-se nessa possibilidade no presente ensaio. Levanta-se, ainda, a questão de que a transmissão da Psicanálise possa se dar em diversos níveis e que, hoje, ultrapassa os objetivos unicamente tidos por um analista.

Tentaremos, aqui, elevar essa discussão e ampliar o uso dos conhecimentos psicanalíticos, passando do foco apenas no aluno para pontuar as passagens psicanalíticas referentes aos educadores e às instituições. Afinal, sabe-se que a porta de entrada da Psicanálise para a teoria pedagógica está, justamente, no âmbito que trata da “emergência pedagógica institucional” (FILLOUX, 1997).

De acordo com Ciaccia (1997), as funções próprias da Psicanálise e da Educação não podem ser sobrepostas e vivem em certa oposição. É fato que, tanto a Educação quanto a Psicanálise tratam do campo do ser humano, o que traça sua sobreposição. Porém, a Educação, por meio de uma promoção educativa e a Psicanálise, por meio de uma promoção terapêutica (FILLOUX, 1997). Assim, sabe-se que as duas lidam com a promoção do desenvolvimento humano. Mas, afinal, se se tratam de funções opostas, o que possibilitaria suas conjunções e torna-las-iam funcionais para favorecer tal desenvolvimento?

Nesse sentido, Lacan aponta o “campo da linguagem”. O que vem a humanizar o animal homem é a linguagem, que o refere ao campo do simbólico. Lacan pontua que a palavra tende na direção de um outro, não um semelhante. Então, diz-se, na direção de um outro; o qual teria como função ratificar a palavra, acolhê-la para que o ser humano se subjetive. Aqui, quem fala é a voz da Psicanálise. No entanto, percebe-se como a Educação tem em sua base duas operações essenciais: a identificação e a aquisição de um saber (FILLOUX, 1997). Pode-se, assim, entender como o ensino é mediado por um outro que pode ser representado pelo professor, que deveria fazer do objeto de conhecimento um mistério a ser desvendado. Nessa tentativa de esclarecer o mistério, o sujeito pode constituir seu conhecimento (JERUSALINSKY, 1999b). O professor exercerá essa função para o aluno, de maneira que ele possa aprender ou não.

A atualidade

Essas questões referentes aos educadores remetem, então, a fenômenos como a transferência aluno-professor, a pulsão do saber, a afetividade, o acesso ao simbólico e as identificações (NEVES; ALMEIDA, 1998). Isso reafirma o modo como a Psicanálise e a Educação se cruzam, intrinsecamente, em nível educacional. A relação entre esses dois sujeitos do conhecimento se dá, pois, mediante uma relação transferencial, sendo o fenômeno da transferência entendido aqui como o processo pelo qual ocorre certa repetição de vivências, bem como uma exteriorização de conteúdos internos do indivíduo (CASORLA, 2003), passando, pois, além de uma mera reedição do passado (BARROS, 1999).

O próprio Freud (1912) constatou que o fenômeno da transferência ocorria nas diversas relações estabelecidas no decorrer de suas vidas. Trata-se de um fenômeno que se encontra em todas as relações humanas. Segundo ele, a transferência pode ser entendida como reedições de vivências psíquicas que são atualizadas em relação à pessoa do analista e, no nosso caso, atualizada em relação à figura do professor.

Como já pontuado acima, esse processo se estenderia no atual contexto do aprendiz em direção ao mestre e poderia ser utilizado como ferramenta para auxiliar este a lidar melhor com aspectos dessa ordem, podendo facilitar ao seu aluno o processo de aprendizagem. Afinal, como enuncia Pereira (1994, p. 208): “Ensinar depende sempre de um contrato, o que supõe dois termos e não um só, e que existe uma relação fundamental entre o ensino e a palavra [...]”.

A autora, acima citada, ainda ressalta que não seria possível ensinar se não fosse a transferência. O aluno deve, pois, supor no professor um saber. A partir dessa suposição ou de sua ausência, o professor fundar-se-ia, ou não, como uma figura de autoridade. Isso significa que o aluno escutará o professor a partir do lugar no qual o professor foi, por esse mesmo aluno, colocado. Lugar determinado pelos seus desejos inconscientes, oriundos de suas relações primitivas com suas figuras primordiais, lugar determinado pela transferência. Assim, o laço constituído com o professor pode ser entendido como uma vivência (re)atualizada de relações primordiais anteriores (NEVES; ALMEIDA, 1998).

É na dependência dessa relação que o professor – sujeito suposto saber – encontra a possibilidade de sustentar esse saber que a criança supõe estar em seu poder, para efetivar seu discurso desse lugar de onde fala. É necessário que o professor esteja atento para não se tornar uma autoridade que imporá seu próprio desejo à criança. Deve atentar, também, para o fato de que não desejar nada em relação à criança poderá colocar em risco a constituição dela como sujeito desejante (PEREIRA, 1994). Desembocando na hipótese de que uma transferência possa estar em ação, esta pode ser observada e utilizada pelo educador no processo de construção de um conhecimento. Salienta-se que não se trata aqui de prescrição, mas antes de uma alternativa de caminho para o desenvolvimento de um trabalho educativo.

Dessa forma, supondo a transferência, há de se reconhecer o aluno inscrito por marcas primordiais que o determinarão como sujeito. Assim, levando em conta o sujeito, sua aprendizagem não poderá ser totalmente predeterminada. A partir disso, deve-se atentar para um sujeito que se articula a um campo social chamado escola e que processará sua aprendizagem mediante seu estilo próprio, porém, mediado por um discurso social (KUPFER, 2000). Sendo assim, à medida que o professor possa estar atento à relação transferencial estabelecida pelo e com o aprendiz, poderá conduzir o processo de aprendizagem de forma a acompanhar as sinalizações particulares deste no direcionamento da construção de conhecimentos. Vislumbra-se, aqui, a possibilidade de trabalho em articulação, no qual a aprendizagem dar-se-ia com a junção de aspectos de fundo social/normativo e aspectos de natureza interna/emocional. A escola, então, passaria a ser lugar não só de informação e transmissão, mas também um espaço de criação (MACIEL, 2005) no qual o inesperado pode advir como fragmento constituinte de um sujeito.

Enfim, voltando a questões de ordem mais prática, Lajonquière (1997) afirma que *educar* significaria simplesmente *endireitar*; e isso segundo “um conjunto parcial de conhecimentos” provenientes de um mestre. Ele conta que, a partir do momento em que o aprendiz “apr(e)ende” o que lhe ensina seu mestre, ele se encontra em uma posição de “assujeitamento”. Isso permite um “brincar” com as palavras, chamando a atenção para o fato de admitir que o “ideal” seria o aluno ser um assujeitado sujeito desejante.

O termo assujeitado pode também remeter à afirmação de Jerusalinsky (1999c), a partir da mitologia greco-romana, de que “educar aparece assim ligado a cuidar, sustentar, alimentar. Porém, é necessário certamente que nos perguntemos de que alimento, de que sustentação, de que cuidados se trata” (p. 162). Ainda nesse texto, o autor cita um preceito romano: “É importante o modo como as crianças começam a ser educadas, porque quase sempre assim se tornam” (p. 167). O autor reflete sobre a necessidade de se supor um sujeito mesmo no indivíduo assujeitado, e supor isso implica o educador poder inscrever algo sob esse determinado sujeito. Afinal, educar um indivíduo diz respeito à realização de marcas simbólicas (LAJONQUIÈRE, 2001). Jerusalinsky (1999c) aponta, ainda, que o trabalho com crianças sempre nos remete ao campo da interdisciplinaridade, ou seja, indica o quanto a Educação pode vir a ser terapêutica.

Discussão de resultados

Implicações práticas

A questão de uma Educação Terapêutica é alvo intenso de discussão, sobretudo no que tange à escolarização de crianças psicóticas e autistas. Nesse âmbito, encontra-se como precursor Jean Itard, que tratou de uma criança “idiota”, “ensinando-a a humanizar-se”. Com ele, tiveram início movimentos de correntes diversas. Contudo, o que importa, no momento, diz respeito às escolas que têm como base a “suposição de que ali estão seres humanos”, interessando-se por aquilo que possa tirar o máximo de aproveitamento dos potenciais terapêuticos, encarnados em todo processo educativo direcionado a um sujeito e repleto de um valor estruturante não só para crianças com “distúrbios globais do desenvolvimento”.

Uma atuação educativa que supõe a existência de um sujeito singular nas crianças com distúrbios graves possibilita ao professor trabalhar de forma a não considerar o desempenho de seus alunos a partir de níveis de desenvolvimento previamente estabelecidos, o que tem levado muitos professores a sentimentos de incapacidade e de não-reconhecimento do seu trabalho. Possibilita, também, ultrapassar posições de descrença na capacidade de aprendizagem e desenvolvimento dessas crianças. Contudo, a escola ainda tem, de modo tradicional, julgado de forma arbitrária e equivocada aqueles que devem ou podem aprender.

Para Kupfer (1997), a Educação Terapêutica se apóia em torno de três eixos: a inclusão social, o eixo simbólico e a operação educativa propriamente dita.

O primeiro, da inclusão social, tem como implicações a política da inclusão social, a luta antimanicomial e a escola de Bonneuil, sob o olhar de Maud Mannoni. Em Bonneuil, as crianças têm o costume de realizar atividades nas vizinhanças, por exemplo. Dessa forma, é feita uma “atribuição imaginária de lugar social”, ainda com uma preponderância do imaginário sobre o simbólico, uma vez que é feita a partir do olhar do adulto. As crianças com distúrbios globais do desenvolvimento se beneficiam de sua inserção em um espaço educativo, principalmente porque passam a compartilhar de um espaço social próprio da infância. Essa inserção se traduz, mesmo que imaginariamente, em uma forma de pertencimento.

O segundo eixo traz a possibilidade de essa criança operar verdadeiramente na dimensão simbólica, no qual se acentuam as “relações estruturais que articulam sexualidade e conhecimento, sujeito e Eu, significante e palavra” (KUPFER, 1997, p. 58).

Sobre a articulação, a sexualidade e o conhecimento, constata-se que, desde o nascimento, a criança demonstra estar muito interessada em pesquisar e conhecer o mundo. Do ponto de vista da Psicanálise, pode-se afirmar que a natureza dessas primeiras pesquisas infantis é sexual. Dentre as questões que mobilizam as pesquisas infantis destacam-se: as questões sobre o nascimento dos bebês; as relações sexuais entre os pais; o papel paterno na concepção e as diferenças sexuais anatômicas. Em termos psicanalíticos, considera-se que o indivíduo deve ser capaz de mobilizar seus recursos conscientes e inconscientes para compreender ou para resolver uma situação-problema. Isso significa dizer que o ato inteligente depende, também, de todo o conjunto de aprendizagens do indivíduo, das suas experiências guardadas na memória inconsciente e, sobretudo, da capacidade de estabelecer laços e fazer escolhas.

Trabalhar, a partir da articulação significante da palavra, demanda reconhecer que inicialmente a linguagem tem a função de ser, para o sujeito, um meio de expressão e de comunicação com o outro. Nos primórdios de sua aquisição, a linguagem se apresenta desprovida de desejo de comunicação e de intenção significativa. Nesse estágio, a linguagem traduz os estados de tensão interna ou de satisfação da criança. A criança joga com os sons, formando combinações livres, na busca de obter prazer com essa atividade, o que caracteriza um aspecto criativo. Poder ouvir e encantar-se com os sons, os balbucios, com a massa sonora das crianças autistas, constitui uma importante função da educação terapêutica, pois possibilita conferir sentido às ações gestuais e de linguagem dessas crianças.

A palavra vem no lugar da “coisa” e a entrada na linguagem marca a passagem do imediatismo para as coisas mediatas e mediadas. A entrada na linguagem assinala a passagem do biológico para o cultural. A linguagem introduz a criança no código do outro, no código da cultura, no simbólico.

O terceiro eixo se estrutura em torno das operações educativas propriamente ditas. As crianças com graves distúrbios de desenvolvimento, psicóticas e autistas, apresentam comprometimentos severos na sua constituição subjetiva, nas suas relações com o outro e na sua circulação no campo social. É necessário, portanto, que as crianças tenham acesso, da forma que cada uma possa, às representações e aos traços privilegiados pelo discurso social, para que elas possam vir, se puderem, se representar nesse discurso. Dessa forma, a inclusão no espaço educativo apresenta-se com um campo fértil para que laços e marcas possam ocorrer e produzir efeitos. Na Educação Terapêutica, é oferecido à criança

[...] o conhecimento não apenas em sua dimensão instrumental, mas como possibilidade de que este seja utilizado para separá-lo do gozo intrusivo do Outro. É um instrumento que constrói o sujeito, e não apenas uma ferramenta para o Eu [...] A educação tem a função de dar à criança um lugar de sujeito. De fato, qualquer educação que se preze deveria estar levando isso em conta. E quando ela obtém êxito, o que ocorreu foi justamente o enodamento de um sujeito com a pura palavra ali veiculada, ainda que o educador não tivesse isso em mente (KUPFER, 1997, p. 59-60).

A Pré-escola Terapêutica Lugar de Vida, na Universidade de São Paulo (USP), desde 1991 oferece tratamento para crianças com distúrbios globais do desenvolvimento e com problemas emocionais graves. Sem dúvida pode ser apontada com uma instituição representante desse terceiro eixo (KUPFER, 1996). A instituição tem como objetivo atender à demanda de crianças que precisam do atendimento, bem como dos profissionais que necessitem de formação. É oferecido atendimento psicoterapêutico e educacional integrados, pesquisas são desenvolvidas sobre o diagnóstico e o tratamento de psicoses, autismo e esquizofrenias; também são oferecidos cursos de aperfeiçoamento e de supervisão aos profissionais. O trabalho no Lugar de Vida tem como base a tríade: educacional, ateliês e montagem institucional.

Em se tratando de crianças com sofrimento psíquico grave, entende-se que a constituição de um sujeito se fez prejudicada e o papel do processo educativo inclui uma interferência de certa ordem no percurso de subjetivação do mesmo. Assim, é possível fazer um paralelo do que Mariotto (2003, p. 39) diz a respeito da creche em relação ao espaço institucional:

Se tradicionalmente ela se configura como lugar onde se oferecem 1) os cuidados básicos, 2) um ambiente estimulador para o desenvolvimento cognitivo e psicomotor e 3) um lugar de trocas afetivas, deve-se localizá-la (a creche) também enquanto elemento simbólico no devir psíquico da criança. Idéia esta que confere à instituição um lugar instituinte.

Presume-se, pois, que o agente principal de inserção social é a escola e que essas crianças têm suas capacidades intelectuais cada vez mais descobertas. Nesse sentido, o Lugar de Vida coloca-se apenas como uma pré-escola, tendo em vista que o objetivo primordial é a inserção/reinserção escolar da criança, servindo como etapa de um processo de diminuição das internações, de inserção no mercado de trabalho ou mesmo como “sustentação imaginária para essa inserção social”. Nos ateliês, é proposta a participação das crianças em atividades culturais, sendo concomitantemente oferecido um espaço no qual o discurso do sujeito possa ser socializado. Kupfer (1996) ainda chama a atenção para o fato de que a montagem institucional de um trabalho como esse deve funcionar como ferramenta terapêutica. As respostas das crianças aos manejos institucionais são constantemente acompanhadas e entende-se que os discursos delas, dos pais e da instituição estão sempre entrelaçados.

Considerações finais

Em primeiro lugar, uma crítica que poderia ser direcionada ao presente ensaio seria a idéia de aplicabilidade da Psicanálise. Sempre que se tem a intenção de lançar o olhar da Psicanálise sobre outras áreas do conhecimento, depara-se com um impasse sobre a (im)possibilidade de a Psicanálise ser utilizada em outras áreas, que não a clínica, e as implicações desse fato. Talvez, fosse pertinente se começar a assumir as contribuições que a Psicanálise pode oferecer às mais diversas áreas do conhecimento. Como nos afirma Kupfer (2000, p. 121): “Ora, a psicanálise é uma das disciplinas responsáveis, em nosso tempo, pelo resgate do sujeito”.

Este ensaio é um exemplo de como a Psicanálise pode enriquecer o entendimento e a intervenção junto ao sofrer do ser humano, seja na clínica ou na escola. Essa discussão ainda remete ao fato de que, para lidar com a complexidade humana, seria recomendável uma atuação interdisciplinar. Sabe-se que um trabalho realizado por meio da interdisciplinaridade possui uma abrangência maior do que o contrário possibilitaria. E por que não a Psicanálise? O laço entre professor-aluno não poderia ser uma (re)atualização das relações primeiras, em uma tentativa de resolução dos conflitos anteriores, na externalização dos conteúdos internos?

Há quem acredite que a Educação é a base para a existência da Clínica, uma vez que esta última trata dos “vestígios” que a Educação deixou. Outros colocam que a Educação vem ao auxílio da Clínica, fazendo valer o princípio da realidade, tão necessário aos neuróticos. Ainda há os que reforçam a idéia de que a Clínica e a Educação não ocupam o mesmo lugar no espaço. Na Clínica, dirão os clínicos, a Educação não cabe. Entende-se, pois, que a Clínica exclui a Educação. Entretanto, de que tipo de Educação se fala quando tal afirmação é evocada? Não se trataria de uma certa terapêutica na Educação? Não se trataria de certa Educação na Psicanálise?

A partir desse ponto, poder-se-ia se avançar para além da questão das crianças com distúrbios globais do desenvolvimento. Mas, especificamente, nesse caso, percebe-se como a Educação pode ter a função de inserir a criança em um processo de “sujeitamento”. O que faz refletir como a Educação pode vir a ser um processo estruturante, tendo o professor como facilitador para a criança de uma travessia na elaboração de si mesma, de representação do mundo e de um elo que possibilitaria a ligação dos diversos fragmentos constituintes da vida, apenas para enfatizar a valiosa função estruturante e constituinte que a Educação pode adquirir, quando bem baseada na interdisciplinaridade.

Em suma, podemos resumir as conexões entre a Psicanálise e a Educação pelo jogo entre cinco elementos citados anteriormente. Percebe-se, pois, como a (1) transferência aluno-professor passa a ser mediada pela (2) afetividade e pelo processo de (3) identificação, em que a (4) pulsão do saber e o (5) acesso ao simbólico reforçam o mecanismo de aprendizagem.

Por fim, ressalta-se que não é objetivo do presente ensaio, básico em seu bojo, esgotar as questões relativas ao assunto. Ao reconhecer as nuances implicadas, a intenção é abrir campos de interlocução entre as diversas áreas que prezam pelo desenvolvimento humano, aqui representadas pela Educação e pela Psicanálise. Talvez o que esse ensaio traga de mais precioso seja a apresentação de alguns caminhos, suas transformações com o passar das épocas, o fato de que o conhecimento abre ramificações que não podem ser subjugadas, expandindo, dessa forma, possibilidades de ir sempre adiante, soando a sua “verdade” à do outro na tentativa de conjugar saberes. Assim, parece válido ressaltar que essa interlocução não se trata, aqui, de uma obrigatoriedade, mas sim, como comentava Freud (1913), de que em muitos casos só será possível alcançar sucesso se houver colaboração entre o educador e o médico.

Referências

- BARROS, E. M. da R. O inconsciente e a constituição de significados na vida mental. **Psicologia USP**, São Paulo, v. 10, n. 1, 1999.
- CASSORLA, R. M. S. Procedimentos, colocação em cena da dupla (“Enactment”) e validação clínica em psicoterapia psicanalítica e psicanálise. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v. 25, n. 3, 2003.
- CIACCIA, A. Da educação à psicanálise. **Revista Estilos da Clínica**, São Paulo, ano II, n. 2, 1997.
- FILLOUX, J. C. Psicanálise e educação, pontos de referência. **Estilos da Clínica**, São Paulo, ano II, n. 2, 1997.
- FREUD, S. A dinâmica da transferência. **Edição eletrônica brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1912. vol. XII.
- _____. Introdução a the psycho-analytic method, de Pfister. **Edição eletrônica brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1913. v. XII.
- _____. Conferência XXXIV. **Edição eletrônica brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1932-1936. v. XXII.
- _____. Parte II – O interesse da psicanálise para as ciências não-psicológicas. **Edição eletrônica brasileira das obras psicológicas completas de Sigmund Freud**. Rio de Janeiro: Imago, 1913-1914. v. XIII.
- JERUSALINSKY, A. A educação é terapêutica? (parte II), p. 161-168. In: _____. **Psicanálise e desenvolvimento infantil**. Porto Alegre: Artes e Ofícios, 1999c.
- _____. Conhecer, p. 85-88. In: _____. **Psicanálise e desenvolvimento infantil**. Porto Alegre: Artes e Ofícios, 1999b.
- _____. Desenvolvimento e psicanálise, p. 23-31. In: _____. **Psicanálise e desenvolvimento infantil**. Porto Alegre: Artes e Ofícios, 1999a.
- KUPFER, M. C. M. Apresentação da pré-escola terapêutica Lugar de Vida. **Estilos da Clínica**, São Paulo, ano I, n. 1, 1996.
- _____. Educação terapêutica: o que a psicanálise pode pedir à educação. **Estilos da Clínica**, São Paulo, ano II, n. 2, 1997.
- _____. Uma educação para o sujeito. In: _____. **Educação para o futuro: psicanálise e educação**. São Paulo: Escuta, 2000.
- LAJONQUIÈRE, L. de la. A infância e a educação nos tempos sombrios do narcisismo. In: Colóquio Franco-Brasileiro, 2001, Paris. **Anais...** Paris: Universidade de Paris XIII, 2001.
- _____. Dos “erros” e em especial daquele de renunciar à educação – notas sobre psicanálise e educação. **Revista Estilos da Clínica**, São Paulo, ano II, n. 2, 1997.
- MACIEL, M. R. Sobre a relação entre educação e psicanálise no contexto das novas formas de subjetivação. **Interface**, Botucatu, v. 9, n. 17, 2005.
- MARIOTTO, R. M. M. Atender, cuidar e prevenir: a creche, a educação e a psicanálise. **Revista Estilos da Clínica**, São Paulo, ano VIII, n. 15, 2003.
- NEVES, M. M. B. da J.; ALMEIDA, S. F. C. de. Relação professor-aluno: um enfoque sob o ponto de vista de alguns conceitos psicanalíticos. In: **I Congresso Internacional**

de Psicanálise e suas Conexões – Trata-se uma criança. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 1998.

PEREIRA, M. R. A transferência na relação ensinante. In: CALLIGARIS, C. (org.) **Educa-se uma criança?** Porto Alegre: Artes e Ofícios, 1994.

Contato:

Maviane Ribeiro

SQS 406, Bl. D, apto. 303

Brasília – DF

CEP 70255-040

e-mail: maviane_ribeiro@yahoo.com.br

Marisa Maria Brito da Justa Neves

Universidade de Brasília, Instituto de Psicologia,

Departamento de Psicologia Escolar e do Desenvolvimento

Brasília – DF

CEP 70919-900

e-mail: marisa.brito.neves@uol.com.br

Tramitação

Recebido em setembro de 2005

Aceito em janeiro de 2006

A narrativa no contexto da ciência psicológica sob o aspecto do processo de construção de significados

Carla A. Fonte

Universidade Fernando Pessoa

Resumo: Este artigo procura caracterizar a emergência da narrativa numa ciência pós-moderna que encara o indivíduo como construtor de significados. Destaca-se a linguagem como elemento crucial na construção da matriz narrativa, desenvolvendo-se ainda algumas definições de narrativa com destaque para a sua importância no funcionamento psicológico. Defende-se a importância da narrativa sob o aspecto do processo essencial na construção de significados para a existência humana. Conclui-se salientando a narrativa como processo idiosincrático na sua relação com as experiências de vida de cada indivíduo.

Palavras-chave: narrativa; linguagem; significado; pós-racionalismo.

LA NARRATIVA EN EL CONTEXTO DE LA CIENCIA PSICOLOGICA COMO PROCESO DE CONSTRUCCION DE SIGNIFICADOS

Resumen: Este artículo procura caracterizar la emergencia de la narrativa en una ciencia pos-moderna que enfrenta el individuo como constructor de significados. El lenguaje es destacado como elemento crucial en la construcción de la matriz narrativa, desarrollándose también algunas definiciones de narrativa destacando la importancia que las mismas tienen en el funcionamiento psicológico. Se defiende la importancia de la narrativa como proceso esencial en la construcción de significados para la existencia humana. Se concluye destacando la narrativa como proceso idiosincrático en su relación con las experiencias de vida de cada individuo.

Palabras clave: narrativa; lenguaje; significado; pós-racionalismo.

NARRATIVE IN PSYCHOLOGICAL SCIENCE AS A PROCESS OF MEANING CONSTRUCTION

Abstract: This paper characterize narrative emergence in the post-modern science, that interprets human being as a meaning constructor. It is emphasize the language as a crucial element in the narrative and is development some narrative definitions and it importance for the human functioning. It is undertake the importance of the narrative as a essential process in the meaning construction to the human life. Conclusions are discuss in terms of the narrative as an idiosyncratic process in relationship with human life experience.

Keywords: narrative; language; meaning, post-rationalist.

Introdução

A ciência e a psicologia de orientação positivista depositaram uma profunda esperança na possibilidade de encontrar uma resposta, verdadeira e universal, para as suas inquietações acerca da natureza do universo e do ser humano. Acreditaram, além disso, que esse objectivo era tanto mais alcançável quanto mais se tornasse possível a eliminação da subjectividade humana, em prol de uma objectividade científica, metodológica.

Este paradigma, que procura a constituição de verdades absolutas, tem dado lugar a uma conceptualização da ciência, classificada como pós-empiricista, pós-estrutural, não fundamentada ou pós-moderna, que se destaca pelo confronto que estabelece com os princípios que tradicionalmente dominaram a produção de conhecimento (GERGEN, 1994).

Nesta nova perspectiva, o conhecimento emerge da interacção entre o sujeito e o seu contexto, sendo esta interacção continuamente auto-referenciada e interpretada a partir dos quadros de referência do sujeito.

Pretende-se com o presente texto analisar alguns dos contributos teóricos que emergiram desta nova concepção de ciência e suas implicações para a compreensão do funcionamento humano.

História e concepções da narrativa

Com a emergência da ciência pós-moderna, o indivíduo deixa de ser considerado um mero processador de informação para ser visto como um construtor activo de significados.

Esta concepção do ser humano como “construtor de significados” tem sido desenvolvida por diversos movimentos da psicologia: o construcionismo social, o construtivismo desenvolvimental, o pós-modernismo e a teoria narrativa (HENRIQUES, 2000).

Na análise dessas abordagens, encontram-se alguns pressupostos comuns, entre os quais

o facto de os seres humanos serem vistos como contadores de histórias; a defesa de que o pensamento é essencialmente metafórico e imaginativo e ainda que a manipulação do pensamento é caracterizada por uma procura intencional de significação (GONÇALVES, 1998, p. 257).

Além disso, “a realidade é vista como uma estrutura complexa, caótica e multipotencial, preferencialmente acedida através de diapositivos de natureza hermenêutica e narrativa” (GONÇALVES, 1998, p. 257).

A este propósito, Guidano (1991, p. 4) refere [...] nós vivemos numa pluralidade de mundos e realidades possíveis criados pelas nossas próprias distinções perceptivas. Há tantos domínios de existência quantos os tipos de distinção construídas pelo observador.

Deste modo, a realidade é encarada como algo que só fará sentido depois de ser construída pelo próprio sujeito. Assume-se a possibilidade de existirem construções múltiplas desta mesma realidade, fomentando a multiplicidade do conhecimento, que está dependente do próprio sujeito.

É precisamente à luz dessas novas abordagens que a linguagem se vai assumir como elemento central. Esta passa a ser considerada não como um reflexo de uma realidade psicológica que lhe preexiste, mas como o próprio fenómeno psicológico (GONÇALVES, 1996), afastando, assim, a perspectiva representacionista tradicional que a encarava como um reflexo do mundo, passando a vê-la como uma forma de co-construir algo com o interlocutor.

O carácter hermenêutico da linguagem emerge da teia de relações que se estabelece entre as palavras, constituindo uma matriz narrativa (GONÇALVES, 2000). Dito de outro modo, é através da linguagem que construímos intencionalmente a nossa experiência, que depois dá lugar a uma configuração narrativa (MANITA, 2001). No mesmo sentido, MacNamee e Gergen (1992) argumentam que as construções que fazemos do mundo e de nós próprios são limitadas pelas nossas linguagens. De facto, é através da linguagem que os seres humanos conseguem expressar e comunicar a sua experiência. Construímos conhecimento e significado através da acção proactiva da linguagem, que exprime e potencia o que vivemos (GONÇALVES, 2000).

Na sequência da emergência da linguagem como aspecto central da construção do conhecimento, uma grande variedade de autores têm vindo a sugerir a ideia de narrativa (HOWARD, 1991). Esta tem sido objecto de crescente atenção na Psicologia, especialmente a partir de 1980 (SARBIN, 1986).

Várias definições de narrativa têm emergido, havendo alguns teóricos a argumentar que todos os pensamentos são narrativos (HOWARD, 1991), enquanto outros descrevem as narrativas como uma forma distinta de expressão de acontecimentos humanos com significado (BRUNER, 1986).

Outros autores têm sugerido que as narrativas “iluminam” os significados humanos (POLKINGHORNE, 1988; SARBIN, 1986), definindo narrativa como

uma estrutura de significação que organiza os acontecimentos e acções humanas numa totalidade, atribuindo deste modo significado às acções e acontecimentos individuais de acordo com o seu efeito de totalidade (POLKINGHORNE, 1988).

Sarbin (1986, p. 9) define a narrativa como: “A forma de organizar episódios, acções e relatos de acções, é uma realização que junta factos reais e de ficção onde o tempo e o espaço são incorporados”.

De facto, este princípio organizador da experiência humana presente na narrativa está subjacente à definição de narrativa apresentada por diversos autores.

Mishler (1986 apud FERNANDES, 2001) define narrativas como “cursos de acção coerentes e significativos com princípio meio e fim”. Van Den Broek e Thurlow (1991 apud HENRIQUES, 2000, p. 142) vêm sublinhar a dimensão da temporalidade ao longo da vida e estabelecem a associação entre a narrativa e a identidade. Assim, a nossa identidade é a narrativa coerente da nossa vida e constitui um princípio organizador central. As pessoas organizam a experiência no mundo social, conhecem-no e estabelecem transacções através de narrativas.

Gergen e Gergen (1986), definem a narrativa como a capacidade para estruturar acontecimentos com coerência e com um sentido de movimento e direcção no tempo. Polkinghorne (1988) salienta que a narrativa organiza os acontecimentos da nossa experiência numa sequência coerente e numa dimensão de continuidade temporal.

A narrativa surge, assim, não como uma representação de uma realidade cognitiva essencial, mas como um elemento central da experiência do indivíduo, uma forma de construir um conhecimento indissociável da experiência de existir (GONÇALVES, 1996).

Quanto mais completa é a narrativa, mais coerente é o significado da experiência. “É através do processo de estruturação das experiências, dentro desta estrutura narrativa, que o ser humano encontra coerência e significado na sua vida” (HENRIQUES, 2000, p. 144).

A definição de Bruner (1990) vem salientar a vertente cultural, chamando a atenção, especificamente, para a questão da idiosincrasia como uma originalidade em relação ao culturalmente previsto, e para a função da narrativa na interacção social. Ou seja, a narrativa lida com a acção e a intencionalidade humana, mediando o mundo previsto culturalmente com o mundo idiosincrático dos desejos, crenças e esperanças.

Neste sentido, Gonçalves (1998, p. 23) afirma que “as narrativas só têm existência num processo interpessoal de construção discursiva e como tal são inseparáveis do contexto cultural onde ocorrem”, acrescentando, ainda, que “a narrativa não é um acto mental individual, mas uma produção discursiva de natureza interpessoal e culturalmente contextualizada”.

Wigren (1994) define a narrativa como o modo em que as experiências quotidianas são processadas, permitindo a sua compreensão. Este autor considera, ainda, que a narrativa permite a criação de ligações entre o próprio indivíduo e os outros.

Sendo a narrativa “uma forma de representar e reproduzir dramaticamente os acontecimentos” (VILLEGAS, 1995, p. 7), ela não tem apenas uma função de memorização. Ao contarem as suas histórias, os indivíduos não pretendem somente reter em memória e reelaborar a sua experiência, ou autojustificarem-se: pretendem, igualmente, convencer, persuadir ou impressionar terceiros, com o objectivo de obter dos mesmos compreensão, aceitação, valorização, ajuda ou recompensas (VILLEGAS, 1995).

Isto significa que a memória episódica retém dos acontecimentos uma estrutura esquemática mais coerente com os interesses do sujeito e menos fiel aos factos (VILLEGAS, 1995). Na verdade, não podemos esquecer que os factores emocionais interferem na memória dos acontecimentos, distorcendo-os ou actuando selectivamente sobre a sua retenção e recordação. Daí que, como defende Spence (1982), nunca podemos aceder à verdade factual, devendo fazer a distinção entre “verdade histórica” e “verdade narrativa”. O autor concebe as narrativas como construções interpretativas. A interpretação é “sempre um acto criativo cuja verdade histórica não pode ser determinada” (SPENCE, 1982) e a finalidade dessa construção é a de proporcionar ao indivíduo uma história coerente da sua vida, coerência esta que, por sua vez, imprime à experiência um sentido de continuidade. Assim, podemos concluir que, na linha das abordagens narrativas, representadas por todos os autores previamente citados, “construímos a nossa existência sobre a base de uma estrutura narrativa” (VILLEGAS, 1995).

Apesar de algumas diferenças na definição de narrativa proposta pelos diferentes autores, todas elas acabam por salientar a importância de alguns aspectos, como a temporalidade, associada à própria estruturação narrativa, a relação da narrativa com os contextos e, por fim, a produção de significações e sentidos (MANITA, 2001).

Tendo, então, presente que, segundo essas abordagens, o ser humano organiza o seu conhecimento de modo narrativo, constrói e interpreta a realidade que o rodeia, como é que este modo de conhecimento narrativo se articula com a construção de significados? No ponto que se segue tentamos dar resposta a esta interrogação.

A narrativa sob o aspecto do processo de construção de significados

A ligação da dimensão do significado à condição da existência humana é referida por vários autores. Polkinghorne (1988, p. 9), afirma que “o estudo da construção do significado é particularmente central para as disciplinas preocupadas com a explicação da experiência humana”.

Nesta mesma linha, Gonçalves (2000) defende que a “existência humana é caracterizada por um processo contínuo de construção de significado”.

Desta forma, a psicologia narrativa, na sua estreita ligação com a compreensão da existência humana, é uma psicologia da significação. Não se preocupa tanto com a entrada, tratamento e devolução de informação, mas essencialmente com a forma, ou com o processo, pelo qual o sujeito cria significações (FERNANDES, 2001).

Tal como já fizemos referência no ponto anterior, esta construção de significação está associada a uma visão do sujeito como uma unidade temporal que faz parte de uma comunidade onde existem inter-relações de natureza linguística e cultural.

Bruner (1986) afirma que é a dimensão narrativa do pensamento que vai abrir a porta para o estudo dos significados humanos. No entanto, a construção de significado para a nossa experiência

não é desligada dos significados culturais e históricos veiculados nas narrativas em que nascemos, nos desenvolvemos e que ordenam as nossas relações, as nossas práticas e os contextos das nossas interações (FERNANDES, 2001, p. 44).

Ou seja, a narrativa estrutura os significados da nossa vida numa estreita ligação com os significados sociais e culturais.

Blumer (apud MANITA, 2000, p. 18), teórico do interaccionismo simbólico, já nos anos 1920/30 do século XX destacou o facto dos sujeitos agirem em função dos significados que as situações ou os eventos têm para si, sendo que esses significados são um produto social resultante das interações entre os indivíduos.

Isto é, o indivíduo é um ser que produz significações diversas, orientadoras da sua acção.

Também Piaget defendeu a inseparabilidade da relação sujeito-objecto, afirmando que o conhecimento surge como um produto da interacção entre os dois. Para que o sujeito conheça o objecto, deve operar sobre ele num processo que envolve a transmissão mútua. Por isso, o conhecimento não é uma cópia da realidade, dependendo antes da actividade do sujeito (MAIA, 1998).

Segundo Gonçalves (1996), a nossa identidade pessoal, a coerência narrativa da nossa vida estão largamente dependentes da construção de significados, que surge, deste modo, como um organizador central no nosso funcionamento.

Defendemos então, e de acordo com as propostas dos autores mencionados, que a narrativa tem uma natureza inerentemente significadora, permitindo a organização da

diversidade da experiência num mundo de sentidos. Tal como refere Gonçalves (2000, p. 56), “organizar narrativamente a experiência é, sobretudo, dar-lhe um sentido”.

Nesta linha de compreensão teórica, têm sido desenvolvidos diversos estudos que procuram aprofundar o conhecimento sobre as narrativas e o seu papel no processo de construção de significados, aplicadas a problemáticas e vivências específicas.

Gonçalves; Maia; Alves; Soares; Duarte e Henriques (1996) procuraram explorar as dimensões do conteúdo narrativo em psicopatologia através da construção e validação de narrativas-protótipo em indivíduos diagnosticados com diversos tipos de psicopatologia: dependentes de opiáceos, alcoólicos, anoréxicos, perturbações do pânico com agorafobia e depressivos. Assim, analisaram em que medida diferentes tipos de psicopatologia podem tipificar formas prototípicas de significação narrativa. Em termos globais, os resultados evidenciam que o conteúdo narrativo, a organização discursiva de diferentes tipos de psicopatologia correspondem a diferentes organizações prototípicas, com componentes rígidos e inflexíveis da organização narrativa da experiência. Quer dizer, foram validadas e identificadas narrativas-protótipo de vários tipos de organização discursiva em psicopatologia: da agorafobia; da anorexia; da toxicodependência; da depressão e do alcoolismo (GONÇALVES, 2000).

No sentido de analisar narrativas pessoais significativas de sujeitos consumidores e não consumidores de haxixe e *ecstasy* relativos ao fenómeno droga, Fonte (2003) conclui num trabalho com estudantes universitários que a existência de narrativas com significados associados à droga e aos usos de drogas nestes jovens têm dimensões comuns integrantes no discurso sociocultural vigente. Estes dados estão de acordo com a dimensão cultural presente na construção narrativa que já abordamos previamente. Nesse estudo a mesma autora constata, ainda, que, nos mesmos estudantes, verifica-se a construção narrativa de significados pessoais diversos relativos ao fenómeno droga, interpretáveis à luz da experiência individual de consumos (de terem ou não já consumido algum tipo de droga) e da história de vida de cada sujeito (FONTE; MANITA, 2003). Esses resultados confirmam que a narrativa organiza nossas experiências idiossincráticas, conferindo-lhes significado, que depois vamos continuamente construindo e reconstruindo.

Num outro estudo de Cavadas e Fonte (2005), tentou-se analisar os significados narrativamente construídos e organizados por crianças com familiares alcoólatras, relativamente à sua família. Os resultados salientam a influência das dinâmicas familiares na construção de significados sobre a família, por um lado, e a existência de significados sobre a concepção de família associados ao alcoolismo, por outro. Também aqui as experiências de vida, neste caso de ter familiares alcoólatras, são organizadas de modo narrativo, permitindo depois a elaboração de significados sobre a família associadas a esta experiência.

Fernandes (2001) investigou o impacto das memórias do cliente na activação de memórias do terapeuta. No contexto da sessão terapêutica, entende-se a psicoterapia como um encontro de narrativas terapêuticas, em que o terapeuta activa as suas memórias pessoais durante a sessão. Assim, em termos globais, conclui-se que, na actividade de conversação e de interacção terapêutica, o terapeuta participa na co-construção de histórias do cliente, fazendo recurso às suas próprias histórias, salientando assim as narrativas presentes em ambos, que se “encontram”.

Esses estudos evidenciam a importância do conhecimento narrativo no funcionamento humano, e, sobretudo, destacam a idéia central, que já defendemos neste texto, de que organizamos a nossa experiência de modo narrativo, atribuindo-lhe significado.

Assim, defendemos a necessidade de continuar a desenvolver estudos que aprofundem o conhecimento sobre a forma como o ser humano constrói a sua experiência de modo narrativo e lhe atribui significado. Estes poderão decorrer aplicados aos mais diversos fenômenos da experiência humana. A este propósito destacamos o trabalho de investigação em curso de Aguiar e Fonte sobre Narrativas e Significações da Doença em Crianças com Diabetes Mellitus Tipo I.

Considerações finais

A narrativa desempenha um papel fundamental na construção de significados dos seres humanos. Emerge como um processo mediador entre significado e existência humana. No entanto, como consideram vários autores, as narrativas não recriam literalmente a experiência. As histórias que contamos são construídas para dar significado à nossa experiência. Por isso, não é qualquer história que “serve”; como tal, as histórias que contamos acerca das nossas vidas podem ser radicalmente transformadas.

Na opinião de Sluzki (1995), por um lado, uma narrativa demasiado diferente da anterior não será reconhecida pelo sujeito como sua, por outro, se a nova narrativa for parecida com a antecessora, ela não resistirá por muito tempo, uma vez que a antiga história, devido às suas ligações com o mundo real, que já é familiar aos indivíduos, voltará a vigorar. Este poder transformativo das narrativas reside, portanto, na sua capacidade de re-narrar os acontecimentos das nossas vidas, atribuindo-lhes novos significados.

A identidade pessoal, como já foi referida, e a coerência narrativa da vida estão amplamente dependentes da construção de significados (RENNIE, 1994).

Contudo, o significado narrativo não se constitui como algo eterno e permanente, mas, pelo contrário, está sempre sendo transformado na contínua actividade de construção sobre a nossa experiência (FERNANDES, 2001). Como participantes numa cultura, transportamos conosco um estoque de significados acumulados ao longo da nossa história pessoal e social (POLKINGHORNE, 1988).

Sarbin (1986) defende que nós pensamos, fantasiemos, compreendemos e fazemos escolhas de acordo com uma estrutura narrativa, segundo a qual, além da construção de significado para as experiências passadas, planeamos proactivamente experiências futuras.

Assim, cabe aos sujeitos a interpretação da diversidade de experiências e acontecimentos numa construção dotada de sentido.

Organizar narrativamente a experiência é, acima de tudo, conferir-lhe sentido, sentido esse que se desenrola ao longo da trajectória existencial, inevitavelmente repleta de experiências diversificadas como é característico dos seres humanos (MANITA, 2000, p. 19).

Em conclusão, podemos dizer que as narrativas construídas para dar sentido à vida podem ser continuamente reconstruídas, de acordo com as experiências por que passa-

mos. Não concebemos a nossa acção vazia de significado, pois perante determinado acontecimento ou experiência (pessoal e social), somos levados a reinterpretar sucessivamente a realidade, na busca de uma mais completa e congruente compreensão subjectiva dessa experiência, mas numa estreita ligação com os significados sociais e culturais dominantes (FONTE; MANITA, 2003).

Referências

- BRUNER, J. **Acts of meaning**. Cambridge: Harvard University Press, 1990.
- _____. **Actual minds, possible worlds**. Cambridge: Harvard University Press, 1986.
- CAVADAS, C.; FONTE, C. Família, alcoolismo e infância: narrativas e significados em crianças com familiares alcoólicos. In: CONGRESSO NACIONAL FAMÍLIA SAÚDE E DOENÇA, 1., 2005, Braga. **Anais...** Universidade do Minho, 2005.
- FERNANDES, E. **Encontro de narrativas terapêuticas**. 2001. Dissertação (Doutoramento em Psicologia)–Universidade do Minho, Braga, 2001.
- FONTE, C. **Consumo de álcool e drogas ilícitas em estudantes da Universidade do Minho: da estatística à construção narrativa de significados**. 2003. Dissertação (Mestrado em Psicologia)–Universidade do Porto, Porto, 2003.
- FONTE, C.; MANITA, C. Consumos de drogas em estudantes da Universidade do Minho: construções de significados. **Toxicodependências**, Lisboa, v. 9, n. 3, 2003.
- GERGEN, K. **Realities and relationships. Soundings in social construction**. Cambridge: Harvard University Press, 1994.
- GERGEN, K. J. & GERGEN, M. M. Narrative form and the construction of psychological science. In Sarbin (Ed.). **Narrative psychology: the storied nature of conduct**. New York: Praeger, 1986, p. 3-21.
- GONÇALVES, M.; HENRIQUES, M. **Terapia narrativa da ansiedade**. Coimbra: Quarteto, 2000.
- GONÇALVES, O. Cognição, narrativa e psicoterapia. **Psicologia: Teoria, Investigação e Prática**, v. 1, n. 2, 1996.
- _____. **Psicoterapia cognitiva narrativa: manual de terapia breve**. Campinas: Editorial Psy, 1998.
- _____. **Viver narrativamente: a psicoterapia como adjectivação da experiência**. Coimbra: Quarteto, 2000.
- GONÇALVES, O.; MAIA, A.; ALVES, A.; SOARES, I.; DUARTE, Z. ; HENRIQUES, M. Narrativas protótipo e psicopatologia. **Psicologia: Teoria, Investigação e Prática**. v. 1, n. 2, 1996.
- GUIDANO, V. **The self in process**. New York: The Guilford Press, 1991.
- HENRIQUES, M. **Narrativas e agorafobia: construção e validação de uma narrativa protótipo**. 2000. Dissertação (Doutoramento em Psicologia)–Universidade do Minho, Braga, 2000.

- HOWARD, G. A narrative approach to thinking, cross-cultural psychology and psychotherapy. **American Psychologist**, v. 46, n. 3, primavera 1991.
- MAIA, A. **Narrativas protótipo e organização do conhecimento na depressão**. 1998. Dissertação (Doutoramento em Psicologia)–Universidade do Minho, Braga, 1998.
- MANITA, C. **Auto-organização psicológica e transgressão. Análise empírico-crítica de duas figuras do comportamento desviante: criminosos e consumidores de drogas**. 1998. Dissertação (Doutoramento em Psicologia)–Universidade do Porto, Porto, 1998.
- _____. Das descobertas privadas aos crimes públicos: evolução dos significados em trajetórias de droga-crime. **Toxicodependências**, v. 6, n. 2, 2000.
- MANITA, C. Evolução das significações em trajetórias de droga-crime(II): novos sentidos para a intervenção psicológica com toxicodependentes. **Toxicodependências**, v. 7, n. 3, 2001.
- _____. Das descobertas privadas aos crimes públicos: evolução dos significados em trajetórias de droga-crime. **Toxicodependências**, v. 6, n. 2, 2000.
- _____. Evolução das significações em trajetórias de droga-crime (II): novos sentidos para a intervenção psicológica com toxicodependentes. **Toxicodependências**, v. 7, n. 3, 2001.
- MCNAMEE, S; GERGEN, K. **Therapy as a social construction**. London: Sage, 1992.
- POLKINGHORNE, D. P. **Narrative psychology**. New York: Suny Press, 1988.
- RENNIE, D. Storytelling in psychotherapy: the clients subjective experience. **Psychotherapy**, v. 31, n. 2, verão 1994.
- SARBIN, T. R. (Org.). **Narrative psychology: the storied nature of conduct**. New York: Praeger, 1986.
- SLUZKI, C. Transformaciones: una propuesta para cambios narrativos en psicoterapia. **Revista de Psicoterapia**, v. 6, n. 22-23, 1995.
- SPENCE, D. **Narrative truth and historical truth**. New York: Norton, 1982.
- VILLEGAS, M. La construcción narrativa de la experiencia en psicoterapia. **Revista de psicoterapia**, v. 6, n. 22-23, 1995.
- WIGREN, J. Narrative completion in the treatment of trauma. **Psychotherapy**, v. 31, n. 3, outono, 1994.

Contato:

Carla A. Fonte
Praça 9 de Abril
349 4249-004
Porto – Portugal
e-mail: cfonte@ufp.pt

Tramitação

Recebido em agosto de 2005

Aceito em janeiro de 2006

Abordagem multifacetada da obra: “Psicologia: das raízes aos movimentos contemporâneos”

Leni Lourenço de Oliveira

CHAFIC - Centro de Habilitação Filosofia e Cultura

Resumo: Nesta resenha crítico-informativa são apresentados alguns juízos de valor a respeito da obra de Berenice Carpigiani. Procura-se abordar os elementos ideológicos do texto, a bibliografia, a coerência e o estilo de construção textual para o desenvolvimento do estudo **Psicologia: das raízes aos movimentos contemporâneos**. O livro é destinado a alunos e estudiosos de diferentes áreas que iniciam o estudo da Psicologia, pois oferece uma estruturação histórica, cronológica e ideológica da construção da Psicologia como ciência.

Palavras-chave: psicologia; estrutura; coerência; bibliografia; estilo.

ABORDAJE MULTIFACETADA DE LA OBRA: “PSICOLOGIA: DAS RAÍZES AOS MOVIMIENTOS CONTEMPORANEOS”

Resumen: En esta reseña crítica-informativa son presentados algunos juicios-de-valor sobre la obra de Berenice Carpigiani. Se trata de abordar los elementos ideológicos del texto, la bibliografía, la coherencia y el estilo de construcción textual para el desarrollo del estudio **Psicología: de las raíces a los movimientos contemporâneos**. El libro es destinado a alumnos y estudiosos de diferentes áreas que inician el estudio de la Psicología, pues ofrece una estructuración histórica, cronológica e ideológica de la construcción de la Psicología como Ciencia.

Palabras clave: psicología; estructura; coherencia; bibliografía; estilo.

MULTIFACETARY POINT OF VIEW OF THE BOOK: “PSICOLOGIA: DAS RAÍZES AOS MOVIMIENTOS CONTEMPORÂNEOS”

Abstract: On this critical and informative review are introduced some value judgment about Berenice Carpigiani's work. It is looked for to approach the ideological elements of the text, the bibliography, the coherence and the style of the texture construction to the development of the study *Psychology: of the root of the contemporary movements*. The book is destined to the students and researchers of the different areas that begin the study of the Psychology, because it offers a historical structure, chronological and ideological of the construction of the Psychology like Science.

Keywords: psychology; structure; coherence; bibliography; style.

O livro de Berenice Carpigiani, obra cuja leitura se recomenda aos que começam a adentrar o mundo instigante da Psicologia como ciência e profissão, orienta o estudante ao estudo da Psicologia desde os seus primórdios até os movimentos atuais, seus principais teóricos e métodos. Pode-se dizer, por extensão, que o livro destina-se, também, a alunos e estudiosos de diferentes áreas que iniciam o estudo de Psicologia, à medida que ele oferece uma estruturação histórica, cronológica e ideológica da Psicologia. A obra é recomendada, da mesma forma, a professores de diferentes níveis de ensino como suporte para a preparação e o desenvolvimento de seu planejamento de trabalho.

Na sua totalidade, o livro oferece uma apresentação do suporte filosófico e das raízes fisiológicas que são o eixo de sustentação da Psicologia; além disso, discute-se a apropriação dos conhecimentos desenvolvidos nas pesquisas em Psicologia, sua utilização em vários campos de atuação, bem como sua história no Brasil, propondo aos leitores uma reflexão sobre o quanto é jovem a Psicologia e a profissão de psicólogo no Brasil.

Passando pelos séculos da História para tentar compreender os rudimentos primeiros para a construção da Psicologia, a autora, ao analisar as relações psicológicas entre o indivíduo e a sociedade, constata que em seus primórdios as relações sociais eram fortemente marcadas pela presença constante da interferência de forças poderosas e divinas no comando da vida cotidiana do homem. Neste sentido, os deuses exerciam soberania sobre o destino dos "mortais" e o mito, dentro dessa perspectiva, podia ser entendido como o relato da satisfação do desejo humano, uma forma de encontrar sentido e sistematicidade nos fenômenos que cercavam os homens da Antiguidade.

Esse enfoque mítico, sua aceitação social, revela na sua contextualização a rudimentalidade por que passou a Psicologia em seus primeiros passos. O relato mítico é importante para nós porque apresenta de maneira *sui generis* o engatinhar da Psicologia. Assim, a Psicologia moderna na tentativa de compreender e de se posicionar no mundo, tanto individual quanto socialmente, quer na esfera da personalidade e do desenvolvimento ou das relações sociais, depara-se com expressões de pensamentos míticos. Para Berenice Carpigiani, os pensamentos filosóficos e científicos tomaram impulso dando lugar às explicações dos movimentos naturais a partir de observações e experimentações atreladas ao sujeito – o que é um prato cheio para o divã de Freud.

Afora o pensamento mítico, a razão de ser dessa obra é, sem medo de contradição efetiva, a preocupação em não esgotar no próprio texto todas as dimensões de correntes, pensamentos, raízes e históricos ligados diretamente ao desenvolvimento e à evolução da Psicologia.

A cada capítulo a autora nos fornece, didaticamente, um material de pesquisa subsidiário à leitura do que ela expõe. Exemplo:

Tente ler sobre os pensadores pré-socráticos. Não é uma leitura fácil, mas por meio dela você irá perceber como o Homem foi adquirindo princípios de lógica e de ordem na interpretação do Universo. Leia também Homero e Hesíodo, pois é interessante pensar quanto o primitivo ainda é, essencialmente, atual nas nossas mentes tão modernas (CARPIGIANI, 2002, p. 11).

Essa metodologia didática torna a leitura menos enfadonha e, acima de tudo, nos convida, psicologicamente, a aprofundar os conhecimentos relativos ao objeto de estudo da jovem ciência. Assim, a obra de Berenice Carpigiani procura desenvolver o raciocínio não apenas na esfera do conhecimento específico, mas também do raciocínio holístico, isto é, a visão do todo, o sistema completo e não somente a análise, a separação das respectivas partes componentes do problema da Psicologia. Como a própria autora afirma na apresentação do estudo:

Sua estrutura e orientação não objetivam exclusivamente recontar a história, mas elaborar um percurso no qual seja possível pontuar os marcos do desenvolvimento do pensamento da humanidade que fundamentaram a construção de uma ciência comprometida a estudar o universo intrapsíquico do ser humano, apresentando conceitos, terminologia específica e princípios; personalidades envolvidas na sua edificação, de tal modo que se torne possível compreendê-la na atualidade (CARPIGIANI, 2002, p. XI).

A referência bibliográfica contém a indicação de todos os documentos que foram citados ou consultados para a realização do estudo, fornecendo ao leitor não só as coordenadas do caminho da autora, mas também um guia para uma eventual retomada e aprofundamento do tema ou revisão do trabalho. Nota-se que os registros bibliográficos têm o objetivo de fornecer aos alunos e aos estudiosos da Psicologia um mínimo de diretrizes quando da redação de seus trabalhos acadêmico-científicos.

A harmonia entre as idéias e os acontecimentos, ordem em que são relatados, tornam o texto metódico e coerente. A correção da linguagem – não queremos dizer purismo gramatical – pretende ser um suporte cujo principal propósito, a nosso ver, é ensinar a pensar, a encontrar idéias, a coordená-las, a concatená-las e a expressá-las de maneira eficaz e enfática: uma das condições da clareza que envolve a elegância sem afetação, o rigor, a expressividade e outros atributos secundários ao estilo. Porque a coerência é um princípio de interpretabilidade e compreensão do texto caracterizado por tudo que o processo aí implicado possa entender.

Esta forma estilística de exposição do assunto – que é uma característica do texto – propõe uma interação entre o agente que o produz e aquele que busca compreendê-lo: nós, os leitores. Em **Psicologia: das raízes aos movimentos contemporâneos**, há unidade e organicidade no relato dos fatos mantendo nexos lógicos entre si. Isto quanto à comunicação.

Na obra há certos traços estilísticos marcados por certas estruturas sintáticas de frases e parágrafos que são uma unidade de composição constituída por um ou mais períodos, em que se desenvolve determinada idéia central, ou nuclear, outras secundárias. No livro de Berenice os parágrafos são, de um modo geral, curtos e isso revela a nós, leitores, eficácia como forma de comunicação, pois às vezes construções textuais centopéicas dificultam a compreensão.

Assim, pode-se dizer que a composição dos parágrafos é suficientemente ampla para conter um processo de raciocínio e suficientemente curta para nos permitir a análise dos componentes argumentativos ali apresentados. Tal critério de construção textual nos leva, por conseguinte, a não resistir à tentação de procurar características comuns e constantes nos parágrafos para distinguir a eficácia dos recursos de expressão e o desenvolvimento das idéias contidas nos tópicos frasais.

Em síntese, neste livro, ratificando, há o relato mítico, o filosófico, o sociológico, o psicanalítico e o psicológico. A combinação sistematizada desses elementos propicia a argumentação que é, em última análise, segundo Othon M. Garcia, a capacidade de convencer mediante a apresentação de razões, em face das evidências das provas. Pode-se dizer, portanto, que a obra de Berenice Carpigiani não é apenas um relato sistematizado das raízes primeiras do pensamento psicológico; ela é, sobretudo, pela sua estrutura,

uma ferramenta de pesquisa, uma vez que oferece, textualmente, condições de argumentação que se esteiam em dois elementos principais: a consistência do raciocínio e a evidência das provas.

Referências

CARPIGIANI, Berenice. **Psicologia: das raízes aos movimentos contemporâneos**. São Paulo: Pioneira Psicologia, 2002.

GARCIA, Othon M. **Comunicação em prosa moderna: aprenda a escrever, aprendendo a pensar**. 13. ed. Rio de Janeiro: FGV – Instituto de Documentação Editora da Fundação Getulio Vargas, 1986.

SEVERINO, Antônio Joaquim. **Metodologia do trabalho científico**. 22. ed. São Paulo: Cortez, 2004.

Contato:

Leni Lourenço de Oliveira
Rua Manoel Alves dos Santos, 233 – Campo Limpo
São Paulo – SP
CEP 05862-230
e-mail: lenido@uol.com.br.