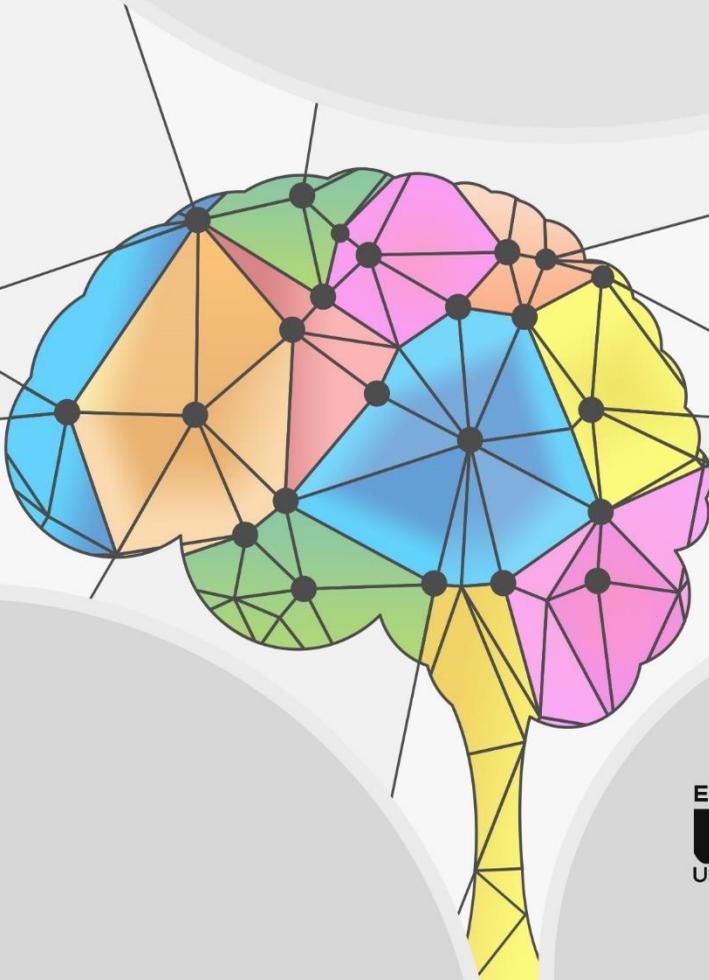


ISSN (em atribuição)



REVISTA CIENTÍFICA DA UNIVERSIDADE DO MINDELO
VOL. 3 (2) - 2016

CIÊNCIAS DO COMPORTAMENTO
EDIÇÃO ESPECIAL



EDITORA DA

UNIVERSIDADE
DO MINDELO

Objectivos

A RUMUS – Revista Científica da Universidade do Mindelo – é propriedade da Editora da Universidade do Mindelo.

A RUMUS é um periódico técnico-científico, multidisciplinar e bianual, cujo objetivo é divulgar o conhecimento científico no âmbito das literaturas e ciências sociais, económicas e empresariais, ciências da saúde e da tecnologia e que se destina aos investigadores, docentes, estudantes e outros profissionais.

A RUMUS possui uma página na Internet que pode ser consultada em www.uni-mindelo.edu.cv/rumus.

E-mail da Rumus: contactos e submissões
rumus@uni-mindelo.edu.cv

ISSN (em atribuição)

© Editora da Universidade do Mindelo
Rua Patrice Lumumba, Caixa Postal 648
Mindelo
2110 São Vicente
Cabo Verde – Cape Verde
tel: +238 231 689 6
e-mail: editora@uni-mindelo.edu.cv

Copyright

Ao submeter o artigo a publicação, o Autor cede automaticamente os direitos de publicação e reprodução à Editora da Universidade do Mindelo.

Os artigos publicados na RUMUS não podem ser reproduzidos, parcialmente ou na íntegra, sem a autorização prévia da Editora da Universidade do Mindelo mediante um parecer do Editor-in-Chief.

Editor-in-Chief: Luis Maia
Coordenação Executiva: Dominika Swolkien
Assistentes da Edição: Yasmin Mártir e Tânia dos Santos
Projeto Gráfico e Capa: Filipe Mandl
Revisão Final: Autores/Editora da Universidade do Mindelo



Revista Científica da Universidade do Mindelo

VOL. 3 (2) - 2016

Editor-in-Chief

Luis Maia
(Universidade da Beira Interior)

Editor Auxiliar

Dominika Swolkien
(Universidade do Mindelo)

Conselho Editorial

Onésimo Silveira (Academia das Ciências e Humanidades de Cabo Verde, Cabo Verde)
Manuel Veiga (Universidade de Cabo Verde, Cabo Verde)
Nicolas Quint (Centre National de la Recherche Scientifique, França)
José Fortes Lopes (Universidade de Aveiro, Portugal)
José Eduardo Pinto-da-Costa (Uni. Lusíada e Uni. Portucalense, Portugal)
Albertino Graça (Universidade do Mindelo, Cabo Verde)
Manuel Joaquim Loureiro (Universidade da Beira Interior, Portugal)
Juan Sánchez Rodriguez (Universidad de Salamanca, Espanha)
José Vasconcelos-Raposo (Universidade de Trás os Montes e Alto Douro, Portugal)
Pedro Guedes de Carvalho (Universidade da Beira Interior, Portugal)
Daniel Marinho (Universidade da Beira Interior, Portugal)
Luísa Branco (Universidade da Beira Interior, Portugal)
João Marques Teixeira (Universidade do Porto, Portugal)
Jorge Oliveira (Universidade Lusófona, Portugal)
Luísa Soares (Universidade da Madeira, Portugal)
Paula Saraiva Carvalho (Universidade da Beira Interior, Portugal)
Nuno Cravo Barata (Universidade Portucalense, Portugal)
Paulo Lopes (Universidade Lusófona, Portugal)
Pedro Gamito (Universidade Lusófona, Portugal)
Ricardo João Teixeira (Universidade de Aveiro, Portugal)
Graziela Raupp Pereira (Universidade Santa Catarina, Brasil)
Donizete Aparecido Rodrigues (Universidade da Beira Interior, Portugal)



Revista Científica da Universidade do Mindelo

VOL. 3 (2) - 2016

Editores Associados

Alcides Graça (Universidade do Mindelo, Cabo Verde)

Juscelino Dias (Universidade do Mindelo, Cabo Verde)

João Dias (Universidade do Mindelo, Cabo Verde)

João Rosa (Bridgwater State College, Estado Unidos da América)

Ana Cordeiro (Ilhéu Editora, Cabo Verde)

Liliana Inverno (Instituto Português do Oriente, Macau)

José Lopes da Veiga (Universidade do Mindelo, Cabo Verde)

Rosemeire Ambrozano (Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Portugal)

Lúcia Vaz Velho (Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Portugal)

José Almada Dias (Universidade do Mindelo, Cabo Verde)

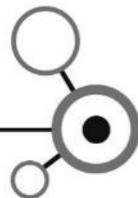
Ana Amaro (Universidade da Beira Interior, Portugal)

Clara Margaça (Universidade da Beira Interior, Portugal)

Ema Carolina Domingos (Universidade da Beira Interior, Portugal)

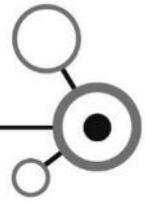
Mónica Sousa (Universidade de Aveiro, Portugal)

Sofia Silva (Universidade da Beira Interior, Portugal)



ÍNDICE

Mudança narrativa em psicoterapia breve: os momentos de inovação <i>João Batista e Miguel Gonçalves</i>	171
Análisis de la ansiedad ante la muerte en una muestra de profesionales de la enfermería <i>María H. Benavente Cuesta e María Paz Quevedo-Aguado</i>	193
A psicologia aplicada no treino de crianças em risco <i>Edgar Galindo</i>	215
Convive: un programa psicosocial de atención a personas con diabetes <i>María Teresa Vega Rodríguez</i>	241
A estatística, sua história e aplicações <i>Gilberto Alves Neves</i>	261
Psicologia: a ciência do comportamento e da mente humana <i>Luísa Soares</i>	281
A tirania da estética: sobre mulheres e seus corpos <i>Joana Novaes et al.</i>	297
As famílias e os desafios dos tempos modernos <i>Marta Cabral</i>	325
Parafilias / Autonepiofilia <i>Maria Calado Branco</i>	339
Efeitos neuro psicológicos do consumo a longo prazo de substâncias psicoativas (drogas – dependência química e álcool) <i>Paula Teixeira e Luis Alberto Maia</i>	355



Mudança narrativa em psicoterapia breve: os momentos de inovação

João Batista
Universidade do Minho, Portugal
cipsi@psi.uminho.pt

Miguel Gonçalves
Universidade do Minho, Portugal
mgoncalves@psi.uminho.pt

Resumo

Este artigo apresenta um sistema de codificação que analisa a evolução das narrativas dos pacientes em psicoterapia. A associação entre a melhoria de sintomas e a manutenção dos ganhos terapêuticos e a mudança nas narrativas de vida tem sido demonstrada por vários autores. O Sistema de Codificação dos Momentos de Inovação (SCMI) foi desenvolvido para identificar exceções às narrativas problemáticas que dominam os pacientes, associadas às perturbações psicológicas. Estas exceções são denominadas Momentos de Inovação (MIs) e constituem as diversas posições e experiências que o cliente assume para alcançar uma mudança terapêutica. Os resultados da investigação com o SCMI têm mostrado de forma consistente que os casos de sucesso terapêutico apresentam um perfil distinto dos casos de insucesso. Este perfil é caracterizado por uma maior diversidade de MIs no final da terapia e o desenvolvimento de uma narrativa alternativa à problemática. O insucesso terapêutico é, neste modelo de mudança narrativa, associado às dificuldades do cliente em ultrapassar a ambivalência perante a mudança. Este artigo resume a investigação realizada com o SCMI, discute as implicações terapêuticas dos resultados e apresenta os projetos futuros de investigação.

Palavras-chave: *medidas narrativas, momentos de inovação; ambivalência; mudança psicoterapêutica; processo psicoterapêutico.*

Abstract

This paper presents a coding system that analyzes the evolution of patients' narratives in psychotherapy. The association between symptom improvement, the maintenance of therapeutic gains and the change of life narratives have been demonstrated by several authors. The Innovative Moments Coding System (IMCS) was developed to identify the exceptions to the problematic narratives that overwhelm the patients when they enter psychotherapy. These exceptions were named Innovative Moments (IMs) and constitute the diverse positions and experiences that the patient assumes in order to attain a therapeutic change. The results of the research with the IMCS has consistently shown that the recovered cases present a distinctive pattern from the unchanged. This profile is characterized by a higher diversity of IMs near the end of psychotherapy and the development of an narrative alternative to the initial one. Not being able to recover in psychotherapy, in this model of narrative change, associated with the difficulties in surpassing the ambivalence when facing change. This paper sums the research made with the IMCS so far, discusses the therapeutic implications and presents some future projects.

Keywords: *medidas narrativas, momentos de inovação, ambivalência, mudança psicoterapêutica, processo psicoterapêutico.*

Introdução

A forma como as pessoas contam histórias em psicoterapia tem constituído um dos focos da investigação nessa área nas últimas décadas. De facto, no final do século passado vários autores (e.g. Angus & Hardtke 1994; Luborsky 1977; White & Epston 1990) começaram a valorizar as narrativas que os pacientes contavam nas sessões. Assim, passou a haver uma crescente atenção à forma como os pacientes organizam e interpretam as suas experiências na forma de narrativas e nos processos associados à melhoria em psicoterapia. Vários métodos têm sido usados para estudar os processos narrativos em psicoterapia, desde o nível da análise conversacional (e.g. Avdi & Georgaca 2009), segmentos das sessões (e.g. Angus, Levitt & Hardtke 1999), sessões individuais (e.g. Rennie 1994) ou todo o processo terapêutico (e.g. Connolly & Strupp 1996). Além disso, a investigação nestes processos tem-se debruçado sobre diferentes perturbações, como a depressão (e.g. Gonçalves *et al.* 2015), a esquizofrenia (e.g. Lysaker & Lysaker 2001) e as perturbações de personalidade (e.g. Dimaggio 2006).

Neste artigo apresenta-se um dos sistemas de análise dos processos narrativos em psicoterapia, o Sistema de Codificação dos Momentos de Inovação (SCMI; Gonçalves *et al.* 2011). Os momentos de inovação (MIs) definem-se como exceções às assunções problemáticas, que surgem no contexto da conversação psicoterapêutica. Nesse sentido, os MIs podem ser identificados independentemente do modelo terapêutico usado, podendo-se considerar elementos que sinalizam o emergir de uma perspectiva alternativa mais adaptativa, ou seja, uma narrativa mais satisfatória para o cliente (Gonçalves *et al.* 2011). Assim sendo, a identificação e análise dos perfis dos MIs tem possibilitado o desenvolvimento de um programa de investigação cujos principais resultados serão apresentados, juntamente com algumas considerações sobre as implicações desta investigação para a prática da psicoterapia, independentemente do modelo adotado pelo terapeuta.

Momentos de Inovação

Como refere Frank (Frank & Frank 1991), os pacientes de psicoterapia chegam à mesma sobrecarregados por significados patogênicos e desmoralizados pelos esforços falhados para os mudarem. Em termos narrativos esta perspectiva marcada por significados patogênicos tem sido descrita como uma auto-narrativa inexorável, que limita as possibilidades de interpretação (White & Epston 1990). As auto-narrativas permitem a organização das experiências e dos significados que lhe são atribuídos de forma diacrônica, ligando os eventos do passado e do presente ao futuro possível, dando coerência ao *self* (Angus & McLeod 2004). As auto-narrativas veiculam assim um conjunto de assunções, regras e expectativas que constroem a interpretação dos eventos de vida (Freedman & Combs 1996).

Várias características das auto-narrativas têm sido associadas ao bem-estar, como a coerência e a flexibilidade (Adler, Wagner & McAdams 2007; Gonçalves, Korman & Angus 2002). A coerência narrativa refere-se à capacidade de estabelecer conexões entre eventos semelhantes, contribuindo para um sentimento de continuidade do *self* (Baerger & MacAdams 1999). Por outro lado, a flexibilidade narrativa assegura que a pessoa tem ao seu dispor um conjunto diversificado de interpretações possíveis dos eventos de vida, que lhe permitam integrar as diferentes experiências passadas, presentes e futuras (Gonçalves, Korman & Angus 2002).

As auto-narrativas podem tornar-se não adaptativas quando limitam excessivamente a interpretação da experiência, impondo padrões que causam sofrimento e interferem nas relações interpessoais (Dimaggio 2006; Neimeyer

2000). Desta forma, o desenvolvimento de uma perturbação psicológica tem sido associado a características das auto-narrativas, nomeadamente a rigidez (e.g. White & Epston 1990), a fragmentação (Lysaker & Lysaker 2001) e a dificuldade de integração de experiências (Neimeyer 2000). Estas auto-narrativas têm tendência a excluir as experiências que são incoerentes com as suas premissas, tornando-se assim a forma habitual de interpretar as experiências (Freedman & Combs 1996). Desta forma pode-se considerar que os pacientes de psicoterapia apresentam auto-narrativas problemáticas associadas às perturbações psicológicas que lhes são diagnosticadas.

Os MIs são, portanto, elementos que contradizem as suposições e premissas da auto-narrativa problemática. Ou seja, se a auto-narrativa problemática inclui por exemplo suposições de auto-desvalorização, todos os momentos em que o/a cliente elabore ações, pensamentos, sensações ou emoções que contrariem essa premissa são considerados MIs. Tendo em conta a heterogeneidade das exceções à auto-narrativa problemática (Gonçalves, Matos & Santos 2009), o SCMI (Gonçalves *et al.* 2011) divide os MIs em 7 tipos. Além disso, considerando que a influência de cada MI pode ser diferente na construção de uma auto-narrativa alternativa, consideram-se igualmente dois níveis, os MIs de nível 1 e de nível 2.

Os MIs de nível 1 são aqueles que, apesar de importantes na mobilização do cliente para a mudança (incluindo intenções de mudar, ações, compreensões ou críticas), não permitem só por si a construção de uma auto-narrativa alternativa. Ou seja, sendo relevantes na medida em que permitem ao cliente distanciar-se da auto-narrativa problemática, estes MIs não são suficientes para que possibilitem uma mudança narrativa significativa. Os MIs de nível 1 são a reflexão 1, o protesto 1 e a ação 1 (Tabela 1). Os MIs de reflexão 1 englobam as novas compreensões em torno da auto-narrativa problemática, intenções de mudar, pensamentos adaptativos e a identificação de recursos que possam ser úteis no processo de mudança. Os MIs de protesto 1 por sua vez constituem a adoção de uma postura de crítica e/ou rejeição da auto-narrativa problemática e do que a sustém, podendo ser pessoas específicas, grupos, regras sociais ou facetas do *self*. Finalmente, os MIs de ação identificam movimentos reativos às premissas da auto-narrativa problemática.

Tabela 1 - Momentos de inovação (com exemplos)

Nível	Tipo	Definição	Exemplos (Perspetiva problemática: depressão)
Nível 1 Criação de distância do problema	Ação 1	Ações realizadas ou projetadas para lidar com o problema	<i>C: Ontem fui ao cinema, pela primeira vez em meses!</i>
	Reflexão 1	Novas compreensões do problema e intenções de mudar	<i>C: Apercebi-me que o que estava a fazer não é humanamente possível porque me estava a pressionar e nunca me concedi qualquer tempo livre, para mim... E é mais natural e mais saudável deixar algumas destas atividades extra...</i>
	Protesto 1	Objetar contra o problema e as suas assunções	<i>C: O que me estou a tornar, no fim de contas? É aqui que quero chegar? É aqui onde vou chegar? Vou estagnar aqui?!</i>
Nível 2 Centrado na mudança	Ação 2 ¹	Generalização das mudanças no future e para outras dimensões da vida (ações projetadas ou executadas)	<i>T: Parece ter tantos projetos para o futuro agora! C: Sim, tem razão. Quero fazer todas as coisas que eram impossíveis enquanto estava dominada pela depressão. Quero trabalhar de novo e ter tempo para desfrutar da vida com a minha filha. Quero ter amigos de novo. A perda de todas as amizadas no passado é algo que ainda me magoa muito profundamente.</i>
	Reflexão 2	Contraste do Self (O que mudou) OU Processo de autotransformação (Como/porque mudou)	<i>C: Sinto-me positiva e forte. É adequado pedir estas coisas [as necessidades da paciente], é uma nova parte de mim por isso não vou pô-la de parte.</i>
	Protesto 2	Assertividade e empowerment	<i>C: Sou uma adulta e sou responsável pela vida e, e, quero reconhecer esses sentimentos e vou deixá-los sair! Quero experimentar a vida, quero crescer e sabe bem ser responsável pela minha própria vida.</i>

	<p>Re- conceptualização</p>	<p>Distanciamento da experiência (meta-posições) em que o self se repositona fora da perspetiva problemática E Compreensão dos processos envolvidos nessa transformação</p>	<p><i>C: Atualmente sinto-me diferente. Não me preocupo com o que os outros pensam acerca do que estou a dizer. Descobri que preciso de respeitar as minhas necessidades e opiniões, mesmo que as outras pessoas discordem de mim. Antes, para me proteger de discordar com os outros, estava sempre em conflito comigo mesma – pensando uma coisa, dizendo outra. Como é que o discordar com os outros é pior que lutar internamente?</i></p>
--	---------------------------------	---	--

¹ Estes MIs foram anteriormente designados de desempenho da mudança (performing change)

Por outro lado, os MIs de nível 2 são constituídos pelos elementos que podem constituir uma auto-narrativa alternativa à problemática. Estes MIs identificam a elaboração de elementos que podem levar os pacientes a estruturar uma auto-narrativa mais adaptativa (Cunha *et al.* 2012; Montesano, Gonçalves, & Feixas 2015). Os MIs de nível 2 são a reflexão 2, protesto 2, reconceptualização e a ação 2 (Tabela 1). Os MIs de reflexão 2 identificam dois processos narrativos considerados centrais para a adoção de uma perspetiva adaptativa à problemática: os contrastes do *self* e os processos de autotransformação. Os contrastes do *self* referem-se a momentos em que o cliente apresenta uma versão mais adaptativa e satisfatória de si mesmo, contrastando essa versão com a preconizada pela auto-narrativa problemática. Ao contrário das intenções (e.g. *se eu conseguisse ser mais calmo a vida corria-me melhor*) os contrastes do *self* identificam momentos em que o cliente conseguiu adotar a postura alternativa e a identifica como preferencial (e.g. *quando consigo estar calmo consigo resolver melhor os meus problemas, e isso é muito melhor do que andar sempre ansioso*). Considera-se que este tipo de contrastes é importante para uma mudança narrativa, contribuindo para a noção de auto continuidade do cliente e para uma crescente identificação com a auto-narrativa alternativa (Gonçalves & Silva 2014).

A identificação dos processos de autotransformação é igualmente considerada um elemento narrativo importante para a construção de uma perspetiva adaptativa, constituindo uma atribuição do cliente a processos internos e/ou externos que lhe possibilitaram alcançar algum tipo de mudança na sua vida. Estes processos podem variar enormemente consoante os pacientes e a abordagem do terapeuta. No entanto, como refere Frank (Frank & Frank 1991; Wampold 2001), o sucesso psicoterapêutico passa pela capacidade do terapeuta

em providenciar ao cliente uma explicação psicológica e socialmente fundamentada para o seu sofrimento emocional que seja aceite pelo cliente. Ou seja, os processos de transformação que os pacientes identificam podem ser influenciados pelas explicações e técnicas específicas de cada modelo psicoterapêutico, no entanto a sua apropriação por parte do cliente mostra que este os considerou plausíveis como forma de alcançar uma mudança de perspectiva. Como referido por alguns autores (Bruner 1990; Spence 1982) as narrativas são guiadas mais pela verosimilhança do que pela verdade. Ou seja, a verdade narrativa (Spence 1982) é aquela que o cliente constrói a partir das suas experiências, incluindo as narrativas da sua mudança em psicoterapia (Adler 2013).

Os MIs de protesto 2 identificam igualmente posturas alternativas, não preconizadas pelos pressupostos da auto-narrativa problemática, mas que correspondem especificamente a posturas de assertividade e de *empowerment* (Mendes *et al.* 2011). Desta forma, os MIs de protesto 2 identificam uma postura de defesa dos seus direitos, dirigida quer a pessoas concretas que de alguma forma suportam a perspectiva problemática ou a constrangimentos culturais (e.g. noção de beleza física ou de sucesso pessoal) que o paciente identifica como associados à perspectiva problemática. Tal como nos MIs de protesto 1, esta postura de assertividade pode ainda dirigir-se a facetas do próprio *self*. Os MIs de protesto 2 podem incluir, como os de reflexão 2, contrastes identitários que se referem especificamente à questão da agência pessoal e da assertividade. A agência pessoal, definida como a capacidade de a pessoa influenciar o curso da sua vida, está fortemente associada ao propósito e sentido que damos à mesma (Adler 2012). Neste sentido, a investigação tem mostrado uma associação entre a agência pessoal e o bem-estar psicológico (e.g. Adler 2012; MacAdams *et al.* 1996).

Os MIs de reconceptualização são considerados os mais complexos dos MIs de nível 2, por combinarem os dois elementos identificados em separado na reflexão 2: os contrastes do *self* e os processos de autotransformação (e.g. Gonçalves & Ribeiro 2012). Ao incluírem os dois elementos em simultâneo, estes MIs possibilitam o surgimento de uma meta-perspetiva em que o cliente identifica não só o que mudou do antes para o agora (contraste) mas também como essa mudança foi possível (processo de autotransformação). Desta forma as mudanças não são apenas integradas na história de vida do cliente, mas é-lhes também atribuído um significado, explicando-as e tornando-as repetíveis no futuro.

Finalmente, os MIs de ação 2 identificam momentos em que o cliente refere projetos ou eventos evidenciando a existência de uma perspectiva alternativa, diferente da problemática. Ou seja, estes MIs identificam experiências (realizadas ou projetadas) que não seria possível enquadrar na auto-narrativa problemática inicial. Assim, se os MIs de reflexão 2 e protesto 2 identificam o surgimento e desenvolvimento dos elementos narrativos alternativos, a reconceptualização integra-os com o passado e explica como foram possíveis e a ação 2 projeta a auto-narrativa alternativa no futuro, mostrando o cliente a desempenhar papéis e adotar posturas que seriam impensáveis aquando do início da psicoterapia.

Ao longo de cerca de uma década o SCMI (Gonçalves *et al.* 2011) foi sendo reformulado e utilizado em diversos estudos de caso e com amostras de pacientes em psicoterapia. A versão atual do sistema reflete as conclusões desses estudos, como a divisão dos MIs de reflexão e protesto em níveis distintos (Mendes *et al.* 2011). Os resultados destes estudos permitiram igualmente o desenvolvimento de um modelo heurístico de mudança. As próximas secções apresentam os principais resultados da investigação empírica com o SCMI e o modelo de mudança desenvolvido a partir destes estudos.

A investigação com o SCMI

A maior parte dos estudos com o SCMI tem abordado a mudança em psicoterapia, realizados com três amostras diferentes: vítimas de maus tratos (N=10), pessoas com depressão (N=28) e pessoas com luto complicado (N=6). A modalidade terapêutica da amostra de vítimas de maus tratos foi a terapia narrativa (TN; Matos *et al.* 2009). A amostra com depressão incluiu quatro modelos de psicoterapia: terapia cognitivo-comportamental (TCC; Gonçalves *et al.* 2016), TN (Gonçalves *et al.* 2015), terapia focada nas emoções (TFE; Mendes *et al.* 2010) e terapia centrada no cliente (Gonçalves *et al.* 2012). Na amostra de luto complicado foi utilizada uma modalidade de terapia construtivista (Alves *et al.* 2014). Os modelos utilizados nas amostras referidas são todos de psicoterapia breve, com protocolos entre 16 e 20 sessões. A codificação dos MIs é feita em todas as sessões de psicoterapia de cada caso, através de transcrições e de vídeos das sessões. De forma a assegurar a fidelidade dos resultados a codificação é realizada por dois juizes independentes, que codificam 50% ou 100% das sessões, consoante os estudos. A codificação é dividida em diferentes etapas: 1) definição consensual da auto-narrativa problemática, 2) delimitação dos MIs no texto ou vídeo das sessões e 3) identificação do tipo de MI presente no trecho delimitado. A medida utilizada para analisar os perfis de MIs dos pacientes é a proporção, definida como a percentagem de palavras (ou tempo de

vídeo) ocupadas por cada MI em relação ao total de palavras (ou tempo total do vídeo) dessa sessão.

Os acordos obtidos nas diversas amostras foram elevados, mostrando a fidelidade dos resultados obtidos. Mais concretamente, Gonçalves e colaboradores (2011) uma percentagem de acordo na identificação de MIs entre 84% e 89%, correspondendo à percentagem de texto ou vídeo em que ambos os juízes codificaram MIs. Ou seja, os juízes coincidiram na identificação de MIs entre 84% e 89% das vezes. A fidelidade na identificação dos tipos de MIs, avaliada através do cálculo de kappa de Cohen, situava-se entre os .80 e os .97, sendo, portanto, muito alta. Estudos mais recentes (Gonçalves *et al.* 2015; Gonçalves *et al.* 2016) apresentaram valores semelhantes, com o acordo entre juízes de 89.9% para a TN e 90% para a TCC e um kappa de Cohen de .91 na TN e .94 na TCC.pacientes

A abordagem utilizada nos estudos iniciais foi a de contrastar o perfil de MIs de casos de sucesso com casos de insucesso. Estes estudos analisaram as amostras de vítimas de maus tratos (Matos *et al.* 2009), de depressão acompanhada com TFE (Mendes *et al.* 2010) e TCL (Gonçalves *et al.* 2012) e luto complicado (Alves *et al.* 2014). O sucesso terapêutico foi definido de forma idêntica em todas as amostras, baseando-se nos valores da população normal (*cut-off*) para os instrumentos utilizados e no cálculo de um *Reliable Change Index* (RCI; Jacobson & Truax 1990). A medida de sintomas mais utilizada nestes estudos foi o *Beck Depression Inventory* (BD-II; Beck, Steer & Brown 1996), tendo-se utilizado também o *Outcome Questionnaire-45.2* (OQ-45.2; Lambert *et al.* 1996) e o *Outcome Questionnaire-10.2* (Lambert *et al.* 2005). As análises estatísticas destes estudos incluíram várias metodologias, desde testes não-paramétricos a modelos multivariados.

Dos estudos realizados nestes moldes, comparando os perfis dos MIs ao longo da psicoterapia, dois resultados foram comuns: 1) os casos de sucesso apresentaram uma saliência de MIs (considerando a soma de todos os MIs) significativamente maior do que os casos de insucesso e 2) a reconceptualização foi o tipo de MI que distinguiu os dois grupos (sucesso vs. insucesso), apresentando uma tendência crescente a partir do meio da terapia nos casos de sucesso. O primeiro resultado possibilitou pensar nos MIs com um fenómeno associado à melhoria de sintomas em psicoterapia nas amostras e terapias consideradas. Ou seja, as exceções à perspetiva problemática são mais frequentes (em proporção) nos casos de sucesso do que nos de insucesso. Este resultado mostra que a adoção de uma perspetiva alternativa à problemática, identificada pelos MIs, está associada à melhoria de sintomas nas amostras

estudadas. O segundo resultado, da maior proporção de reconceptualização nos casos de sucesso, mostra a importância destes MIs na construção de uma perspectiva alternativa. Este tema será aprofundado na próxima secção, que apresenta o modelo heurístico de mudança.

Os estudos referidos permitiram a construção do modelo de mudança e comprovaram que os MIs distinguem os casos de sucesso e de insucesso. No entanto, dado a sua natureza correlacional, não possibilitaram demonstrar se a elaboração de MIs promove a melhoria de sintomas (é um processo de mudança) ou se é um resultado dessa mesma melhoria. Recentemente foram realizados dois estudos (Gonçalves *et al.* 2015; Gonçalves *et al.* 2016) com um desenho metodológico apropriado a responder a essa questão. Assim, nas amostras de depressão acompanhadas com a TN e a TCC, a proporção dos MIs de uma sessão foi utilizada como preditor da medida de sintomas (o OQ.10-2, utilizado em todas as sessões destas amostras) da sessão seguinte. Estes estudos utilizaram uma análise estatística baseada em Modelos Lineares Hierárquicos.

Na amostra de TN (Gonçalves *et al.* 2015) os resultados confirmaram a hipótese de que os MIs numa sessão predizem significativamente a melhoria dos sintomas na sessão seguinte, nomeadamente a reflexão (não se distinguiu o tipo 1 do tipo 2), a reconceptualização e a ação 2. Na amostra de TCC (Gonçalves *et al.*, 2016) o resultado foi semelhante, com os MIs de reflexão 2 igualmente a predizerem significativamente a melhoria de sintomas na sessão seguinte. Apesar de não se poder afirmar inequivocamente que a elaboração de MIs conduz à melhoria de sintomas, podendo haver outros fatores que expliquem essa melhoria, esta relação preditora aponta no sentido de os MIs estarem a identificar processos de mudança significativos e com impacto no estado emocional dos pacientes.

Por outro lado, um estudo com três das amostras de depressão (TN, TCC e TFE) analisou a possível associação dos MIs com as narrativas relacionais dos pacientes (Batista, 2016). Os resultados deste estudo mostraram que a proporção e a progressão dos MIs estão associados com narrativas relacionais menos rígidas no final da psicoterapia. Mais especificamente, os MIs de nível 2 foram preditores significativos das mudanças dos componentes do *Core Conflictual Relationship Theme* (Luborsky & Crits-Christoph 1998), o método usado para avaliar as narrativas relacionais dos pacientes. Estes estudos, apesar da necessidade de replicação, apontam no sentido de os MIs serem elementos que se podem organizar, promovendo a emergência de uma auto-narrativa alternativa. A próxima secção apresenta o modelo heurístico de mudança que pretende descrever este processo de transformação narrativa.

Modelo heurístico de mudança: a reconceptualização do self

Partindo dos estudos referidos anteriormente, foi desenvolvido um modelo de mudança (Gonçalves *et al.* 2009; Gonçalves *et al.* 2016) que possibilitasse integrar e explicar os diferentes resultados obtidos. Segundo este modelo heurístico (Figura 1), no início da psicoterapia surgem principalmente os MIs de nível 1, acompanhando o estabelecimento de uma relação terapêutica e a exploração da perspetiva problemática habitual desta fase inicial da terapia. Após as sessões iniciais, e com a progressiva utilização das técnicas específicas de cada modelo terapêutico, surgem os MIs de nível 2. Estes MIs correspondem à emergência de atitudes alternativas à auto-narrativa problemática, em função do trabalho terapêutico dentro e fora das sessões de psicoterapia. Nos casos de sucesso terapêutico surgem também MIs de reconceptualização, correspondendo ao desenvolvimento de uma meta-posição que, como referido, permite a identificação das mudanças realizadas e dos processos associados a estas mudanças. Desta forma, as mudanças identificadas nos MIs de reflexão 2 e protesto 2 são consolidadas. De acordo com o modelo heurístico, os ciclos de MIs de nível 1, e MIs de nível 2 vão se repetindo ao longo das sessões de psicoterapia, permitindo o desenvolvimento de uma perspetiva alternativa, mais adaptativa e satisfatória. A repetição da reconceptualização do *self* permite ao cliente demonstrar a si mesmo e aos outros que está realmente a mudar (Gonçalves & Ribeiro 2012). Os MIs de ação 2 são, neste modelo, o corolário final deste processo, mostrando o cliente a projetar e desempenhar a auto-narrativa alternativa em novos cenários e explorando-a de forma plena.

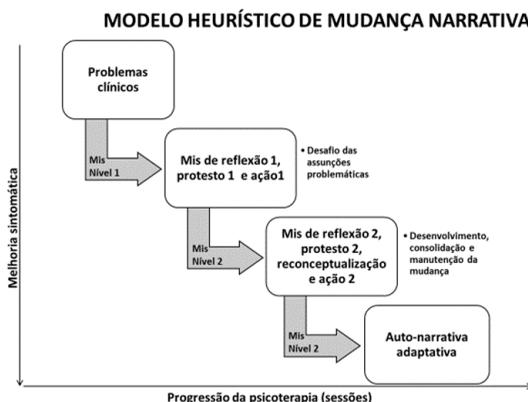


Figura 1 – Modelo heurístico de mudança

Desta forma, a reconceptualização assume um papel central neste modelo heurístico de mudança. Gonçalves e Ribeiro (2012) consideraram várias funções da reconceptualização no processo de mudança narrativa: 1) dar uma estrutura narrativa à mudança; 2) assegurar a auto-continuidade do *self* e 3) facilitar a identificação progressiva com a auto-narrativa alternativa. A reconceptualização apresenta uma estrutura mais complexa do que os restantes MIs, com uma dimensão temporal (contraste) e uma dimensão processual (processo de autotransformação). A reconceptualização parece, desta forma, ter um papel organizador das mudanças do cliente, atribuindo uma coerência narrativa à sua experiência que, como foi referido, é um dos aspetos associados ao bem-estar (e.g. MacAdams 2001; Singer & Rexhaj 2006; Pennebaker 1997). Por outro lado, ao integrar a dimensão temporal do contraste, a reconceptualização parece assegurar a continuidade do *self*, permitindo um maior sentido de agência pessoal, igualmente associada ao bem-estar psicológico (Adler 2013). Ou seja, quando um cliente elabora uma reconceptualização não está apenas a declarar uma melhoria na sua vida ou enunciar algumas mudanças efetivas, mas a contrastar estas com a perspetiva problemática, aproximando-se de alguma forma do seu *self* ideal. Desta forma, a reconceptualização permite igualmente uma crescente identificação com a auto-narrativa alternativa, um compromisso com a mesma (Gonçalves & Ribeiro 2012) e o desempenho dessa nova identidade (Wortham 2001).

Ambivalência face à mudança

Como referido, um dos resultados consistente nos diferentes estudos realizados tem sido a existência de trajetórias distintas nos casos de sucesso e de insucesso na emergência de MIs. A análise dos casos de sucesso possibilitou o desenvolvimento do modelo heurístico e das funções da reconceptualização descritos na secção anterior. Por outro lado, a análise dos casos de insucesso levou à colocação de hipóteses para explicar a ausência de um progressivo aparecimento de MIs de nível 2, e principalmente a ausência de reconceptualização. Partindo da noção de que o cliente pode sentir ambivalência em relação à mudança psicoterapêutica (e.g. Arkovitz & Engle 2007), uma série de estudos realizados pela nossa equipa de investigação, utilizando as mesmas amostras dos estudos descritos, têm analisado como a ambivalência face à mudança pode surgir associada à identificação de MIs (e.g. Ribeiro *et al.* 2014).

A elaboração de um MI pode ser considerada um ponto de bifurcação desenvolvimental (Gonçalves *et al.* 2016; Valsiner & Sato 2006), ou seja, que possibilita a possibilidade de amplificação ou atenuação do seu potencial de mudança. O conceito de marcadores de retorno ao problema (MRPs; Gonçalves,

Ribeiro *et al.* 2011) foi proposto para designar os momentos em que após a elaboração de um MI o cliente atenua o seu potencial de mudança. Nos estudos realizados (Alves *et al.* 2016; Gonçalves, Ribeiro *et al.* 2011; Ribeiro *et al.* 2016; Ribeiro *et al.* 2014) os principais resultados foram dois: 1) os casos de sucesso terapêutico não apresentam tantos MRPs como os de insucesso e/ou 2) nos casos de sucesso os MRPs apresentam uma tendência decrescente ao longo do processo terapêutico, o que não acontece nos casos de insucesso.

Desta forma, e tendo em conta o papel da reconceptualização na distinção entre casos de sucesso e insucesso, considera-se que este tipo de MI pode ter um papel central na resolução da ambivalência face à mudança terapêutica (Gonçalves & Ribeiro 2012). Ou seja, a reconceptualização, pelo seu caráter integrador e implicando a adoção de uma meta-posição, parece permitir ao cliente uma afirmação mais clara da perspetiva alternativa como preferida e mais satisfatória.

Implicações e aplicações clínicas

O SCMI e o modelo de mudança narrativa podem ser aplicados independentemente do modelo terapêutico, tendo em conta que o fenómeno que permitem estudar é comum às várias modalidades de psicoterapia: a emergência de elementos contrastantes com os significados patogénicos que trouxeram o cliente à consulta. Estes elementos, por serem exceções à perspetiva problemática, são valorizados pelos terapeutas, ainda que dentro do seu enquadramento teórico. Desta forma, pode-se conjecturar que o SCMI permite a identificação de um percurso de mudança em psicoterapia breve comum às várias modalidades de psicoterapia (Gonçalves *et al.* 2016).

A abordagem dos fatores comuns (Wampold 2001) ou princípios comuns (Castonguay & Beutler 2006) em psicoterapia salienta precisamente a existência de fatores ou princípios partilhados pelos vários modelos de psicoterapia que constituem os principais mecanismos pelos quais a mudança terapêutica ocorre. Esta abordagem não afirma necessariamente que os fatores específicos (i.e. as técnicas específicas de cada modelo) não são relevantes para a mudança ocorrer (e.g. Laska, Gurman & Wampold 2014). Pelo contrário, os autores referem a importância de combinar a utilização de fatores comuns com os específicos de forma a conseguir uma prática da psicoterapia mais eficaz no contexto clínico (Laska, Gurman & Wampold 2014).

De forma análoga, a relevância da mudança das auto-narrativas deve ser vista no contexto da utilização das técnicas e das explicações próprias de

cada modelo terapêutico, como uma ferramenta ou fator adicional para a promoção do sucesso terapêutico em psicoterapia. Desta forma, dois projetos derivados do SCMI estão a ser implementados no sentido de testar a aplicação clínica do modelo de mudança narrativa descrito.

Um dos projetos baseia-se no papel que a reconceptualização parece ter na mudança narrativa. Como referido, a articulação deste tipo de MI em duas componentes (contraste do *self* e processo de autotransformação) permite alcançar uma meta-perspetiva que parece conduzir a uma mudança narrativa mais profunda. Desta forma, o projeto em curso testa se a reconceptualização pode ter um papel na prevenção da recaída. Sucintamente, o projeto consiste em adicionar duas sessões a um processo de psicoterapia breve em que o terapeuta suscita a elaboração deste tipo de MIs por parte do cliente, mediante questões adequadas (e.g. “como alcançou essas mudanças?”). Se este projeto demonstrar que a reconceptualização pode ser eficaz na prevenção da recaída estas questões podem posteriormente ser utilizadas pelos terapeutas, independentemente do seu modelo psicoterapêutico, para promover a elaboração de reconceptualização no contexto das sessões de psicoterapia.

Outro projeto a ser desenvolvido centra-se na resolução da ambivalência. Assim, este projeto testa a utilização de um sistema de feedback ao terapeuta (cf. Lambert 2015) que fornece informação sobre a evolução da ambivalência em pacientes com níveis altos de ambivalência face à mudança. Finalmente, a utilização do SCMI no treino de terapeutas está também a ser equacionada.

Conclusão

Neste artigo apresentaram-se os principais resultados e conclusões do trabalho realizado com o SCMI ao longo de mais de uma década. Os diferentes estudos realizados com este sistema de análise mostraram a sua validade na caracterização do sucesso terapêutico em termos da emergência de exceções à perspetiva problemática dos pacientes. Além disso, um padrão relativamente constante foi identificado nos resultados dos estudos realizados, em que os casos de sucesso se caracterizam por maior proporção de elaboração de MIs, e que esta elaboração se torna progressivamente crescente ao longo da psicoterapia. Se os MIs de nível 1 são igualmente comuns nos casos de sucesso e de insucesso, parecendo constituir um elemento presente em qualquer processo de psicoterapia, os MIs de nível 2 surgem maioritariamente nos casos de sucesso terapêutico. Desta forma, é possível afirmar que estes MIs identificam processos que parecem ser relevantes para a mudança em psicoterapia. De

entre estes MIs uma atenção especial tem sido dada à reconceptualização, pelo seu papel integrador e de consolidação das mudanças conseguidas pelos pacientes.

Mais recentemente foi demonstrada a capacidade de os MIs de nível 2 predizerem a evolução dos sintomas sessão-a-sessão (Gonçalves *et al.* 2015; Gonçalves *et al.* 2016). Desta forma, os MIs de nível 2 (mais especificamente reflexão 2 na TCC, reconceptualização e ação 2 na TN) surgem como possíveis mecanismos de mudança, cuja elaboração numa sessão se parece refletir numa mudança de sintomas na sessão seguinte. Além disso, os MIs de nível 2 foram também preditores das narrativas relacionais no final da psicoterapia (Batista, 2016).

Estes resultados aproximam-se de outras investigações no campo da mudança narrativa em psicoterapia. Desta forma, Boritz e colaboradores (2013) estudaram processos narrativo-emotivos em três modelos de psicoterapia (TFE, TCL e terapia cognitiva) para a depressão. Entre outros resultados, estes autores obtiveram uma proporção significativamente maior nos casos de sucesso de um marcador que denominam história de descoberta (*discovery storytelling*). Este marcador é definido como um novo relato e interpretação da experiência acompanhado de um sentimento de descoberta (Boritz *et al.* 2013), uma definição próxima à de MI. Outra investigação (Adler, Harmeling & Walder-Biesanz 2013) associou ganhos súbitos em psicoterapia com dois processos narrativos de atribuição de significado denominados processamento e coerência. Enquanto o processamento parece estar relacionado com os MIs de reflexão, envolvendo novas formas de pensar e sentir não previstas pela perspectiva problemática, a coerência inclui os dois elementos da reconceptualização, a narração de um contraste entre uma narrativa emergente (alternativa) e a descrição de como esta mudança foi possível (Adler *et al.* 2013).

Estes dois exemplos ilustram a proximidade de conceitos utilizados na investigação em torno da mudança narrativa em psicoterapia e a confluência em torno da sua relevância na melhoria sintomatológica. Apesar das limitações dos estudos referidos neste artigo, como o uso de amostras pequenas, a utilização de desenhos estatísticos distintos nos diversos estudos ou a dificuldade em controlar os efeitos do terapeuta (cf. estudos originais para mais detalhes), consideramos que os resultados dos mesmos apresentam uma contribuição valiosa para a investigação em psicoterapia, ao mesmo tempo inovadora, mas conectada com os resultados de outros investigadores. Finalmente, a utilização

do SCMI e dos conceitos associados no contexto clínico, que está atualmente a ser testada, pode ser uma contribuição mais direta para a prática da psicoterapia.

Referências Bibliográficas

- Adler, J.M. 2012, “*Living into the story: Agency and coherence in a longitudinal study of narrative identity development and mental health over the course of psychotherapy*”, *Journal of Personality and Social Psychology*, vol. 102, (2), 367-389, doi: 10.1037/a0025289
- Adler, J. M. 2013, “*Clients' and Therapists' Stories about Psychotherapy*”, *Journal of Personality*, vol. 81, (6), 595-605. doi: 10.1111/j.1467-6494.2012.00803.x.
- Adler, J. M., Harmeling, L. H. & Walder-Biesanz, I. 2013, “*Narrative meaning making is associated with sudden gains in psychotherapy clients' mental health under routine clinical conditions*”, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 81, (5), 839–845, doi:10.1037/a0033774.
- Adler, J. M., Wagner, J. W. & McAdams, D. P. 2007, “*Personality and the coherence of psychotherapy narratives*”, *Journal of Research in Personality*, vol. 41, (6), 1179-1198, doi:10.1016/j.jrp.2007.02.006.
- Alves, D., Fernández-Navarro, P., Batista, J., Ribeiro, E., Sousa, I. & Gonçalves, M. M. 2014, “*Innovative moments in grief therapy: The meaning reconstruction approach and the processes of self-narrative transformation*”, *Psychotherapy Research*, vol. 24, (1), 25-41. doi: 10.1080/10503307.2013.814927.
- Alves, D., Fernández-Navarro, P., Ribeiro, A.P., Ribeiro, E., Sousa, I. & Gonçalves, M.M. 2016, “*Ambivalence in grief therapy: The interplay between change and self-stability*”, *Death Studies*, vol. 40, (2), 129-138, doi:10.1080/07481187.2015.1102177.
- Angus, L. & Hardtke, K. 1994, “*Narrative processes in psychotherapy*”, *Canadian Psychology/Psychologie Canadienne*, vol. 35, (2), 190–203. doi: dx.doi.org/10.1037/0708-5591.35.2.190.
- Angus, L., Levitt, H. & Hardtke, K. 1999, “*The narrative processes coding system: Research applications and implications for psychotherapy practice*”, *Journal of Clinical Psychology*, vol. 55, (10), 1255-1270.
- Angus, L. E. & Mcleod, J. (Eds.) 2004, *The handbook of narrative psychotherapy: Practice, theory and research*, London: Sage.
- Arkowitz, H. & Miller, W. R. 2008, “*Learning, applying and extending motivational interviewing*”, Em H. Arkowitz, H. A. Westra, W. R. Miller & S. Rollnick (Eds.), *Motivational interviewing in the treatment of psychological problems*, New York, NY: Guilford, 1–25.

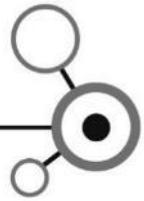
- Avdi, E. & Georgaca, E. 2009, "Narrative and discursive approaches to the analysis of subjectivity in psychotherapy", *Social and Personality Psychology Compass*, vol. 3, (5), 654-670. doi: 10.1111/j.1751-9004.2009.00196.x.
- Baerger, D. R. & McAdams, D. P. 1999, "Life Story Coherence and its Relation to Psychological Well-Being", *Narrative Inquiry*, vol. 9, (1), 69-96. doi: <http://dx.doi.org/10.1075/ni.9.1.05bae>.
- Batista, J. 2016, *Change of self-narratives in depression: Core Conflictual Relationship Theme and Innovative Moments*, [Tese de doutoramento], Universidade do Minho, Braga.
- Beck, A. T., Steer, R. A. & Brown, G. K. 1996, *Manual for Beck Depression Inventory II*, San Antonio: Psychological Corporation.
- Boritz, T., Bryntwick, E., Angus, L., Greenberg, L. S. & Constantino, M. J. 2013, "Narrative and emotion process in psychotherapy: An empirical test of the Narrative-Emotion Process Coding System (NEPCS)", *Psychotherapy Research*, vol. 24, (5), 594-607. doi:10.1080/10503307.2013.851426.
- Bruner, J. S. 1990, *Acts of meaning*, Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Castonguay, L.G. & Beutler, L.E. (Eds.) 2006, *Principles of therapeutic change that work: Integrating relationship, treatment, client, and therapist factors*, New York, NY: Oxford University Press.
- Connolly, M. B. & Strupp, H. H. 1996, "Cluster analysis of patient reported psychotherapy outcomes", *Psychotherapy Research*, vol. 6, (1), 30-42.
- Cunha, C., Gonçalves, M. M., Valsiner, J., Mendes, I. & Ribeiro, A. P. 2012, "Rehearsing renewal of identity: Reconceptualization on the move", Em M. C. Bertau, M. M. Gonçalves, & P. Raggat (Eds.), *Dialogic formations: Investigations into the origins and development of the dialogical self*, Charlotte, NC, US: Information Age Publishing, 205-233.
- Dimaggio, G. 2006, "Disorganized narratives in clinical practice", *Journal of Constructivist Psychology*, vol. 19, (2), 103-108. doi: 10.1080/10720530500508696.
- Dimaggio, G., Montano, A., Popolo, R. & Salvatore, G. 2015, *Metacognitive interpersonal therapy for personality disorders: A treatment manual*, London: Routledge.
- Frank, J. D. & Frank, J. 1991, *Persuasion and healing: A comparative study of psychotherapy*, 3ª ed., Baltimore, MD, US: Johns Hopkins University Press.
- Freedman, J. & Combs, G. 1996, *Narrative therapy*, New York: W.W. Norton.
- Gonçalves, O. F., Korman, Y. & Angus, L. 2002, "Constructing psychopathology from a cognitive narrative perspective", Em R. A. Neimeyer & J. Raskin

- (Eds.), *Constructions of disorder*, Washington, DC: American Psychological Association, 265-284.
- Gonçalves, M. M., Matos, M. & Santos, A. (2009), "Narrative therapy and the nature of "innovative moments" in the construction of change", *Journal of Constructivist Psychology*, vol. 22, (1), 1-23. doi: 10.1080/10720530802500748
- Gonçalves, M. M., Mendes, I., Cruz, G., Ribeiro, A., Angus, L. & Greenberg, L. (2012), "Innovative moments and change in client-centered therapy", *Psychotherapy Research*, vol. 22, (4), 389-401. doi: 10.1080/10503307.2012.662605
- Gonçalves, M. M. & Ribeiro, A. P. 2012, "Therapeutic change, innovative moments, and the reconceptualization of the self: A dialogical account", *International Journal for Dialogical Science*, vol. 6, (1), 81-98. Disponível em <http://hdl.handle.net/1822/20928>
- Gonçalves, M. M., Ribeiro, A. P., Mendes, I., Matos, M. & Santos, A. 2011, "*Tracking novelties in psychotherapy process research: The innovative moments coding system*", *Psychotherapy Research*, vol. 21, (5), 497-509, doi: 10.1080/10503307.2011.560207
- Gonçalves, M. M., Ribeiro, A. P., Silva, J. R., Mendes, I. & Sousa, I. 2015, "*Narrative innovations predict symptom improvement: Studying innovative moments in narrative therapy of depression*", *Psychotherapy Research*, vol. 26, (4), 425-435, doi: 10.1080/10503307.2015.1035355.
- Gonçalves, M. M. & Silva, J. R., Ribeiro, A. P., Batista, J. & Sousa, I. 2016, *Innovative moments in cognitive behavioral therapy*, Manuscrito aceite para publicação.
- Gonçalves, M. M., Silva, J. R. 2014, "Momentos de inovação em psicoterapia: Das narrativas aos processos diálogos", *Análise Psicológica*, vol. 32, (1), 27-43. doi: 10.14417/ap.837.
- Jacobson, N.S. & Truax, P. 1991, "*Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research*", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 59, (1), 12-19. doi: 10.1037/0022-006X.59.1.12
- Lambert, M. J. 2015, "*Progress feedback and the OQ-system: The past and the future*", *Psychotherapy*, vol. 52, (4), 381-390. doi:10.1037/pst0000027
- Lambert, M. J., Burlingame, G. M., Umphress, V., Hansen, N. B., Vermeersch, D. A., Clouse, G. C. & Yanchar, S. C. 1996, "*The reliability and validity of the Outcome Questionnaire*", *Clinical Psychology & Psychotherapy*, vol. 3, (4), 249-258. doi: 10.1002/(SIC)1099-0879(199612)3:4<249::AID-CPP106>3.0.CO;2-S.

- Lambert, M. J., Finch, A. M., Okiishi, J. & Burlingame, G. M. 2005, *Administration and scoring manual for the OQ-30.2*, Stevenson, MD: American Professional Credentialing Services.
- Laska, K. M., Gurman, A. S. & Wampold, B. E. 2014, "Expanding the lens of evidence-based practice in psychotherapy: A common factors perspective", *Psychotherapy*, vol. 51 (4), 467-481. doi: 10.1037/a0034332
- Luborsky, L. (1977), "Measuring a pervasive psychic structure in psychotherapy: The core conflictual relationship theme", N. Freedman & S. Grand (Eds.), *Communicative structures and psychic structures: A psychoanalytic interpretation of communication*, New York: Springer US, 367-395. doi: 10.1007/978-1-4757-0492-1_16
- Luborsky, L. & Crits-Christoph, P. (Eds.) 1998, *Understanding transference: The Core Conflictual Relationship Theme method*, 2^a ed., Washington, DC: American Psychological Association.
- Lysaker, P.H. & Lysaker, J.T. 2002, "Narrative structure in psychosis: Schizophrenia and disruptions in the dialogical self", *Theory & Psychology*, vol. 12, (2), 207-220. doi: 10.1177/0959354302012002630
- Lysaker, P. H., Ringer, J., Maxwell, C., McGuire, A. & Lecomte, T. 2010, "Personal narratives and recovery from schizophrenia", *Schizophrenia Research*, vol. 121 (1), 271-276, doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.schres.2010.03.003>.
- Matos, M., Santos, A., Gonçalves, M. M. & Martins, C. 2000, "Innovative moments and change in narrative therapy", *Psychotherapy Research*, vol. 19, (1), 68-80. doi: 10.1080/10503300802430657.
- McAdams, D. P. 2001, "The psychology of life stories", *Review of General Psychology*, vol. 5, (2), 100-122. doi: 10.1037//1089-2680.5.2.100.
- McAdams, D. P., Hoffman, B. J., Mansfield, E. D. & Day, R. 1999, "Themes of agency and communion in significant autobiographical scenes", *Journal of Personality*, vol. 64, (2), 339-377. doi:10.1111/j.1467-6494.1996.tb00514.x
- Mendes, I., Ribeiro, A., Angus, L., Greenberg, L., Sousa, I. & Gonçalves, M. 2010, "Narrative change in emotion-focused therapy: How is change constructed through the lens of the Innovative Moments Coding System?", *Psychotherapy Research*, vol. 20, (6), 692-701. doi: 10.1080/10503307.2010.514960.
- Mendes, I., Ribeiro, A. P., Angus, L., Greenberg, L. S., Sousa, I. & Gonçalves, M. M. 2011, "Narrative change in emotion-focused psychotherapy: A study on the evolution of reflection and protest innovative moments",

- Psychotherapy Research*, vol. 21, (3), 304-315. doi: 10.1080/10503307.2011.565489
- Montesano, A., Gonçalves, M. M. & Feixas, G. 2015, "Self-narrative reconstruction after dilemma-focused therapy for depression: A comparison of good and poor outcome cases", *Psychotherapy Research*, 1-16. Disponível online. doi: 10.1080/10503307.2015.1080874
- Neimeyer, R. A. 2000, "Narrative disruptions in the construction of self", R. A. Neimeyer & J. Raskin (Eds.), *Constructions of disorder*, Washington, DC: American Psychological Association, 207-242.
- Pennebaker, J. W. 1997, "Writing about emotional experiences as a therapeutic process", *Psychological Science*, vol. 8, (3), 162-166. doi: 10.1111/j.1467-9280.1997.tb00403.x
- Rennie, D. L. 1994, "Storytelling in psychotherapy: The client's subjective experience", *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, vol. 31, (2), 234-243, doi: 10.1037/h0090224.
- Ribeiro, A.P., Bento, T., Salgado, J., Sties, W. B. & Gonçalves, M. M. 2011, "A dynamic look at narrative change in psychotherapy: A case study tracking innovative moments and protonarratives using state space grids", *Psychotherapy Research*, vol. 21, (1), 54-69, 10.1080/10503307.2010.504241.
- Ribeiro, A. P., Gonçalves, M. M., Silva, J., Sousa, I. & Brás, A. 2016, "Ambivalence as a predictor of symptoms change in psychotherapy", Manuscrito em preparação.
- Ribeiro, A. P., Mendes, I., Stiles, W. B., Angus, L., Sousa, I. & Gonçalves, M. M. 2014, "Ambivalence in emotion-focused therapy for depression: The maintenance of problematically dominant self-narratives", *Psychotherapy Research*, vol. 24, (6), 702-710. doi:10.1080/10503307.2013.879620.
- Singer, J. A. & Rexhaj, B. 2006, "Narrative coherence and psychotherapy: A commentary", *Journal of Constructivist Psychology*, vol. 19, (2), 209-217, doi: 10.1080/10720530500508944
- Spence, D. P. 1982, *Narrative truth and historical truth: Meaning and interpretation in psychoanalysis*, New York: W. W. Norton.
- Valsiner, J. & Sato, T. 2006, "Historically structured sampling (HSS): How can psychology's methodology become tuned in to the reality of the historical nature of cultural psychology?", J. Straub, D. Weidemann, C. Kölbl, & B. Zielke (Eds.), *Pursuit of meaning*, Bielefeld, Germany: transcript, 215-251.

- Wampold, B. E. 2001, *The great psychotherapy debate: Models, methods, and findings*, Mahwah, NJ: Erlbaum.
- White, M. & Epston, D. 1990, *Narrative means to therapeutic ends*, New York: Norton.
- Wortham, S. 2001, *Narratives in action: A strategy for research and analysis*, New York, NY: Teachers College Press.



Análisis de la ansiedad ante la muerte en una muestra de profesionales de la enfermería

María H. Benavente Cuesta
Universidad Pontificia de Salamanca
mhbenaventecu@upsa.es

María Paz Quevedo-Aguado
Universidad Pontificia de Salamanca
mpquevedoag@upsa.es

Resumen

La muerte, es una de las realidades más difíciles de asumir para el hombre, a pesar de su inevitable y constante presencia a lo largo del tiempo, independientemente del contexto histórico, momento o cultura en la que nos encontremos. Teniendo en cuenta estas cuestiones, se hace necesario en el ámbito de la salud, seguir conociendo y analizando en profundidad los factores que pueden influir en la respuestas que tiene el profesional sanitario ante la muerte, con un doble fin: por un lado mejorar la calidad de sus cuidados, tanto a los pacientes como a sus familiares, y por otro, proteger su propio bienestar psicológico, clave para seguir desarrollando con éxito su vida personal y laboral. La muestra total está constituida por 185 sujetos, todos ellos Diplomados o Graduados en Enfermería. El 70,3% desarrollan su actividad asistencial en el ámbito de la Atención Especializada y el 29,7% en Atención Primaria. En su mayoría, el 90,3% pertenecen al sexo femenino, mientras que únicamente el 9,7% corresponde al masculino. En cuanto a la valoración que hacen sobre la *formación recibida acerca de la muerte*, encontramos que el 43,8% consideran que ha sido muy buena y satisfactoria, el 41,6% pobre o regular, y por último, el 14,6% inexistente. Finalmente, el 70,3% de los participantes de este estudio, afirman no existir un *sistema de apoyo institucional* que ayude al profesional de enfermería a enfrentar la muerte de sus pacientes.

Se emplearon en el estudio los instrumentos que se describen a continuación: *Variables biosociodemográficas*; *Escala de medición de la Ansiedad ante la muerte DAS (Death Anxiety Scale) de Templer (1970)*; e la *Escala de medición de Ansiedad Estado – Rasgo STAI (State – Trait Anxiety Inventory) Spielberg, Gorsuch y Lushene, 1970, 1982*.

Los resultados son debatidos en conformidad con la necesidad de alcanzar un mejor entendimiento del impacto de la muerte en los profesionales sanitarios, particularmente en las variables mensuradas.

Palabras-clave: *ansiedad ante la muerte, profesional de salud, enfermería, cuidador ante la muerte.*

Resumo

A morte é um dos pontos mais difíceis de aceitar para o ser humano, apesar de sua presença inevitável e constante ao longo do tempo, independentemente do contexto histórico, tempo ou cultura em que nos encontramos. Tendo em conta estas questões é importante perceber, no campo da saúde, como se pode analisar com profundidade os fatores que podem influenciar nas respostas que têm os profissionais de saúde perante a morte, com um duplo fim: melhorar a qualidade dos seus cuidados, tanto para os pacientes como para a sua família e por outro, proteger o seu próprio bem-estar psicológico, como uma chave para desenvolver ainda mais o seu trabalho e vida pessoal com êxito.

A amostra total é constituída por 185 sujeitos, todos diplomados ou licenciados em enfermagem. 70,3% desenvolvem suas atividades de assistência no campo da atenção especializada e 29,7% nos cuidados primários. Principalmente, 90,3% pertencem ao sexo feminino, enquanto 9,7% corresponde ao masculino. No que se refere à avaliação que fazem sobre a formação recebida sobre a morte, 43,8% considera que tem sido muito boa e satisfatória, 41,6% pobre ou regular e finalmente, 14,6% inexistente. Por último, 70,3% dos participantes deste estudo, afirmam não existir um sistema de apoio institucional que ajude ao profissional de enfermagem para enfrentar a morte de seus pacientes.

Foram utilizados no estudo os instrumentos descritos de seguida: variáveis bio sociodemográficas; Escala de medição da ansiedade perante a morte (escala de ansiedade de morte) de (Templer 1970); e a escala de medição do estado de ansiedade-traço STAI (inventário de ansiedade traço-estado) (Spielberger, Gorsuch & Lushene, 1970, 1982).

Os resultados são discutidos em conformidade com a necessidade de alcançar uma melhor compreensão do impacto da morte na saúde profissional, particularmente nas variáveis mensuradas.

Palavras-chave: *ansiedade perante a morte, profissional de saúde, enfermagem, cuidador perante a morte.*

Introducción

La muerte, es una de las realidades más difíciles de asumir para el hombre, a pesar de su inevitable y constante presencia a lo largo del tiempo, independientemente del contexto histórico, momento o cultura en la que nos encontremos (Aries 1984; Klüber- Ross 1989, 2005). La conciencia de muerte será siempre fiel compañera de la existencia humana, despertando eternamente reflexiones no sólo de pensadores y científicos, sino de cualquier persona que se enfrente a ella, ya sea a través de experimentar la desaparición de un ser querido o a la suya propia.

El proceso de morir, ha de entenderse no sólo como un fenómeno biológico, sino como un proceso multidimensional en el cual deben considerarse otros aspectos: sociales, culturales y psico-emocionales. En este sentido, se ha de tener en cuenta que la muerte o su proximidad, generan en las personas un amplio conjunto de actitudes y emociones de intensidad variada, siendo, según los estudiosos del tema, la ansiedad, el miedo y la depresión, las respuestas que principalmente surgen (Barreto & Soler 2008; Bayés 2001; Bowlby 1961; Busquets 2001).

Por otro lado, si se analiza detalladamente su largo recorrido histórico, encontramos cómo ha ido cambiando la manera de ser percibida y entendida, en función de los distintos factores sociales y culturales característicos de cada época (Allué, 1993). Antiguamente, la muerte se afrontaba en las casas, el enfermo se encontraba rodeado de sus seres queridos y de sus pertenencias, lo cual ayudaba a normalizar este hecho como un acontecimiento inevitable de la existencia humana (Gómez Sancho 2006). Por el contrario, en el momento actual, y más en concreto en la cultura occidental, la muerte es, en la mayoría de las ocasiones, alejada del hogar, siendo el hospital el lugar elegido para pasar los últimos momentos de la vida, provocándose por consiguiente, un proceso de institucionalización de la misma. Varios autores afirman que en la sociedad en la que nos encontramos, la muerte es vivida como algo extraño, imprevisto, que trunca nuestras vidas y que la mayoría de las veces no se encuentra en nuestros pensamientos (Bayés, Limonero, Romero & Arranz 2000). Se puede decir que existe una negación social de la muerte, que llega incluso hasta el ámbito sanitario.

Teniendo en cuenta los aspectos anteriores, y como consecuencia del protagonismo que ha cobrado actualmente la institucionalización de la muerte, el profesional de enfermería, asume una importante participación en este proceso tanto con el paciente terminal como con sus familiares, teniendo que acompañar

muy de cerca este momento de estrés vital, en el cual no sólo aparece el temor a la muerte, sino a todo el proceso que conduce a ella, al dolor, a la pérdida de facultades mentales, a la agonía lenta, ...etc., los cuáles probablemente provocan en el profesional una serie de interrogantes existenciales que traspasan lo laboral y le hacen entrar en el ámbito de lo personal. Por este motivo, es importante señalar que, ante un proceso de pérdida, coexisten tres realidades que deberían ser atendidas: la del paciente terminal, la de sus familiares y la de los profesionales implicados.

Se ha podido comprobar, que la actitud que cada cual adopte ante la muerte dependerá de diversos factores, entre ellos, la experiencia personal y profesional de contacto con la muerte, así como las creencias religiosas y los propios recursos personales que tiene cada sujeto (Ascencio *et al.* 2014; Collel, Limonero & Otero 2003; Collel 2005; Limonero 1997).

Teniendo en cuenta estas cuestiones, se hace necesario en el ámbito de la salud, seguir conociendo y analizando en profundidad los factores que pueden influir en la respuestas que tiene el profesional sanitario ante la muerte, con un doble fin: por un lado mejorar la calidad de sus cuidados, tanto a los pacientes como a sus familiares, y por otro, proteger su propio bienestar psicológico, clave para seguir desarrollando con éxito su vida personal y laboral.

Método

Participantes

La muestra total está constituida por 185 sujetos, todos ellos Diplomados o Graduados en Enfermería. El 70,3% desarrollan su actividad asistencial en el ámbito de la Atención Especializada y el 29,7% en Atención Primaria. En relación a la *edad*, la mayor representación corresponde con un 88,6%, a sujetos con edades comprendidas entre 35 y 50 años, siendo un porcentaje muy pequeño el de participantes jóvenes (11,4 %) con edades entre 22 y 34 años. Esto explica que el 95,2% tengan una experiencia de trabajo elevada de más de 13 años y tan sólo, un 4,9% de menos de 5 años. En su mayoría, el 90,3% pertenecen al sexo femenino, mientras que únicamente el 9,7% corresponde al masculino. Un alto porcentaje de sujetos el 71,9% se consideran creyentes. En cuanto al *primer contacto que tuvieron con la muerte* lo sitúan en la infancia, el 11,9%, en la adolescencia, el 26,5%, en la juventud el 32,4%, y por último, en la adultez, el 29,2%. Respecto a la frecuencia de *conversaciones sobre la muerte*, predomina con gran diferencia los sujetos que tan sólo hablan en algunas ocasiones sobre la misma, siendo el 64,3%, seguidos

de un 29,7% de quienes lo hacen con mucha frecuencia y por último, el 5,9% que no abordan nunca esa cuestión. En cuanto a la valoración que hacen sobre la *formación recibida acerca de la muerte*, encontramos que el 43,8% consideran que ha sido muy buena y satisfactoria, el 41,6% pobre o regular, y por último, el 14,6% inexistente. Finalmente, el 70,3% de los participantes de este estudio, afirman no existir un sistema *de apoyo institucional* que ayude al profesional de enfermería a enfrentar la muerte de sus pacientes.

Objetivos

1. Analizar los niveles de Ansiedad y Miedo a la muerte en profesionales de enfermería.
2. Analizar la relación entre la Ansiedad Estado, Ansiedad Rasgo y el Miedo a la muerte.
3. Analizar la relación entre la Ansiedad Estado, Ansiedad Rasgo y Miedo a la muerte con otras variables biosociodemográficas.

Instrumentos

Se emplearon en el estudio los instrumentos que se describen a continuación:

Variables biosociodemográficas: edad, sexo, años de experiencia profesional, ámbito clínico de trabajo, religión, edad con la que tuvo el primer contacto con la muerte, frecuencia de conversación sobre la muerte, formación recibida acerca de la muerte y sistemas de apoyo en su institución.

Escala de medición de la Ansiedad ante la muerte DAS (Death Anxiety Scale) de Templer (1970). Se utilizó su versión española (Tomás-Sábado & Gómez-Benito, 2002), la cual consta de 15 ítems que hacen referencia a la forma de pensar, sentir y actuar del sujeto. Cada ítem tiene 4 posibilidades de respuesta (0,1, 2, 3) que oscilan entre 0, que indica ausencia (nada), y 3, siendo la máxima, que indica presencia (mucho). Por lo que el sujeto con el mayor nivel de ansiedad debería obtener en el cuestionario una puntuación de 45.

Escala de medición de Ansiedad Estado – Rasgo STAI (State – Trait Anxiety Inventory) (Spielberger, Gorsuch & Lushene 1970, 1982). Se utilizó la adaptación española de Buela Casal, (Guillén-Riquelme & Seisdedos Cubero 2011), del cuestionario State – Trait Anxiety Inventory (STAI). Es un cuestionario que mide la ansiedad estado, ansiedad que manifiesta el sujeto en el momento de la administración de la prueba y la ansiedad rasgo, es decir, la ansiedad vivida

como un rasgo de la personalidad. Este cuestionario consta de 41 ítems 20 para la ansiedad estado y 21 para la ansiedad rasgo. Cada ítem se puede responder con cuatro opciones: nada con una puntuación otorgada de 0, algo que se puntúa con un 1, bastante con un 2 y mucho con un 3. La puntuación máxima sería 60 en la ansiedad estado y 61 en la ansiedad rasgo, estas cifras indicarían el nivel más alto de ansiedad.

Procedimiento

Tras solicitar los permisos necesarios en cada una de las Instituciones implicadas, se procedió a contactar con los directores, coordinadores y supervisores correspondientes de cada Centro, con el fin de explicarles en qué consistía el estudio y los objetivos que se pretendían alcanzar. Obtenidos su aprobación y consentimiento, se repartieron los cuestionarios en cada una de las diferentes unidades. Los participantes fueron informados del carácter voluntario de su participación en el estudio, así como del compromiso que asumíamos garantizando el anonimato y la confidencialidad de los datos.

La entrega de encuestas y su posterior recogida, se llevó a cabo durante los meses de Diciembre (2014), (Enero, Febrero, Marzo & Abril 2015).

Los Centros que participaron, son todos ellos pertenecientes a la red sanitaria pública y privada de la provincia de Salamanca:

- Atención Especializada; Hospital Clínico Universitario, Hospital Virgen de la Vega, Hospital Martínez Anido (Los Montalvos), Hospital Fundación General de la Santísima Trinidad.
- Atención Primaria: Centro de Salud Castro Prieto (San José), Centro de Salud Capuchinos, Centro de Salud Alfonso Sánchez Montero (Pizarrales), Centro de Salud Alamedilla, Centro de Salud Garrido Sur, Centro de Salud Elena Ginel Díez (Tejares), Centro de Salud Miguel Armijo Moreno (San Bernardo), Centro de Salud Filiberto Villalobos, que a su vez se divide en 2, que son; Prosperidad y Sancti Spiritus, Centro de Salud Sisinio de Castro, (Garrido Norte) y Centro de Salud San Juan.

Análisis y discusión de resultados

Análisis descriptivo

En primer lugar, con el fin de ver cómo se distribuían los sujetos de la muestra en cada una de las escalas, (puntuación percentílica), se tomaron las

puntuaciones en los tres cuestionarios (STAI-Estado, el DAS & el STAI-Rasgo), en valores de 0 a 100. La tabla 1 muestra estos resultados en los que podemos observar que las puntuaciones percentílicas para las tres medidas que nos interesan son muy semejantes: por ejemplo la puntuación del percentil 50 en la escala Ansiedad Estado es 1,5, Ansiedad Rasgo 1,43 y Miedo a la Muerte 1,33. Además de este primer dato, esta tabla nos confirma que para las tres variables medidas las puntuaciones centrales, están por debajo de lo que sería esperable como puntuación media.

Tabla 1: Puntuación Percentílica de las escalas STAI-Estado, STAI-Rasgo y DAS.

		Ansiedad Estado (STAI-Estado)	Ansiedad Rasgo (STAI-Rasgo)	Miedo Muerte (DAS)
N	Válidos	185	185	185
Percentiles	25	1,3000	1,2857	1,0000
	50	1,5000	1,4286	1,3333
	75	1,7000	1,6667	1,7000

Correlaciones

Se analizan las posibles correlaciones entre el STAI-Estado, el STAI-Rasgo y el DAS. En la Tabla 2 se muestran solamente aquellas correlaciones que resultaron significativas.

Tabla 2: Correlación de Pearson entre las escalas STAI-Estado, STAI-Rasgo y DAS.

		Ansiedad Estado	Ansiedad Rasgo
Ansiedad Rasgo	Correlación de Pearson	,440(**)	
	Sig. (bilateral)	,000	
	N	185	
Miedo Muerte	Correlación de Pearson	,288(**)	,433(**)
	Sig. (bilateral)	,000	,000
	N	185	185

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

La Ansiedad Estado medida a través del STAI-Estado, correlaciona de forma positiva con la Ansiedad Rasgo (STAI-Estado) y con el Miedo a la Muerte (DAS), a un nivel de significación de 0,01, lo cual significa que aquellas personas que se encuentran ansiosas en el momento de la medida, también puntúan alto en la Ansiedad como Rasgo de su personalidad y en Miedo a la Muerte.

Por otro lado, la Ansiedad Rasgo medida a través del STAI-Rasgo, correlaciona de forma positiva a un nivel de significación de 0,01 con la Ansiedad Estado y el Miedo a la Muerte. Resultado que muchos autores como Moreno (2007), han estudiado, afirmando que la ansiedad no solo es una respuesta ante una situación amenazante, sino que en muchos casos es una predisposición de respuesta.

A la luz de estos resultados, se puede afirmar la correlación que existe entre estas tres escalas, lo cual significa que a mayor grado de Ansiedad Rasgo mayor grado de Ansiedad Estado y de Miedo a la Muerte, lo cual indica que los sujetos que experimentan un cierto grado de Ansiedad presentan mayores sentimientos de Miedo a la Muerte o, quizás a la inversa, el Miedo a la Muerte, incrementa la ansiedad "situacional" (estado) más en sujetos que ya presentan un elevado grado de ansiedad estructural (rasgo) .

Análisis de la varianza

Se presentan a continuación los resultados de los ANOVAS realizados entre las diferentes escalas (STAI-E, DAS Y STAI-R) y las variables biosociodemográficas analizadas.

A nova edad/Medias en 3 Escalas

A partir de las pruebas de contraste de medidas de Scheffé y de t de Dunnet (Tabla 5), se encontraron diferencias significativas respecto a la Ansiedad Rasgo (STAI-R) y el Miedo a la Muerte (DAS), entre los profesionales con diferentes edades.

En relación a la Ansiedad Rasgo, encontramos que existen diferencias entre los grupos de edad Joven y Madura, analizando sus medias, se observa que el grupo de personas Maduras se definen con rasgos de personalidad más ansiosos que aquellos que son más Jóvenes. Quizás este primer grupo esté influido por un mayor conocimiento de sí mismo y de la complejidad que entraña la vida cotidiana que hace que se definan con mayores niveles de ansiedad.

Respecto al Miedo a la Muerte, los grupos de edad Joven y Mediana, presentan diferencias significativas respecto con las personas Maduras, siendo estos últimos los que puntúan con mayor miedo a la muerte. Estos resultados, de alguna manera reflejan, que durante las etapas más jóvenes de la vida, las personas probablemente veamos la muerte como un hecho más lejano, que aquellos que tienen mayor edad, a quienes los acontecimientos de la vida les van aproximando con mayor frecuencia a esta realidad. Autores como (Busquets 2001), refieren que la muerte genera respuestas emocionales muy frecuentes como ansiedad, miedo y depresión, especialmente cuando el ser humano se encuentra más cercano a ella, como es el caso de las personas con edad más avanzada.

Tabla 3: Medias por franja de Edad en Ansiedad Estado, Ansiedad Rasgo y Miedo a la Muerte.

		Ansiedad Estado	Ansiedad Rasgo	Miedo Muerte
Joven	Media	1,5071	1,3401	1,1651
	Desv. típ.	,25850	,22950	,59800
Mediana	Media	1,4824	1,4221	1,2613
	Desv. típ.	,30481	,27859	,39352
Madura	Media	1,5183	1,5095	1,4696
	Desv. típ.	,30023	,33478	,55809

Tabla 4: Anova según la media de Edad en las tres Escalas (STAI-E, STAI-R y DAS)

		Suma de cuadrados	Gl	Media cuadrática	F	Sig.
Ansiedad Estado	Inter-grupos	,053	2	,026	,298	,743
	Intra-grupos	16,141	182	,089		
	Total	16,194	184			
Ansiedad Rasgo	Inter-grupos	,625	2	,312	3,404	,035
	Intra-grupos	16,694	182	,092		
	Total	17,319	184			

Miedo Muerte	Inter-grupos	2,587	2	1,294	5,099	,007
	Intra-grupos	46,177	182	,254		
	Total	48,764	184			

Tabla 5: Comparaciones Múltiples entre los diferentes grupos de Edad y las tres Escalas (STAI-E, STAI-R y DAS)

Variable dependiente		(I) Edad	J) Edad	Diferencia de Medias (I-J)	Error típico	Sig
Ansiedad Estado	Scheffé	Joven	Mediana	,02471	,07363	,945
			Madura	-,01119	,07217	,988
		Mediana	Joven	-,02471	,07363	,945
			Madura	-,03590	,04673	,745
		Madura	Joven	,01119	,07217	,988
			Mediana	,03590	,04673	,745
	T de Dunnet (bilateral) ^a	Joven	Madura	-,01119	,07217	,984
		Mediana	Madura	-,03590	,04673	,680
Ansiedad Rasgo	Scheffé	Joven	Mediana	-,08200	,07488	,550
			Madura	-,16939	,07340	,072
		Mediana	Joven	,08200	,07488	,550
			Madura	-,08739	,04753	,187
		Madura	Joven	,16939	,07340	,072
			Mediana	,08739	,04753	,187
	T de Dunnet (bilateral) ^a	Joven	Madura	-,16939*	,07340	,043
		Mediana	Madura	-,08739	,04753	,127
Miedo Muerte	Scheffé	Joven	Mediana	-,09618	,12454	,743
			Madura	-,30450*	,12207	,047
		Mediana	Joven	,09618	,12454	,743
			Madura	-,20832	,07904	,033
		Madura	Joven	,30450*	,12207	,047
			Mediana	,20832*	,07904	,033
	T de Dunnet (bilateral) ^a	Joven	Madura	-,30450*	,12207	,026
		Mediana	Madura	-,20832*	,07904	,018

* La diferencia de medias es significativa al nivel .05

^a Las pruebas t de Dunnet tratan un grupo como control y lo comparan con todos los demás grupos

Anova sexo/medias en 3 Escalas

En relación a la variable Sexo, los resultados obtenidos muestran que no existen diferencias significativas en función del Sexo. En otras investigaciones como son las de (Collel 2005) o (Maza, Merino & Zavala 2008), tampoco se obtienen datos significativos en cuanto al sexo. Pero, por el contrario, hay otras como la de Sueiro, (López & López 2004) que muestran que las mujeres tienen mayor puntuación en ansiedad ante la muerte que los varones.

Tabla 6: Anova según el Sexo en las tres Escalas (STAI-E, STAI-R y DAS)

		Suma de cuadrados	GI	Media cuadrática	F	Sig.
Ansiedad Estado	Inter-grupos	,068	1	,068	,772	,381
	Intra-grupos	16,126	183	,088		
	Total	16,194	184			
Ansiedad Rasgo	Inter-grupos	,000	1	,000	,002	,966
	Intra-grupos	17,318	183	,095		
	Total	17,319	184			
Miedo Muerte	Inter-grupos	,484	1	,484	1,833	,177
	Intra-grupos	48,280	183	,264		
	Total	48,764	184			

A nova experiencia profesional/medias en 3 escalas

A partir de las pruebas de contraste de medidas de Scheffé no aparecen diferencias significativas, pero sí en la prueba de t de Dunnet (Tabla 9) en la cual se encontraron diferencias significativas respecto al Miedo a la Muerte (DAS), entre los profesionales con diferentes años de Experiencia profesional, $p < 0.48$. Se puede observar como en la Escala DAS de Miedo a la muerte, existen diferencias significativas entre los profesionales que tienen una experiencia profesional entre 5-12 años y aquellos que llevan más de 13 años trabajando.

Analizando las medias de ambos grupos, encontramos que los que tienen entre 5 a 12 años de experiencia, muestran niveles de miedo a la muerte inferior a aquellos que llevan más de 13 años trabajando.

Tabla 7: Media según los Años de Experiencia profesional

		Ansiedad Estado	Ansiedad Rasgo	Miedo Muerte
Menos de 5 años	Media	1,400	1,3862	1,2741
	Dev. típ.	,44230	,25912	,63109
Entre 5-12 años	Media	1,5762	1,3946	1,1016
	Dev. típ.	,30807	,24194	,55121
Más de 13 años	Media	1,4987	1,4676	1,3901
	Dev. típ.	,28513	,31691	,49612

Al igual que comentábamos en el análisis en relación con la edad, probablemente ésta variable va ligada íntimamente a la experiencia profesional que hace que los sujetos tomen un mayor nivel de conciencia de la muerte, y con ello un aumento del miedo a la misma.

Tabla 8: Anova según la media de Años de Experiencia Profesional en las tres Escalas (STAI-E, STAI-R y DAS)

Variable dependiente		(I)Experiencia	J)Experiencia	Diferencia de medias (I-J)	Error típico	Sig
Ansiedad Estado	Scheffé	< de 5 años	5 a 12 años	-,17619	,11806	,331
			> de 13 años	-,09871	,10161	,625
		5 a 12 años	< de 5 años	,17619	,11806	,331
			> de 13 años	,07748	,06891	,533
		> de 13 años	< de 5 años	,09871	,10161	,625
			5 a 12 años	-,07748	,06891	,533
	T de Dunnet (bilateral) ^a	Menos de 5 años	> de 13 años	,09871	,10161	,553
		De 5 a 12 años	> de 13 años	,07748	,06891	,454
Ansiedad Rasgo	Scheffé	< de 5 años	5 a 12 años	-,00831	,12239	,998
			> de 13 años	-,08134	,10533	,742
		5 a 12 años	< de 5 años	,00831	,12239	,998

	> de 13 años	> de 13 años	-,07303	,07143	,742	
		< de 5 años	,08134	,10533	,998	
		5 a 12 años	,07303	,07143	,594	
	T de Dunnet (bilateral) ^a	Menos de 5 años	> de 13 años	-,08134	,10533	,686
De 5 a 12 años		> de 13 años	-,07303	,07143	,520	
Miedo Muerte	Scheffé	< de 5 años	5 a 12 años	,17249	,20282	,697
			> de 13 años	-,11600	,17455	,802
		5 a 12 años	< de 5 años	-,17249	,20282	,697
			> de 13 años	-,28849	,11838	,054
		> de 13 años	< de 5 años	,11600	,17455	,802
			5 a 12 años	,28849	,11838	,054
	T de Dunnet (bilateral) ^a	< de 5 años	> de 13 años	-,11600	,17455	,756
		De 5 a 12 años	> de 13 años	,28849*	,11838	,031

Sin embargo, estos resultados no son coincidentes con otros estudios, como el de (Pascual 2011) o el de (Gala *et al.* 2002), que obtienen que los profesionales con menor experiencia profesional tienen niveles de ansiedad más elevados.

Tabla 9: Comparaciones Múltiples entre los diferentes grupos de Años de Experiencia profesional y las tres Escalas (STAI-E, STAI-R y DAS)

		Suma de cuadrados	GI	Media cuadrática	F	Sig.
Ansiedad Estado	Inter-grupos	,211	2	,105	1,200	,303
	Intra-grupos	15,983	182	,088		
	Total	16,194	184			
Ansiedad Rasgo	Inter-grupos	,144	2	,072	,762	,468
	Intra-grupos	17,175	182	,094		
	Total	17,319	184			
Miedo Muerte	Inter-grupos	1,596	2	,798	3,080	,048
	Intra-grupos	47,168	182	,259		
	Total	48,764	184			

* La diferencia de medias es significativa al nivel .05

^a Las pruebas t de Dunnet tratan un grupo como control y lo comparan con todos los demás grupos.

Anova ámbito clínico de trabajo/medias en 3 escalas

No existen diferencias significativas en ninguna de las tres escalas (STAI-E, DAS y STAI-R) entre los profesionales que trabajan en Atención Especializada y aquellos que lo hacen en Atención Primaria. Estos datos pueden sugerir que los contextos sanitarios donde se desarrolla la asistencia sanitaria no parecen influir en los niveles de ansiedad ni en el miedo a la muerte. Todos estos resultados han de ser tomados con cierta precaución, puesto que sería necesario repetir dichos análisis con una muestra más amplia.

Otros estudios realizados por Sevilla, (Ferré & Tahta 2012), (Gala *et al.* 2002) tampoco muestran diferencias significativas para estos valores entre las esferas de Atención primaria y hospitalaria.

Tabla 10: Anova en función del Ámbito Clínico de trabajo y las tres Escalas (STAI-E, STAI-R y DAS)

		Suma de cuadrados	GI	Media cuadrática	F	Sig.
Ansiedad Estado	Inter-grupos	,075	1	,075	,848	,358
	Intra-grupos	16,119	183	,088		
	Total	16,194	184			
Ansiedad Rasgo	Inter-grupos	,005	1	,005	,051	,821
	Intra-grupos	17,314	183	,095		
	Total	17,319	184			
Miedo Muerte	Inter-grupos	,000	1	,000	,000	,998
	Intra-grupos	48,764	183	,266		
	Total	48,764	184			

Anova creencias religiosas/medias en 3 escalas

Los resultados obtenidos entre las creencias (creyente o no creyente) y las tres escalas presentadas, no han mostrado diferencias significativas. Entendemos, por la literatura científica revisada, que esta variable ha sido muy analizada en otras investigaciones, ya que parece tener un importante peso a la hora de tomar una determinada actitud ante la muerte. En este caso, no se confirma este hecho, aunque como hemos comentado anteriormente, sería preciso hacer un análisis más exhaustivo y con un mayor N.

Según el estudio realizado por (Gala *et al.* 2002), en relación a la religión, se obtienen los siguientes resultados:

1. Se constata que en el Personal Sanitario, la tendencia a considerarse como "creyente religioso" es alta.
2. La mujer resulta más religiosa y practicante de sus creencias que el hombre.
3. El haber tenido o no experiencias personales con la muerte de personas próximas no se muestra como un factor influyente en las creencias y prácticas religiosas del personal sanitario.
4. El haber trabajado con pacientes terminales sí parece influir de forma negativa en la dimensión religiosa del personal sanitario, produciéndose un cierto alejamiento con todo lo relacionado con la religión.

Por lo tanto la religiosidad ocupa diversos estudios y su correlación con la ansiedad ante la muerte se ratifica en alguno de ellos, mientras en otros no se puede confirmar su relación, como es en el caso de este estudio.

Tabla 11: Anova en función de las Creencias religiosas y las Escalas STAI-E, STAI-R y DA

		Suma de cuadrados	GI	Media cuadrática	F	Sig.
Ansiedad Estado	Inter-grupos	,281	1	,281	3,230	,074
	Intra-grupos	15,913	183	,087		
	Total	16,194	184			
Ansiedad Rasgo	Inter-grupos	,227	1	,227	2,435	,120
	Intra-grupos	17,091	183	,093		
	Total	17,319	184			
Miedo Muerte	Inter-grupos	,845	1	,845	3,228	,074
	Intra-grupos	47,919	183	,262		
	Total	48,764	184			

A nova edad de primer contacto con la muerte/medias en 3 escalas

Aparecen diferencias significativas en la pruebas de Scheffé y Dunnet, entre la variable *Edad de Primer Contacto con la Muerte* y la escala DAS ($p < 0,036$). Tras el análisis de las tablas que se presentan a continuación (Tabla 12, Tabla 13 y Tabla 14) se demuestra que existen diferencias entre los dos

grupos extremos, es decir entre las personas que tuvieron su contacto con la muerte cuando tenían menos de 10 años y por otro lado, las personas que cuando vivieron este hecho tenían más de 24 años.

Estudiando las medias de ambos grupos, se observa que presentan mayor temor a la muerte este último grupo de personas. Esto puede apuntar, que determinadas experiencias en la infancia, como es el hecho de afrontar la muerte de un ser querido, te enseña a convivir desde pequeño con esta realidad, normalizándola e integrándola de una manera más natural en el ciclo de la vida. Estos resultados son coincidentes con otras investigaciones como la de (Maza, Merino & Zavala 2008) que aseguran que afrontar la muerte en edades jóvenes aumenta y favorece el desarrollo de recursos psicológicos esenciales para que la persona pueda asumir este hecho a lo largo de la vida.

Tabla 12: Medias según Edad de Primer Contacto con la Muerte

		Ansiedad Estado	Ansiedad Rasgo	Miedo Muerte
Menos 10 años	Media	1,4776	1,4121	1,2259
	Desv. típ.	,24708	,29763	,52578
10-16 años	Media	1,5213	1,4850	1,3481
	Desv. típ.	,33514	,28617	,44976
17-23 años	Media	1,4867	1,4230	1,3633
	Desv. típ.	,29399	,31879	,51000
Mayor 24 años	Media	1,5568	1,5671	1,6091
	Desv. típ.	,31483	,32759	,58492

Tabla 13: Anova en función de la Edad de Primer Contacto con la Muerte y las escalas STAI-E, STAI-R y DAS.

		Suma de cuadrados	Gl	Media cuadrática	F	Sig.
Ansiedad Estado	Inter-grupos	,130	1	,043	,486	,692
	Intra-grupos	16,064	181	,089		
	Total	16,194	184			
Ansiedad Rasgo	Inter-grupos	,477	1	,159	1,708	,167
	Intra-grupos	16,842	181	,093		
	Total	17,319	184			

Miedo Muerte	Inter-grupos	2,242	1	,747	2,908	,036
	Intra-grupos	46,521	181	,257		
	Total	48,764	184			

* La diferencia de medias es significativa al nivel .05

^a Las pruebas t de Dunnett tratan un grupo como control y lo comparan con todos los demás grupos

Tabla 14: Comparaciones Múltiples entre los diferentes grupos de edad de primer contacto con la muerte y las tres Escalas (STAI-E, STAI-R y DAS)

Variable dependiente		(I)Contacto Muerte	(I)Contacto Muerte	Diferencia de medias (I-J)	Error típico	Sig
Ansiedad Estado	Sheffé	< 10 años	10 a 16 años	-,04375	,05878	,907
			17 a 23 años	-,00912	,05736	,999
			> 24 años	-,07927	,07646	,783
		10 a 16 años	< 10 años	,04375	,05878	,907
			17 a 23 años	,03463	,05588	,943
			> 24 años	-,03552	,07535	,974
		17 a 23 años	< 10 años	,00912	,05736	,999
			10 a 16 años	-,03463	,05588	,943
			> 24 años	-,07015	,07425	,827
	>24 años	< 10 años	,07927	,07646	,783	
		10 a 16 años	,03552	,07535	,974	
		17 a 23 años	,07015	,07425	,827	
	T de Dunnet (bilateral)^a	< 10 años	> 24 años	-,07927	,07646	,532
		10 a 16 años	> 24 años	-,03552	,07535	,908
		17 a 23 años	> 24 años	-,07015	,07425	,596
Ansiedad Rasgo	Scheffé	< 10 años	10 a 16 años	-,07296	,06018	,690
			17 a 23 años	-,01097	,05873	,998
			> 24 años	-,15505	,07828	,273
		10 a 16 años	< 10 años	,07296	,06018	,690
			17 a 23 años	,06199	,05722	,759
			> 24 años	-,08209	,07715	,769
		17 a 23 años	< 10 años	,01097	,05873	,998
			10 a 16 años	-,06199	,05722	,759
			> 24 años	-,14408	,07603	,312
	> 24 años	< 10 años	,15505	,07828	,273	
		10 a 16 años	,08209	,07715	,769	
		17 a 23 años	,14408	,07603	,312	
	< 10 años	> 24 años	-,15505	,07828	,106	

	T de Dunnet (bilateral) ^a	10 a 16 años	> 24 años	-,08209	,07715	,513
		17 a 23 años	> 24 años	-,14408	,07603	,127
Miedo Muerte	Scheffé	< 10 años	10 a 16 años	-,12221	,10003	,684
			17 a 23 años	-,13748	,09762	,577
			> 24 años	-,38324*	,13011	,037
		10 a 16 años	< 10 años	,12221	,10003	,684
			17 a 23 años	-,01527	,09510	,999
			> 24 años	-,26103	,12823	,250
		17 a 23 años	< 10 años	,13748	,09762	,577
			10 a 16 años	,01527	,09510	,999
			> 24 años	-,24576	,12636	,289
	>24 años	< 10 años	,38324*	,13011	,037	
		10 a 16 años	,26103	,12823	,250	
		17 a 23 años	,24576	,12636	,289	
	T de Dunnet (bilateral)^a	< 10 años	> 24 años	-,38324*	,13011	,009
		10 a 16 años	> 24 años	-,26103	,12823	,094
		17 a 23 años	> 24 años	-,24576	,12636	,114

A nova formación recibida sobre la muerte/medias en 3 escalas

Los resultados obtenidos entre la variable *Formación recibida sobre la muerte* y las tres escalas presentadas, no son concluyentes. Hay que señalar que en un primer análisis, aparecen diferencias significativas entre esta variable y el Miedo a la Muerte, ($p < 0.39$), pero posteriormente tras realizar un análisis más exhaustivo con las pruebas de Scheffé y Dunnet no aparecen dichas diferencias, por lo tanto, tomamos como referencia este segundo análisis, el cual indica no existir diferencias significativas (Tablas 15 y 16).

Tabla 15: Anova en función de la Formación recibida sobre la Muerte y las escalas STAI-E, STAI-R y DAS.

Variable dependiente		(I)Formación Muerte	(J)Formación muerte	Diferencia de medias	Error típico	Sig
Ansiedad Estado	Scheffé	Satisfactoria	Regular	,00014	,04740	1,000
			Ninguna	,04877	,06617	,763
		Regular	Satisfactoria	-,00014	,04740	1,000
			Ninguna	,04863	,06660	,766
		Ninguna	Satisfactoria	-,04877	,06617	,763
			Regular	-,04863	,06660	,766
	t de Dunnett (bilateral) ^a	Satisfactoria	Ninguna	,04877	,06617	,633
		Regular	Ninguna	,04863	,06660	,637

Ansiedad Rasgo	Scheffé	Satisfactoria	Regular	-,07746	,04875	,285
			Ninguna	-,02293	,06807	,945
		Regular	Satisfactoria	,07746	,04875	,285
			Ninguna	,05454	,06851	,729
		Ninguna	Satisfactoria	,02293	,06807	,945
			Regular	-,05454	,06851	,729
t de Dunnett (bilateral) ^a		Satisfactoria	Ninguna	-,02293	,06807	,900
		Regular	Ninguna	,05454	,06851	,591
Miedo Muerte	Scheffé	Satisfactoria	Regular	-,17590	,08093	,097
			Ninguna	,06008	,11299	,119
		Regular	Satisfactoria	,17590	,08093	,868
			Ninguna	,23598	,11299	,119
		Ninguna	Satisfactoria	-,06008	,08093	,868
			Regular	-,23598	,11372	,119
t de Dunnett (bilateral) ^a		Satisfactoria	Ninguna	,06008	,11299	,778
		Regular	Ninguna	,23598	,11372	,065

Tabla 16: Comparaciones Múltiples entre los diferentes grupos de Formación recibida sobre la muerte y las tres Escalas (STAI-E, STAI-R y DAS)

		Suma de cuadrados	Gl	Media cuadrática	F	Sig.
Ansiedad Estado	Inter-grupos	,055	2	,027	,308	,735
	Intra-grupos	16,139	182	,089		
	Total	16,194	184			
Ansiedad Rasgo	Inter-grupos	,242	2	,121	1,289	,278
	Intra-grupos	17,077	182	,094		
	Total	17,319	184			
Miedo Muerte	Inter-grupos	1,712	2	,856	3,310	,039
	Intra-grupos	47,052	182	,259		
	Total	48,764	184			

^a Las pruebas t de Dunnett tratan un grupo como control y lo comparan con todos los demás grupos

Al contrario que en nuestra investigación, en lo relativo a la *Formación recibida*, encontramos estudios en los que una mayor y mejor formación en este

ámbito supone una reducción significativa de los niveles de ansiedad ante la muerte por parte del profesional (Pascual 2011; Sevilla, Ferré- & Tahta 2012; Tomás-Sábado & Gómez-Benito 2003). Será un aspecto a abordar de forma más precisa en futuros estudios.

Anova apoyo institucional /medias en 3 escalas.

Por último se analiza, la variable *Apoyo institucional* en relación con las tres escalas, y los resultados de los datos indican que no existen diferencias significativas entre estos, lo cual muestra que en este estudio el Apoyo institucional, no guarda relación ni con la Ansiedad, ni con el Miedo a la Muerte.

Tabla 17: Anova en función del Apoyo institucional y las escalas STAI-E, STAI-R y DAS

		Suma de cuadrados	GI	Media cuadrática	F	Sig.
Ansiedad Estado	Inter-grupos	,001	1	,001	,006	,936
	Intra-grupos	16,193	183	,088		
	Total	16,194	184			
Ansiedad Rasgo	Inter-grupos	,015	1	,015	,157	,692
	Intra-grupos	17,304	183	,095		
	Total	17,319	184			
Miedo Muerte	Inter-grupos	,411	2	,411	1,556	,214
	Intra-grupos	48,353	183	,264		
	Total	48,764	184			

Finalmente, a la luz de los resultados expuestos podemos llegar a las siguientes conclusiones:

Los profesionales encuestados que constituyen la muestra de este estudio, puntúan por debajo de la media esperada en Ansiedad Estado, Ansiedad Rasgo y Miedo a la Muerte. Por otro lado, afirmar la correlación que existe entre estas tres medidas: Ansiedad Estado, Ansiedad Rasgo y Miedo a la Muerte. A mayor grado de Ansiedad Rasgo mayor grado de Ansiedad Estado y de Miedo a la Muerte. Esto indica que los sujetos que experimentan simultáneamente el incremento de puntuaciones en las tres variables evaluadas.

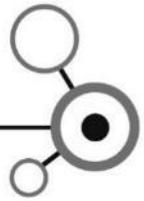
Respecto a la variable *Edad*, sí se ha de considerar como una variable a tener en cuenta a la hora de valorar tanto los niveles de Ansiedad como de Miedo a la Muerte. En este estudio parece que los sujetos de más edad, puntúan más alto en ambas medidas en comparación con los más jóvenes. Relacionada con ésta variable, los *Años de Experiencia profesional*, parece aportar resultados acordes con los obtenidos con la Edad: así, los profesionales con mayor trayectoria laboral presentan mayores niveles de Miedo a la Muerte que aquellos que tienen un menor bagaje de experiencia. Otra variable significativa, es *la Edad a la que cada persona tuvo el Primer contacto con la muerte*, parece que aquellos sujetos cuyo primer contacto con esta realidad, fue aproximadamente en la segunda década de la vida, posteriormente desarrollan mayores niveles de miedo a la muerte, en comparación con aquellos que han tenido este tipo de experiencias en la etapa infantil.

Por último, en esta investigación, no han aparecido diferencias significativas para otras variables analizadas como: el *Sexo*, el *Ámbito clínico de trabajo*, las *Creencias religiosas*, la *Formación recibida sobre la muerte* y el *Apoyo ofrecido por las instituciones*. Puesto que para estas variables en otros estudios sí se han encontrado datos diferentes a los obtenidos se propone incrementar el N de la muestra.

Referencias Bibliográficas

- Allúe, M. 1993, La antropología de la muerte. *Rol de Enfermería*, 179-180, 9-33.
- Aries, P. 1984, *El hombre ante la muerte*. Madrid: Taurus.
- Ascencio, L., Allende, S. y Verástegui, E. 2014, Creencias, actitudes y ansiedad ante la muerte en un equipo multidisciplinario de cuidados paliativos oncológicos *Psicooncología*, 11 (1), 101-115.
- Barreto, P. y Soler, M. 2008, *Muerte y duelo*. Madrid: Síntesis.
- Bayés, R. 2001, Psicología del sufrimiento y de la muerte. *Anuario de Psicología*, 29 (4), 5-17.
- Bayés, R., Limonero, J.T., Romero, E. y Arranz, P. 2000, ¿Qué puede ayudarnos a morir en paz? *Medicina Clínica*, 115, 579-582.
- Bolwy, J. 1961, *La pérdida afectiva, tristeza y depresión*. Barcelona: Herder.
- Buela Casal, G., Guillén-Riquelme, A. y Seisdedos Cubero, N. 2011, *Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo: Adaptación Española* (8ªed.). Madrid: TEA Ediciones.
- Busquets, X. 2001, Los estudiantes de enfermería ante la muerte y el morir. *Revista Medicina Paliativa*, 8 (3), 116-119.
- Colell Brunet, R. 2005, Análisis de las actitudes ante la muerte y el enfermo al final de la vida en estudiantes de enfermería de Andalucía y Cataluña (Tesis doctoral). Barcelona. Universitat Autònoma.

- Colell Brunet, R., Limonero García, J.T. y Otero, M.D. 2003, Actitudes y emociones en estudiantes de enfermería ante la muerte y la enfermedad terminal. *Investigación en salud*, 2, 1-10.
- Gala, F., Lupiani, M., Raja, R., Guillén, C., González-Infante, J., Villaverde, M. y Alba, I. 2002, Actitudes psicológicas ante la muerte y el duelo. Una revisión conceptual. *Cuadernos de Medicina Forense* 30, 39-50.
- Gómez Sancho, M. 2006, *El hombre y el médico ante la muerte*. Madrid: Arán.
- Kübler-Ross, E. 1989, *Sobre la muerte y los moribundos*. Barcelona: Grijalbo.
- Kübler-Ross, E. 2005, *Vivir hasta despedirnos*. Barcelona: Ed. Luciérnaga.
- Limonero, J.T. 1997, Ansiedad ante la muerte. *Ansiedad y Estrés*, 3 (1), 37-46.
- Maza, M., Merino, J.M. y Zavala, M. 2008, Actitud del profesional de enfermería ante la muerte de pacientes. *Ciencia y Enfermería*, 15(1), 39-48.
- Moreno, B. 2007, *Psicología de la personalidad. Procesos*: Madrid: Thomson.
- Pascual, M. 2011, Análisis de los niveles de ansiedad ante la muerte de los profesionales de Enfermería de cuidados críticos. *Nure Investigación*, 8 (50).
- Sevilla Casado, M., Ferré Grau, C. y Tahta-Haddouch, M. 2012, Enfermería y la ansiedad ante la muerte. Ámbito asistencial y experiencia en acompañamiento. *Revista Rol de Enfermería* 35(10), 692-697.
- Spielberger, C.D., Gorsuch, R., & Lushene, R. 1970, *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, California: Consulting Psychologist Press.
- Spielberger, C.D., Gorsuch, R.L., y Lushene, R. 1982, *Manual del Cuestionario de Ansiedad Estado/Rasgo (STAI)*. Madrid: TEA Ediciones.
- Sueiro Domínguez, E., López Castedo, A. y López García 2004, Ansiedad ante la muerte en la adolescencia. *Revista Galego Portuguesa de Psicología y Educación*, 11, 241-254.
- Templer, D.I. 1970, The construction and validation of a Death Anxiety Scale. *Journal of General Psychology*. 82, 165-177.
- Tomás- Sábado, J. y Gómez-Benito, J. 2003, Variables relacionadas con la ansiedad ante la muerte. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 56, 257-79.
- Tomás-Sábado, J. & Gómez-Benito, J. 2002, Psychometric properties of the Spanish form of Templer's Death Anxiety Scale. *Psychological Reports*, 91, 1116-1120.



A psicologia aplicada no treino de crianças em risco

Edgar Galindo
Universidade de Évora, Portugal
ecota@uevora.pt

Resumo

Este artigo apresenta a maneira como a psicologia tenta cumprir às três tarefas fundamentais relativas às crianças em risco, nomeadamente, a compreensão teórica das perturbações, a criação de formas de diagnóstico, e a criação de formas de tratamento para as perturbações. Com estes objetivos, explica o conceito de desenvolvimento desviante e os contributos da Análise Comportamental Aplicada (ACA) para o diagnóstico e o tratamento dos problemas das crianças em risco. Apresenta os trabalhos realizados pelo autor com crianças em risco de comunidades marginais, com alguns casos ilustrativos. A conclusão é que as técnicas da ACA podem ser aplicadas à reabilitação, treino e ensino especial de crianças com incapacidades intelectuais, sensoriais e motoras, e que as técnicas são eficazes e podem ser aplicadas com sucesso por pessoas com pouca formação. Finalmente, é apresentado também um modelo do ensino da psicologia mais adequado às realidades dos países em desenvolvimento, no qual é possível unir o ensino, a investigação e o serviço à comunidade.

Palavras-chave: *desenvolvimento psicológico, desenvolvimento desviante, psicologia aplicada, crianças em risco, análise comportamental aplicada.*

Abstract

This paper presents the answers of Psychology to three urgent tasks related to children at risk, namely, a theoretical comprehension on the origins of disorders, diagnosis procedures and treatment procedures for children with disorders. To attain these goals, the paper explains the concept of deviated development and the contributions of Applied Behavior Analysis (ABA) for diagnosis and training of children at risk, as well as the work made by the author with slum children; some cases are shown. It is concluded that ABA techniques can be applied in the rehabilitation, training and special education of children with intellectual, sensorial

or motor disabilities; these techniques are efficient and can be applied successfully by non professional persons. Finally, the paper proposes a model to teach Psychology in the special conditions of developing countries, uniting teaching, research and community service.

Keywords: *psychological development, deviated development, applied Psychology, children at risk, Applied Behavior Analysis.*

Introdução

Os temas deste artigo são a psicologia aplicada e as crianças em risco. O conceito de crianças em risco deve ser entendido no contexto dos esforços da psicologia para explicar as perturbações da criança. Autores como Mash e Wolfe (2013, p. 15-16) defendem que o percurso do desenvolvimento psicológico é determinado por fatores de risco e fatores protetores:

Um fator de risco é a variável que precede a um resultado negativo de interesse e aumenta a probabilidade de o resultado acontecer de novo. Em contraste, um fator de proteção é uma variável pessoal ou situacional que reduz a probabilidade de a criança desenvolver uma perturbação (...) Os fatores protetores são variáveis pessoais ou situacionais que reduzem a probabilidade de uma criança desenvolver uma perturbação. Os fatores de risco fazem exatamente o contrário—aumentam a probabilidade de uma criança desenvolver um problema.

Um corpo são, um ambiente familiar estável e uma sociedade em paz são os melhores exemplos de fatores protetores. Pelo contrário, são exemplos de fatores de risco as deficiências orgânicas, a violência na comunidade, o divórcio dos pais, as situações stressantes, a adversidade crónica, a pobreza crónica, e a ausência de cuidados parentais. O termo “crianças em risco” (*children at risk*) é utilizado por expertos, organizações internacionais, organizações governamentais e organizações não governamentais para referir-se a crianças que têm uma maior probabilidade de ter problemas de saúde mental. Em termos gerais, são (Mash & Wolfe, 2013, p. 19):

- Crianças de famílias ou de ambientes sociais pobres;
- Crianças que crescem em famílias abusivas ou negligentes;
- Crianças que não recebem cuidados infantis adequados;

- Crianças nascidas com baixo peso devido a hábitos inadequados da mãe, como fumar, consumir drogas, fazer dietas ou abusar do álcool;
- Crianças de pais com problemas de doença mental ou abuso de substâncias;

Devemos acrescentar a este grupo as crianças que nascem com alguma deficiência orgânica, sensorial (cegueira), física (paralisia cerebral) ou genética (síndrome de Down).

Nas páginas seguintes analisaremos com maior detalhe estes temas e o contributo da psicologia para a explicação teórica, o diagnóstico e o tratamento destas crianças. Não obstante, ainda antes de abordar esses temas, é preciso fazer alguns apontamentos no que diz respeito ao desenvolvimento psicológico em geral; tentaremos traçar uma perspetiva do desenvolvimento, com o intuito de explicar a partir dela o “desvio do desenvolvimento” e o aparecimento de perturbações e incapacidades na criança.

O desenvolvimento do indivíduo humano é um processo de mudanças biológicas e psicológicas. Em termos biológicos, ocorre um amadurecimento das estruturas corporais, que dão lugar ao aparecimento de competências cada vez mais complexas. Em termos psicológicos, paralelamente com o desenvolvimento do sistema nervoso central, ocorre o aparecimento de competências comportamentais, cognitivas e emocionais cada vez mais complexas tanto em termos qualitativos como quantitativos. Nos primeiros meses de vida, o processo é rapidíssimo e mais tarde torna-se cada vez mais lento, até chegar a um ponto máximo no qual foram atingidas as maiores capacidades possíveis. Infelizmente, muitas crianças não conseguem desenvolver as suas capacidades e competência de uma maneira harmoniosa e continuada. Existe um largo leque de perturbações da criança: incapacidade intelectual, perturbações do espectro do autismo, perturbações da comunicação e da aprendizagem, hiperatividade/défice de atenção, perturbações da conduta, perturbações alimentares, etc., a lista é longa!

O que pode fazer a psicologia, perante um universo de crianças afetadas por perturbações? A psicologia tem três tarefas principais no âmbito da psicopatologia da criança:

1. A compreensão teórica do desenvolvimento desviante e da origem das perturbações subsequentes.
2. A criação de formas de diagnóstico e avaliação das perturbações.

3. A criação de formas de tratamento para as perturbações: terapia, treino ou educação especial, incluindo formas de prevenção.

As três tarefas da psicologia estão intimamente vinculadas. Assim, uma forma de diagnóstico implica um conceito teórico e, no melhor dos casos, o diagnóstico leva necessariamente a um tratamento. Infelizmente, na psicologia raramente encontramos uma unidade entre a base teórica, o diagnóstico e o tratamento. Por exemplo, o resultado de um teste de inteligência clássico leva a um “diagnóstico”, mas não indica qual é o tratamento. Pior ainda, durante muitos anos os psicólogos no campo limitaram-se a aplicar testes para escrever longos diagnósticos, sem oferecer nenhum tratamento aos seus pacientes. Nós, pelo contrário, partimos de pressuposto de que a psicologia aplicada não é apenas a elaboração de diagnósticos e de que o diagnóstico deve ser a base para uma intervenção: Numa psicologia aplicada não deve haver intervenção sem diagnóstico, nem diagnóstico sem intervenção.

Nas páginas seguintes ofereceremos uma compreensão teórica da psicopatologia da criança, através do conceito de desenvolvimento desviante, a qual será o fundamento para explicar logo as formas de diagnóstico e avaliação das perturbações da criança, bem como as formas de tratamento derivadas dessa avaliação. Para ilustrar a intervenção, apresentaremos alguns casos, tirados da experiência do autor no trabalho com crianças em risco dos bairros marginais da Cidade do México. Finalmente, faremos algumas reflexões sobre o papel da psicologia nos países em desenvolvimento.

Desenvolvimento desviante

Como dissemos, o desenvolvimento do indivíduo humano nem sempre acontece como foi explicado acima. Frequentemente ocorrem eventos que podem desviar o desenvolvimento e dar origem a uma perturbação. A perturbação pode ser cognitiva ou emocional, ou ambas.

Explicar a ocorrência dessas perturbações é uma das maiores preocupações dos psicólogos, já que o seu diagnóstico e eventual tratamento depende do conhecimento das causas. Autores como, Thomas Achenbach, Eric Mash, David Wolfe, Urie Bronfenbrenner, Lev Vygotsky e Sydney Bijou têm tentado encontrar uma explicação científica abrangente das perturbações da criança. As suas ideias formam a base do nosso conceito de desenvolvimento desviante.

Achenbach 1990, e Mash e Wolfe 2013, autores da “psicopatologia desenvolvi mental” são relevantes porque salientam a importância de integrar

diferentes abordagens da Psicologia para formar um macroparadigma. De acordo com eles, há quatro pontos essenciais para compreender as perturbações da criança:

1. O desenvolvimento normal e o desenvolvimento anormal dependem das mesmas leis;
2. O contexto é importantíssimo;
3. O comportamento é multideterminado;
4. O comportamento e o ambiente influenciam-se mutuamente;

Bronfenbrenner (v. Cole & Cole, 1989) interessa pela sua abordagem ecossistémica, segundo a qual a disposição biológica da criança e as forças do ambiente atuam combinadamente para moldar o seu desenvolvimento. O nosso autor imaginou a criança no centro de uma serie de círculos concêntricos que representam o contexto ambiental, dividido em camadas sucessivas chamadas microssistema, mesossistema, exossistema, macrosistema, e cronossistema, que incluem os diversos ambientes sociais que afetam a criança, desde a família até a história cultural do seu grupo. As ideias de Bronfenbrenner impulsionaram a criação do Head Start 1997, um programa de treino para o desenvolvimento de crianças carenciadas e das suas famílias, baseado numa noção de intervenção precoce. Este modelo inspirou muitas outras intervenções, incluindo as minhas próprias nos bairros marginais da Cidade do México, que fazem objeto deste artigo.

Vygotsky é importante para nós devido à sua teoria do desenvolvimento perturbado (ver Galindo, 2007). A teoria defende que no desenvolvimento psicológico coexistem duas linhas, a biológica e a sociocultural, que mantem uma relação dialética. As funções psicológicas superiores, como o pensamento, surgem quando as duas linhas se reúnem, quando a maturação biológica e o desenvolvimento sociocultural coincidem. Nalgumas crianças, a existência de um dano ou uma lesão perturba o desenvolvimento e aparece uma divergência entre as duas linhas, e a consequência é uma incapacidade ou uma perturbação. Vygotsky considera que um dano ou uma lesão é um fator que transforma a relação da criança com o seu ambiente. A mudança negativa da relação organismo-ambiente repercute-se nas relações sociais. O treino, a educação ou a terapia é o estabelecimento de vínculos com as duas linhas do desenvolvimento através de uma compensação. Daqui deriva a conceção vygotkiana do desenvolvimento perturbado, baseada em três princípios centrais: o da compensação social, o do nível primário ou secundário dos

defeitos, e o da estrutura do desenvolvimento desviante. A compensação social depende daquilo a que Vygotsky chama estrutura do desenvolvimento desviante, que consiste em dois tipos básicos de defeitos, a saber: os defeitos primários, que são uma consequência direta dos danos originais, orgânicos ou ambientais, e os secundários, que são desencadeados pelos primários e dependem da situação específica da criança no contexto social. Os defeitos secundários são, pois, os efeitos sociais dos defeitos primários. Isto significa que o desenvolvimento da criança com perturbação ou incapacidade é determinado não apenas pela existência de particularidades primárias, que resultam da lesão, mas também de complicações secundárias, terciárias, etc., que derivam não do dano em si mas igualmente das particularidades primárias. A ausência de uma educação, treino ou terapia pode dar lugar a desvios e danos cada vez maiores, já que os danos secundários se multiplicam geometricamente. Em resumo, o contributo de Vygotsky para a educação de crianças com incapacidades é importante por duas razões. Em primeiro lugar, oferece o conceito de desenvolvimento perturbado pelo aparecimento de defeitos primários, secundários, terciários, etc. Em segundo, é um modelo de tratamento baseado na intervenção dirigida através da compensação, processo que é entendido como um fenómeno social.

A abordagem de Bijou 1963 é fundamental para os nossos propósitos, já que defende que o desenvolvimento psicológico é função de quatro fatores básicos:

1. Determinantes biológicos do passado;
2. Determinantes biológicos atuais;
3. História anterior de interação do indivíduo com o ambiente;
4. Condições ambientais atuais;

O desenvolvimento desviante obedece à mesma legalidade. Este é produzido quando há alterações extremas em uma ou várias das condições que determinam o desenvolvimento em geral. Por exemplo, uma alteração orgânica (lesão, disfunção ou doença) é importante porque perturba o contacto entre o organismo e o ambiente, ou seja, o processo de aprendizagem, e produz formas de comportamento inadequadas ou impede a aquisição de formas de comportamento adequadas. Uma alteração do ambiente também pode produzir padrões de comportamento que são indesejáveis ou que se afastam de uma norma: falamos então de um desvio no desenvolvimento e da existência de uma perturbação. Uma perturbação, como a incapacidade intelectual, pode dever -se

a fatores biológicos que delimitam a capacidade de resposta do indivíduo, como acontece no caso das doenças corporais. Ou pode ser causada por condições físicas e sociais, ou seja, o tipo de estimulação recebida pelo indivíduo, a qualidade do seu ambiente, a atenção recebida, as interações com os familiares, etc. A aprendizagem é um conceito-chave para a compreensão dos problemas da criança com incapacidades, dificuldades ou perturbações: como resultado da interferência nos processos de aprendizagem, a criança apresenta uma ausência de repertórios comportamentais adaptados ou a presença de repertórios inadaptados, o seja que o indivíduo não conseguiu apreender aquilo que a comunidade exige dos seus membros para viver em sociedade, devido a presença de certas condições extraordinárias de caráter biológico, físico ou social.

A partir das ideias dos autores citados, podemos concluir que o desenvolvimento psicológico do indivíduo é função de um conjunto de fatores internos e externos. Entre os internos estão as características biológicas do indivíduo, que abrangem os genes, o aparelho motor e sensorial, o sistema nervoso e a vulnerabilidade perante certas perturbações e doenças; podemos incluir também neste rol o temperamento e a história das experiências acumuladas pela pessoa durante a sua existência. Entre os externos estão a alimentação e a higiene, o ambiente físico, o ambiente familiar e o ambiente social em geral, que num primeiro nível abrange os pais, e logo os serviços públicos de saúde e educação, mas num nível superior inclui as características do grupo social, da sociedade e da cultura, por conseguinte, as condições da paz social.

O desenvolvimento psicológico do indivíduo é o resultado da interação dialética e a integração destes fatores internos e externos. Acontece um desenvolvimento ideal quando o indivíduo dispõe de um corpo minimamente são e quando o seu ambiente lhe oferece um mínimo de bem-estar. Não sabemos exatamente o que é “mínimo” para cada ser humano, mas sabemos que todas as perturbações têm a ver com alterações num ou em vários dos fatores internos ou externos acima mencionados.

Ou seja, a mudança de um fator pode mudar o desenvolvimento e causar um desvio que se manifesta como uma perturbação. Um défice no sistema orgânico – como por exemplo uma lesão, uma disfunção, uma doença, a ausência de um sentido, a falta de um membro, ou a desnutrição—pode causar um desvio. Um défice de tipo ambiental -- como a existência de problemas psicossociais na família, a falta de serviços de saúde e educação, condições de miséria, marginalidade e exclusão social, situações de violência e guerra —

podem causar um desvio. A alteração de um dos fatores não produz, necessariamente, um desvio no desenvolvimento. A dimensão do desvio e, conseqüentemente, o aparecimento ou não de uma perturbação, depende ainda de outros fatores adicionais:

1. A magnitude ou a dimensão do déficit orgânico ou ambiental, no que diz respeito a uma norma;
2. O momento no qual ocorre o déficit orgânico ou ambiental;
3. O fornecimento ao indivíduo de apoio psicológico ou pedagógico na medida necessária;
4. O momento no qual se fornece esse apoio: quanto mais cedo, melhor;
5. A resiliência ou vulnerabilidade do indivíduo;

A resiliência é um conceito relativamente novo dentro da psicologia. É tomado do inglês “*resilience*” (elasticidade) e significa a capacidade do indivíduo de resistir, sem grandes perturbações, a situações de risco stressantes. A vulnerabilidade implica a ideia de que o indivíduo é especialmente sensível a certos eventos stressantes e pode reagir com o aparecimento de perturbações. O conceito surgiu a partir do “modelo diátese-stress” usado na psicologia clínica para explicar o aparecimento da esquizofrenia e outras perturbações (Nietzel, Bernstein & Milich, 1998, p. 64). São, ambos, fenômenos ainda pouco estudados.

Felizmente, a grande maioria das crianças mostra grande resiliência e é capaz de recuperar rapidamente um bom ritmo de desenvolvimento, apesar da existência de algum dos fatores negativos mencionados. Não obstante, há uma minoria que sofre os efeitos de um desvio no seu desenvolvimento e são eles os que nos interessam neste momento. Um desvio no desenvolvimento é o resultado da alteração de um ou vários fatores determinantes do desenvolvimento, o qual interfere diretamente com outros fatores através do tempo, para dar lugar a uma ou várias perturbações, que por sua vez podem produzir ainda outras perturbações. A perturbação resultante pode ser global, afetando como um todo o funcionamento cognitivo e emocional da pessoa, como no caso da incapacidade intelectual ou as perturbações do espectro do autismo; ou pode ser limitada a uma área do desenvolvimento, como na perturbação específica da aprendizagem. Pode ser essencialmente cognitiva, como no caso da incapacidade intelectual, ou essencialmente emocional, como nas fobias, ou simultaneamente cognitiva e emocional.

Evidentemente, todas as perturbações que fazem parte da psicopatologia da criança e do adolescente, ficam abrangidas dentro das perturbações produzidas por um desvio do desenvolvimento. Neste esquema é evidente a importância de fornecer uma terapia, um treino ou uma educação especial, o mais cedo possível, às crianças em risco de sofrer um desvio, devido à alteração de algum dos fatores determinantes do desenvolvimento.

A psicologia aplicada

A psicologia aplicada oferece várias formas de diagnóstico e formas de tratamento. Atualmente existe um largo leque de formas de avaliação aplicadas às crianças, algumas delas muito controversas (ver Mash e Wolfe, 2013, pp. 97-101), como os testes de inteligência e educacionais, os testes projetivos e de personalidade, os testes de desenvolvimento, os testes psiconeurológicos e os check-lists e escalas de avaliação. Algumas delas podem ser de utilidade para o tratamento, se utilizadas adequadamente.

Algumas formas de avaliação podem proporcionar informação relevante para o psicólogo aplicado, por exemplo, para identificar rapidamente as áreas do desenvolvimento nas quais existem problemas. Não obstante, uma intervenção bem-sucedida requer de uma série de observações mais precisas: Para elaborar uma estratégia de intervenção falta uma avaliação comportamental capaz de indicar detalhadamente qual é o problema da criança, e onde, como e quando intervir.

Entramos agora no tópico do comportamentalismo. O comportamentalismo clássico tem os seus limites, mas deu sem dúvida um grande impulso à psicologia do Século XX, através da ênfase na metodologia científica e através do seu interesse pela resolução de problemas da vida humana. Hoje, quando há necessidade de aplicar um tratamento, os psicólogos recorrem a procedimentos comportamentalistas. Isto é especialmente verdade quando o objetivo do psicólogo ou pedagogo é o tratamento de crianças com incapacidades ou deficiências.

A abordagem comportamental é simples: o objecto de estudo da psicologia é o comportamento observável e mensurável, que ocorre em condições ambientais definidas, o método de estudo é o método da investigação empírica (o das ciências naturais), aplicado para avaliar, desenvolver e modificar o comportamento; e a tarefa principal da psicologia é ajudar o ser humano a resolver problemas do foro comportamental. A atual abordagem cognitivo-comportamental, ou seja o comportamentalismo adicionado com uma perspectiva

que reconhece a importância dos processos de regulação interna do comportamento (ver Joyce-Moniz, 2002, Bandura, 1986, e Takaya, 2013) é a principal escola da psicologia moderna.

Neste contexto, a abordagem comportamentalista, conhecida na prática como a Análise Comportamental Aplicada (Applied Behavior Analysis), chamada também modificação do comportamento (ver Miltenberger, 2012), é especialmente importante para nós, devido à sua imensa contribuição para o diagnóstico e tratamento de pessoas com incapacidades e/ou deficiências. A Análise Comportamental Aplicada (ACA), parte do pressuposto de que o comportamento normal e o “anormal” (as chamadas “perturbações”) obedecem às mesmas leis e podem ser explicados da mesma maneira. Para explicar uma forma particular de comportamento, a ACA procura relações funcionais entre o comportamento e os seus antecedentes ou as suas consequências, sem fazer suposições sobre eventos internos, necessidades ou propósitos. Toda forma de comportamento é modelada (shaping) através de quatro princípios básicos: reforço positivo e reforço negativo, que incrementam as respostas, punição e extinção, que têm a tarefa de diminuir a resposta.

A partir destas ideias, os autores comportamentalistas têm criado uma psicologia aplicada para o treino, ensino e reabilitação de pessoas com diferentes tipos de incapacidades. O resultado é uma grande quantidade de estudos aplicados destinados ao ensino de competências diversas: desde lavar-se (Horner & Keilitz, 1975) e vestir-se (Azrin, Schaeffer & Wesolowski, 1976) até deslocar-se de metro (Galindo e Flores, 2009), desde falar algumas palavras (Hagopian, Fisher, Sullivan, Acquistio & LeBlanc, 1998) até resolver problemas matemáticos (Whitman & Johnston, 1983), desde comportamento social básico (Halle, Marshall & Spradlin, 1979) até manter uma conversação (Bannerman, Sheldon & Sherman, 1991), desde leitura (Saunders, O'Donnell, Vaidya & Williams, 2003) até manusear um computador (Jerome, Frantino & Sturmey, 2007). A redefinição radical das formas de diagnóstico e a vinculação indissolúvel do diagnóstico com o tratamento têm resultado transcendentais para o progresso da psicologia aplicada às pessoas com deficiências e da psicologia clínica em geral. A partir destes princípios foram elaboradas técnicas de diagnóstico baseadas na observação do comportamento e das condições nas quais ocorre; existe uma vinculação essencial entre diagnóstico e tratamento. Foram criadas técnicas refinadas para o tratamento, treino e ensino, como por exemplo a definição de objetivos comportamentais, a análise de tarefas, a divisão do comportamento em unidades para o treino e formas de registo e elaboração de gráficos que permitem a análise dos resultados da intervenção. Adicionalmente, quando o psicólogo tem uma criança com algum problema do

desenvolvimento, a probabilidade de encontrar um estudo aplicado comportamentalista sobre o tema é grande (ver, por exemplo, a revista *Journal of Applied Behavior Analysis*); estes estudos são o fundamento do trabalho realizado por nós e será o tema seguinte. A grande contribuição do comportamentalismo para a psicologia, a pedagogia e a educação especial é, então, a criação de toda uma tecnologia eficaz para o ensino, treino, terapia ou reabilitação de pessoas com incapacidades ou deficiências. Não é pouco!

A eficácia dos procedimentos da ACA tem sido evidente na sua aplicação em programas de prevenção destinados às crianças em risco ou seja as crianças nascidas em condições desfavoráveis ou com alguma deficiência orgânica, que correm o risco de sofrer alguma perturbação durante o desenvolvimento. Consequentemente, grandes projetos sociais destinados a comunidades marginalizadas, como o Portage Project (Sampon & Wollenburg, 1998), e o Carolina Abecedarian (Campbell & Ramey, 1995) têm utilizado programas baseados na ACA. Os trabalhos realizados por este autor com crianças desfavorecidas no México e em Portugal que veremos a seguir, foram inspirados por esses projetos sociais e realizados com ferramentas tiradas da Análise Comportamental Aplicada.

Treino e reabilitação de crianças em risco

Os nossos primeiros trabalhos dirigidos ao tratamento dos problemas de crianças em risco foram realizados com crianças com incapacidade intelectual (Galindo, Galguera, Taracena & Hinojosa, 2013). Numa segunda etapa, os procedimentos de treino e reabilitação foram aplicados a crianças cegas¹, (Galindo, 2009). A terceira etapa, a decorrer atualmente, está dedicada ao ensino de crianças com problemas de insucesso escolar e por razões de espaço não será abordada neste artigo (ver Galindo, 2015). Nas três etapas foram aplicadas as mesmas técnicas e estratégias de intervenção, com algumas adaptações, segundo o tipo da problemática da criança. Consequentemente, a primeira etapa será revista mais alargadamente, a fim de explicar com detalhe as técnicas e estratégias de intervenção.

Os trabalhos da primeira e segunda etapa foram realizados no México, no contexto do curso de psicologia da Universidade Nacional Autónoma do México, em centros de atenção para a comunidade situados nos bairros

¹ Outros autores do nosso grupo trabalharam com crianças surdas, com problemas de autismo, vítimas de paralisia e/ou e vítimas de exclusão social (ver Hinojosa & Galindo, 2006).

desfavorecidos, chamados Centros de Educação Especial e Reabilitação (CEERs). O primeiro deles foi fundado em 1976 e atualmente existem pelo menos dois. Estes centros são ao mesmo tempo núcleos para o ensino da psicologia, instituições para dar serviços à comunidade e centros de investigação; em geral são organizados pela universidade com o apoio de entidades governamentais ou privadas (como organizações de pais); os trabalhos de ensino, treino e reabilitação são realizados gratuitamente pelos alunos de psicologia, supervisionados pelos seus professores. A maioria das crianças tem entre 4 e 12 anos; muitas delas não receberam antes atenção pedagógica especializada. Geralmente, um aluno “adota” uma criança e fica como tutor encarregado do seu tratamento. O tutor analisa o dossier da criança (diagnósticos psicométricos, relatórios médicos ou pedagógicos, etc.), fala com os pais ou familiares (entrevista comportamental), observa o comportamento da criança (as vezes, na casa da família); faz uma primeira definição das áreas do desenvolvimento em que a criança tem défices ou problemas. Logo começa o trabalho aplicado propriamente dito, nomeadamente, fazer as suas próprias avaliações sobre problemas muito concretos da criança; conseqüentemente, elabora e aplica provas de diagnóstico comportamental; avalia as competências existentes da sua criança e as competências que devia ter de acordo com a sua idade e o seu contexto, mas não tem; dito de outra maneira, o que interessa é o que a criança pode fazer e que não pode fazer, mas deveria fazer de acordo com a sua idade e as exigências do seu meio familiar e social. Com a informação recolhida, formula o diagnóstico comportamental da criança, estabelece uma hierarquia de problemas a tratar, elabora os programas de treino a medida dos défices de aptidões da criança e aplica os programas de treino.

O diagnóstico comportamental

O diagnóstico comportamental é um procedimento que permite avaliar objetivamente as competências de uma pessoa num dado momento ou situação. O diagnóstico comportamental limita -se a observar apenas certos aspetos do comportamento que se consideram relevantes, isto é, em certas situações estruturadas são esperadas determinadas respostas, de acordo com o estímulo apresentado à pessoa avaliada, ou em certas situações do meio natural é observada a resposta da criança perante determinados estímulos. O diagnóstico comportamental tem subjacentes dois pontos:

1. A atenção centrada no comportamento da pessoa avaliada;

2. A procura das relações funcionais que regem o comportamento da pessoa avaliada, ou seja, as relações entre os estímulos do ambiente e as respostas da pessoa.

Um aspeto importante é a descrição das características do meio onde a pessoa está inserida. O resultado é um conjunto de quantificações do comportamento e descrições das condições em que é observado. Esta maneira de avaliar permite comparar os resultados obtidos antes do tratamento com os resultados produzidos após a aplicação dos procedimentos reabilitativos.

O diagnóstico deve responder as perguntas seguintes:

1. Que comportamento específico requer alterações na sua frequência de ocorrência, na sua intensidade ou na sua duração, e em que condições ocorre?
2. Quais as condições em que este comportamento foi adquirido e quais os fatores que o mantem atualmente?
3. Quais os melhores meios práticos para promover alterações no comportamento?

O diagnóstico comportamental implica, então, um juízo sobre os aspetos de uma determinada situação que devem mudar e os ganhos que se podem retirar dessa mudança. Há muitas maneiras de fazer um diagnóstico comportamental.

No CEER, o diagnóstico é composto por dois elementos. O primeiro é um conjunto de provas comportamentais: observa-se a criança em situações de prova e avaliam-se três áreas, nomeadamente os comportamentos básicos (i.e., repertórios básicos), as capacidades sociais e de adaptação (i.e., higiene pessoal, linguagem e comportamento social, incluindo problemas de conduta) e as condutas académicas. O segundo elemento é uma entrevista com os pais, dirigida a identificar as competências e os défices da criança, de acordo com o seu entorno familiar. As provas têm uma estrutura básica, mas os itens podem variar segundo a criança. Cada item é uma pergunta ou uma situação na qual a criança deve dar uma resposta definida.

O número de itens deve permitir obter um resultado quantitativo, nomeadamente uma percentagem de respostas corretas. No CEER existe um conjunto de provas para diferentes comportamentos, mas são apenas modelos:

cada tutor deve elaborar as suas próprias provas à medida da sua criança. Alguns exemplos de provas existentes são:

1. Comportamentos básicos (atenção, imitação motora e seguir instruções).
2. Capacidades sociais e de adaptação (comportamento motor grosso e fino, imitação vocal, reconhecimentos de objetos, conversação, e problemas de articulação).
3. Aptidões académicas e pré-académicas (discriminação de cores, reconhecimento de objetos complexos e leitura de letras e palavras).

O objetivo da entrevista aos pais é verificar o funcionamento da criança no seu entorno familiar no que diz respeito à higiene pessoal, as competências interpessoais, o comportamento de autoconservação, o comportamento verbal (comunicação) e comportamento social (incluindo comportamentos problemáticos).

Os programas de treino

O diagnóstico é a base para elaborar um ou vários programas de treino. O tutor, conjuntamente com os pais, faz uma hierarquia de problemas, afim de intervir nas áreas prioritárias em termos das necessidades de desenvolvimento da criança e das exigências do meio: Os programas são feitos à medida da criança. Cada programa é diferente, mas o CEER tem um conjunto de programas de treino que foram aplicados com sucesso e que servem como modelo para a elaboração de outros programas específicos. Existem programas de repertórios² básicos, linguagem, comportamento social, leitura, escrita, Matemática, higiene pessoal, etc. São muito simples de compreender e, de acordo com a experiência largamente demonstrada, podem ser aplicados por pessoas sem formação profissional.

Os programas de repertórios básicos são a base de todos os outros programas. As competências de atenção, imitação e seguimento de instruções são essenciais para o ensino de outras competências mais complexas; consequentemente, devem ser ensinadas primeiro.

Os programas de capacidades sociais e de adaptação apenas são aplicados à aquelas crianças que apresentam os repertórios básicos, mas que

² Um repertório é um conjunto de competências.

possuem alguns problemas nos campos social, verbal, higiene pessoal e coordenação motora. Os programas acadêmicos e pré-acadêmicos pretendem preparar a criança para a escola. Há programas para a eliminação de comportamentos problemáticos, que pretendem garantir a interação social positiva da criança. É evidente que o alvo destes programas é dotar a criança de competências para a independência, a autonomia e à adaptação ao meio familiar, social e à escola.

Como foi dito, estes programas de treino mas podem ser transformados e adaptados às necessidades de cada caso; não obstante, todos têm uma estrutura básica derivada dos conhecimentos derivados da ACA:

1. Análise de tarefas - Antes de elaborar o programa, o tutor deve observar com detalhe a competência que quer treinar e descrever as diferentes respostas que formam parte dela. Por exemplo, o comportamento de “lavar as mãos” e composto por uma sequência de respostas: abrir a torneira, molhar as mãos, ensaboar, passar outra vez as mãos por água, fechar a torneira e secar as mãos.
2. Definição de objectivos - É essencial definir claramente os objetivos a atingir em termos observáveis e específicos. Um objetivo corretamente definido deve ser adequado a essa criança, ser observável, e especificar os critérios da sua implementação. Um objetivo pode ser geral, por exemplo, “a criança deve ser capaz de lavar as mãos sem ajuda, na sua casa de banho, num tempo máximo de 5 minutos, e cumprir todos os elos da análise de tarefas”. Além do objetivo geral, os programas englobam objetivos específicos definidos nos termos das respostas que formam o objetivo geral, ou seja, as observadas na análise de tarefas: cada elo da análise de tarefas é um objetivo específico. Os objetivos específicos dos programa definem um 100% de respostas corretas: Cada avaliação realizada deve mostrar a percentagem de respostas corretas que são atingidas pela criança.
3. Repertório de entrada (pré-requisitos) - Antes de aplicar um programa, é fundamental que o tutor verifique quais são as competências necessárias para o aprender com sucesso a nova tarefa. As competências que são condição necessária para aprender a nova tarefa recebem o nome de “repertório de entrada”. Por exemplo, para a criança aprender a lavar as mãos, constitui um pré-requisito que ela saiba se mexer autonomamente, imitar e seguir instruções, além de não ter problemas de motricidade fina. A definição do repertório de entrada é de

importância vital para o treino ser bem-sucedido. Assim, a primeira fase de todos os programas é composta pela avaliação das competências já existentes na criança no domínio que vai ser treinado (pré-teste ou linha de base).

4. Fases - O treino poderá ocorrer em uma ou mais fases. A primeira fase é sempre o pré-teste e a última constitui o pós-teste. O número e as características das fases do treino dependem da análise da tarefa: cada elo da análise de tarefas é uma fase de treino com o seu objetivo específico. Na prática é evidente que algumas crianças avançam mais rapidamente do que outras. Consequentemente, no percurso do treino às vezes é preciso mudar o número e a dimensão das fases, de acordo com as características da criança. Finalmente, todo programa deve incluir uma fase de seguimento após o tratamento, ou seja, é necessário avaliar de novo a criança uma semana, um mês, ou um semestre após o treino, afim de averiguar se as competências adquiridas pela criança ainda persistem.
5. Procedimentos - Os procedimentos fundamentais a aplicar para o estabelecimento de comportamentos são o reforço positivo, o reforço negativo, a extinção, a punição, a moldagem (shaping) por aproximações sucessivas e a modelagem (modeling) por imitação (ver Joyce-Moniz, 2002). Como todo psicólogo sabe, reforços são estímulos que incentivam um determinado comportamento. A moldagem refere-se ao reforço administrado em pequenos passos ou aproximações, em direção a uma resposta final. Na modelagem (modeling), o indivíduo observa o comportamento modelo e pode aprender a responder sem que, na prática, tenha de executar qualquer resposta. A imitação é considerada um repertório básico, justamente porque através dela é possível aprender outros comportamentos mais complexos.
6. Formas de avaliação - Os resultados da avaliação devem ser quantitativos, em termos da percentagem de objetivos específicos (respostas corretas) atingidas pela criança. Todos os programas de treino integram um pré-teste (ou linha de base ou pré-avaliação) e um pós -teste (ou pós-avaliação); às vezes, a prova aplicada durante o diagnóstico pode servir também como pré -teste. Após o treino, e feita uma avaliação final, que consiste na repetição deste teste inicial. A comparação dos resultados de ambos testes permite verificar se o programa foi bem sucedido. No momento de apresentar os resultados

de uma intervenção, o dado principal é justamente as diferenças obtidas entre o pré-teste e o pós-teste.

7. Aspectos motivacionais: economia de fichas - A economia de fichas (Ayllon & Azrin, 1968) é um procedimento que serve para controlo dos comportamentos de uma pessoa ou de um grupo. Este controlo implica ensinar comportamentos novos, alterar a frequência de comportamentos ou eliminar os comportamentos problemáticos. É baseada no reforço positivo de comportamentos desejáveis (ou seja, entrega de fichas a criança pelas respostas corretas obtidas) e punição negativa de comportamentos indesejáveis (i.e., retirada de fichas à criança conseqüente aos comportamentos incorretos). Assim, e estabelecido um sistema de reforço por meio de fichas (pontos, estrelas, etc.) para recompensar os comportamentos desejados. As fichas são trocadas mais tarde por objetos ou privilégios, nos termos combinados com o tutor. Geralmente, este procedimento consegue resolver os problemas de motivação das crianças.
8. Formas de registo - Na maioria dos programas, as respostas corretas e as respostas incorretas são registadas com o intuito de calcular a percentagem das respostas corretas em cada sessão de trabalho: Os resultados diários podem ser apresentados num gráfico que mostra no eixo vertical a percentagem de respostas corretas obtidas por sessão e no eixo horizontal as sessões.
9. Materiais - O programa deve especificar os materiais a utilizar durante a aplicação dos procedimentos: canetas, lápis, cartões com imagens, brinquedos, jogos, fichas, entre outros. É recomendável usar materiais baratos e fáceis de adaptar, que se podem encontrar no ambiente da criança. Não é preciso comprar brinquedos ou jogos educacionais especiais.

Os procedimentos de diagnóstico e os programas de treino para crianças com incapacidade intelectual aqui explicados foram publicados num manual (Galindo *et al.*, 2013) para proporcionar as pessoas interessadas um conjunto de ferramentas simples e fáceis de aplicar em qualquer contexto. Não é preciso ter uma formação profissional para aplicar estas técnicas.

Treino de crianças cegas

A ausência de visão pode causar uma perturbação no desenvolvimento psicológico, conforme foi explicitado anteriormente; a alteração no sistema

orgânico perturba a interação da criança com o seu ambiente. No caso da cegueira, é evidentiíssimo que a ausência de treino, educação especial ou ensino pode causar desvios no desenvolvimento e perturbações. De acordo com a literatura (ver Galindo e Flores, 2009), a criança cega apresenta problemas constantes nas áreas de desenvolvimento seguintes:

1. Mobilidade e orientação;
2. Socialização (higiene pessoal, interação social, linguagem e desenvolvimento emocional);
3. Desenvolvimento motor e sensorial;
4. Desenvolvimento escolar e, conseqüentemente, intelectual;

Podemos partir do pressuposto de que estes problemas não são produto da cegueira, mas sim da educação e do tratamento que recebe a criança cega. O trabalho realizado no CEER para invidentes (Galindo & Flores, 2009) teve em consideração algumas destas recomendações. Atualmente, existe toda uma tecnologia ao serviço da educação das pessoas cegas, que inclui o uso de computadores especialmente adaptados. Não obstante, subsistem muitos problemas educativos para resolver no processo de inclusão das crianças cegas no sistema escolar e, adicionalmente, em muitos países do mundo há milhares de crianças cegas que não tem acesso aos métodos modernos de ensino e ainda menos as novas tecnologias.

Com o intuito de preparar as crianças para assistir de maneira autónoma a uma escola regular, partimos do pressuposto de que os invisuais devem ser educados num centro de treino, para aprenderem as competências necessárias com vista a desenvolverem-se no meio dos visuais. O objetivo geral do CEERI é dotar a criança cega de capacidades que lhe permitam desenvolver-se com independência primeiro no meio familiar, depois no meio social e, por ultimo, no ambiente escolar. Conseqüentemente, os investigadores do CEERI definiram os repertórios comportamentais imprescindíveis para o funcionamento da criança nesses meios. A definição dos repertórios conduziu a definição de objetivos comportamentais, assim como a elaboração de programas de intervenção em 4 áreas de desenvolvimento, nomeadamente 1) autossuficiência básica, 2) mobilidade e orientação, 3) socialização, e 4) desenvolvimento académico. Da mesma maneira que no treino de crianças com incapacidade intelectual, os pontos fundamentais são o diagnóstico e o tratamento comportamentais. O diagnóstico é também o resultado da aplicação de diferentes instrumentos de recolha de dados, nomeadamente provas de avaliação comportamentais,

entrevista familiar e relatórios multidisciplinares. A avaliação comportamental está repartida nas quatro áreas mencionadas. Cada área esta subdividida em 4 níveis, sendo que cada um avalia competências diferentes:

- Nível I: Competências básicas necessárias para que a criança invisual estabeleça uma relação mínima com a família o ambiente imediato.
- Nível II: Competências mínimas necessárias para que a criança invisual possa ingressar no primeiro ano da escola primaria.
- Nível III: Competências que são imprescindíveis para que a criança invisual possa progredir no sistema educativo e tenha um desenvolvimento adequado.
- Nível IV: Competências necessárias para funcionar adequadamente na sociedade.

A informação assim reunida é organizada num relatório de diagnóstico, onde de acordo com as regras da Análise Comportamental Aplicada, é prescrito o tratamento, nomeadamente, as áreas, os níveis e os programas nos quais a criança deve ser treinada. O treino comportamental está repartido nas quatro áreas e os 4 níveis mencionados. Para cada área existe um conjunto de programas de treino que, como foi já dito, são modelos que devem ser adaptados a cada caso particular. Os programas estão ordenados sequencialmente, de modo que cada programa depende sempre do seu precedente; ao conjunto destes programas chama-se currículo para invisuais. O currículo está organizado da maneira seguinte:

- Autossuficiência básica: Programas que promovem a autonomia da criança no ambiente familiar, desde repertórios básicos (atenção e discriminação), até aos de ordenamento do ambiente, passando pelos de cuidado pessoal, etc.
- Mobilidade e orientação: Programas para ensinar as capacidades de deslocação; desde a deslocação em ambientes familiares sem o uso de qualquer tipo de prótese ou guia até a utilização dos serviços públicos de transporte.
- Socialização: Programas que promovem repertórios de interação verbal, física e social com outras pessoas, assim como a eliminação dos comportamentos problemáticos. O treino da linguagem está incluído neste domínio.

- Acadêmica: Programas para estabelecer repertórios necessários para a criança ingressar na escola primária regular, para aí se desenvolver adequadamente. Entre os vários programas referidos, saliente-se a leitura e escrita em Braille e a escrita a branco e preto.

Os procedimentos de diagnóstico e os programas de treino para crianças invisuais aqui explicados foram publicados (Galindo & Flores, 2009) para proporcionar as pessoas envolvidas na educação do cego – profissionais ou não profissionais -- um conjunto de ferramentas simples e fáceis de aplicar.

Casos

No percurso dos anos, centos de crianças com incapacidade intelectual, deficiências sensoriais ou físicas, perturbações do espectro do autismo e com problemas produzidos pela exclusão social têm recebido atenção nos CEERs (Galindo *et al.* 2013). Apresentaremos dois casos como exemplo da aplicação das estratégias explicadas.

O caso 1 é uma menina, “C”, de 6 anos de idade, com síndrome de Down. De acordo com a entrevista aos pais e os relatórios apresentados por eles, a criança não tinha problemas de saúde, mas passava o dia isolada em casa e nunca havia recebido atenção pedagógica; foi rejeitada pelo jardim da infância por causa do seu aspeto. A família vivia em condições de pobreza, mas conseguia manter uma boa dinâmica interna e a criança era bem tratada. A avaliação comportamental das competências de C (tabela 1) mostrou competências suficientes em atenção (90%), seguimento de instruções (80%) e coordenação motora (100%), mas deficiências em imitação motora (0%) e verbal (40%). No que diz respeito à linguagem, a criança era capaz de responder a perguntas (80%), mas mostrava deficiências em articulação (40%) e em reconhecimento de objetos (37.5%), incluindo reconhecimento de cores (40%). De acordo com este diagnóstico, foi feita uma hierarquia de problemas. Visto que um resultado de 80% numa prova é considerado suficiente, foi decidido iniciar a intervenção com os repertórios básicos de imitação motora e verbal, e continuar logo com treino verbal para resolver problemas de articulação e ensinar o reconhecimento de objetos. C obteve 100% de respostas corretas no programa de imitação motora em 5 sessões (10 horas) de treino; a imitação verbal resultou ser mais complicada, já que a criança precisou de 16 sessões (32 horas) para atingir 100%. Os problemas de articulação da criança foram resolvidos (passou de 40% a 100% de respostas corretas) em 15 sessões (30 horas). Também aprendeu a nomear objetos da vida diária (reconhecimentos de objetos passou de 37.5 a 100%) em 21 sessões (42 horas). O programa de reconhecimento de

cores não foi aplicado por falta de tempo. Os resultados mostram que a criança C aprendeu 4 competências importantes para o seu desenvolvimento num total de 61 sessões (114 horas) de treino. Neste momento, a criança foi considerada apta para aprender outros repertórios de habilidades sociais e de adaptação.

Tabela 1 - Caso 1: Menina de 6 anos com síndrome de Down.

A tabela mostra as percentagens de respostas corretas obtidas pela criança antes do treino (1ª avaliação) e após o treino (2ª avaliação) em várias competências.

Competência	1ª avaliação (%) rs corretas	Treino (1 sessão= 2 horas)	2ª avaliação (%) rs corretas
Atenção	90	----	
Imitação motora	0	5 Sessões	100
Instruções	80	----	
Coordenação motora	100	----	
Imitação verbal	40	16 Sessões	100
Articulação	40	15 Sessões	100
Reconhecimento objetos	37.5	21 Sessões	100
Responder perguntas	80	---	
Reconhecimento de cores	40	Sem treino	

Tabela 2 - Caso 2: Rapaz de 15 anos.

“J”, cego por causa de uma doença. A tabela mostra as 3 avaliações realizadas com intervalo de um ano. A primeira foi qualitativa e visava principalmente a área social. As duas avaliações quantitativas mostram a percentagem de respostas corretas atingidas pela criança nos programas treinados, antes e após a intervenção, com um ano de intervalo (Galindo & Flores, 2009).

Área	Programa	Avaliação Qualitativa	1ª avaliação Quantitativa % rs corretas	2ª avaliação Quantitativa % rs corretas
Socialização	Socialização básica e assertividade	Sem dados quantitativos		
Autosuficiência básica	Discriminação audtiva		60	100
	Discriminação olfativa		14	100
Mobilidade e orientação	Relações espaço-temp I		75	100
	Reconhecimento objetos		50	100
	Deslocação sem guia		0	100
	Deslocação com guia		75	100
	Deslocação bengala		50	100
	Autocarro & metro		0	100
	Serviços da comunidade		0	100
Acadêmica e Pré-acadêmica	Relações espaço-temp II		100	100
	Compreensão de leitura		100	100
	Género e número		50	100
	A oração		0	100
	Escrita branco e preto		0	100
	Tocar e sentir		100	100
	Coisas naturais e feitas		100	100
	Como nascem plantas		60	100
	Como nascem animais		0	100
	Sol, água, ar		60	100
	Formas geométricas		0	100
	Agrupamento dezenas		70	70
	Agrupamento elementos		100	100
Numeração decimal		0	0	

O caso 2 é um rapaz de 15 anos, “J”, que ficou cego por causa de uma doença à idade de 6 anos, sem educação escolar. A criança chegou ao CEERI com problemas sociais e emocionais, já que acreditava que podia recuperar a visão, era tímida, isolada, dependente, com deficiências de higiene pessoal e sem competências de mobilidade e orientação. A família, de baixos recursos económicos, mostrou uma boa dinâmica, mas comportamentos de sobreproteção da criança. Durante o primeiro ano, J recebeu aconselhamento e terapia para aceitar a condição de cego, além de aprender competências de assertividade e leitura em Braille; os dados deste período são principalmente qualitativos. Só no segundo ano foi iniciado um treino sistemático de competências de autonomia e preparação para a inclusão na escola. A primeira avaliação quantitativa (ver a tabela 2) mostrou deficiências nas áreas seguintes:

a) Autossuficiência básica, com problemas de discriminação auditiva (60%), e de discriminação olfativa (14%); a criança não conseguia identificar objetos ou situações de importância vital através do ouvido e do olfato.

b) Mobilidade e orientação, com problemas em relações espaço-temporais I (reconhecer espaços com a bengala) (75%), reconhecimento de objetos (com bengala) (50%), deslocação com guia (75%) e deslocação com bengala (50%); sobre tudo, era totalmente incapaz de se deslocar sem guia (0%), viajar de autocarro e metro (0%) e de utilizar os serviços da comunidade (lojas, supermercados, bancos, etc.) (0%).

c) Comportamento académico e pré-académico. Não teve problemas nas competências pré-académicas de relações espaço-temporais II e compreensão de leitura. No que diz respeito aos temas do curriculum escolar do primeiro ano da escola, obteve 100% em tópicos como “Tocar e sentir”, “Coisas naturais e coisas feitas pelo ser humano”, e “Agrupamento de elementos”, mas mostrou algumas dificuldades em “Género e número” (50%), “Como nascem as plantas” (60%), “Sol, água, ar” (60%) e “Agrupamento por dezenas” (70%), bem como ignorância total (0%) de “Como nascem os animais”, “Formas geométricas” e “Numeração decimal”.

Conclusões

No percurso deste artigo, apresentamos a maneira como a psicologia tenta cumprir às três tarefas fundamentais relativas à psicopatologia da criança, nomeadamente, a explicação teórica das perturbações, o seu diagnóstico e o seu tratamento. Explicámos o conceito de desenvolvimento desviante e os contributos da Análise Comportamental Aplicada para o diagnóstico e o tratamento dos problemas das crianças em risco. A parte central deste artigo foram os trabalhos realizados pelo autor e os seus colaboradores com crianças em risco das comunidades marginadas. As técnicas da ACA que foram revistas neste artigo podem ser aplicadas a um largo leque de problemas; por exemplo, atualmente estamos a trabalhar com estas técnicas no ensino de crianças com problemas de insucesso escolar. Obviamente, estas técnicas têm também limitações; as mais importantes parecem ser evidentes no tratamento de problemas emocionais que são comuns em crianças negligenciadas, maltratadas ou com baixa autoestima, assim como também no treino de competências mais complexas em crianças de maior idade, necessárias para um bom funcionamento no ensino médio e superior.

Não obstante, a nossa prática com as técnicas comportamentais aplicadas à reabilitação, treino e ensino especial de crianças com incapacidades intelectuais, sensoriais e motoras, tem mostrado que 1) as técnicas são eficazes, 2) permitem começar a trabalhar imediatamente, 3) é possível obter resultados rápidos, 4) as técnicas podem ser aplicadas com sucesso por pessoas com pouca formação, 5) através da difusão das formas de diagnóstico e tratamento, é possível atingir grupos cada vez maiores de pessoas com interesse na reabilitação de pessoas com diferentes tipos de incapacidades.

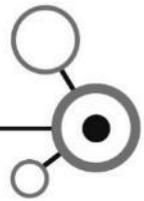
Neste contexto, foi apresentado também um modelo do ensino da psicologia mais adequado às realidades dos países em desenvolvimento. As possibilidades de ensino, investigação e serviço à comunidade do modelo aqui explicado são especialmente interessantes para países em desenvolvimento, já que oferece a possibilidade de vincular o ensino das ciências com os problemas urgentes da sociedade; propostas neste sentido já foram apresentadas em eventos científicos internacionais (ver Marques, Sardinha, Dadá. e Centeio, 2008).

Referências Bibliográficas

- Achenbach, T., M. 1990, Conceptualization of developmental psychopathology. Em M. Lewis & S.M. Miller (Eds.), Handbook of developmental psychopathology. New York: Plenum.
- Ayllon, T. & Azrin, N. J. 1968, The token economy; a motivational system for therapy and rehabilitation. Appleton Century Crofts.
- Azrin, N. H., Schaeffer, R. M., & Wesolowski, M. D. 1976, A rapid method of teaching profoundly retarded persons to dress by a reinforcement - guidance method. *Mental Retardation*, 14 (6), 29 -33.
- Bandura, A. 1986, Social foundations of thought and action. New Jersey: Prentice Hall.
- Bannerman, D. J., Sheldon, J. B., & Sherman, J. A. 1991, Teaching adults with severe and profound retardation to exit their homes upon hearing the fire alarm. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 24 (3), 571 -577. DOI: 10.1901/jaba.1991.24-571
- Bijou, S.W. 1963, Theory and research in mental (developmental) retardation. *The Psychological Record*, 13, 95-110.
- Campbell, F.A., & Ramey, C.T 1995, Effects of early intervention on intellectual and academic achievement: A follow/up study of children from low income families. *Child Development*, 65 (2 special number), 684-698.
- Cole, M. & Cole, S., R. 1989, The development of children. New York: Freeman.
- Galindo, E. 2015, Tratamento do insucesso escolar com técnicas da psicologia: Manual prático. Lisboa: Livros Horizonte.

- Galindo, E., Galguera, M. I., Taracena, E. & Hinojosa, G. (4.a Ed. Rev.) 2013, La modificación de conducta en la educación especial. Diagnóstico y programas. Mexico: Editorial Trillas.
- Galindo, E. 2007, El concepto de desarrollo desviado en L.S. Vygotsky. *Estudios de Psicología*, 28 (1), 47-63.
- Galindo, E. (ed.) 2009, *Psicología y educación especial* (2ª. Ed.). México: Ed. Trillas.
- Galindo, E. e Flores, A. 2009 La educación de los niños invidentes. En E. Galindo (ed.) *Psicología y educación especial* (2ª ed.), México: Ed. Trillas, 11-86.
- Hagopian, L. P., Fisher, W., Piazza, C. C., & Wierzbicki, J. J. (1993) . A water – prompting procedure for the treatment of urinary incontinence. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 26 (4), 473-474. doi: 10.1901/jaba.1993.26-473
- Halle, J. W., Marshall, A. M., & Spradlin, J. E. 1979, Time delay: A technique to increase language use and facilitate generalization in retarded children. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 12 (3), 431-439. doi: 10.1901/jaba.1979.12-431
- Head Start 1997, First progress report on the head start program performance measures. Prepared for: Administration on Children, Youth and Families, Head Start Bureau, by Caliber Associates, Ellsworth Associates, Westat, Mathematica Policy Research. Tirado de: http://www2.acf.dhhs.gov/programs/hsb/html/final_report.html.
- Heward, W.L. 2013, *Exceptional children*. Upper Saddle River, N.J.: Prentice Hall.
- Hinojosa, G. & Galindo, E. 2006, *La enseñanza de los niños impedidos* (2ª ed.). México:Trillas.
- Horner, R. D., & Keilitz, I. 1975, Training mentally retarded adolescents to brush their teeth. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 8(3), 301–309. <http://doi.org/10.1901/jaba.1975.8-301>
- Jerome, J., Frantino, E. P., & Sturmey, P. 2007, The effects of errorless learning and backward chaining on the acquisition of internet skills in adults with developmental disabilities. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 40, 185 -189.
- Joyce -Moniz, L. 2002, *A modificação do comportamento. Teoria e prática da psicoterapia e psicopedagogia comportamentais*. Lisboa: Livros Horizonte.
- Marques, S., Sardinha, E, Dadá, C. & Centeio, D. 2008, School failure in Angola, Mozambique and Cape Verde: A project for Africa. In *International Journal of Psychology*, Vol. 43, No. 3- 4, 568-568.
- Mash, E. J. & Wolfe, D. A. 2013, *Abnormal Child Psychology*. Belmont, CA: Wadsworth Publishing Co.

- Miltenberger, R.G. 2016, Behavior modification. Principles and procedures (6th edition). Boston: Cengage Learning.
- Nietzel, M. T., Bernstein, D. A., & Milich, R. 1998, Introduction to clinical Psychology. New Jersey: Prentice Hall International.
- Sampon, M. A. & Wollenburg, K. 1998, Portage Project/CESA 5, Portage, Wisconsin. Tomado de: <http://www.portageproject.org/model.htm>.
- Saunders, K. J., O'Donnell, J., Vaidya, M., & Williams, D. C. 2003, Recombinative generalization of within-syllable units in nonreading adults with mental retardation. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 36 (1), 95–99. <http://doi.org/10.1901/jaba.2003.36-95>
- Takaya, K. 2013, Jerome Bruner. Developing a sense of the possible. Heidelberg: Springer.
- Whitman, T., & Johnston, M. B. 1983, Teaching addition and subtraction with regrouping to educable mentally retarded children: A group self-instructional training program, *Behavior Therapy*, 14 (1), 127-143.



Convive: un programa psicosocial de atención a personas con diabetes

Maria Teresa Vega Rodríguez
Universidad de Salamanca, España
mayteveg@usal.es

Resumen

La diabetes mellitus es una enfermedad crónica que afecta negativamente a la salud. En los pacientes la realización de conductas de autocuidado centradas en la dieta, el ejercicio y la realización de controles glucémicos son claves para tener bajo control a la enfermedad y prevenir las consecuencias asociadas. Partiendo de una perspectiva psicosocial el trabajo tiene como objetivos presentar un programa de apoyo integral a pacientes diabéticos y evaluar sus efectos. La muestra está formada por pacientes diabéticos tipo 1 con dificultades en el control de su diabetes. La intervención se desarrolló en sesiones grupales que trabajaban los siguientes aspectos: percepción de control, autoeficacia, apoyo social, emociones negativas y su autorregulación y conductas de autocuidado. Los resultados muestran que la intervención produjo una mejora en las creencias, percepciones y conductas del paciente. Se concluye la necesidad de que endocrinos y psicólogos trabajen de forma interdisciplinaria y coordinada en aras a que el paciente diabético adopte y mantenga las pautas adecuadas.

Palabras-clave: *diabetes, intervención psicosocial, apoyo grupal, autocuidado.*

Abstract

Diabetes mellitus is a chronic disease that adversely affects health. In patients realization of self-care behaviors focused on diet, exercise and performing glycemic control are keys to keep under control the disease and prevent consequences associated. From a psychosocial perspective this paper aims to present a comprehensive support program for diabetic patients and assess their effects. The sample consists of type 1 diabetic patients with difficulties in controlling their diabetes. The intervention was developed in group work sessions focusing on the following aspects: perceived control, self-efficacy, social support, negative emotions and self-management and self-care behaviors. The results show that the intervention produced an improvement in beliefs, perceptions and behaviors of the patient. Conclude the need for endocrine and psychologists work

in interdisciplinary and coordinated manner in order that the diabetic patient to adopt and maintain appropriate guidelines.

Keywords: *diabetes, psicosocial intervention, group support, self-management.*

Introducción

En la actualidad el aumento de la esperanza de vida, los avances terapéuticos y los cambios en el estilo de vida han hecho que se incrementen los casos de padecimientos crónicos como la diabetes mellitus (DM). La DM se ha revelado como problema sanitario, social y humano de primer orden al ser una de las principales causas de morbilidad, co-morbilidad, discapacidad, dependencia y envejecimiento prematuro en el mundo. La OMS, en el informe publicado en el 2016, señala que la prevalencia en el mundo es del 8,5%, y que en España es la principal causa de muerte. El estudio de Ciberdem (2015) sobre la prevalencia en España muestra que es del 13,8% para la diabetes tipo 2 y del 5% para la diabetes tipo 1. Estos datos respaldan el hecho de que en muchos países, incluida España, los planes de salud tengan por objetivos generales el reducir la incidencia de la diabetes, la mortalidad prematura que produce y los ingresos hospitalarios y, como objetivos específicos, mejorar el control de pacientes diagnosticados de diabetes y la prevención de las complicaciones que se pueden derivar de un control inadecuado de esta dolencia.

Lograr estos objetivos y mejorar el bienestar físico, psicológico y social del enfermo diabético requiere abordar la enfermedad desde la perspectiva de la promoción de conductas saludables, esto es, enseñar al paciente estrategias y conductas que le permitan controlar su proceso de enfermedad y convivir con ella de forma que las modificaciones en su vida sean vividas con la menor carga posible y pueda llevar un vida cotidiana normalizada. Se trata de fomentar la responsabilidad personal en el cuidado y mantenimiento de la salud y la autogestión de conductas saludables como llevar una dieta equilibrada, regular la medicación o seguir las prescripciones terapéuticas de los sanitarios para prevenir o retardar las complicaciones a corto, medio y largo plazo que se puedan derivar de una falta de control y cuidado diario (cardiopatía isquémica, nefropatía, retinopatía, ...).

En el paciente diabético, las conductas de autocuidado deben convertirse en hábitos inherentes al estilo de vida porque de ello depende la evolución positiva de su enfermedad. Los diabéticos, a partir del diagnóstico, deben introducir constantes ajustes en sus hábitos de vida para lograr un estado de bienestar físico y mental. Para mejorar la sensibilidad a la insulina y mantener

los niveles de glucosa en el rango adecuado, el paciente no sólo debe tener un seguimiento con visitas programadas por parte de varios especialistas de salud, también debe realizar una serie de tareas usuales que tiene que gestionar por sí solo: practicar actividad física regular, mantener una dieta equilibrada, controlar el peso, cuidar los pies y los dientes, evitar el consumo de tabaco o alcohol, administrar la medicación precisa en base al reconocimiento de los propios síntomas (por ejemplo, ha de ser capaz de discriminar los indicadores previos a la aparición de episodios de hipoglucemia y tomar decisiones sobre las medidas necesarias para su control) y automonitorizar los niveles de glucosa o tensión arterial. La observación activa y el cuidado constantes pueden llegar a percibirse como una carga personal, familiar y social (Valadez, Alfaro, Centeno & Cabrera, 2003).

Desde el punto de vista psicológico, todos estos requerimientos hacen que la diabetes sea considerada una enfermedad difícil de manejar (Pozo, Alonso & Hernández, 2005; Roales & Ybarra, 2003). A las exigencias propias de la enfermedad hay que añadir el miedo a las serias complicaciones, el impacto de los eventos disruptivos cotidianos y la presión e influencia social que pueden romper la adherencia. En este sentido, diversos autores (Baum, Revenson & Singer, 2001; Chafey & Dávila, 2007; Fisher, Delamater, Bertelson & Kirkley, 1982; Roales & Ybarra, 2003) identifican una serie de factores psicosociales que se relacionan con un control conductual adecuado de la diabetes, con su evolución y progreso: situaciones estresantes, creencias y expectativas inadecuadas, autoeficacia para gestionar la enfermedad, estilos de afrontamiento, bienestar emocional, el apoyo familiar y social.

El modelo de promoción y el modelo de cuidado han cambiado hacia un enfoque más centrado en la capacitación del usuario y en el manejo personal de la enfermedad en el que la autorregulación que ejerce el propio paciente ha de ser muy tenida en cuenta para lograr el ajuste del mismo a su enfermedad y para promocionar conductas saludables que también puedan servir como prevención. Se plantea una atención colaborativa que fomente el auto-cuidado (Maes & Karoly, 2005). La salud se aborda desde los significados psicosociales que elabora el paciente y los mecanismos de autocontrol y autocuidado derivados de esos mismos significados y que determinan en gran medida la capacidad del paciente para mantener sus hábitos saludables y sus conductas de autocuidado.

Aunque el autocuidado de la diabetes suele estar incluido dentro de los programas sanitarios de educación diabetológica, los estudios demuestran la ineficacia de los mismos en determinados grupos de pacientes con DM afectados por complicaciones (Joost, 2004). Ello obedece a que los programas se centran

en los conocimientos diabetológicos y el control de la glucemia sin tratar las variables psicológicas y sociales implicadas en las conductas de automanejo. Avedano & Almagia (2008) plantean que para minimizar los efectos biopsicosociales que puede tener la diabetes, promover el ajuste a la enfermedad y mejorar la calidad de vida hay que identificar e intervenir sobre los factores psicosociales. En este sentido Boardway, Delameter, Tomakowsky & Gutai (1993) demostraron la eficacia de los tratamientos psicosociales para incrementar la calidad de vida y el bienestar de los diabéticos. La OMS (2003) afirma que los programas más eficaces son los que enfatizan los procesos de autorregulación de la conducta de salud por parte del enfermo.

En el ámbito de la Psicología Social de la Salud se han desarrollado diversos modelos teóricos que explican y apoyan empíricamente la interacción entre los factores psicosociales y las conductas de cuidado (Pozo, Alonso & Hernández, 2007). El marco teórico de la presente intervención se fundamenta en la Teoría Social Cognitiva de Bandura (1987). Conceptualiza al paciente diabético como sujeto activo con capacidad para asumir responsabilidad personal en el cuidado y mantenimiento de la salud y para autogestionarla modificando el proceso de ajuste a la enfermedad y la evolución de la misma.

En la diabetes estos supuestos son especialmente importantes porque la mayor parte del cuidado y control debe provenir del paciente mismo. Se ha comprobado que en la gestión de la enfermedad, la transferencia de la responsabilidad desde el médico al paciente provoca cambios positivos en el bienestar del diabético. Naessa, Eriksena, Midthjellb & Tambsc (2004) documentan cambios en la salud subjetiva auto-reportada, sentimiento de fuerza y estado físico (vigor), así como en la disminución del uso de tranquilizantes y del estrés psicológico.

Así pues el paciente diabético, para poder desarrollar estrategias de autocuidado, necesita estar motivado, es decir, tener una serie de metas de salud (propósitos) y desarrollar los cuidados necesarios para alcanzarlas (conductas). En este sentido la Teoría Social Cognitiva postula como elementos explicativos de la conducta de autocuidado determinantes como: 1) la capacidad de establecer propósitos de vida y de poner en práctica acciones eficaces para lograrlos, 2) la confianza en uno mismo para manejar las conductas de cuidado, 3) la capacidad percibida para identificar y controlar las emociones negativas que interfieren en el control de la diabetes y para buscar recursos efectivos con los que hacer frente a las causas que las producen, 4) la confianza en las habilidades propias para manejar las conductas de control de la enfermedad y 5) la percepción de apoyo social por parte de las personas significativas.

En lo referente a la motivación, desde la Teoría Social Cognitiva se afirma que el comportamiento humano está ampliamente regulado por el desarrollo de la propia auto-influencia (Bandura, 1991, 2000). La consecución de un nivel motivacional adecuado será posible siempre y cuando los individuos desarrollen autoeficacia o confianza en sus capacidades para poner en marcha acciones que le permitirán lograr las metas de salud y se sientan capaces de poner en práctica procesos de autorregulación (mentales y conductuales) que revisen sus auto-concepciones, conductas y/o alteren el ambiente para lograr resultados consonantes con las autopercepciones y metas personales (Fiske & Taylor, 2013).

Ambos factores, autoeficacia y autorregulación, predicen, la capacidad de una persona para modificar sus conductas de riesgo para la salud. De hecho, la autorregulación será efectiva en la medida en que la persona: 1) autorregistre los comportamientos relacionados con la salud y las circunstancias cognitivas y sociales relacionadas con ellos (Bandura, 2005). 2) establezca metas de cuidado que sean útiles y estrategias que sirvan como guía para el esfuerzo auto-dirigido. 3) conozca y desarrolle herramientas concretas (incentivos auto-motivantes, búsqueda de apoyos) que le lleven a ejecutar las conductas de salud y que conviertan las metas en acciones.

Estudios recientes han aportado evidencia empírica de la utilidad de la autoeficacia en el ajuste a la enfermedad, el trabajo de Guerrero, Parra & Mendoza (2016) realizado con pacientes diabéticos sometidos a hemodiálisis constata que la autoeficacia influye en el control de la diabetes, en la reducción de la carga emocional y en la mejora de la calidad de vida. Los programas iniciados por Lorig en los años 90 y continuados hasta la actualidad, así como sus evaluaciones (véase Holman & Lorig, 1992; Lorig, Ritter & Jacquez, 2005; Lorig, Sobel, Ritter, Laurent & Hobbs, 2001) resaltan la importancia de aumentar la autoeficacia para afrontar las consecuencias de la diabetes de cara a mejorar y mantener la salud. Comprueban que la autoeficacia determina el deseo de las personas de iniciar el cambio y plantearse metas, el empeño ante las dificultades, la magnitud del cambio logrado y la persistencia del mismo, elementos todos ellos fundamentales en los procesos de autorregulación.

En modelos estructurales de autorregulación de la diabetes se comprobó que la autoeficacia y la autogestión fueron predictores significativos de conductas apropiadas asociadas al control de la diabetes y de percepciones positivas de calidad de vida (Watkins, Connell, Fitzgerald, Klem, Hickey & Ingersoll, 2000). Vérg, Rosenqvist & Sarkadi (2006) ejecutaron y evaluaron una intervención basada en la autogestión y la autoeficacia para manejar la diabetes,

confirmando que la autorregulación permitió un buen control glucémico y el éxito en el mantenimiento de la reducción de glucosa en sangre durante un período de 6 meses. En el trabajo de Sarcar, Fisher y Schillinger (2006) se comprobó, en personas de distintas diabéticas de etnias, que las puntuaciones de autoeficacia se asociaban significativamente con conductas de autogestión de la diabetes relacionadas con el ejercicio, la dieta y el nivel de glucosa en sangre. Bastiaens, Sunaert, Wens, Sabbe, Jenkins, Nobels, Snauwaert & Van Royen (2009) constataron que los programas centrados en la autorregulación de la diabetes ayudan a los pacientes a reducir la angustia emocional que sienten, a disminuir el índice de masa corporal y a reducir la hemoglobina glicosilada.

La condición de diabético impone una serie de potenciales estresores derivados de la complejidad y las demandas diarias del tratamiento, destacando las repercusiones que éste tiene en la esfera social del individuo, por ejemplo el estigma de "estar enfermo" y considerarse diferente a los demás y de tener que luchar con el desconocimiento y las ideas erróneas de la población general sobre la diabetes. A ello hay que sumar el que proviene de los acontecimientos vitales estresantes de la vida cotidiana que no tienen que ver con la diabetes, pero que desestabilizan la salud física, psicológica y social e interfieren en las conductas de autocuidado del diabético. La revisión realizada por Lloyd, Smith & Weinger (2005) pone de manifiesto estos aspectos aportando evidencia bibliográfica de cómo el estrés afecta al control de la diabetes y a los mecanismos fisiológicos a través de los cuales esto ocurre.

Otra fuente de tensión para muchos diabéticos es el denominado *miedo a la hipoglucemia* (Snoek, Scholtes & Heine, 1991) ya que los episodios hipoglucémicos son bastante frecuentes, sobre todo, entre los insulino dependientes (Alberti, 1989). A ello hay que unir otros estresores propios de la enfermedad como son la presencia de complicaciones (La Greca, Hurtwitz, Freeman, Wick, Ireland, Agramonte, Marks, Schneiderman & Skyler, 1991), la incertidumbre sobre las posibles complicaciones futuras (Demas & Wylie-Rosett, 1990) o los sentimientos de frustración ante niveles altos de glucemia inexplicados. Los aspectos mencionados requieren desarrollar intervenciones destinadas al manejo del estrés, y aunque fisiológicamente puedan existir diferencias individuales en cuanto a los beneficios metabólicos, resulta evidente que el aumento de distintas habilidades de afrontamiento del estrés es positivo para todos los diabéticos por su efecto sobre la adherencia al tratamiento y el bienestar emocional. (Méndez & Meléndez, 1994).

Los factores emocionales también desempeñan un papel importante en el control de la diabetes. La activación emocional en respuesta al estrés se

considera uno de los principales factores implicados en la desestabilización del control metabólico en la diabetes (Aikens, Wallander, Bell & Cole, 1992). El estrés y las emociones negativas asociadas pueden actuar sobre el control de la diabetes de dos formas: 1) directa, movilizando las hormonas contrarregulatorias u "hormonas del estrés" (adrenalina, cortisol), 2) indirecta, interfiriendo en otros dominios psicológicos como la cognición, la auto-regulación, la autoeficacia y las conductas de autocuidado, particularmente, en las de adherencia al tratamiento (Chew, Shariff-Gazali & Fernandez, 2014).

El manejo efectivo de la diabetes es complejo y requiere de una significativa participación de los pacientes y sus familiares. El apoyo de la familia, los compañeros o los amigos es un factor tan importante como la medicación prescrita por el profesional sanitario. Convivir con la diabetes supone una enorme carga para los pacientes y sus familias y produce un impacto negativo sobre el bienestar emocional y las relaciones sociales (Vázquez, Cruz, Laynez, Pérez y Godoy, 2008). Por otra parte, un bajo nivel de bienestar y la falta de apoyo social complican el autocuidado diario que requiere la enfermedad. El estudio DAWN (*Diabetes Attitudes, Wishes and Needs*) así lo demuestra, al descubrir que el apoyo emocional por parte de la familia y los amigos es crítico para mantener un buen control de la diabetes (Snoek, 2002). Roales-Nieto & Moreno (2004) manifiestan que en los estudios que analizan los efectos que produce el apoyo social, recogiendo también datos bioquímicos, se halla que el apoyo social, en especial el familiar, ejerce un efecto positivo sobre el control de la diabetes, entendido como el mantenimiento de un comportamiento global de adherencia al tratamiento y de niveles aceptables en las principales medidas de control

Las investigaciones realizadas por Cohen & Syme (1985) constatan el efecto moderador que desempeña el apoyo social en la relación estrés-salud. En particular, el apoyo social ejerce una influencia significativa en el proceso de autorregulación de la diabetes, aunque su impacto está condicionado por: 1) La fase de la enfermedad en la que se encuentra el paciente. Hay que distinguir, al menos, una fase crítica de diagnóstico de la enfermedad, otra de adquisición de habilidades de afrontamiento, otra de estabilización o de rutina, seguida o no por fases de especial complicación dependiendo de la casuística del paciente. 2) El tipo de repertorio de autocuidado sobre el que se opere. 3) La edad y la condición del paciente. 4) El nivel de susceptibilidad al control social.

Desde una perspectiva funcional se hace necesario reorientar la consideración del apoyo social, por una parte, como definido a la situación, y, por otra, a las características individuales del paciente. Así, respecto a la diabetes, se debe considerar el apoyo social específico a los diferentes aspectos del

tratamiento y la enfermedad, incluyendo, al menos, los relativos al comportamiento alimentario (dieta), la auto-administración de insulina, la actividad física, la prevención de hipoglucemias y el cumplimiento de las prescripciones médicas sobre analíticas y revisiones periódicas (Roales-Nieto & Moreno, 2004).

Teniendo en cuenta los aspectos señalados, un objetivo general de este trabajo es contribuir a validar la importancia de la interacción entre los procesos psicosociales y las variables médicas en la prevención y cuidado de la diabetes. Como objetivos específicos destacan: 1) describir las características del programa de intervención psicosocial CONVIVE diseñado para enseñar al paciente a gestionar su enfermedad. 2) Evaluar la efectividad del programa. 3) Mejorar el proceso de adaptación de los pacientes a la enfermedad.

Metodología

Muestra

Se entrevistaron a 16 pacientes diabéticos tipo 1, de ellos se excluyeron 7 debido a diversas razones: un paciente por hospitalización, otro por desplazamiento laboral, dos por incompatibilidad de horarios y tres por presentar desórdenes mentales y personalidades problemáticas (aspectos que no eran tratados en el programa ni, por lo tanto, objeto de intervención). Finalmente en el programa se trabajó con 9 pacientes diabéticos tipo 1, mayores de edad, con dificultades en el control de su enfermedad, que fueron derivados del Servicio de Endocrinología del Hospital Clínico Universitario de Salamanca (España) y que habían participado en un curso de educación diabetológica.

El 42,9% de los participantes son hombres y el 57,1% mujeres. Sus edades varían desde los 29 hasta los 59 años con una media de 42 años ($DT=9,57$). Uno de las consideraciones iniciales del programa era tener un grupo de edad lo más homogéneo posible para que las diferencias entre los participantes se minimizaran. De ahí que no haya pacientes de menos de 20 años ni de más de 60. Respecto al nivel educativo el 57,1% tenían estudios básicos y el 42,9% estudios superiores. La mayor parte, el 71,4%, tenían trabajo remunerado.

Aunque el grupo estaba bastante igualado respecto a los años que cada persona llevaba con su enfermedad, había un porcentaje ligeramente superior de personas que presentaban su diabetes desde hace menos de 20 años (57,1% vs. 42,9%). Todos ellos habían recibido educación diabetológica a lo largo de los

últimos dos años (71,4%). En la mitad de los casos los pacientes tenían un familiar con diabetes y en la otra mitad no.

Diseño de evaluación

Se aplicó un diseño de evaluación cuasi-experimental de carácter longitudinal pretest, postest y seguimiento. Este diseño permite hacer comparaciones intra lo que añade validez interna y externa.

Para establecer la línea de base, es decir, la medida previa a la aplicación del tratamiento, se recogieron medidas fisiológicas basadas en el uso de glucómetros y analíticas de sangre prescritas en la consulta médica por los endocrinos que forman parte del equipo. También se recabó esta información médica a través de la historia clínica de cada paciente, previo consentimiento informado por parte de éste. En el caso de las variables sociodemográficas (edad, situación laboral, etc.), las relacionadas con la enfermedad (episodios de hipo e hiperglucemia), las conductuales y psicosociales, se elaboró y aplicó un cuestionario mediante entrevista individual semi-estructurada administrado por los psicólogos del equipo en una fase previa al inicio del programa, es decir, durante la entrevista inicial (pretest). La segunda medida se recogió una vez finalizada la intervención (postest1). La tercera medida o seguimiento se obtuvo cuatro meses después de finalizada la intervención (postest2). En las medidas postest se aplicó un cuestionario autoadministrado con el fin de conocer la evolución de los pacientes. Paralelamente, en el postest 1 y 2, se recogió información de los indicadores fisiológicos.

Procedimiento

La forma de captar a los pacientes fue a través de las consultas médicas (rutinarias o extraordinarias) que realizaba el paciente. En un primer paso, el equipo sanitario del hospital determinaba qué paciente era más idóneo para participar en el programa de atención integral al diabético CONVIVE. Para ello se establecieron los siguientes criterios de inclusión: 1) tener dificultades en el control de la diabetes. 2) tener entre 18 y 50 años. 3) tener diabetes tipo 1. 4) Haber participado en un programa general de educación diabetológica. Si la persona cumplía con estos criterios, el endocrino le informaba de que para que mejore su diabetes podía realizar, de forma voluntaria y gratuita, un programa de apoyo psicosocial. El endocrino le entregaba un tríptico en donde se explicaban los objetivos y características generales del programa CONVIVE y las formas de contactar con el equipo de apoyo psicosocial.

Una vez que el paciente contactaba con el equipo psicosocial, éste le citaba para realizar una entrevista inicial con la finalidad de determinar la idoneidad del paciente para participar en el programa (necesidades, motivación, disponibilidad de tiempo). También se establecieron criterios complementarios de selección: 1) No tener deficiencias cognitivas, ni delirium, demencia, trastornos amnésicos u otros trastornos cognoscitivos. 2) No presentar alguna o varias de las siguientes psicopatologías: esquizofrenia u otro trastorno psicótico, trastornos disociativos y/o de personalidad, trastornos del control de los impulsos, otros trastornos asociados al consumo de sustancias. 3) No padecer deficiencias sensoriales (ceguera, sordera, mudez). En la entrevista inicial se proporcionaba información sobre los propósitos y las características de CONVIVE con el fin de que los participantes tuvieran unas expectativas realistas, además se motivaba la participación activa así como el compromiso con el programa.

Las dinámicas grupales eran desarrolladas por dos psicólogos de la Universidad que desarrollaban las sesiones en una sala de trabajo de la Facultad de Psicología. Cada una de las sesiones estaba estructurada en las siguientes partes: bienvenida, presentación de objetivos y contenidos, dinámica grupal participativa en la que se compartían experiencias, dudas y preguntas, resumen de las ideas principales evaluación y conclusiones.

El plan de trabajo se diseñó de forma que en todo momento hubiera una estrecha colaboración y coordinación de las acciones realizadas por los psicólogos, los médicos y educadores diabetólogos en cada una de las fases establecidas. Para lograr esta coordinación se utilizaron dos profesionales como enlace, una persona era la educadora diabetológica del hospital y la otra era uno de los tres psicólogos del equipo psicosocial. Entre estos profesionales había contactos diarios, debido a que la psicóloga iba a trabajar por la mañana con la educadora.

Durante el desarrollo del programa CONVIVE los psicólogos proporcionaron apoyo al diabético y a sus familiares de forma coordinada con el equipo sanitario. La intervención con los pacientes se desarrolló en 11 sesiones de grupo con otros diabéticos, tenían carácter quincenal de hora y media de duración. Una de las ventajas de trabajar los contenidos de forma grupal es que los participantes encuentran un espacio social en donde pueden compartir sus experiencias abiertamente y encontrar soluciones a sus problemas con la diabetes. En las sesiones se enseñaron herramientas que facilitarían el control de la diabetes. Los contenidos específicos que se trabajaron en las dinámicas grupales fueron: 1) Identificación, análisis y resolución de problemas de la vida cotidiana que interfieren en el control de los niveles de glucosa en sangre. 2)

Autoeficacia: se abordó la percepción de capacidad personal para realizar las conductas de cuidado que les resultaba más difíciles de practicar. 3) Establecimiento de metas de salud y estrategias para alcanzarlas. 4) Autocontrol emocional: cogniciones asociadas y cambios fisiológicos. 5) Estrategias de regulación emocional y fomento de emociones positivas. 6) Conductas de autocuidado: ejercicio, dieta, medicación. 7) Habilidades para comunicarse con los demás, especialmente cuando están emocionalmente afectados y para pedir apoyo cuando lo necesiten.

En la primera sesión, de presentación, se entregó a cada participante un dossier con información general sobre las normas de funcionamiento grupal, el calendario de las sesiones y los contenidos a tratar. En esta sesión cada participante firmó y entregó su declaración de consentimiento informado para participar en el programa CONVIVE.

En la sesión de seguimiento se trabajó la valoración personal del programa por cada participante, se analizó la evolución y las dificultades encontradas desde la finalización del mismo hasta ese momento y se plantearon nuevos objetivos de actuación personal.

De forma complementaria se realizó una sesión de apoyo grupal dirigido a un familiar o persona significativa de cada paciente. En la sesión con los acompañantes se enseñaron una serie de pautas sobre cómo motivar en el diabético las conductas de autocuidado, cómo convertirse en una fuente de apoyo adecuada evitando conductas de sobreprotección y cómo saber identificar las necesidades de apoyo según las circunstancias en las que se encuentre el diabético. Los contenidos se centraron en el aprendizaje de estrategias de motivación, desarrollo de conductas empáticas, autoconfianza e identificación y aplicación de estrategias de apoyo adecuadas a cada circunstancia.

Instrumentos de medida

Para medir las variables psicosociales se diseñaron escalas de medida específicas para esta investigación, cuya fiabilidad y validez se comprobó en un estudio previo desarrollado en una muestra de 97 personas con diabetes. A continuación se especifican las variables estudiadas:

1. Prácticas de autocuidado

A los participantes se les preguntaba por la frecuencia semanal con la que practicaban ejercicio físico con la intención de cuidar de su diabetes y con la

que medían sus niveles de glucosa en sangre y acetona en orina y cumplían con todas las indicaciones médicas.

2. Percepción de control personal

Esta variable alude a las creencias que tiene el paciente sobre su grado de control sobre la diabetes. Para medirla se preguntó: ¿en qué porcentaje cree que puede hacer cosas para controlar los síntomas de su diabetes? y ¿en qué porcentaje cree que puede determinar que su diabetes mejore o empeore?

3. Autoeficacia para controlar la comida

La variable se refiere a la confianza personal en realizar una dieta adecuada en situaciones de dificultad. Los ítems aludían a la percepción de capacidad para ajustar su dieta cuando está enfermo, cuando hace ejercicio, está nervioso/a, tiene mucha hambre o está fuera de casa. El patrón de respuesta iba de ninguna confianza (0) a confianza plena (4). La escala de medida estaba formada por 6 ítems que explicaban el 60.36% del constructo. El alpha de Cronbach fue de 0.86.

4. Percepción del estado de salud

Esta variable se refiere a la creencia personal sobre su estado de salud física y psicológica. Para recoger esta información se les preguntó: En lo que va de mes diría que su estado de salud física/psicológica es...El sujeto debía de elegir entre tres opciones de respuesta: igual que antes, mejor que antes o peor que antes.

5. Percepción de apoyo social

Esta variable mide la percepción de apoyo de las personas del entorno, si percibe que las personas significativas de su contexto muestran interés por saber cosas de su diabetes, si le tratan de animar cuando está desanimado o preocupado, si le recuerdan los cuidados que debe seguir o si le ayudan a tomar decisiones sobre su diabetes. Tenían que enumerar, en orden, qué personas eran su mayor fuente de apoyo (madre, padre, novio, etc.), y respecto a cada una de ellas debían indicar con qué frecuencia la fuente de apoyo les proporcionaba el apoyo sobre el que se le preguntaba. El patrón de respuesta iba de nunca (0) a siempre (4). El apoyo final resultaba de calcular la puntuación media que obtenían las fuentes de apoyo. El alpha de cronbach fue de 0,88 y el factor explica el 59,30% del constructo.

6. Emociones negativas

Este factor se refiere a emociones disgusto, enfado o agobio, entre otras. Los 8 ítems explicaban el 48.25% del constructo y la escala de medida tenía un alpha de 0.93.

7. Dificultades de sentimiento

Referida a la percepción del paciente de si se siente mal consigo mismo cuando pierde el control de sí mismo, sobre si piensa que le va a costar mucho esfuerzo sentirse bien o si piensa que no hay nada que pueda hacer para sentirse mejor. Los 4 ítems explicaban el 63% de la varianza y tenían un alpha de Cronbach de 0,80.

Resultados y discusión

Los resultados que se presentan están organizados teniendo en cuenta las variables estudiadas y los momentos de evolución de los pacientes (antes del tratamiento, al finalizarlo y al seguimiento). Además de presentar las diferencias estadísticamente significativas (analizadas con las pruebas de Wilcoxon, Kruskal-Wallis, Anova de Friedman y contrastes de medias relacionadas) se describen las variaciones porcentuales de las variables que han permitido un mejor ajuste del paciente a su enfermedad, entendiendo estas variaciones como indicadores de mejoría clínica.

Un aspecto clínico relevante en la investigación se refiere a los episodios de hipo e hiperglucemia que presentaron los enfermos. Mediante la intervención sobre las variables psicosociales trabajadas en el programa se buscaba modificar estos parámetros dado que son un indicador clínico de ajuste o de desajuste a la enfermedad. En el caso de las hiperglucemias sí se han producido diferencias estadísticamente significativas según el momento de la medición. Los pacientes presentaban menos episodios de hiperglucemias al terminar el programa CONVIVE que antes de empezarlo, se pasó de un 57.1% de pacientes con más de 50 hiperglucemias anuales a tan solo el 14.3% una vez finalizada la intervención, porcentaje que se seguía manteniendo a los cinco meses después de finalizada la intervención.

En el caso de las hipoglucemias no se encontraron diferencias estadísticamente significativa (una posible razón se deba a que generalmente son menos reactivos a los estados emocionales negativos). A pesar de ello se constató que los porcentajes disminuyeron indicando una mejoría clínica: se pasó

del 42.9% de pacientes con más de 50 episodios anuales de hipoglucemia al 14.3% al finalizar el programa y a la evaluación del seguimiento.

La comparación de las medidas de hemoglobina glicosilada en sangre (HbA1c) puso de relieve diferencias significativas entre los valores del pretest y del-postest2 o seguimiento, de una media de 8.06% se pasó a 7.58% ($t_{(6)} = 2.05$, $p=0.08$, correlación de 0.82, $p=0.02$). La mengua significativa de este valor es un indicador muy positivo porque al reducirse el porcentaje de hemoglobina disminuye la posibilidad de complicaciones asociadas a la diabetes.

Respecto a la variación del ejercicio que realizaban los pacientes antes y después de pasar por el programa, se ha pasado de un 42.9% de enfermos que no realizaban ningún ejercicio para controlar su diabetes al principio del programa a un 14.2% a la finalización del mismo. Por consiguiente, la participación en CONVIVE contribuyó a que un 28.7% más del total de la muestra realizara ejercicio físico. De hecho al preguntarles a los propios pacientes si hacían más ejercicio desde que finalizó el programa contestaron afirmativamente en un 66.7% de los casos.

En relación al grado de cumplimiento de las prescripciones médicas no se han visto diferencias significativas después de la finalización del programa. Este dato reafirma la hipótesis de que los problemas de ajuste a la enfermedad que presentan los pacientes diabéticos no se deben, exclusivamente, al incumplimiento de las prescripciones facultativas (de hecho el 71.4% de ellos hacía lo que el médico le había mandado antes de empezar el programa) sino que la presencia de otras variables de carácter cognitivo-social y emocional marcan las diferencias entre el ajuste y el desajuste.

Una variable analizada fue la creencia de control que el paciente tiene respecto a la enfermedad y sus cuidados, se hallaron diferencias significativas según los distintos momentos de medición. Las diferencias emergieron al comparar la percepción media de control al inicio de la intervención y en el seguimiento ($t_{(6)} = -3,29$, $p=0,01$). Los pacientes pasaron de una estimación porcentual media de 64.17 a una estimación del 82.50, es decir, al finalizar el programa tenían mayor percepción de control en el sentido de poder hacer cosas para controlar los síntomas producidos por la enfermedad y así mejorar en su diabetes.

En el caso de la autoeficacia se hallaron diferencias significativas en la autoeficacia para seguir las pautas adecuadas de la dieta. La prueba de contraste de medias para muestras relacionadas señaló una evolución significativa ($t_{(5)} = -$

2,04, $p=0,09$) de forma que la confianza personal para ajustar y seguir la dieta en situaciones en las que les cuesta más (cuando hace ejercicio o cuando está en una fiesta, etc.) aumentó desde la línea de base, así de una media de 2.55 se pasó al final del programa a 3.14.

La percepción del propio estado de salud, tanto físico como psíquico, sí sufrió variaciones significativas tras el paso por el programa. En el caso de la percepción del estado de salud física las diferencias se dieron entre la medida inicial y la final y en el caso de la salud psicológica entre las medidas del comienzo y las tomadas tanto al terminar CONVIVE como en el seguimiento. En todos los casos los pacientes incrementaron su percepción de salud: se pasó de considerar en el 71.4% de los casos que su salud física era deficitaria al 28.6% al terminar el programa. En el caso de la salud psicológica los cambios fueron aún más marcados: al inicio del programa el 85.7% de los pacientes que se percibían con mala salud se redujo al 14.3% al finalizar el programa y al 0% en el seguimiento. Es decir, el 100% de los pacientes se percibía con mejor salud psicológica cinco meses después de haber finalizado la intervención.

El análisis de los datos referidos al apoyo social con el que contaban los pacientes. Las diferencias resultaron significativas entre el momento inicial de evaluación y el de la finalización del programa así como entre el primer momento y el seguimiento (Friedman $p=0,03$). Curiosamente las medias de apoyo fueron menores tras la finalización del tratamiento y a los cinco meses. El dato puede interpretarse en el sentido de que a medida que los pacientes se encontraron mejor y aprendieron a controlarse fueron utilizando menos sus fuentes de apoyo. No obstante esto sería una hipótesis a comprobar en futuros desarrollos de la investigación. Respecto a las principales personas que los pacientes ven como fuentes de apoyo, la familia y la pareja se situaron en primer lugar. Los médicos, en el 71.43% de los casos, y la educadora diabetológica, en el 85.72% también resultaron ser fuentes significativas. Tras la realización del programa el 42.86% de los pacientes incluyó a CONVIVE como fuente apoyo en el control de su diabetes.

En relación con las emociones negativas que presentaban los pacientes antes y después del programa se encontraron variaciones estadísticamente significativas a lo largo de todo el proceso de evaluación (Friedman, $p=0,09$). Al terminar CONVIVE y en el momento de la realización del seguimiento, los diabéticos tenían significativamente menos emociones negativas que cuando comenzaron el programa (2.11 vs. 0.94 – 1.08).

También disminuyeron de manera relevante las dificultades de autorregulación emocional que presentaban los participantes. Las medidas tomadas en la línea de base eran estadísticamente diferentes a las tomadas al finalizar la intervención ($t_{(5)} = 2.25$, $p=0.07$) y al seguimiento ($t_{(6)} = 2.76$, $p=0.03$). De una media de 2.08 se redujo a 1.12 en el post y a 1.20 en la fase de seguimiento. Así pues debido al programa CONVIVE estos pacientes diabéticos, aparte de sentirse mejor, aprendieron a regularse emocionalmente. Los pacientes pasaron de estar mal por sentir que había muy pocas cosas que ellos pudiesen hacer para encontrarse mejor a tener una sensación de mayor control de su estado emocional.

Conclusiones

Una primera conclusión que se deriva de los resultados es que el contexto de un grupo de apoyo en el que se basan las sesiones del programa CONVIVE ha capacitado a los individuos para gestionar las conductas de cuidado de la salud, ha contribuido a mejorar la sintomatología así como el proceso de adaptación de los diabéticos a su enfermedad optimizando así su bienestar. En este sentido los pacientes se sintieron emocionalmente mejor, aumentaron sus cogniciones de autoeficacia, aprendieron estrategias para regular sus emociones y buscar fuentes de apoyo, practicaron más ejercicio y referenciaron tener un mejor estado de salud tanto física como psicológica. Un claro indicador objetivo de este mejor ajuste a su enfermedad es la reducción del número de episodios de hiper e hipoglucemia presentados por los pacientes. También se podría adelantar que el aumento del nivel de autoeficacia para gestionar las conductas de cuidado fue uno de los responsables, como afirman Sarcar, Fisher y Schillinger (2006), de una mejora en las conductas de ejercicio y control de glucosa.

En la sesión de seguimiento de CONVIVE se preguntó en qué grado el programa les había resultado útil tanto para controlar su diabetes como sus propias emociones negativas, los participantes atribuyeron a CONVIVE un 71% de utilidad. Además, reportaban que el programa había tenido efectos en otras áreas de la vida de los pacientes, así, para el 28,57% había generado cambios significativos (del orden del 65% de media) en el ámbito laboral y de la comunicación con los demás.

Otra conclusión es que CONVIVE, al mejorar la autogestión y mantenimiento de las conductas de cuidado e influir en el nivel de hemoglobina glicosilana, también contribuye a prevenir las patologías a medio y largo plazo asociadas con la diabetes derivadas de un mal autocuidado.

Una última conclusión es que se necesita una visión holística en la atención a la diabetes. De ahí la necesidad de crear y coordinar un equipo médico-psicológico de atención al paciente. La atención sanitaria debe centrarse en un enfoque interdisciplinar y contar con recursos complementarios de apoyo psicológico en la atención médica al paciente. Como afirma Snoek (2002), los diabéticos se ven muy beneficiados si se les concede una mayor atención psicosocial como parte del control general de la diabetes.

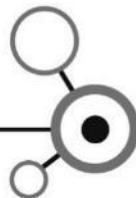
Referencias Bibliográficas

- Aikens, J. E., Wallander, J. L., Bell, D. S. H. & Cole, J. A. 1992, "Daily stress variability, learned resourcefulness, regimen adherence, and metabolic control in type I diabetes mellitus: evaluation of a path model", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol. 60, (1), 113-118.
- Alberti, K. G. 1989, "Diabetic emergencies", *British Medical Bulletin*, 45, (1), 242-263.
- Avedano, M. J. & Barra Almagia, E. 2008, "Autoeficacia, Apoyo Social y Calidad de Vida en Adolescentes con Enfermedades Crónicas", *Terapia Psicológica*, vol. 26, (2), 165-172.
- Bandura, A. 1987, *Pensamiento y acción. Fundamentos Sociales*, Barcelona, Martínez Roca.
- Bandura, A. 1991, "Social cognitive theory of self-regulation", *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, vol. 50, 248-287.
- Bandura, A. 2000, "Health promotion from the perspective of Social Cognitive Theory", En P. Norman, C. Abraham & M. Conner (eds.), *Understanding and changing health and behaviour*, UK, Harwood, 299-339.
- Bandura, A. 2005, "The Primacy of Self-Regulation in Health Promotion", *Applied Psychology: An International Review*, vol. 54, (2), 245-254.
- Bastiaens, H., Sunaert, P., Wens, J., Sabbe, B., Jenkins, L., Nobels, F., Snauwaert, B. & Van Royen, P. 2009, "Supporting diabetes self-management in primary care: pilot-study of a group-based programme focusing on diet and exercise", *Primary Care Diabetes*, vol. 3, 103-109.
- Baum, A., Revenson, T. A. & Singer, J. E. 2001, *Handbook of health psychology*. LEA, New Jersey.
- Boardway, R. H., Delameter, A. M., Tomakowsky, J. & Gutai, J.P. 1993, "Stress management training for adolescents with diabetes", *Journal of Pediatric Psychology*, vol. 18, 29-45.
- Ciberdem 2015, *Prevalencia de la diabetes en España: Estudio di@bet.es*, Dossier de prensa. Centro de Investigación Biomédica en red.
- Chafey, M. I. & Dávila M. 2007, "Psicodiabetes", *Avances en Psicología Latinoamericana*, vol.25, (1), 126-143.

- Chew, B., Shariff-Gazali, S. & Fernandez, A. 2014, "Psychological aspects of diabetes care: effecting behavioral change in patients", *World Journal Diabetes*, vol. 5, (6), 796-808.
- Cohen, S. & Syme, S. (Eds.), 1985, *Social Support and Health*, Londres, Academic Press, DAWN Study, Diabetes Attitudes, Wishes & Needs.
- Demas, P. & Wylie-Rosett, J. 1990, "The Health Belief Model (HBM) re-examined as a guide for intervention: Perceived susceptibility to diabetic complications as a source of stress", *Diabetes*, vol. 39, (1), 9A.
- Fisher, E. B., Delamater, A. M., Bertelson, A. D. & Kirkley, B. G. 1982, "Psychological factors in diabetes and its treatment", *Journal of Consulting Clinical Psychology*, vol. 50, 993-1003.
- Fiske, S.T. & Taylor, S. E. 2013, *Social cognition from brains to culture*, (2nd ed), Sage, Los Angeles.
- Guerrero, J.M., Parra, L. R., & Mendoza, J. C. 2016, "Autoeficacia y calidad de vida en pacientes con diabetes mellitus tipo 2 sometidos a hemodiálisis", *Revista Cubana de Salud Pública*, vol. 42, (2), 193-203.
- Holman, H., & Lorig, K. 1992, "Perceived self-efficacy in self-management of chronic disease". En R. Schwarzer (Ed.), *Self-efficacy: Thought control of action*, Washington DC., Hemisphere, 305–323
- Joost, C., Keersa, E., Blaauwwekelb, E., Marjolein, C. Boumaa, J., Scholten-Jaegersc, S., Sandermana, R. & Links, T. 2004, "Diabetes rehabilitation: development and first results of a Multidisciplinary Intensive Education Program for patients with prolonged self-management difficulties", *Patient Education and Counseling*, vol. 52, 151–157.
- La Greca, A. M., Hurtwitz, B. E., Freeman, C. R., Wick, P., Ireland, S., Agramonte, R. F., Marks, J. B., Schneiderman, N. & Skyler, J. S. 1991, "Autonomic dysfunctional adults with IDDM: Implications for psychological functioning", *Diabetes*, vol. 40, (1), 431A.
- Lloyd, C., Smith, J. & Weinger, K. 2005, "Stress and diabetes: a review of the links", *Diabetes Spectrum*, vol. 18, (2), 121-127.
- Lorig, K., Ritter, P.L. & Jacquez, A. 2005, "Outcomes of border health Spanish/English chronic disease self-management programs", *The Diabetes Educator*, vol.31, (3), 401-409.
- Lorig, K., Sobel, D. S., Ritter, P.L., Laurent, D. & Hobbs, M. 2001, "Effect of a self-management program on patients with chronic disease", *Effective Clinical Practice*, vol. 4, 256-262.
- Maes, S. & Karoly, P. 2005, "Self-regulation assessment and intervention in physical health and illness: A review", *Applied Psychology: An International Review*, vol. 54, (2), 245–277.

- Méndez, F. X. & Meléndez M. 1994, "Variables emocionales implicadas en el control de la diabetes: estrategias de intervención", *Anales de psicología*, vol. 10, (2), 189-198.
- Naessa, S., Eriksena, J., Midthjellb, K. & Tambasc., K. 2004, "Diabetes mellitus and psychological well-being. Change between 1984–1986 and 1995–1997. Results of the Nord-Trøndelag Health Study", *Journal of Diabetes and Its Complications*, vol.18, 141– 147.
- Organización Mundial de la Salud 2003, *Adherence to long-term therapies: evidence for action*, Ginebra.
- Organización Mundial de la Salud 2016, *Informe mundial sobre la diabetes: resumen de orientación*.
- Pozo, C., Alonso, E. & Hernández, S. 2005, *Beliefs and treatment compliance in chronic patients: an extension of the health belief model*, 9th European Congress of Psychology, Granada.
- Pozo, C., Alonso, E. & Hernández, S. 2007, "Diseño de una intervención psicosocial dirigida al incremento de la adherencia al tratamiento en pacientes crónicos", En A. Blanco & J. Rodríguez Marín (coords.), *Intervención Psicosocial*, Madrid, Prentice-Hall, 76-101.
- Roales-Nieto, J. & Ybarra Sagarduy, J. L. 2003, "Guía de tratamientos psicológicos eficaces en diabetes", En Pérez, M., Fernández, J.R., Fernández, C. & Amigo, I. (Eds.) *Guía de tratamientos psicológicos eficaces II. Psicología de la Salud*, Madrid, Pirámide, 215-242.
- Sarcar, U., Fisher, L. & Schillinger, D. 2006, "Is Self-Efficacy Associated With Diabetes Self-Management Across Race/Ethnicity and Health Literacy?", *Diabetes Care*, vol. 29, (4), 823-829.
- Snoek, F. 2002, "Comprender el lado humano de la diabetes", *Diabetes Voice*, vol. 47, 37-48.
- Snoek, F. J., Scholtes, M. & Heine, R. J. 1991, "Prevalence of fear of hypoglycemia in patients with type I diabetes", *Diabetología*, vol. 34, (2), A176.
- Valadez, I., N. Alfaro, G. Centeno & C. Cabrera 2003, "Diseño de un instrumento para evaluar apoyo Familiar al diabético tipo 2", *Investigación en Salud*, vol. 6, (3), (online), disponible en <http://www.cucs.udg.mx/invsalud/diciembre2003/art4.html>.
- Vázquez, M. L., Cruz, F., Laynez, C. Pérez, M. & Godoy, D. 2008, "Impacto del nivel de conocimientos, la fuente de información y la experiencia con la enfermedad sobre las actitudes, creencias, conocimientos y emociones asociadas a la diabetes en un grupo de estudiantes de educación secundaria2, *Apuntes de Psicología*, vol. 26, (3), 479-499.

- Vég, A., Rosenqvist, U. & Sarkadi, A. 2006, "Self-management profiles and metabolic outcomes in type 2 diabetes", *Journal of Advanced Nursing*, vol. 56, (1), 44-54.
- Watkins, K., Connell, C., Fitzgerald, J., Klem, L., Hickey, T. & Ingersooll, B: 2000, "Effect of adults' self-regulation of Diabetes on qualite-of-life outcomes", *Diabetes Care*, vol. 23, 1511-1515.



A estatística, sua história e aplicações

Gilberto Alves Neves
Câmara Municipal do Sal, Cabo Verde
gilbertomrm@hotmail.com

Resumo

Atualmente a Estatística tem-se tornado um instrumento indispensável na vida dos países subdesenvolvidos e desenvolvidos, e vem ganhando espaço a ponto de suplicar a qualquer profissional, empresa e instituição num país em desenvolvimento que lance a mão de seu uso para organizar as informações, analisá-las e tomar decisões baseadas nas técnicas disponíveis de análises descritivas e inferenciais. O uso desta ferramenta não surgiu hoje e nem tão pouco nasceu ontem, mas o seu aparecimento deu-se em tempos antigos com utilidade mesmo antes do nascimento de Cristo. Inicialmente o recenseamento era o principal foco do uso dessa ferramenta, mas as técnicas foram-se aprimorando e os desafios de hoje são outros e interdisciplinares. Este artigo tem por objetivo destacar os principais eventos relacionados com a história da Estatística, antes e depois de Cristo, a nível mundial, de África, e antes e depois da independência de Cabo Verde; bem como, apresentar os vários ramos de sua aplicação e seus desafios futuros.

Palavras-chave: *estatística, história, desafios, aplicações.*

Abstract

Currently the Statistics has coming to be an indispensable tool in the lives of underdeveloped and developed countries, and has been gaining ground and supplicate any professional, company and institution in a developing country to launch the hand of their use to organize information, analyze them and make decisions based on the available techniques of descriptive and inferential analysis. The use of this tool did not come today and nor was born yesterday, but its birth came in ancient times even before the birth of Christ. Initially, the census was the main focus of the use of this tool, but the techniques have been improved and today's challenges are different and interdisciplinary. This article aims to

highlight the main events related to the history of statistics before and after Christ, in the world, in Africa, and before and after the Independence of Cape Verde; as well as presenting the various branches of its application and its future challenges.

Keywords: *statistics, history, challenges, applications.*

Introdução

Para o público leigo e mesmo os recém-formados na área, falar da Estatística se resume a apresentação de tabelas, ilustrações com gráficos, a cálculos dos parâmetros amostrais e quando muito associam-na à previsão de resultados eleitorais. Na realidade esta ferramenta é de utilização mais ampla (Tavares 2007). Dito isto é natural ver que tal instrumento nos permitirá responder algumas questões: como estamos e para onde vamos. Em Cabo Verde a sociedade está familiarizada com algumas práticas de estatística, tais como pesquisas (ex. eleitorais), coletas de dados (ex. sobre o emprego) e descrição de populações (ex. Censos), pois recentemente tem havido uma grande quantidade de dados produzidos, principalmente, pelo Instituto Nacional de Estatística. A importância de se avançar em todas as direções desta ciência é sentida, não somente para a produção de dados, mas também como curiosidade científica, pesquisas e desenvolvimento de novas áreas face aos desafios que se impõe a nível mundial e do Continente Africano. Sendo uma área muito pouco explorada neste continente, onde Cabo Verde faz parte, a verdade é, como dizia o outro “Caminhamos, caminhando”.

A nível do Continente Africano, Cabo Verde tem sido um exemplo na matéria das estatísticas oficiais, campo este que serve e servirá de um grande apoio na implementação da proposta do governo: preparar o País para se integrar no dinamismo que é a economia internacional e estar a altura da competitividade que impera quer ao nível da atração de investimentos quer em termos da prestação de serviços, através de uma “Agenda de Transformação e Mudar para Competir” (Reforma do Estado 2009). Com o fomento ao empreendedorismo, as empresas e instituições não só estarão buscando informações como rodeadas por uma grande quantidade delas, tornando necessário adoptar esta ciência (Estatística) como uma das competências mais importantes para quem precisa tomar decisões, melhorar a qualidade dos serviços e implantar um novo negócio. Segundo (Reis, Melo, Andrade & Calapez, 2001), saber estatística nos permite avaliar os métodos de recolha de informações, os próprios resultados e detetar e rejeitar falsas conclusões.

Moore (como citado em Echeveste, Bittencourt, Bayer & Rocha, 2005) afirma que: “Não podemos escapar dos dados, assim como não podemos evitar o uso de palavras. Tal como palavras os dados não se interpretam a si mesmos, mas devem ser lidos com entendimento. Da mesma maneira que um escritor pode dispor as palavras em argumentos convincentes ou frases sem sentido, assim também os dados podem ser convincentes, enganosos ou simplesmente inócuos. A instrução numérica, a capacidade de acompanhar e compreender argumentos baseados em dados, é importante para qualquer um de nós. O estudo da estatística é parte essencial de uma formação sólida.” (p.104).

A estatística tem sido usada nos hospitais e centros de saúde, nas escolas e em várias outras instituições em qualquer Estado e com diferentes níveis de aplicações. Em trabalhos acadêmicos e em meios de comunicação também é visível o seu uso. Com o avanço da tecnologia e com a disposição dos decisores em apoderar-se deste instrumento, ela tornará mais acessível aos seus usuários leigos ou profissionais, acadêmicos ou não. Entretanto a ética e o profissionalismo nesta área é um aspeto que deverá ser levada, literalmente, a sério, pois o uso erróneo dos dados poderá levar ao descrédito desta ferramenta, dificultando o avanço de qualidade numa era de globalização e competitividade. Outra vertente, referindo-se a (Ghiraldi & Maria Marcone de Araújo 2009), passa por ensinar as crianças os conceitos da estatística em forma prática e com informações do quotidiano de forma a fortalecer nelas a sua cidadania e o desenvolvimento da sociedade.

A importância desta ciência, em destaque, para um País em desenvolvimento, como Cabo Verde, pode ser entendida através do conhecimento de alguns fatos históricos que marcaram e tem marcado o avanço da estatística no mundo e no Continente Africano, dos vários ramos de sua atuação e seus desafios numa era de globalização e competitividade; sendo esses os objetivos deste artigo.

O que é a Estatística

A palavra Estatística surgiu em 1752 pelo alemão Gottfried Achenwall (Ghiraldi & Maria Marcone de Araújo 2009) e é derivada da palavra latina *status*, ou do grego *statizen* que significa “estado” (Filho 2002); ou seja o estado estudava, através da coleta, os dados sobre assuntos a ele relacionado, tais como população e economia, com vista a conhecerem suas nações e construir programas de governo (Echeveste *et al.* 2005). Na Inglaterra, no século XVII, a estatística era a “Aritmética do Estado”, onde era considerado, para análise, os registos de nascimento e mortes; o que originou, posteriormente, nas primeiras

tábuas de mortalidade. Para Kautilya, autor do tratado de recenseamento na Índia Antiga, o Estado deve dirigir e controlar tudo, e isto é feito recorrendo aos recenseamentos, à estatística e ao cadastro (Ferreira, Tavares & Turkman 2001). Talvez uma das definições da estatística para kautilya é expressa nas suas próprias palavras “Tudo o que for feito terá que ser conhecido: do efectivo da população até o número de elefantes, passando pelas matérias-primas, os produtos fabricados, os preços e os salários”. (Ferreira *et al.* 2001, p.11). Outros a definam como um instrumento de adivinhação por causa do uso do *lado B* (estatística inferencial), mas segundo (Reis *et al.* 2001), “os métodos estatísticos de previsão não permitem adivinhar com uma precisão absoluta os acontecimentos futuros, mas permitem medir as variações actuais e estabelecer os cenários futuros mais prováveis, diminuindo, de algum modo, a incerteza inerente a esses acontecimentos futuros” (p.18).

Muitas são as definições que no fundo transmitem o mesmo significado e que podem ser resumidas em uma única e básica, como, por exemplo, “uma coleção de métodos para planejar experimentos, obter dados e organizá-los, resumi-los, analisá-los, interpretá-los e deles extrair conclusões.” (Filho 2002, p.11). Outras definições corriqueiras como “é a arte de mentir” deriva-se dos abusos que ocorrem com a estatística por aqueles que ignoram os objetivos, o campo e o rigor do método; ignoram a sua teoria e sua aplicação prática ou a conhecem superficialmente levando principalmente aos leigos e estudantes a crerem na sua infalibilidade ou a afirmar que as conclusões derivado nada prova. Assim, poder-se-ia concordar com o escritor escocês, *Andrew lang*, que disse que muitas pessoas que usam a estatística são “como um bêbado que utiliza um poste de iluminação – para servir de apoio e não para iluminar”. Derivado disto, o estadista *Benjamin Disraeli* disse “ há três tipos de mentira: as mentiras, as mentiras sérias e a estatística.” (Filho 2002. P.11). Existe um fundo de verdade nesta afirmação, segundo (Reis *et al.* 2001), pois “é fácil distorcer e manipular resultados e conclusões e enganar alguém não- (in) formado” (p.17).

A história da Estatística

A estatística pelo mundo

Para Schlozer (como citado em Echeveste *et al.* 2005) “A Estatística não é senão a História em repouso; a História não é senão a Estatística em movimento” (p. 105).

A história da estatística começa nos tempos antigos e mesmo antes de Cristo. Derivado do avanço tecnológico, do mundo globalizado e da procura

desenfreada na busca pela qualidade e na tentativa de tentar prever o futuro, se pensa que a estatística é uma ferramenta inventada por homens do século 20. Mas a história nos apresenta fatos de que a estatística era uma prática dos nossos ancestrais para prever, preparar para situações de guerra, períodos de fome, alianças políticas ou negócios de Estado (Melo da Silva & Bayer 2007); para conhecer a sua população, tanto a nível económico como social (Ferreira *et al.* 2001).

Fatos, como contar, enumerar e recensear, que ocorreram nas civilizações antigas como: a Grécia, Roma, Egipto, Israel, Índia, Japão e China, são evidências da importância incontestável desse instrumento. Alguns marcos importantes são apresentados no quadro 1.

Provavelmente o ato de recensear era uma área da estatística com mais relevância, chegando ao ponto de se elaborar um tratado de recenseamento na Índia Antiga. Este tratado de nome *Arthasástra*, que significa, basicamente, a ciência do progresso, foi redigido pelo hindu Kautilya, ministro do Rei Candragupta (313-289 a.C), fundador da dinastia e do primeiro império indiano – os Maurya. Segundo este tratado o império Maurya, descrita como centralizador e expansionista, poderia com mais eficácia executar o seu rol de previsões e de racionalizações (Ferreira *et al.* 2001).

Quadro 1: Fatos históricos do uso da estatística antes de Cristo (a.C)

Data	Descrição
5000 a.C.	Registos dos Egípcios presos na guerra. *
3000 a.C.	Registos egípcios da falta de mão-de-obra relacionada a construção de pirâmides. *
2900 a.C.	Um registo de Pierre de Palerme faz alusão ao recenseamento de pessoas no Egipto.
2700 – 2500 a.C.	Já existiam recenseamentos bianuais e depois anuais, sobre os diferentes bens com fins para fiscalização.
2238 a.C.	O Imperador da China Yao, ordenou que fosse feito o primeiro recenseamento com fins agrícolas e comerciais. *
1200 a.C.	Por esta altura já aparecem as listas das casas, dos chefes de família e seus parentes, com a indicação do nome do pai e da mãe de cada ocupante.

750 a.C.	O recenseamento em Roma.
600 a.C.	No Egito, todos os indivíduos tinham que declarar todos os anos ao governo de sua província a sua profissão e suas fontes de rendimento*
86 a.C.	Os censos começam no Japão.

Fonte: Echeveste *et al.*(2005); *Ação Local de Estatística Aplicada (ALEA, 2015)

Outro relato da aplicação estatística a nível de recenseamento se encontra nas Escrituras Sagradas em que Deus pede a Moisés que realize um censo de toda a congregação dos filhos de Israel da idade de vinte anos para cima e capazes de sair à guerra (Números 1:1 – 46).

Segundo Bedarida (como citado em Ferreira *et al.* 2001), o livro “Pour une Histoire de la Statistique” refere-se que a atitude dos hebreus face aos censos contribuiu, em grande medida, para modelar a opinião ocidental por quase 2000 anos.

Outro fato histórico antes de Cristo aparece em Israel onde o imperador César Augusto deu ordens para que todos fossem recenseados, cada um à sua própria cidade. Dessa ordem resultou a ida de José e Maria (grávida na altura) à Cidade de Belém, onde Jesus acabara por nascer dando assim a nova contagem de dias e anos (por ex. ano 1 d.C). Lucas 2:1 – 7.

Depois do nascimento de Cristo, a estatística continuou a fazer história. E um dos territórios onde ela atuou, principalmente com relação aos censos, foi no império Chinês, de acordo com os fatos listados a seguir: na época da dinastia dos Han (200 a.C – 200 d.C), os recenseamentos estavam ligados ao recrutamento de soldados para as guerras e para o trabalho público; a partir de 221 d.C, os recenseamentos estavam ligados a distribuição de terras; a partir de 960 d.C o objetivo principal do recenseamento era a fiscalização. Na época de Ming, a partir de 1368 d.C, o recenseamento era visto como ele mesmo chamou “admirável máquina”, pois consistia em registrar nome, profissão, o sexo e a idade da população. Em 1975 criou-se o sistema *pão-chia* em que era exigido a afixação de um cartaz em todas as casas indicando o número de elementos no agregado familiar, o sexo, a idade, a profissão e o montante dos seus tributos. Com isto foi criada séries demográficas (Ferreira *et al.* 2001).

Outras datas importantes são listadas no quadro 2, abaixo:

Quadro 2: Fatos históricos sobre a estatística depois de Cristo (d.C)

Data	Descrição
620 d.C.	Surgia em Constantinopla o primeiro Bureau de estatística. *
1260 – 1279 d.C.	Rol de besteiros do Conto, de D.Afonso III.
1421 – 1422 d.C.	Rol de besteiros do Conto, de João III
1527 d.C.	Numeramento ou Cadastro Geral do Reino, de D.João III
1545 – 1563 d.C.	No Concílio de Trento, a igreja católica romana reconhece a importância de registrar os batismos, casamentos e óbitos.
1639 d.C.	Resenha de Gente de Guerra, D. Filipe III
1654 d.C.	Blaise Pascal e Pierre de Fermat estabelecem os princípios do cálculo de probabilidades e Christian Huygens introduz a noção de valor médio ou esperança matemática. *

Fonte: Echeveste *et al.* (2005); *ALEA (2015)

Uma nova fase da estatística surge com as probabilidades, onde se começa a fazer inferência estatística, ou seja, a partir de uma análise descritiva dos dados amostrais se imaginam proposições mais gerais e que expressem a existência de leis na população donde foi retirada a amostra (Ferreira *et al.* 2001). Pascal já havia previsto que a “aliança do rigor geométrico” com a “incerteza do azar” daria lugar a uma nova ciência, e assim três anos depois desta declaração Christiaan Huygens publica “De Raciociniis in Ludo Aleae”, considerado o primeiro livro sobre o Cálculo de Probabilidades; uma área que, segundo alguns autores, teve origem com a contribuição de Luca Pacioli, Girolamo Cardano, Nicolo Fontana Tartaglia e Galileo Galilei, segundo a Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS 2015). De realçar que a primeira tentativa de matematização da inferência estatística começa com o reverendo Thomas Bayes.

Segundo Berlinghoff (como citado em Melo da Silva & Bayer 2007) o ano de 1662 marcou o início da estatística moderna. Neste ano o inglês John Graunt publicou um panfleto com o título *Natural and Political Observation Made Upon Bills os Mortality* (Observações Naturais e Políticas feitas sobre as Taxas de Mortalidade). Este trabalho deu um grande impulso à análise quantitativa dos fenômenos sociais e ao desenvolvimento das estatísticas demográficas sendo o primeiro tratamento estatístico de dados demográficos e a tentativa de aplicar a teoria há problemas reais. Graunt fez uma análise exaustiva do número de pessoas que morriam de várias doenças e estimou o número de nascimentos de homens e mulheres. Foi a primeira pessoa a fazer observações entre os sexos, demonstrando que nasciam mais homens que mulheres e que por cada 100 pessoas, 36 morriam aos 6 anos e 7 sobreviviam até aos 70 anos. A importância

do trabalho foi tal que John Graunt foi convidado pelo Rei da Inglaterra, Carlos III, para ser sócio fundador da Royal Society, de acordo com Seneta & Heyde (como citado em ALEA 2015). Mas é a partir da segunda década do século XIX que dá a explosão no desenvolvimento da estatística moderna, tendo como principal responsável, Ronald A. Fisher, para além de outros nomes importantes como o matemático britânico Karl Pearson (ALEA 2015). Os alemães Helmert e Wilhelm Lexis, o dinamarquês Thorvald Nicolai Thiele e o inglês Francis Ysidro Edgeworth também deram valiosas contribuições para o desenvolvimento da inferência estatística, antes do impulso decisivo por parte de Pearson, Gosset e Fischer (UFRGS 2015).

Quadro 3: Fatos históricos após o início da estatística moderna

Data	Descrição
1662 d.C.	Início da estatística moderna com o inglês John Graunt.
1708 d.C.	Criou-se o primeiro curso de estatística, na Universidade de IENA – Alemanha. ¹
Séc.17 d. C	Nasce, em França, os jogos e o primeiro grande problema de probabilidades proposto pelo Cavaleiro de Meré a Pascal.
1718 d.C.	Nasce a obra sobre a teoria do acaso pelo Abraham De Moivre .
1721 d.C.	Procedeu-se ao primeiro recenseamento geral no Japão.
1741 d.C.	O Pastor alemão John Peter Sussmilch, em sua obra “A ordem divina nas mutações do “gênero humano”, procurou demonstrar que o número de nascimentos e óbitos obedecia a certa ordem divina” regular, que regia as manifestações naturais; ou seja relação causa e efeito. *
1752 d.C.	Surge a palavra <i>Estatística</i> pelo alemão Gottfried Achenwall. ¹
1762 d.C.	Nasce a regra de Bayes pelo Thomas Bayes, que demonstra que a partir das observações é possível saber alguma coisa relativamente ao universo.
1797 d.C.	Na Enciclopédia Britânica aparece o verbete “Statistics”. **
Séc.18 d.C.	Nos finais deste século surge as primeiras aplicações sociais da Estatística pelo Marquês de Condorcet.
1809 d.C.	Com o estudo intitulado “Theoria Combinationis Observatorium Erroribus Minimis Obnoxia”, Gauss alarga o campo de aplicação do Cálculo de Probabilidade a qualquer ramo da ciência. **
1810 d.C.	Denis Poisson descobre a forma limitada da distribuição binomial, que posteriormente viria a receber o seu nome -Distribuição de Poisson.
1812 d.C.	É publicado o tratado “Teoria Analítica das Probabilidades” pelo matemático francês Pierre Simon Laplace, considerado como um grande marco na Teoria das Probabilidades. Neste tratado Laplace enuncia a definição clássica de probabilidade.

1846 d.C.	Adolph Quételet propôs a organização de censos e preparou a organização do grande serviço belga de Estatística.
1853 d.C.	Realiza-se o primeiro congresso de estatística em Bruxelas. Organizado pelo belga Adolph Quételet.
1885 d.C.	É fundada, formalmente, o Instituto Internacional de Estatística, durante uma reunião realizada para celebrar o Jubileu do Statistical Society de Londres. ²
1925 d.C.	Fisher publica o livro “Statistical Methods for Research Workers”, que veio familiarizar os investigadores com as aplicações práticas dos métodos estatísticos e criar a mentalidade estatística entre a nova geração de cientistas. **
1933 d.C.	Os grandes problemas da Teoria das Probabilidades foram resolvidos de maneira completa, metódica e sistemática por Kolmogorov.
1947 d.C.	É constituída a Comissão de Estatística das Nações Unidas.***
1948 d.C.	Ocorreu a primeira mesa redonda sobre o ensino de estatística. ¹
1970 d.C.	Surge, na primeira conferência do <i>Comprehensive School Mathematics Program</i> , a ideia de acrescentar a estatística no ensino da matemática nas escolas. Foi proposto que fossem inseridas noções de estatística e probabilidade no currículo da matemática, desde o ensino secundário. ¹
1976 d.C.	Algumas proposições foram estabelecidas para a pesquisa na área de educação estatística. ¹

Fonte: ¹Echeveste *et al.* (2005); ²ISI ALEA; *Filho (2002); **UFRGS; ***UNRIC.

Quadro 4: Fatos históricos da estatística mais recentes.

Data	Descrição
1985	O Instituto Internacional de Estatística (IIE) adotou o Código de Ética Profissional, durante a sua 45ª Sessão, no mês de Agosto.**
1994	A Comissão das Nações Unidas para a Estatística adotou, em Abril, a resolução relativa aos princípios fundamentais da estatística oficial.**
1999	A Comissão das Nações Unidas para a Estatística adotou, durante a sua sessão no mês de Março, as Boas Práticas na Cooperação Técnica em matéria de estatística.**
2006	Em 24 de Julho, o Conselho Económico e Social aprovou a resolução “Fortalecimento da capacidade estatística”, onde apelou a que houvesse apoio ao fomento e fortalecimento da capacidade estatística, principalmente aos países em desenvolvimento.*
2010	Em Fevereiro, a Comissão de Estatísticas das Nações Unidas adotou uma estratégia mundial para a melhoria das estatísticas agrícolas e rurais, a fim de guiar as análises de políticas e a tomada de decisão no Século XXI. Em 3 de Junho a Assembleia Geral aprovou o Dia 20 de Outubro como sendo o dia Mundial da Estatística, depois de uma proposta feita pela

	Comissão de Estatística das Nações Unidas na sua 45ª Sessão. A sua primeira comemoração teve como lema: “Celebrando os muitos avanços das Estatísticas Oficiais.” O dia será comemorado de 5 em 5 anos.*
2011	Deu-se início a implementação da estratégia mundial para a melhoria das estatísticas agrícolas e rurais.*
2014	Em 29 de Janeiro, a Assembleia Geral das Nações Unidas subscreveu os Princípios Fundamentais das Estatísticas Oficiais, como um marco na codificação e promoção dos valores básicos das estatísticas oficiais.
2015	Em 5 de Março, na 46ª Sessão da comissão de Estatística das Nações Unidas (CENU) foi aprovada a criação do Grupo Praia em Estatísticas de Governança, em que Praia (Cabo Verde) passa a ser, até 2020, o centro das discussões mundiais ao nível das estatísticas de Governança.

Fonte: INE (2011, 2015); * UN (2011, 2015); ** AUstat.

Inicialmente a estatística era apenas descritiva, vista como uma mera compilação de dados, apresentação em tabelas e cálculos de algumas estatísticas simples como a média; ficando as conclusões a mercê de decisões intuitivas. Assim na segunda metade do século XIX se dá uma viragem da Estatística descritiva ou Gráfica para o estudo metodológico, o qual se iniciou a partir do primeiro congresso em Bruxelas. Nesta altura os trabalhos dos matemáticos Karl Pearson, Francis Galton, “student”, Lexis, Von Bortkiewicz, entre outros, contribuem no lançamento dos fundamentos da estatística moderna, na procura dos métodos ótimos da inferência, no estudo do comportamento indutivo, no rigor da comparação indutiva e vaga; abraçado por Ronald A. Fisher, Neyman e Wald (Ferreira *et al.* 2001).

Se considerarmos a estatística como uma moeda diríamos que a estatística descritiva é um dos lados, a *cara*, e a estatística inferencial a *coroa*, ou vice-versa. Segundo (Ferreira *et al.* 2001), a inferência estatística é uma fase fundamental da análise estatística onde conhecidas certas propriedades, a partir da amostra, se consegue exprimir leis existentes na população. Para (Reis *et al.* 2001), a inferência permite testar se determinadas hipóteses sobre as características desconhecidas da população são plausíveis.

A inferência estatística foi aplicada no estudo da hereditariedade humana, onde se atribuiu à J.Neyman e Karl Pearson a paternidade. Os estudos estavam associados a questões relacionadas com a Biologia e a Genética e neles foram criados os métodos como *teste de hipótese* e *nível de significância* que até hoje fazem parte do dia-a-dia de todos os que utilizam a estatística (Ferreira *et al.* 2001).

A estatística em África – Fatos históricos

Vários são os desafios que se apresenta ao Continente Africano com relação ao desenvolvimento económico e social, incluindo os Objetivos de Desenvolvimento do Milénio (ODM). Neste contexto as estatísticas são cruciais e muito se vem fazendo em prol da sua divulgação, importância e desenvolvimento em África.

O quadro 5 apresenta alguns fatos históricos importantes que tem vindo a contribuir significativamente para o desenvolvimento do sistema estatístico africano.

Quadro 5: Fatos históricos da estatística em África

Data	Descrição
1970	Surge uma iniciativa estatística mundial denominada PCI (Programa de Comparação Internacional) para a África, com a finalidade de produzir níveis de preços e de despesas comparáveis internacionalmente entre os países dos PIB e os sub-agregados em termos reais.*
1990	Foi escolhido, em Maio, o Dia Africano de Estatística, na 16ª Sessão da Conferência da Comissão Económica das Nações Unidas dos Ministros Africano encarregado de Planeamento e Desenvolvimento Económico. O dia foi estabelecido para 18 de Novembro.
2006	É lançado o primeiro Simpósio Africano sobre o Desenvolvimento da Estatística e que será realizado uma vez por ano, alternadamente em um país africano. O objectivo é ter um fórum de debate sobre os desafios que os países enfrentam no desenvolvimento da estatística, numa base continental.*
2007	É estabelecida a Comissão Africana de Estatística (ComStat-África).** O Conselho Executivo da União Africana adopta, em Janeiro, em Adis Abeba, a elaboração da Carta Africana de Estatística.**
2009	Adotada a Carta Africana de Estatística pela Conferência dos Chefes de Estado e de Governo, durante a 12ª Sessão Ordinária, realizada em Adis Abeba, Etiópia, a 4 de Fevereiro.*
2010	Nos dias 13 e 14 de Agosto, em Adis Abeba, ocorreu a primeira Conferência dos Ministros Africanos responsáveis pelo registo de dados do estado civil, onde se declarou a importância de se reformar e melhorar os sistemas de registos e das estatísticas dos fatos do estado civil em África.* Em Janeiro, a Comissão Estatística para a África (ComStat-África) aprovou o Grupo Africano para a Formação Estatística e Recursos Humanos (AGROST) para coordenar todas as atividades e iniciativas relativas à formação estatística no Continente. Em Julho foi adotada, pelos Chefes de Estado e de Governo, a Estratégia para Harmonização das Estatísticas em África (SHaSA).***

2012	A decisão de criar um Centro Africano de Formação Estatística foi tomada na Assembleia da União Africana em Julho.*
-------------	---

Fonte: * UN (2011, 2015); **Austat; ***CUA (2011).

A estatística em Cabo Verde – Fatos históricos

A estatística é vista pelo Instituto Nacional de Estatística de Cabo Verde (INECV 2015) como sendo “um bem incontornável” no processo de construir a história de um país servindo como referência do momento de partida e do caminho trilhado, e servindo de base para a gestão das políticas públicas.

Na construção dessa história, a estatística tem vindo a beneficiar de alguns passos significativos e dignos de registo (ver quadro 6), pois um Estado de Direito Democrático, como Cabo Verde, sente a necessidade de conhecer a realidade em que se governa para poder implementar políticas de acordo com o perfil dos governados.

Neste contexto a aposta na estatística tem o seu mérito e é um grande suporte para que o País continue a desenvolver.

Quadro 6: Fatos históricos da estatística em Cabo Verde antes (a.I) e depois da independência (d.I)

Data	Descrição
1960 a.I	Primeiro Recenseamento Geral da População. ¹
1968 a.I	Os Serviços de Estatística de Cabo Verde passaram a ser integrados no Instituto Nacional de Estatística de Portugal, pelo despacho do Ministro do Ultramar a 6 de Dezembro.
1975 a.I	É aprovada a estruturação administrativa de Cabo Verde pelo Decreto-Lei nº4/75, de 23 de Junho, que extinguiu a Repartição Provincial de Estatística e criou o Serviço Nacional de Estatística no Ministério da Economia, sendo chefiada pelo Dr. Edgard Chrysostome Pinto.
1980 d.I	Primeiro Recenseamento Geral da População e Habitação. ²
1985 d.I	É criado o primeiro verdadeiro Sistema Estatístico Nacional pela Lei nº 53/II/85, de 10 de Janeiro, regulamentada pelo Decreto nº 165/85, de 30 de Dezembro, que criou a Direcção-Geral de Estatística.
1996 d.I	É aprovada a nova Lei do Sistema Estatístico Nacional, Lei nº 15/V/96, de 11 de Novembro, alterada pela Lei nº 93/V/99, de 22 de Março, tendo sido criado o Instituto Nacional de Estatística pelo Decreto-Lei nº 49/96, de 23 de Dezembro.
1998 d.I	É realizado o primeiro Recenseamento empresarial. ³

Fonte: INECV (2012); ¹Embaixada de Cabo Verde em Lisboa (2011); ²UNESCO (2002); ³PANA (2013).

Quadro 7: Fatos históricos da estatística em Cabo Verde antes (a.I) e depois da independência (d.I). Cont.

Data	Descrição
2002 d.I	Arranca o primeiro bacharelato em Matemática Aplicada – Ramo Estatística, pelo Instituto Superior de Educação e Ciências do Mar (ISECMAR), em São Vicente.
2007/2008 d.I	Arranca a primeira licenciatura em Estatística e Gestão de Informação, na Universidade de Cabo Verde (UNICV), na Cidade da Praia, ano letivo 2007/2008.
2010 d.I	É aprovado o regulamento de aplicação do princípio do segredo estatístico, através da resolução nº 7/CNEST/10, de 11 de Maio; e o Código de Ética dos profissionais de estatísticas oficiais, através da resolução nº 8/CNEST/10, de 11 de Maio. *
2012 d.I	O Governo aprova: os Estatutos do Concelho Nacional de Estatística, Decreto-Lei nº 2/2012, de 17 de Fevereiro; Regulamento da realização de inquéritos por Entidades Públicas, Decreto-Lei nº 3/2012, de 17 de Fevereiro. *

Fonte: *INECV (2012); Outras fontes.

A necessidade e aplicação da Estatística

A necessidade passa pelo conhecer, saber e aplicar. Para (Ghiraldi & Maria Marcone de Araújo 2009) “O conhecimento da estatística é um dos meios para resolver problemas que exigem análises e interpretações” (p.3). A necessidade de saber deriva-se do fato de sermos cidadãos deste planeta (Reis *et al.* 2001). A necessidade de aplicar advém do fato de sermos profissionais, o que requer a utilização dos métodos estatísticos de recolha, análise e interpretação de dados.

A utilização da estatística nas ciências sociais, políticas, económicas, biológicas, físicas, de engenharia, etc., já é bem conhecida e as técnicas de amostragem e de inferência tem sido um dos principais instrumentos do método científico (Reis *et al.* 2001). Hoje a estatística se configura como uma das ciências que mais vem crescendo pela sua utilidade e importância e tem tornado uma necessidade prática vista nos relatórios da saúde, educação segurança, etc. O uso da linguagem estatística é uma necessidade que exige dos profissionais conhecimentos e competências para entender os números e produzir relatórios, tabelas, gráficos, diagramas e fluxogramas.

A estatística é aplicada, e encontra lugar, em todos os campos de atividade humana. Por exemplo, foi no setor agrícola que Fisher, analisando os

dados em seu emprego na Estação Agrária Experimental de Rothamstead, desenvolveu métodos de análise estatística que lhe permitiu melhorar a produtividade e aumentar a eficácia na produção (Ferreira *et al.* 2001).

Segundo (Reis *et al.* 2001), nas áreas económicas e de gestão de empresas, a estatística pode ser utilizada: para descrever e compreender relações entre diferentes características de uma população, tomar decisões mais acertadas e fazer face a mudança; numa instituição bancária, o uso dos métodos estatísticos adequados, pode servir para identificar as características socioeconómicas daqueles que considera serem bons clientes, permitindo-lhe, no futuro, rejeitar pedidos de crédito por parte de potenciais clientes, cujas características mais se afastam das anteriores; na gestão das empresas, a estatística fornece aos gestores instrumentos para que as decisões possam ser tomadas com alguma confiança e não baseadas apenas na intuição ou no *eu acho*, mesmo quando a quantidade de informação disponível é pequena e esteja associada a um elevado grau de incerteza; no planeamento a estatística ajuda a fazer face a mudança, pois tomar decisões e planejar requer o apoio de uma análise cuidada da situação presente e numa previsão realista do que poderá acontecer no futuro.

Também a estatística é aplicada a nível do estado, pois este sente a necessidade de conhecer a população, por exemplo através de recenseamentos, para tomar decisões a nível governamental; nos serviços de meteorologia a sua aplicação torna-se necessária para a navegação aérea e marítima; na medicina é aplicada para prever determinadas doenças e os efeitos que um determinado medicamento possa produzir em certos doentes; na engenharia a sua aplicação é voltada mais a nível do controlo de qualidade, por exemplo, na obtenção da percentagem de peças defeituosas que uma máquina possa produzir (Ferreira *et al.* 2001).

Para Lopes (como citado em Echeveste, Rocha, Bayer & Bittencourt 2003) a escola é uma outra morada das aplicações estatísticas, pois: “O ensino da Estatística na escola é justificado como ferramenta que auxilia o aluno a responder perguntas como: “quantos?”, “quando?”, “como?”, “em que medida?” e “onde?”, as quais possibilitam uma compreensão do mundo em transformação em que este aluno vive. “(p.2)

Na agricultura a estatística tem o papel de fornecer, nomeadamente: informações sobre colheitas, rendimento das terras e valores da produção; na geografia, as conclusões sobre, por exemplo, as densidades demográficas, correntes migratórias e clima advêm de estudos estatísticos; na informática, uma

das aplicações estatísticas, se prende na avaliação de desempenho de redes de computadores; na inteligência artificial a sua aplicação vai para as redes neurais, artificiais e mineração de dados; na história e literatura a estatística estuda a extensão dos períodos, coincidências, pontuações e estilos, etc. (Filho 2002).

Desafios futuros desta ciência

Segundo Ottaviani (como citado em Echeveste et al. 2005): “Existe a necessidade da difusão da estatística não só como uma técnica para tratamento de dados quantitativos, mas também como uma cultura, em termos de capacidade de compreender a abstracção lógica que o estudo quantitativo torna possível dos fenómenos colectivos.” (p.107)

Neste contexto surge um desafio que se inicia na preparação dos professores das escolas do ensino básico e secundário para o ensino de estatística (Echeveste *et al.* 2005). Como dizia o outro “é de pequeno que se torce o pepino”.

Em África a estatística tem sido debatida, pois é visto nela um instrumento indispensável para medir o nível de governança, paz e segurança para “uma nova agenda de desenvolvimento”. Assim, trabalhar no melhoramento dos métodos de coleta de dados para garantir uma melhor medição desses índices de desenvolvimento, é um desafio, na visão da representante do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento em Cabo Verde (PNUD 2014).

Numa era de globalização, as economias e as sociedades encontram-se cada vez mais interdependentes o que coloca aos organismos de produção estatística desafios de medição a nível internacional para melhor refletir a realidade atual do processo de produção, comercialização e da mobilidade de fatores. Outros desafios podem ser colocados em jeito de perguntas: Como os sistemas estatísticos nacionais podem responder aos desafios crescentes e ajudar a medir a intensidade da globalização? Como a produção estatística poderá contribuir para que as políticas e reformas económicas possam beneficiar mais da globalização? Segundo o Instituto Nacional de Estatística de Portugal (INE 2011).

Considerando que a informação estatística é indispensável para a integração e o desenvolvimento sustentável do continente africano, a necessidade do reforço da coordenação das atividades estatísticas torna um desafio.

No campo de pesquisa alguns desafios se destacam: redução e compressão de dados, escala de dados, análise multivariada, *machine learning* e redes neurais, modelos flexíveis, análise bayesiana, estimação viciada, dados correlacionados, meio-termo entre prova analítica e experimentação computacional, bem como os próprios métodos computacionais, segundo a Universidade Federal de São Carlos (UFSCar 2006).

Outros desafios surgem nas ciências biológicas e naturais, como por exemplo: a análise de sequência biomolecular e genomas, epidemiologia genética, mapeamento genético, análise de sobrevivência, poluição atmosférica, climatologia, tamanho de populações de espécies, oceanografia, sismologia, etc. (UFSCar 2006).

Nas ciências sociais e prestação de serviços são outros desafios: metodologias de levantamento de informações, manuseio de grandes bases de dados, modelagem envolvendo dados correlacionados e mineração de dados (UFSCar 2006).

Mais desafios surgem na área tecnológica industrial e de engenharia: conjuntos massivos de dados com estrutura complexa, confiabilidade e segurança, engenharia de *software* e controle de qualidade (UFSCar 2006).

Na área econômica, os desafios se prendem com as metodologias precisas envolvendo previsão (UFSCar 2006).

Considerações Finais

Vários foram as contribuições e muitos são os passos dados e decisões tomadas, fazendo com que a estatística desenvolvesse como ciência seguindo a tendência natural do mundo moderno e globalizado. É neste mundo que a competitividade tem tornado um desafio, principalmente, para os países em desenvolvimento, como Cabo Verde; a busca de tecnologias e de mercados cria a necessidade de obtenção de informações, armazenamento e disseminação impondo o esforço para o desenvolvimento de novas técnicas e metodologias. O Continente Africano não se encontra fora deste mundo globalizado e nem tão pouco ausente dos desafios que hoje a estatística se impõe.

Qualquer continente, país ou Cabo Verde, precisa continuar com os olhos levantados para cima e engajados na busca pela melhoria, não somente, das estatísticas oficiais, como, também, pela divulgação da estatística como ciência em todos os átrios da sociedade e principalmente nas escolas.

A estatística deve ser vista como um instrumento de uso presente e futuro, não se esquecendo de suas origens e nem dos seus pioneiros. Sendo certo que podemos desenvolver um continente, um país ou uma região e mesmo um indivíduo com o uso das estatísticas, também é verdade que se não a trouxermos lado a lado das crianças, o amanhã poderá não vir com alegria e o desenvolvimento pela paz ficará sendo apenas um sonho de um peregrino. O ensino da estatística deverá ser efetivada em larga escala, com metodologias próprias e com professores devidamente capacitados para desabrochar, naqueles que são o futuro de amanhã, aqueles que tornarão os sonhos em realidade, suas capacidades de pensamento crítico, suas habilidades de organização, análise e tomada de decisões.

A nível mundial, um dos grandes desafios para a estatística atual está na capacidade de adaptação para atender às necessidades de manipulação e análise de conjuntos de dados muito grandes e complexos.

Muitos são os desafios envoltos a estatística e esses terão o sucesso desejado se algumas necessidades de infraestrutura – investimento em pesquisas, recursos computacionais e disponibilidade de profissionais competentes – forem satisfeitas (UFSCar 2006).

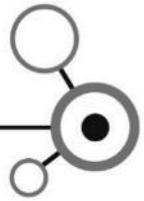
Quer para “a agenda de transformação”, quer para “uma nova agenda de desenvolvimento”, a estatística, numa definição alternativa, num mundo globalizado e competitivo, é o *el dorado*, é o tesouro achado, é a porta aberta, é o ar que todos, indivíduos, empresas, instituições e Estados, devem respirar para que o desenvolvimento individual e coletivo seja mais do que um sonho e mais do que uma realidade vista por espelho em enigmas.

Referências Bibliográficas

- Acção Local de Estatística Aplicada. 2015, *Nomes e datas em Estatística. Factos históricos*. Recuperado de <http://www.alea.pt/html/nomesEdatas/swf/factos.asp>
- Agência de Notícias PanAfrican. 2013, *Cabo Verde regista aumento de 11% no número de empresas*. Recuperado de <http://www.panapress.com/Cabo-Verde-regista-aumento-de-11-no-numero-de-empresas---13-884196-0-lang3-index.html>.
- Centro Regional de Informação das Nações Unidas. 2010, *Mensagem do Secretário-Geral da ONU – Dia Mundial da Estatística*. Recuperado de <http://www.unric.org/pt/actualidade/29602-mensagem-do-secretario-geral-da-onu-dia-mundial-da-estatistica>.

- Echeveste, S., Bittencourt, H., Bayer, A., & Rocha, J. 2005, Educação estatística: perspectivas e desafios. *Acta Scientiae*, 7 (1), 103-109.
- Echeveste, S., Rocha, J., Bayer, A., & Bittencourt, H. 2003, *Estatística Divertida: Trabalho com Gráficos na Escola*. Recuperado de http://www.exatas.net/artigo_ciem1.pdf.
- Embaixada de Cabo Verde em Lisboa. 2011, *Notícias – Cabo Verde: População de Cabo Verde mais do que duplicou em 50 anos*. Recuperado de http://www.embcv.pt/lista_conteudos_sub.asp?idcont=1262&idarea=4&idsub=786.
- Ferreira, M., Tavares, I., & Turkman, A. 2001, *Dossiers Didáticos. VI - Notas sobre a História da Estatística*. Recuperado de <http://www.alea.pt/html/statofic/html/dossier/doc/Dossier6.PDF>.
- Filho, J. 2002, *Estatística “I”*. Recuperado de https://social.stoa.usp.br/articles/0015/5698/ESTATA_STICA__Apostila_Estatistica_I.pdf
- Ghiraldi, J., Araújo, A. 2009, O Professor PDE e os desafios da escola Pública Paranaense. A Estatística Como Fonte de Informação e Comunicação no Ensino Fundamental. *Cadernos PDE*. Recuperado de http://www.diaadiaeducacao.pr.gov.br/portals/cadernospde/pdebusca/producao_pde/2009_uem_matematica_artigo_jair_ghiraldi.pdf.
- Instituto Nacional de Estatística de Cabo Verde. 2015, *40 Anos de Independência; 40 Anos a informar por um Cabo Verde Próspero*. Recuperado de <http://www.ine.cv/publicacoes/field.aspx?t=40+ANOS+DE+INDEPEND%C3%8ANCIA:+40+Anos+a+Informar+por+Um+Cabo+Verde+Pr%C3%B3spero>
- Instituto Nacional de Estatística de Cabo Verde. 2012, *História Sobre a Institucionalização do SEM de Cabo Verde*. Recuperado de <http://www.ine.cv/ine/history.aspx>.
- Instituto Nacional de Estatística de Cabo Verde. 2011, *INE comemora o dia Africano de Estatística: Discurso dia Africana da Estatística*. Instituto Nacional de Estatística de Cabo Verde. Recuperado de <http://www.ine.cv/destaques/view.aspx?n=760>.
- Instituto Nacional de Estatística de Cabo Verde. 2015, *Foi aprovado a criação do Grupo Praia em Estatísticas da Governança*. Recuperado de <http://www.ine.cv/destaques/view.aspx?n=1038>.
- Instituto Nacional de Estatística de Portugal. 2011, *A Estatística e a Globalização: Velhos e novos desafios*. Recuperado de https://www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui=126476624&att_display=n&att_download=y.
- Internacional Statistical Institute. 2015, *History of The International Statistical Institute*. Recuperado de www.isi-web.org/about-isi/history.

- Nascimento, C. 2011, *Lixo e Reciclagem. Abordagens Estatísticas*. (Dissertação de mestrado). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.
- Nações Unidas. 2015, *Día Mundial de la Estadística. Asamblea General*. Recuperado de <http://www.worldofstatistics.org/files/2015/06/June-30-2015.pdf>.
- Nações Unidas. 2011, *Implementação da resolução da conferência sobre a Carta Africana de Estatística*. Recuperado de http://www.uneca.org/sites/default/files/uploadeddocuments/CoM/cfm2011/com2011_mise-en-oeuvredelesconferencesurlacharte_africaine-statistique_prt.pdf.
- Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura. 2002, *Desenvolvimento Local e Turismo em Tarrafal (Cabo Verde): Lições metodológicas a partir de uma experiência local*. Recuperado de www.unesco.org/most/tarrafal.pdf
- Programa das Nações Unidas. 2014, *Discurso da Coordenadora Residente do Sistema das Nações Unidas e Representante do PNUD em Cabo Verde por ocasião da Reunião de Peritos sobre a proposta de “Grupo Cidade de Estatísticas Governança*. Recuperado de <http://un.cv/speeches/Reuniao%20de%20Peritos%20Praia%204.pdf>.
- Reis, E., Melo, P., Andrade, R., & Calapez, T. 2001, *Estatística Aplicada*. Lisboa, Portugal: Sílabo.
- Reforma do Estado. 2009, *Agenda da Reforma do Estado de Cabo Verde*. Recuperado de www.reformadoestado.gov.cv/index.php?Itemid=469.
- Silva, A., Bayer, A. 2011, Estatística no Ensino Médio: Como tornar o desenvolvimento dos Conteúdos mais Interessantes? *Actas del 3º Congreso Uruguayo de Educación Matemática*, pp. 202 – 209.
- Tavares, M. 2007, *Estatística Aplicada à Administração*. Recuperado de http://cead.ufpi.br/conteudo/material_online/disciplinas/estatistica/download/Estatistica_completo_revisado.pdf.
- Universidade Federal do Rio Grande do Sul. 2015, *História da Estatística*. Recuperado de <http://www.ufrgs.br/mat/graduacao/estatistica/historia-da-estatistica>
- Universidade Federal de São Carlos, 2006, *Projecto pedagógico: Curso de Bacharelado em Estatística*. Recuperado de <http://www.ufscar.br/~des/ProPed.pdf>.
- União Africana. 2011, *Terceira Publicação. Comissão da União Africana*. Recuperado de [http://www.au.int/en/sites/default/files/Assembly%20AU%20Dec%20490-516%20\(XXII\)%20_P.pdf](http://www.au.int/en/sites/default/files/Assembly%20AU%20Dec%20490-516%20(XXII)%20_P.pdf).



Psicologia: a ciência do comportamento e da mente humana

Luísa Soares
Universidade da Madeira, Portugal
Isoares@uma.pt

Resumo

Neste texto refletiremos acerca da psicologia como uma disciplina científica focalizada na mente e no comportamento, que divergiu inicialmente da filosofia e da medicina e tem sido feito um longo processo de reconhecimento da Psicologia como uma ciência autónoma. Desde o século XIX, com Wilhelm Wundt e Edward Titchener, William James, John Dewey ao famoso Thorndike como sendo considerados os principais pioneiros. Thorndike descobriu uma premissa tão importante na Psicologia e aplicável a tantos comportamentos humanos que é o facto de um estímulo tender a produzir uma determinada resposta ao longo do tempo se, um determinado organismo for recompensado por essa resposta. Estes e diversos aspetos que apresentam a Psicologia do Século XXI como uma ciência ao serviço da humanidade serão abordados neste texto. A importância dos paradigmas construtivistas e narrativos e a perceção da realidade psicoterapêutica como um multiverso são fundamentais para a compreensão das mudanças que esta ciência encontra pela frente.

Palavras-chave: *psicologia, história, mente humana, psicologia do séc. XXI.*

Abstract

In this text we think about the psychology as a scientific discipline focused on the mind and behavior, which initially diverged from philosophy and medicine and has been made a long process of recognition of psychology as an independent science. Since the nineteenth century with Wilhelm Wundt and Edward Titchener, William James, John Dewey, the famous Thorndike (and others) to be considered the main pioneers. Thorndike discovered a premise so important in Psychology and applicable to many human behaviors in that a stimulus tends to produce a certain response over time if a given organism is rewarded for this response. These and various aspects that present the psychology of XXI century as a science at the service of humanity will be addressed in this text. The importance of constructivist and narrative paradigms and the perception of psychotherapeutic

reality as a multiverse are key points to understanding the changes that this science anticipates.

Keywords: *psychology, history, human mind, XXI century psychology.*

Introdução

A Psicologia é uma disciplina científica focalizada na mente e no comportamento, que divergiu inicialmente da filosofia e da medicina e tem sido feito um longo processo de reconhecimento da Psicologia como uma ciência autónoma. Desde o século XIX, com Wilhelm Wundt e Edward Titchener, William James, John Dewey ao famoso Thorndike (Schultz & Schultz, 1981) como sendo considerados os principais pioneiros. Thorndike descobriu uma premissa tão importante na Psicologia e aplicável a tantos comportamentos humanos que é o facto de um estímulo tender a produzir uma determinada resposta ao longo do tempo se, um determinado organismo for recompensado por essa resposta. Defendia-se que um organismo aprende a responder de uma determinada maneira, numa dada situação, se for repetidamente recompensado por fazer isso (a satisfação pela obtenção da recompensa serve como um estímulo para as futuras ações). Esta premissa é hoje em dia aplicada em várias áreas, e em diferentes contextos, desde o contexto educacional na interação entre o professor e os alunos, por exemplo o professor quando quer aumentar ou diminuir um determinado comportamento ou aprendizagem nos alunos, recompensa-os, quando essa aprendizagem ou comportamento ocorre. No contexto das organizações, observa-se igualmente esta premissa de Thorndike (Schultz & Schultz, 1981) ser aplicada entre os patrões e os seus funcionários através de remunerações diferenciadas por determinado aumento de vendas, bem como no contexto desportivo com os chamados prémios de jogo quando uma equipa ganha.

O famoso Watson exemplificou muito bem a lei das recompensas de Thorndike. Considerado o pai do Behaviorismo na Psicologia, é o autor da célebre frase, *“dêem-me uma dúzia de crianças saudáveis e bem formadas e garanto- vos que poderei pegar ao acaso em qualquer uma delas e treiná-las para se tornarem num especialista à minha escolha médico, advogado, artista, negociante e mesmo pedinte ou ladrão, isto independentemente dos seus talentos, tendências, capacidades, vocações e raça dos seus progenitores”* (1924, p.104, in Gonçalves, 1990).

Sempre houve dificuldade em provar que a Psicologia é uma disciplina científica, uma vez que o seu objeto de estudo é o comportamento humano que

pode ser “overt behavior” (comportamento manifesto) ou “covert behavior” (comportamento latente), algo dificilmente observável e mensurável, ao contrário das ciências exatas. Curiosamente, cada vez mais se tem dado atenção, no contexto da investigação, à análise e conhecimento do “covert behavior”: pensamentos, processamento de informação interna, inteligência, raciocínio lógico-matemático e desenvolvimento emocional. Esta atenção pela investigação ao “covert behavior” tem sido fundamental no desenvolvimento da Psicologia como disciplina científica.

Assim, a análise do comportamento humano pode ser descoberta a partir do “overt behavior” (comportamento manifesto), ou seja a forma como o indivíduo responde às solicitações do meio físico e social (corrente Behaviorista) e, a partir do “covert behavior” (comportamento latente) operações de processamento da informação, através das quais, a partir da informação sensorial, o indivíduo elabora representações e efetua transformações sobre elas, utilizando-as na organização dos seus comportamentos manifestos. O nosso comportamento manifesto é pilotado por um sistema interno, (o sistema nervoso central). Existe uma clara relação entre os comportamentos latentes e os manifestos, na medida em que as operações de processamento de informação encarregam-se de conduzir o comportamento manifesto. A título de exemplo, refira-se que o comportamento latente, é muitas vezes coordenado no comportamento manifesto através do controlo da ansiedade face a situações muito competitivas e ansiogénicas.

Em síntese e segundo Costermans (2001) as posições de base da Psicologia são: i) a Psicologia é a ciência do comportamento; ii) o comportamento compreende dois níveis: o manifesto e o latente e iii) o comportamento manifesto é um conjunto de atividades motoras e glandulares, iv) o comportamento latente é um conjunto de atividades cognitivas que não estão acessíveis à observação externa.

Tendo em conta estas premissas, defende-se que na investigação sobre a atividade psicológica, nem tudo são números e embora o recurso a alguns métodos estatísticos seja muitas vezes determinante na compreensão do comportamento humano e na compreensão de relações de causalidade entre fenômenos psicológicos, volta-se a referir que a cientificidade da Psicologia não se comprova apenas por números estatisticamente significativos. Pena seria se, apenas aquilo que fosse objetivo fosse passível de ser analisado à luz de dados estatísticos e assim possível de ser considerado ciência. Como explicar então, as características tão exclusivas de cada um. Como explicar, por exemplo um grupo de pessoas com um mesmo diagnóstico de depressão, sendo que essa

depressão poderá ter um comportamento manifesto tão diferente de indivíduo para indivíduo, dentro desse mesmo grupo? O denominador comum é a doença, mas a maneira como cada um encontra para viver essa doença é claramente diferente. A aceitação incondicional destas diferenças entre os indivíduos e da variabilidade humana implica acreditar e aceitar diferentes perspectivas e estilos de vida. Nesse sentido, encontra-se na Psicologia uma variabilidade de estilos de pessoas, em especial pessoas com psicopatologias graves e moderadas. Assim, o comportamento manifesto das pessoas com determinadas problemas psicológicos, poderá ser modificado a partir dos processos internos que estão por detrás desse comportamento.

A cultura ocidental educa o ser humano para esconder qualquer sinal de fraqueza ou defeito. Procurar ou pedir ajuda ainda é visto como um sinal de fraqueza. Não promove métodos positivos de crescimento psicológico no ser humano, dos quais pedir ajuda pode ser um deles. Reforçar, elogiar, estimular um pensamento positivo sobre os outros é ainda muito pouco presente na cultura educativa ocidental desde o pré-escolar ao ensino superior. A título de exemplo, em Lisboa, na Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Lisboa, alguns investigadores já trabalham nesta área da Psicologia Positiva (Marujo, Neto, Caetano, & Rivero, 2007) e a nível internacional na área do bem-estar psicológico (Huppert, Baylis, & Keverne, 2006). Estes autores defendem que se deve educar as crianças desde cedo a identificar em si próprios e nos outros sentimentos positivos. Defendem que tal pode resultar num bem-estar psicológico maior, quer no presente, bem como no seu futuro desenvolvimento como seres humanos.

Num mundo ideal não seriam necessários os psicólogos clínicos ou os médicos, mas num mundo ideal não deveriam igualmente existir doenças, preconceitos, julgamentos de valor sobre as pessoas nem sobre os seus problemas. Num mundo real existem pessoas diferentes, mais ou menos competitivas, por exemplo, desportistas que não chegam a um estatuto de alto rendimento, pessoas com pouca atividade física, pessoas com obesidade, anorexia, bulimia, etc., alguns não são os melhores, não são os esteticamente mais atrativos perante as exigências do mundo da moda, mas fazem parte da nossa realidade e, acima de tudo, são pessoas que estão a contribuir para construir o mundo no qual vivemos (Soares, Almeida, Oliveira & Roque, 2011). Mais ainda, recorde-se os atletas que terminam a sua carreira relativamente nova e reflita-se na orientação da sua vida psicológica, já sem o desporto como alimentador de auto estima. Parece importante ajudar ex-atletas a nível psicológico a diversificarem as suas fontes de autoestima de forma a equilibrar as suas várias dimensões de vida.

Na psicologia uma das premissas básicas é a de que as pessoas têm potencial de mudança e a psicoterapia pode e deve ser uma via de mudança psicológica (Soares, 2011). Muitas vezes há qualidades positivas que podem estar pouco despertas e requerem um trabalho terapêutico para que afluam.

Na primeira metade do séc. XX, os modelos psicanalíticos de psicoterapia expandiram-se e orientaram a psicoterapia (Bienenfeld, 2002; Garfield & Bergin, 1994). Por outro lado, em Inglaterra, na década de 1960, Beck e Ellis destacaram-se ao adotar um modelo oposto ao da psicanálise. Baseavam-se nas aptidões racionais do cliente e originaram o desenvolvimento das terapias de orientação cognitiva (Semerari, 2003). Estas, bem como as de índole comportamental distinguem-se dos modelos psicanalíticos, uma vez que acentuam a participação ativa, quer do terapeuta, quer do cliente, focam-se em problemas pontuais e têm uma duração limitada. Nesta altura, os esforços de investigação procuram credibilizar e validar a psicoterapia como prática clínica.

Assim, os princípios do método experimental, a objetividade, o controlo das variáveis, a operacionalização dos comportamentos dos participantes e o estabelecimento de relações de causalidade entre um determinado tratamento e o seu resultado (grau de mudança) e o acesso ao conteúdo do processo terapêutico (devido à gravação das sessões terapêuticas) contribuíram para validar e credibilizar a Psicologia e a psicoterapia como prática clínica. De fato, e segundo Sousa (2004), a Psicologia, ao adotar o método experimental como meio de conhecimento exclusivo, totalitário, abandonou aspetos cruciais como o significado e a intencionalidade, especificidades essenciais para compreender a *Gestalt* do processo da Psicologia.

Desde o final da década de 40 até meados da década de 50 do século XX, depois da II Guerra Mundial, a Psicologia e a psicoterapia integram-se nos sistemas de saúde mental norte-americanos e britânicos e surgem paralelamente instituições internacionais dedicadas à saúde mental. Veja-se o caso do *World Federation of Mental Health*, cujo texto inaugural resultou no Primeiro Congresso de Saúde Mental realizado em Londres, em 1948 (Garcia, 2007; Rose, 1990). De igual modo, em 1952, a 6ª edição da ICD (*International Classification of Diseases*) incorporou, pela primeira vez, um capítulo dedicado aos transtornos mentais e, nesse mesmo ano, surgiu a primeira edição do DSM (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - DSM-I*) da Associação Americana de Psiquiatria (Garcia, 2007). É neste contexto que a Psicologia começa a adquirir uma renovada relevância e preocupa-se em integrar critérios populacionais nos seus parâmetros de investigação, em produzir resultados comprovados de eficácia terapêutica, e em fornecer instrumentos de prevenção de doenças psíquicas.

Uma altura crucial para a Psicologia foi também os finais dos anos 60 do séc. XX, pois de certa forma acentuaram-se os processos internos e as representações simbólicas na explicação e modificação do comportamento humano. As cognições, os processos internos regulados por princípios da aprendizagem, foram identificados como preditores do comportamento humano (Gonçalves, 1990; Gonçalves, 1997). Em 1977, Bandura defende também que a aprendizagem parece não resultar meramente de recompensas diretas, pode também ser social como resultado da observação das recompensas ou das punições oferecidas aos outros, a chamada aprendizagem social, que enfatiza o modo como observamos e nos moldamos a partir do comportamento dos outros, aprendendo através de exemplos sociais e realça também o modo como compreendemos os fenómenos psicológicos quando considerados como um todo, organizado e estruturado e não quando decomposto em partes.

Em 1980, Agras e Berkowits propõem um modelo de investigação que configura os requisitos que a investigação em psicoterapia deveria ter (Barlow & Hofmann, 1997; Mustaca, 2004). Esses critérios enfatizam a necessidade de desenvolver estudos fatoriais com grupos experimentais e de controlo, cujo objetivo seria o de procurar uma maior validade interna dos diferentes modelos terapêuticos. Paralelamente, procurou-se aumentar a validade externa destes modelos, tornando-os exequíveis em diversas situações clínicas. Estimulava-se a sua difusão junto de profissionais de diferentes formações e em vários locais do mundo. Assistiu-se a uma proliferação de teorias explicativas da mudança terapêutica que se traduziu numa crescente preocupação e exigência do processo de investigação, nomeadamente: avaliação da investigação, refinamento das metodologias de investigação, operacionalização dos modelos, desenvolvimento de manuais, construção de medidas standardizadas dos resultados, recurso a técnicas estatísticas para avaliar o significado clínico dos efeitos da psicoterapia, randomização, etc. (Moreira, Gonçalves & Beutler, 2005; Garcia, 2007). Na psicoterapia clínica delimitam-se três grandes critérios para avaliar a aplicabilidade das diferentes psicoterapias (Echeburúa & De Corral, 2001; Mustaca, 2004). Segundo estes autores, durante a década de 90, estes três parâmetros consolidaram-se como guias orientadores na comunidade científica internacional, no desenho de investigações:

- a) a *eficácia*, entendida como a obtenção do melhor resultado e com maior durabilidade possível, na aplicação de uma terapia a um transtorno específico;
- b) a *efetividade* refere-se à capacidade de uma terapia ser generalizada, ou melhor, ajustar-se a diferentes cenários clínicos reais;

- c) a *eficiência* remete para a relação custo-benefício das terapias, não só a nível económico, de gestão dos sistemas de saúde, mas também a nível dos recursos humanos e dos níveis de qualidade de uma terapia.

Gonçalves (2007) no *Boletim Informativo de Psicologia*, n.º 2, da Universidade do Minho, afirma que em Portugal, apesar dos apelos ao modelo “cientista-prático” como organização basilar da formação dos psicólogos, estes dois pólos (Ciência e Prática) foram-se dissociando cada vez mais. Na sua opinião, “*um dos efeitos mais nefastos desta dissociação foi a proliferação de escolas profissionais, em muitos casos sem qualquer preocupação com a investigação e formação em ciência básica*” (Gonçalves, 2007, p.1). No sentido de salvar a Psicologia da “vulgaridade e da descrença”, o autor defende o regresso radical à ciência básica e aos fundamentos científicos. Esta ideia vem reiterar o cariz cíclico que a História tendencialmente assume, e vemo-nos, assim, confrontados novamente com a necessidade de provar que a Psicologia é uma ciência e que a psicoterapia de facto funciona. Por isso mesmo reiteremos a opinião de Sousa (2004) e de Gonçalves, (2007) de que é proeminente estabelecer laços cada vez mais fortes com as neurociências, com a biologia, com a genética; ou seja, a Psicologia entra no século XXI com o objetivo de sedimentar a racionalidade científica, adaptada às áreas de vanguarda (Sousa, 2004).

Beutler & Castonguay (2006), Soares (2007), Soares, Botella & Corbella (2010) sugerem inclusivamente a implementação do paradigma PBER (*Practice Based on Evidence Results*) como forma de melhorar a qualidade técnica e tática da intervenção psicológica. De acordo com Corbella (2004), o compromisso ético dos psicoterapeutas com a otimização dos seus serviços e a melhoria da saúde mental dos seus pacientes faz com que seja necessário dispor de evidências científicas sobre os efeitos terapêuticos dos tratamentos psicológicos.

Tendo presente que o objetivo do investigador e do terapeuta é compreender o funcionamento do processo terapêutico, trabalhando em campos diferentes, mas complementares do saber (um mais teórico, outro mais prático) far-se-á, de seguida, uma caracterização sumária da evolução do processo teórico na Psicologia, desde o paradigma positivista, passando pelo paradigma construtivista e terminando no paradigma do construcionismo social.

Do paradigma empirista ao paradigma construtivista e construcionismo social

A visão tradicional, positivista, acompanhou a Psicologia e a investigação ao longo do século XX. Até a década de 70, a Psicologia foi influenciada pelos paradigmas empiristas, que contribuíram para a formulação dos modelos de aprendizagem, defendendo que a mente humana era originalmente vazia, como um recetor passivo de estímulos ambientais (Rebelo, 2002). Na Argentina, durante a ditadura militar, nas décadas de 70 e 80, a psicanálise foi proibida bem como qualquer outra forma de psicoterapia, porque eram identificadas com políticas de esquerda, com a ideia de que se ensinava a pensar e a não submeter-se passivamente, como a ditadura assim o desejava (Ceberio, 2003).

No final da década de 70, alguns investigadores aperceberam-se da existência de uma convergência de opiniões à qual correspondia uma nova forma de olhar para o desenvolvimento humano (Neimeyer, 1997). Depois da euforia da geração *flower power*, do *boom* económico do pós-guerra e dos modelos humanistas, os investigadores começaram a perceber o declínio das perspetivas orientadas para o *insight* (psicanálise e humanismo) e das suas adversárias, orientadas para o comportamento observável. Este desânimo com os paradigmas empiristas impulsionou a Psicologia a apropriar-se da hermenêutica que enuncia que, para compreendermos a mente humana é necessário enquadrá-la na cultura, visto que o conhecimento do sujeito acerca de si próprio e do mundo é fenomenologicamente interpretado e pode organizar-se através de um conjunto múltiplo de significados, retirados da linguagem que está disponível na matriz cultural em que está inserido (Rebelo, 2002).

Renascia a importância dos modelos ecológicos e chamou-se a este movimento, que postula uma nova forma de estar e conhecer o mundo, movimento construtivista. Considera que a capacidade humana de organizar a realidade nos torna especialmente ativos na construção idiossincrática do mundo – um processo culturalmente dependente. Para os construtivistas, toda a comunicação é uma construção interpretativa por parte do sujeito que a experimenta (Gasersfeld, 1984).

Este movimento no qual a Psicologia se tem vindo a inspirar abarca diversos modelos teóricos (Botella, 1998; Canavarró, 1998; Guidano, 1998; Gonçalves, 1997; Neimeyer, 1993; Parker, 1999) e todos eles defendem a construção como o movimento principal da personalidade, tendo em conta que cada indivíduo é capaz de criar a sua representação do *self* e do seu meio

envolvente. As pessoas são capazes de ultrapassar as construções problemáticas e construir algo de novo. Esta perspetiva marca uma maneira diferente de estar e conhecer o mundo. Por exemplo, aplicado na psicoterapia, o objetivo é ajudar o cliente a lidar com as transições e atingir uma adequada reordenação das suas experiências (Arciero & Guidano, 2000). Segundo estes autores, a grande dicotomia entre construtivismo e racionalismo está no facto de o primeiro defender que as leis racionais não organizam os sistemas de conhecimento. Assim, tudo aquilo que experienciamos faz parte de uma comunidade de práticas históricas, para a qual todos contribuimos através do nosso envolvimento no mundo.

O movimento construcionista social deriva do construtivismo, mas defende que o conhecimento e a realidade, para além de serem uma construção, são socialmente co-construídos a partir da relação que estabelecemos com o mundo. Neimeyer (2000) refere que a identidade e a perturbação são socialmente construídas e existem tantas construções problemáticas como culturas. Esta é uma perspetiva mais cultural, linguística e hermenêutica do construtivismo. Enquanto o construtivismo valoriza a construção de um *self* individual, o construcionismo social dissolve qualquer conceito de individualidade e aplica a sua ênfase na sua construção social. Ambos se opõem à ideia modernista de que existe um mundo real, objetivo que se pode conhecer (Hoffman, 1996).

O construtivismo apresenta-nos uma imagem do sistema nervoso como uma máquina fechada, em que as perceções tomam forma à medida que o organismo luta com o ambiente. Os teóricos do construcionismo social, por outro lado, acreditam que as ideias e as memórias surgem do intercâmbio social e são mediados pela linguagem. Este é um olhar mais complexo do que aquele que era assumido pela ciência positivista. A realidade não parece ser objetiva, mas sim um produto de uma construção social guiada por coordenadas temporais e espaciais a partir das quais as interpretamos. Cada realidade, socialmente construída, é formada por um aglomerado de vivências que nos predispõem a um estado constante de construção e reconstrução (Botella & Figueras, 2000).

O paradigma do construcionismo social enfatiza uma dinâmica do discurso e dos pontos de vista nas histórias (Neimeyer, 2000). A linguagem é o instrumento defendido pelo construcionismo social e é, por sua vez, aquilo que mais define a era pós-moderna da Psicologia. As pessoas usam a linguagem para criarem significados sobre as suas experiências. Este significado é construído socialmente e os discursos são considerados grelhas de leitura que dão sentido ao mundo que nos rodeia e estruturam as relações sociais. Portanto,

o mundo é co dependente das nossas experiências e a sucessão de acontecimentos toma forma a partir da interação social (Drewery & Winslade, 1997). A reordenação da experiência através da linguagem permite um nível de autorreflexão e coordenação mútua e, por exemplo, a psicoterapia é o recontar de histórias co construídas entre terapeuta e cliente. A possibilidade de construir e partilhar o significado das suas experiências usando a linguagem estimula a adaptação e a evolução do homem.

Mesmo nas sociedades primitivas, a coordenação linguística das atividades permitia aos seres humanos explorar melhor os recursos ambientais, avaliar oportunidades e perigos e comunicar as suas experiências a partir de histórias. Isto permitia sobreviver e transmitir o conhecimento ao longo de várias gerações (Arciero & Guidano, 2000).

A Psicologia nos dias de hoje

White (1988) advoga que a capacidade de humor e o uso de metáforas são instrumentos de luta contra a rigidez com que, por vezes, nos vemos a nós próprios, aos outros e ao mundo. Guidano (1998) caracteriza a Psicologia, utilizando uma expressão curiosa, tal como menciona White. Ele refere que a terminologia utilizada em Psicologia não é suficiente, não abarca tudo, e a própria Psicologia vive uma etapa pré-científica. É este o pensamento que parece guiar a comunidade científica.

Do modelo positivista baseado na experiência sensorial, em que tudo o que era objetivo e passível de ser conhecido através dos sentidos é que era considerado conhecimento, evoluiu-se até aos dias de hoje, em que se postula que o conhecimento resulta da construção da experiência interna e externa e que o observador é parte integrante daquilo que observa (Ruiz, 1992). Esta nova visão na relação entre observador e observado produz mudanças em todas as ciências: na física, na química, na biologia, nas ciências sociais.

Segundo Ruiz (1992) a nova perspetiva é a de ver o observador como parte integrante daquilo que observa e todo o conhecimento, em consequência, reflete as estruturas do organismo que está conhecendo, muito mais que a realidade em si mesma. O conhecimento é cognitivo, mo tórico, sensorial e afetivo, e, assim, conhecer é viver, é existir. Tal como defende Ruiz (1992), não se pode diferenciar as duas coisas. Conhecer uma realidade é construí-la e nessa construção colocamos sempre aquilo que é nosso.

Assim, vive-se atualmente uma era pós moderna em que tudo parece estar em aberto e aquilo em que acreditamos hoje é passível de ser

desconstruído e reconstruído amanhã, até chegarmos a uma “verdadeira etapa científica”. Porventura, este processo de construção e reconstrução é a própria etapa científica e esta não será um fim em si mesma, mas sim um processo repleto de continuidades e descontinuidades epistemológicas, um caminho que serve para ir mais além.

Maturana (1990) propõe até um nome diferente e curioso para designar a realidade, que até agora tem sido denominada de “Universo”, caracterizada por ser única, externa, tipicamente empirista, em que as coisas vão somente numa direção. Em contraponto, ele propõe que designemos a realidade como “Multiverso”, que seria uma manifestação da realidade nos seus múltiplos aspetos. É parte deste “Multiverso” da psicoterapia que procuramos descobrir e entender. A observação deste Multiverso psicoterapêutico parece ser mais congruente quando se enquadra o objeto de estudo num paradigma teórico, promovendo a ligação entre a teoria e a prática psicoterapêutica.

A era de mudança parece ocorrer também na psicoterapia. A eficácia das psicoterapias tem vindo a ser explorada em ligação com as neurociências, ou seja coloca-se a hipótese de, no futuro próximo, se empregarem critérios neurocientíficos que predigam a eficácia dos resultados das psicoterapias, com evidências a nível do sistema nervoso central (Córdova, 2003). Vários investigadores têm mostrado preocupação na procura desta ligação entre o campo biológico e a psicoterapia (Kandel, 1999), nomeadamente entre a psicanálise e a biologia e, mais recentemente, em Portugal, por Gonçalves (2007), no campo das neurociências cognitivas. Há um crescente interesse da investigação na área da Psicologia em procurar identificar indicadores neurofisiológicos que provem a ligação entre bem-estar psicológico e os processos internos cerebrais (Gonçalves, 2007). Existem até alguns estudos que mostram como há características comuns, por exemplo na produção de narrativas em determinados pacientes com determinadas perturbações psicopatológicas, nomeadamente pessoas com agorafobia e consumidores de drogas (Soares, Alves, Grego, Henriques & Gonçalves, 2003; Henriques, Gonçalves, Machado, Maia, Teixeira, *et al*, 2003; Gonçalves, Henriques, Alves, Soares, Monteiro, *et al*, 2003). A ideia é procurar referenciais neurofisiológicos e cognitivos que possam explicar determinados comportamentos e doenças do ser humano com psicopatologia.

Por outro lado, e segundo Córdova (2003) cada vez mais se promove a substituição, defendida pela *American Psychology Association* (APA), dos conceitos de validade externa ou eficácia da psicoterapia pelos termos de utilidade clínica. Até porque se defende cada vez mais uma posição face à

psicoterapia, semelhante à de Ceberio (2003), que advoga que os termos “paciente”, “tratamento”, “cura” e “doença” fazem parte de um velho paradigma e, apenas são úteis, na medida em que permitem uma maior facilidade de comunicação entre os profissionais.

Numa sociedade pós moderna, em que a realidade ou o universo pode ter vários significados considerada muitas vezes até como multiverso, parece-nos importante criar pontes de ligação comunicacional entre os vários espaços científicos. Assim se fará melhor ciência do comportamento e mente humana.

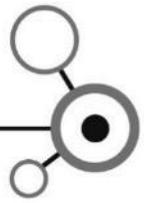
Referências Bibliográficas

- Arciero, G. & Guidano, V. F. 2000, Experience, explanation, and the quest for coherence. In R. A. Neimeyer, & J. D. Raskin, (Eds.). *Constructions of Disorders: Meaning-Making frameworks for psychotherapy*. American Psychological Association: Washington DC.
- Bandura, A. 1977, *Social learning theory*. Englewood Cliffs, N.J.: Prentice-Hall.
- Barlow, D. H. & Hofmann, S. G. 1997, Efficacy and dissemination of psychological treatments. In D. Clark, & C. Fairburn (Eds.) *Science and Practice of Cognitive Behavior Therapy*, 95-117. Oxford: Oxford University Press.
- Beutler, L. E. & Castonguay, L. 2006, The task force on empirically based principles of therapeutic change. In L. Castonguay & L. E. Beutler (Eds). *Principles of therapeutic change that work*. New York: Oxford University Press.
- Botella, L. & Figueras, S. 2000, *Posmodernidad y psicoterapia*. Facultat de Psicologia i Ciències de la Educació Blanquerna. Univeristat Ramon Llull: Barcelona. Documento não publicado.
- Ceberio, M. R. 2003, *Que es la psicoterapia?* Interpsiquis, Retrieved 10, Outubro 2003 from www.psiquiatria.com
- Corbella, S. 2004, *Investigación en psicoterapia: proceso, resultado y factores comunes*. Madrid: Editorial Vision Net
- Bienenfeld, D. 2002, *History of Psychotherapy*. En M. Hersen, W. Sledge (Eds.): *Encyclopedia of Psychotherapy*, 925-935. New York: Academic Press.
- Botella, L. 1998, *Clinical psychology, psychotherapy, and mental health: Contemporary issues and future dilemmas*. *International Journal of Psychotherapy*, 3 (3), 255-263.
- Canavarro, J. M. 1998, *Construtivismo e construccionismo social: similitudes e diferenças, compatibilidade ou incompatibilidade?* In *Vários, Ensaios em Homenagem a Joaquim Ferreira Gomes*, Coimbra: Núcleo de Análise e

- Intervenção Educacional da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, 193-203.
- Ceberio, M. R. 2003, Que es la psicoterapia? Interpsiquis, Retrieved 10, Outubro 2003 from <http://www.psiquiatria.com>
- Córdova, H. M. 2003, Las neurociencias y las psicoterapias. *Psiquiatria.com*, 7 (1).
- Costermans, J. 2001, As actividades cognitivas. Coimbra: Quarteto Editora.
- Drewery, W. & Winslade J. 1997, The theoretical story of narrative therapy. In G. Monk, J. Winslade, K. Crocket & D. Epston (Eds.), *Narrative therapy in practice. The archaeology of hope*. San Francisco. Jossey-Bass Publishers.
- Echeburúa, E. & De Corral, P. 2001, Eficacia de las terapias psicológicas: de la investigación a la práctica clínica. *Revista Internacional de Psicología clínica y de la salud*, 1, 181-204.
- Garcia, L. 2007, Breve história de la investigación en psicoterapia. *Revista psiencia*. Número Presentación Retrieved, 12th November 2007 from <http://www.psiencia.com.ar>
- Garfield, S. L. & Bergin, A. E. 1994, Introduction and historical overview. In S. L. Garfield y A.E. Bergin (Eds.) *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, New York: J. Wiley & Sons 3-17.
- Gasersfeld, E. V. 1984, An introduction to radical constructivism. In P. Watzlawick, (Ed.) *The invented reality. How do we know what we believe we know? Contributions to constructivism*. New York. W.W. Norton & Company.
- Gonçalves, O. F. 1997, Hermenêutica, construtivismo e terapias comportamental- cognitivas: Do objecto ao projecto. In R. Neimeyer e M. Mahoney (Eds.). *Construtivismo em psicoterapia*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Gonçalves, O. F. 1990, *Terapia comportamental*. Porto: Edições Jornal de Psicologia.
- Gonçalves, O. F. Março de 2007, O regresso à ciência básica. Editorial do Boletim Informativo de Psicologia, No 3 (2), Retrieved 15th April, 2007 from [http://www.dicas.sas.uminho.pt/uploads/BIPsi%20-%20Fevereiro %20 de % 2 02007.pdf](http://www.dicas.sas.uminho.pt/uploads/BIPsi%20-%20Fevereiro%20de%202007.pdf)
- Gonçalves, Ó. F., Henriques, M., Alves, A., Soares, L., Monteiro, A., Rocha, C., Cardoso, G. 2003, Análise da estrutura, processo e conteúdo narrativo na psicopatologia: comparação entre agorafobia e toxicodependência, In Livro de resumos do V Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia, 39-39.

- Guidano, V. F. 1998, Los procesos del self: Continuidad vs discontinuidad. VI Congreso internacional de construtivismo en psicoterapia. Italia: Siena.
- Henriques, M. R., Gonçalves, O., Machado, B., Maia, A., Teixeira, Z., Ribeiro Alves, A., Soares, I. C., Santos, M. J., Ramos M. J. & Soares, L. 2003. Narratives and Psychopathology: validation of prototypes. V National Symposium of Research in Psychology, October, organized by the APP - Associação Portuguesa de Psicologia - Lisbon - Calouste Gulbenkian Foundation, in Livro de resumos do V Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia, 37-38.
- Hoffman, L. 1996, Una postura reflexiva para la terapia familiar. In S. McNamee e K. J. Gergen. La terapia como construcción social. Barcelona. Piados.
- Huppert, F. A., Baylis, N., & Keverne, B. 2006. The science of well-being. Oxford: Oxford University Press, 2nd Edition.
- Kandel, E. R. 1999, Biology and the future of psychoanalysis: A new intellectual framework for psychiatry revisited. American Journal Psychiatry, 156 (4), 505-524.
- Marujo, H. & Neto, L. M., Caetano, A., & Rivero, C. 2007, Revolução Positiva: Psicologia Positiva e Práticas Apreciativas em contextos organizacionais. FPCE-Universidade de Lisboa.
- Maturana, H. 1990, Emociones y lenguaje en educación y política. Hachette/CED.
- Moreira, P., Gonçalves, O. & Beutler, L. E. 2005, Métodos de Selecção de Tratamento. Porto: Porto Editora.
- Mustaca, A. 2004, El ocaso de las escuelas de psicoterapia. Revista Mejjcana de psicología, 21, 105-118.
- Neimeyer, R. A. 1993, An appraisal of constructivist psychotherapies. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61 (2), 221-234.
- Neimeyer, R. A. 1997, Psicoterapias construtivistas: Características, fundamentos e futuras direcções. In R. A. Neimeyer e M. J. Mahoney (Eds.). Construtivismo em psicoterapia. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Neimeyer, R. A. 2000, Narrative disruptions in the construction of the self. In R. A. Neimeyer, & J. D. Raskin, (Eds.). Constructions of disorders: Meaning-making frameworks for psychotherapy. American Psychology Association: Washington, D.C.
- Parker, I. 1999, Deconstruction and psychotherapy. In I. Parker (Ed.),. Deconstruction psychotherapy. London: SAGE Publications.
- Rose, N. 1990, Governing the soul. The shaping of the private self. Londres & New York: Routledge.
- Rebello, H. 2002, Discursos de pais e filhos em torno da transição para o ensino superior. Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica do

- Desenvolvimento, apresentada na Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra. Documento não Publicado.
- Ruiz, A. 1992, La terapia cognitiva procesual sistemica de Vittorio Guidano. Aspectos teoricos y clínicos. Integración en Psicoterapia. Ed: R. Opazo, Santiago de Chile.
- Semerari, A 2003, Origen y desarrollo del cognitivismo clínico. Historia, teorías y técnicas de la terapia cognitiva, Barcelona: Paidós, 19-36.
- Schultz, D.P. & Schultz, S.E. 1981, História da Psicologia moderna. São Paulo: Cultrix.
- Soares, L. Alves, A., Grego, T., Henriques, M., Gonçalves, O. F. 2003, Análise do processo narrativo em pacientes com agorafobia: três sistemas de avaliação dos modos narrativos, In Livro de resumos do V Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia, 38-38.
- Soares, M. L. P., Almeida, A. M., Oliveira, F. I. & Roque, L. F. 2011, Desporto e bem-estar psicológico numa sociedade pós moderna. Revista De Psicologia Da IMED, 3 (2), 559- 570. ISSN: 21755027
- Soares, L., 2007, Contribuições da investigação de díades de terapeutas e clientes portugueses. Tese de Doutoramento. Universidade Ramon Llull: Barcelona. ISBN: B.53734-2007. <http://www.tdx.cat/TDX-1115107-160154>
- Soares, L., Botella, L. & Corbella, S. 2010, The co-constructed therapy alliance and the technical and tactical quality of therapist interventions in psychotherapy. European Journal of Psychotherapy and Counselling, 12 (2), 173-187.
- Soares, M. L. P 2011, O estado da arte psicoterapêutica: evolução histórica e bases epistemológicas da psicoterapia. Revista de Psicologia da IMED, vol. 3, n.1, 462- 475. ISSN: 21755027
- Sousa, D. 2004, O mundo do texto e a psicoterapia fenomenológica-existencial. Análise Psicológica, 4 xxii, 691-704.
- White, S. K. 1988, The recent work of Jürgen Habermas. Reason, Justice & Modernity. New York. Cambridge University Press.



A tirania da estética: sobre mulheres e seus corpos

Joana Novaes
Universidade Veiga De Almeida, Brasil
joanavnovaes@gmail.com

Junia de Vilhena
Universidade Católica do Rio de Janeiro, Brasil
vilhena@puc-rio.br

Carlos Mendes Rosa
Universidade Federal do Tocantins, Brasil
carlosmendes@uft.edu.br

Resumo

O presente artigo tem como objetivo analisar a ditadura estética à qual estão submetidas as mulheres na contemporaneidade e seus desdobramentos subjetivos. Partindo de uma ampla revisão bibliográfica, adota-se o pressuposto que os discursos que normatizam o corpo tomam conta da vida simbólico subjetiva do sujeito, não deixando espaço para a construção de uma narrativa individual. Ao analisar por quais processos discursivos a mulher foi reduzida à sua anatomia, busca-se problematizar o lugar que o corpo assume como valor social e à conseqüente regulação que o acompanha. Ressalte-se que a busca por um corpo esbelto, jovem e saudável tornou-se uma imposição que abre caminho para novas formas de controle e adestramento do corpo feminino. O discurso da medicina também é resgatado no sentido de evidenciar a separação que este provoca entre os aspectos humanos e os processos biológicos. Contudo, este corpo não é apenas passivo: inscrito na cultura, possui toda uma historicidade simbólica. Ele transgride, cria, rebela-se – porque fala. São essas falas e discursos que buscamos entender.

Palavras-chave: *mulher, corpo, sofrimento psíquico, beleza, regulação social.*

Abstract

This article sets out to investigate the aesthetic tyranny to which women are submitted in contemporaneity and its subjective developments. Based on a broad literature review, we adopt the assumption that the discourses that standardize

the body take over the subjective symbolic life of the subject, leaving no room for the construction of an individual narrative. As we analyze by which discursive processes women were reduced to their anatomy, we seek to discuss the place that the body takes on as a social value and the consequent regulation that this entails. We emphasize that the quest for a slim, young and healthy body has become an imposition that paves the way for new forms of control and dressage of the female body. The discourse of medicine is also taken into account to highlight the separation it causes between the human aspects and the biological processes. However, this body is not just passive: inscribed in culture, it features a comprehensive symbolic historicity. It transgresses, creates, rebels – because it speaks. It's those speeches and discourses we seek to understand.

Keywords: *woman, body, psychic suffering, beauty, social regulation.*

Introdução

Para Geertz (1978) não existe o que chamamos de natureza humana independente da cultura. Por isso, ele propõe que se procure, nos próprios padrões culturais, os elementos definidores de uma existência humana. Nesse sentido, o comportamento humano é visto como ação simbólica. A cultura consiste em estruturas de significado socialmente estabelecidas.

Segundo o conceito semiótico de cultura, ela constitui sistemas entrelaçados de signos interpretáveis. Trata-se, então, de um contexto no qual os acontecimentos sociais, os comportamentos, as instituições ou os processos podem ser descritos de forma inteligível, ou seja, com densidade.

O corpo, dizia-nos (Lévi-Strauss 2003), é a melhor ferramenta para aferir a vida social de um povo. Ao corpo cabe algo muito além de ocupar um espaço no tempo. Cabe a ele, uma linguagem que se institui antes daquilo que denominamos “falar”, que exprime, evoca e suscita uma gama de marcas e falas implícitas.

Assim, a tarefa de conhecer o homem passa a ser a de descobrir as estruturas conceituais que informam os atos dos sujeitos. Deste modo, compromete-se com o conceito semiótico de cultura e a abordagem interpretativa de seu estudo.

O corpo fala e as marcas nele feitas também. A questão estética se impõe como forma e fôrma, e o que é belo pode vir a ser feio. Da mesma maneira, o belo pode instituir um padrão de feiura. No fundo vivemos no fio de uma navalha, que, tenuemente, separa feiúra de beleza.

O corpo, assinala (Le Breton 1985), responderá a uma soma de solicitações da vida social através de gestos, sensações ou sentimentos que o inserem em uma lógica de significações – é esta subordinação relativa à ordem social que dá ao corpo a possibilidade de ser o suporte essencial à vida do sujeito, sem que a vontade deste seja, constantemente, convocada para todas as manifestações da vida cotidiana.

No seio de uma mesma comunidade cultural, os indivíduos dispõem de um registro somático comum (sensações, sentimentos, gestos etc.), que regula as trocas sociais. O homem não pode viver e habitar um universo que ele não compreende, e o corpo seria o lugar de encontro entre a existência do sujeito e o seu *environment*.

O presente artigo tem como objetivo analisar a ditadura estética a qual estão submetidas as mulheres na contemporaneidade e seus desdobramentos subjetivos. O desenvolvimento de técnicas corporais e sua difusão, obrigam a um aprendizado cada vez mais rigoroso e muitas vezes contraditório. Esta obrigação do conhecimento do próprio corpo provocaria um excessivo controle sobre o mesmo, induzindo a uma relação, não apenas de inquietude, como também de inadequação e de impotência.

Longe de dominar seu corpo, o homem de hoje é por ele dominado, e a medida que tenta se aproximar de sua imagem, esta se torna, cada vez mais, difícil de apreender. Partimos do pressuposto que, os discursos que normatizam o corpo tomam conta da vida simbólico subjetiva do sujeito, não deixando espaço para a construção de uma narrativa individual.

Por que mulheres

“Todos os homens que conheci se apaixonaram por Gilda... e acordaram comigo”, disse Rita Hayworth, em uma de suas mais célebres frases. Se a própria propaganda do filme nos antecipava com aguda clareza: “Nunca houve uma mulher como Gilda...”, qual o lugar designado à mulher e às suas imagens? O quanto ambas se imbricam e se confundem?

Falar das representações do feminino em nossa cultura é abrir uma discussão acerca da associação mulher/beleza. Até a edição de 1971, o *Dicionário da Língua Portuguesa* de Aurélio Buarque de Holanda atribuía ao significante beleza, o significado de “qualidade do que é belo; da coisa bela ou agradável; da mulher bela”.

Entretanto, o enlaçamento entre o vocábulo beleza e tudo aquilo que se refere ao campo da feminilidade parece tão antigo quanto a civilização. Aliás, a própria palavra pertence ao gênero feminino. Apesar de antiga, no entanto, esta articulação nunca foi trivial. Como causa do Mal ou qualidade essencial, os sentidos produzidos pela mulher bela atravessaram os tempos, o que lhe parece assegurar um lugar como ente psíquico imortal. Por isso, não há como desconsiderar a associação entre mulher e pecado.

Os dois termos guardam entre si uma relação histórica, de distância e proximidade, de negação e aceitação, de tal forma que suas essências parecem se combinar, tanto em oposição quanto em justaposição, para dar um só significado aos dois significantes. Sim, não há dúvidas: a mulher e o pecado são tão íntimos e há tanto tempo quanto a relação entre Eva e a maçã nos faz supor. Mas além de íntima e antiga, esta é também uma relação ao mesmo tempo enigmática e revelada. Ninguém tem dúvida sobre qual pecado a mulher cometeu; trata-se de uma relação explícita que aponta para o desejo, a tentação e o erotismo. Estes são os significados do binômio *mulher e pecado*.

O aspecto que resta enigmático entre a mulher e o pecado é a gravidade de seu deslize. Uma falta que privou a humanidade de seu convívio com Deus, que lhe custou sua morada no paraíso e lhe condenou ao sacrifício diário de lutar, em vão, contra o desamparo, a dor, o sofrimento, a fome, a doença e a morte. E ela nem sequer teve a intenção... Talvez por isso, a autoria de seu pecado tenha sempre sido atribuída ao *outro*. De fato, como serpente ou anjo caído, há sempre um espírito maligno a apresentar o desejo feminino como um ato de feitiçaria. E se o homem em algum momento vendeu a alma ao diabo, a mulher desde cedo lhe entregou seu corpo, pois sempre foi dele a inspiração que a levaria a cometer seu pecado.

Assim, a partir do referencial da civilização ocidental, que associa a mulher ao pecado, passamos pelo desejo feminino e dele chegamos ao Mal e à Morte. Deste binômio, pode-se dizer, não existe outro pior.

Além de intrigas e guerras, a beleza feminina e o desejo da mulher aparecem como causa da morte, das pragas, das dores e das doenças, no mito da caixa de pandora. Menos criativa, a tradição judaico-cristã também atribui à mulher os males do mundo. Foi Eva quem primeiro cedeu às tentações do corpo, seduziu Adão e provocou a expulsão do paraíso. Assim, é para a sexualidade feminina que o demônio dirigiu seu olhar, marcando o corpo das filhas de Eva, com o estigma do Mal e da culpa pelo pecado original.

Durante quase toda a Idade Média, a beleza feminina foi vista como armadilha do pecado, uma tentação do diabo. A beleza da mulher seria assim um embuste, um encobrimento enganoso de uma essência impura, leviana e vil. Tal representação negativa da mulher só encontrava um contraponto na Virgem Maria – a única mulher bela e inocente.

Controlada pela Igreja, a mulher perigosa por sua beleza, por sua sexualidade, por sua associação com a natureza, inspirava toda sorte de preocupação dos pregadores católicos, que associavam o corpo feminino e sua beleza a um instrumento do pecado e das forças obscuras e diabólicas (Del Priore 2009). Mas não é necessário retroceder tanto – basta olharmos as representações do feminino no islã, para entendermos (não concordar!) o uso das burcas, defendido inclusive por algumas mulheres.

Se Aristóteles pensava que a mulher era apenas um vaso destinado a receber sementes do homem, a tradição hipocrática pregava que nada vem à existência na ausência do prazer. O prazer revelava-se como indispensável para a concepção: as fricções da vagina e do colo da matriz suscitavam o aquecimento necessário para a emissão de uma semente interna.

Tais crenças levavam a considerar o orgasmo feminino como sinal de boa circulação dos humores e da abertura da matriz, dessa forma acessível, à semente do homem. “Assim se estabelecia, naturalmente, uma relação lógica entre prazer e fertilidade, entre frigidez e esterilidade” (Corbin 2008a, p. 186).

Contudo, durante o século XVIII e no começo do século XIX, a nova biologia volta a questionar todas essas convicções – o orgasmo feminino, segundo (Lacquer 1992), passa a ser percebido como descolado da geração e a concepção como um processo secreto, que não necessita de nenhum sinal exterior.

Não é difícil entender como essa nova percepção do corpo da mulher engendra, simultaneamente, uma nova representação do feminino, bem como um medo inédito em relação à mulher. O gozo dela, que escapa do controle do outro e que em nada se relaciona à funcionalidade da procriação, aponta as desmesuras do desejo. Históricas, portadoras de furores uterinos, eram apenas algumas das designações para lidar com essas parceiras tão temíveis.

Para Corbin, “o medo masculino alimenta-se de fantasias de devoramento e de submersão pela Eva tentadora, conhecedora de táticas de estimulação do desejo masculino” (2008b, p. 222). Não há então como nos surpreender com a forte regulação que incide sobre o corpo feminino: corpo e

imagem apontam para temas que constituem um desafio quando estudamos a corporalidade, pois ambos tratam de uma construção social.

Uma carnalidade historicada, como aponta Barthes: “meu próprio corpo é social” (1982, p. 450). O corpo é o lugar de ancoragem dos atravessamentos filosóficos, históricos, econômicos, políticos, artísticos, psicológicos e culturais.

O desenvolvimento tecnológico avança, cada vez mais, no sentido de desenvolver máquinas capazes de difundir imagens do corpo. As imagens que perscrutam o corpo têm sua evolução em consonância com as evoluções tecnológicas e todo esse avanço faz do corpo, simultaneamente, objeto de investigação, de interesse e de curiosidade. Ao mesmo tempo em que mudam as formas de sociabilidade do corpo, estes avanços caracterizam um movimento de individualização.

O olhar público que explora a anatomia humana é o mesmo que realiza ao extremo sua ampliação, dissecando e fragmentando o corpo do outro. Através dessa dissecação, que é feita nos mínimos detalhes e com toda a acuidade que a tecnologia permite, chega-se a um nível de controle e conhecimento, sem precedentes na história.

Ressaltamos ainda que, o controle exercido através da fiscalização de um olhar minucioso sobre a aparência, e com o aval da ciência, contribui para regulamentar as diferenças e determinar padrões estéticos, em termos daquilo que é próprio e impróprio, adequado ou inadequado, normal ou anormal. Como bem sugere Durif “o corpo torna-se álibi de sua própria imagem” (1990, p. 15). Esse controle da aparência traduz-se não somente na atribuição de características estéticas, mas as investe de julgamentos morais e significados sociais.

Observemos, mais atentamente, a questão da aparência, na atualidade. O aval da sociedade talvez explique por que, nos homens, as preocupações com a má aparência são mais sutis. Basta observarmos com atenção e constatamos que a sociedade mostra-se mais condescendente e tolerante com a feiúra masculina. Logo, é inquestionável que o olhar lançado sobre os homens é menos persecutório. Ao que tudo indica, as instâncias reguladoras do comportamento fazem concessões bem maiores, aos sinais de desleixo masculinos, do que aos femininos.

Contrariamente ao que acontece com o grupo dos homens, no universo feminino a rigidez é de tal ordem que não há justificativa possível para o não

atendimento dos imperativos da beleza. Enquanto no universo masculino o desvio com relação ao padrão de beleza está vinculado à falta de tempo, em função do ritmo atribulado da vida profissional, para as mulheres não cultivar a beleza é falta de vaidade – um qualitativo depreciativo da moral.

A falta de esforço e de cuidados com a aparência leva à perda da identidade. A ética da disciplina corpórea apresenta-se como um aspecto fundamental de coação social, na medida em que define não só as insígnias de cada gênero como também engendra a distinção entre identidade sexual e sexo biológico. O impacto que a feiura tem sobre a imagem de uma mulher é justificado pelo discurso que diz que a feia é menos feminina.

A tríade juventude/saúde/beleza define o feminino, que mesmo em tempos de liberação sexual, como aponta (Remaury 2000), remete a uma das mais antigas representações da mulher: a fertilidade.

Acreditamos que, ao analisar por que e por quais processos discursivos a mulher tornou-se condenada a *ser* um corpo, ou ainda, a ser reduzida a sua anatomia, poderemos prosseguir nossa discussão também por outra via: o lugar que o corpo assume como valor social e a conseqüente regulação que o acompanha (Novaes 2006a).

O tecido social, como aponta (Le Breton 1990), é uma rede muito diversificada de simbolismos relacionados aos diferentes grupos ou classes sociais: a linguagem, o corpo, os rituais, o espaço, o tempo etc. Assim, mesmo que o homem se conceba como autônomo, seu próprio corpo não pode escapar desta ordem de significações mais amplas – o corpo é, então, necessariamente, parte do simbólico. Para o autor, o corpo é uma construção social da mesma forma que a linguagem ou o pensamento, e sua relação com a própria comunidade é de ressonância mútua – um jogo de espelhos infinito, onde um faz eco ao outro.

A moralização do corpo feminino

Sem sombra de dúvida, a moda do corpo magro, esbelto, tonificado, sarado, saudável e cuidado, chegou para ficar. A gordura surge como o inimigo número um da boa forma, principalmente, se levarmos em conta o ideal estético dominante do corpo seco, malhado e definido.

Para Rodrigues (1986), a busca por um corpo “sarado” – que também podemos interpretar como “curado de seus males” – pode ser entendida como uma luta simbólica imposta àqueles que não se disciplinam para enquadrar seus

corpos aos padrões exigidos. Rodrigues fala também da passagem do corpo ferramenta, não mais necessário após a Revolução Industrial, para o corpo como objeto de consumo.

A fugacidade do belo e sua submissão aos modelos e interesses da cultura de massa, fazem ainda mais pungente a dor das pessoas – sobretudo as mulheres – que convertem seus corpos em um calvário. Não se pode pensar um sujeito desvinculado da cultura e das trocas de bens e valores.

É preciso estar atento para a dinâmica que regula a economia pulsional no psiquismo e a economia política que regula o espaço social, uma vez que é a partir das relações de troca dos objetos e da satisfação dos desejos que, o sujeito se colocará no pólo narcísico ou alteritário, como dissemos anteriormente. Nesse sentido, poderemos observar como as subjetividades em nossa cultura são freqüentemente relançadas ao pólo narcísico, obscurecendo o pólo alteritário. Dessa forma, nada impede que o outro seja instrumento de puro gozo para um eu obeso, que institui como forma de existência: o uso e usufruto dos bens e do corpo do outro, esvaziando os valores que circulam no espaço social (Birman 1999).

Segundo Rodrigues (1986), há diversas formas de uma sociedade levar seus membros à morte, sendo a simbólica uma delas. Tornando-os deprimidos, com uma vivência de fracasso, consumindo todas as energias físicas e marginalizando-os socialmente, a desintegração psíquica se torna de tal forma dominante que, a morte física passa a ser apenas um detalhe biológico.

Sem caráter, sem força de vontade e vista como desleixada, a anatomia feminina deixou de ser um destino para ser uma questão de disciplina: se não conseguimos agenciar nossos corpos, como seremos capazes de agenciar nossas vidas ou nossos empregos?

A partir do discurso higienista do século XIX, os fabricantes de cosméticos retomam o mote da possibilidade de beleza, transformando-o não apenas numa obrigação, mas, sobretudo, numa “facilidade” – apenas uma questão de escolha e de vontade. Com Lancôme, “ser bela tornou-se fácil”.

Pesquisa feita por um importante grupo de produtos cosméticos aponta como os cuidados com a beleza se mostram como um ofício, que se ensina ou se aprende ao longo da vida com outras pessoas (mães, irmãs, especialistas, amigas) e na própria relação com produtos e marcas.

“Não existe mais mulher feia... a mulher inteligente quer, de verdade, poder tornar-se, pelo menos, bonita... Até onde ela irá depende apenas dela... Nos tempos atuais, é imperdoável que a gravidez faça com que a mulher perca a sua silhueta... A mulher deve ter um belo corpo para mostrar após os filhos estarem criados” (Helena Rubinstein apud Rouet 1978, p. 22).

Uma interessante pesquisa desenvolvida por (Brazão 2007), aponta para as mudanças no comportamento das mulheres grávidas no cuidado com seus corpos. O corpo da mulher nesse momento traz marcas dos meses de gestação e da experiência que vivenciou. Contudo, como reage parte dessas mulheres na cultura do instantâneo e do imediatismo, no tocante à espera necessária para que o corpo “volte ao lugar” ou adquira uma nova forma que porte as marcas desta experiência?

Para Brazão (2007) a gestação e as marcas no corpo que esse processo imprime são comumente apontadas como as grandes vilãs da forma física e da perda dos encantos femininos. Por isso, esforços não devem ser poupados a fim de minimizar os estragos. Para quem não demonstra o mesmo empenho, a crítica é dura, pois parece não cumprir com suas “obrigações” de mulher famosa, enquanto modelo ideal de beleza a ser consumido (p. 6).

Além de tornar o corpo objeto de consumo e vitrine dos seus méritos, a mulher passou a privilegiar o corpo na construção de sua própria identidade: tudo o que sou é o meu corpo, está sobre o meu corpo, digo com o meu corpo. É a hipótese de que somos idênticos a um corpo e não a uma imagem, às paixões e aos sentimentos.

Como aponta Nunes, a busca por um corpo esbelto, jovem e saudável tornou-se uma imposição que abre caminho para novas formas de controle e adestramento do corpo feminino, sobretudo, quando a maternidade não é mais pensada como a única forma de felicidade para a mulher. Nesse contexto, vê-se desenhar um modelo de identidade, calcado “nos mecanismos de ajuste obrigatório à tríade beleza-juventude-saúde, que pressupõe um apagamento de seus excessos e de sua singularidade” (1999, p. 11).

Uma intensificação do dispositivo repressivo, do qual as mulheres através de seus corpos são objeto, gera um mal-estar constante. O modelo de beleza proposto e o da consciência corporal (identidade corporal no sentido estrito) que as mulheres têm de si e que justifica a crescente insatisfação que as mesmas têm com seus corpos (Cash & Henry 1995).

Criou-se uma cultura que induz a mulher a acreditar ser possível a perfeição estética, se a mesma submeter-se com afincos e força de vontade a todo o arsenal técnico – cosmetologia, cirurgias estéticas, massagens, regimes e academias.

Uma breve observação sobre a representação do corpo no cinema nos mostra como “a própria matéria do filme é o registro de uma construção espacial e de expressões corporais” (Baecque 2008, p. 481). Segundo o autor, não é possível compreender as principais representações do corpo neste século, sem analisar seus modos de transmissão.

Além da mídia, que, certamente, desempenha um papel fundamental na difusão dessas crenças, não podemos deixar de lado a força do discurso “científico”. Como aponta (Bourdieu 1987), as “ilusões bem fundamentadas” tomam como referência o discurso dos especialistas – médicos, nutricionistas, nutrólogos, psicólogos, esteticistas, dentre vários outros –, que prometem a perfeição, desde que as instruções sejam rigorosamente obedecidas. Prometem também, muitas vezes, a perfeição da “beleza natural”, mesmo que o custo seja as infundáveis escovas progressivas ou obsessivas para que os cabelos fiquem “naturalmente” lisos.

Se, historicamente, as mulheres preocupavam-se com a sua beleza, hoje elas são responsáveis por ela. De dever social (se conseguir, melhor), a beleza tornou-se um dever moral (se realmente quiser, eu consigo). O fracasso não se deve mais a uma impossibilidade mais ampla, e sim a uma incapacidade individual.

Uma “tarde para cuidar de si” é apresentada como uma forma de liberação. Trata-se, na verdade, de colocar a mulher aprisionada e sempre a serviço de seu próprio corpo, para aperfeiçoá-lo, ultrapassá-lo, modificá-lo e, muitas vezes, mutilá-lo, pois não importa o preço a pagar.

A moralização do corpo feminino, como aponta Baudrillard em seu livro *A sociedade de consumo* (1970), nos leva a encarar a ditadura da beleza, da magreza e da saúde como se fosse algo da ordem de uma escolha pessoal. Deixam-se de lado todos os mecanismos de regulação social presentes em nossa sociedade, que transformam o corpo, cada vez mais, em uma prisão ou em um inimigo a ser, constantemente, domado.

Não é à toa que, as mulheres tratam de seu corpo com profunda tirania, privando-o de alimentos, mortificando-o nas inúmeras cirurgias ou submetendo-o a exercícios físicos torturantes. Significativamente o verbo mais empregado é

malhar-, como se malha o ferro. Não é sem razão que tal expressão é utilizada nas academias de ginástica na tentativa de adquirir a estética desejada. Tais técnicas, apreendidas inicialmente como uma disciplina, com o passar do tempo, são incorporadas ao cotidiano do sujeito, que, mesmo sem perceber, acaba por reproduzi-las sem que haja uma dimensão crítica ou reflexiva sobre esses comportamentos: a *Pastoral do Suor*, da qual nos fala (Courtine 1995).

Mais ainda, dor e frustração passam a ser indicadores não de limites inerentes à experiência humana, mas da insuficiência daquele sujeito singular. Ou seja, veicula-se a idéia de que essa imagem ideal, de pleno prazer, está disponível para todos, a um mínimo esforço, e que a não concretização desse modelo decorrerá, exclusivamente, da incapacidade individual do sujeito.

Mas há que se fazer uma pequena digressão. Trata-se de discutir dor ou sofrimento? Para Ricoeur, citado por Corbin.

Haveria um consenso quanto a reservar-se o termo dor aos afetos sentidos como algo localizado nos órgãos particulares do corpo ou no corpo inteiro, e o termo sofrimento aos afetos que se abrem à reflexividade, à linguagem, à relação consigo mesmo, com os outros, com os sentidos e o questionamento (CORBIN 2008b, p. 329).

Podemos, contudo, pensar que o homem nunca sofre apenas com seu corpo, e que a dor é também uma construção social e psicocultural, que atravessa o sujeito, desde a sua mais tenra idade. É isto que fundamentaria os rituais de passagem: “As tradições estruturam o ser social pela prova do corpo”, nos afirma (Le Breton 1985, p. 44). Para o autor, o sentido atribuído à dor é anterior à sensação. A dor é uma experiência subjetiva, um “evento psicológico” que se inscreve no corpo e modela a memória.

Por isso não é possível desvincular a dor do sofrimento físico da malhação, das cirurgias e das intensas práticas corporais do sofrimento que agencia essas subjetividades. Ao associar o valor da dor à superação de obstáculos e conquistas individuais, não estamos distantes do que Foucault chamou de tecnologia da insensibilidade. Ou seja, a “boa dor” não é prejudicial, ela molda o caráter.

A combinação de um foco na iniciativa pessoal, de uma liberação inédita dos costumes, bem como de uma liberação psíquica e de uma multiplicação de referências, levou à produção de uma individualidade que age por ela mesma e se modifica apoiada apenas em seus próprios recursos internos. Todavia, diante da indeterminação e de múltiplas referências, o que encontramos é um indivíduo

perdido, além de deprimido e compulsivo, um indivíduo emancipado, porém marcado pela insuficiência. Ele padece, seja pela suspensão na depressão, seja pela passagem ao ato na compulsão, sob o peso da ilusão de que tudo é possível. Em uma sociedade onde o eixo é a capacidade de agir por si mesmo, a ação de entrar em pane é seu distúrbio, por excelência.

A lógica das práticas corporais, que associa prazer e saúde, vitalidade e beleza, promete eliminar a inquietude que o olhar do outro provoca, através do esforço, determinação e disciplina, apontando todo o tempo para a responsabilidade do sujeito. No início do século XX havia controles bem mais rígidos em relação à apresentação pessoal, quase que uma imposição da “boa aparência”.

As enormes desvantagens em ser feia eram mais reais, já que era de conhecimento geral que os padrões divulgados pela imprensa, pela fotografia e pelo cinema eram os que deveriam ser seguidos, e aqueles que não se aproximassem desses padrões seriam descartados. Como aponta Del Priore, todo “o aparato colocado a serviço da beleza corporal, nessa época [...] parecia prometer a possibilidade de, em não sendo bela, tornar-se bela” (2000, pp. 72-73).

A tecnologia permite fazer muitas manipulações, recuando nossos limites, mas esse poder não liberta nada, sublinha (Ehrenberg 1998); nossa sociedade de performances encoraja essas práticas de modificação criando um problema no cerne da estruturação do sujeito, da subjetivação do mesmo.

Como assinala (Rocha 2010), se a contemporaneidade é marcada pelo excesso, um gozo hoje e agora, a obesidade se encaixa muito bem nessa série: comer com prazer: agora, o máximo e sem limites. Por outro lado, ela é paradigmática, também, numa cultura da performance e da ação, obcecada por fabricar autonomia.

Se no auge da modernidade a luta era pela liberdade, posteriormente, o mote é a iniciativa própria, o agir. Isso levou, em um nível individual, a um sentimento de insuficiência, que, por sua vez, assumiu nas patologias da depressão ou da compulsão, as duas faces do Janus contemporâneo, como ressalta Ehrenberg. Não se trata mais daquele neurótico que tenta se libertar, mas do indivíduo que está liberto, porém angustiado e curvado sob o peso dessa soberania, acuado ante uma liberdade ímpar e tantas exigências.

Disto também nos falam nossas entrevistadas em pesquisas anteriores (Novaes 2006 b; Vilhena & Novaes 2009, Vilhena 2015): estender ao máximo a

sensação de juventude demanda resistência, disposição e força que as fazem capazes de levar uma vida de jovens heroínas, cujos corpos, paradoxalmente, carregam a profundidade de uma Barbie – esticada, lisa e loura. Numa versão mais carioca da imagem da boneca, uma Barbie marombada e plastificada.

Na extensa pesquisa realizada em academias de ginástica, consultórios e clínicas de cirurgia plástica, investigamos qual a representação social da feiura. Duas características apresentavam-se como constantes, na busca de um corpo perfeito: manter-se magra e jovem. Gordura e velhice eram, nas falas das entrevistadas, características que, se não pudessem ser totalmente eliminadas, deveriam, pelo menos, ser atenuadas, ao máximo. Inúmeras foram as falas que apontaram a busca pelas cirurgias como uma forma de tentar apagar “os deselegantes traços do envelhecimento”. Para tal, todos os esforços eram empregados – se não podemos eliminar a velhice, podemos tentar reduzi-la, ou, quem sabe, dissolvê-la?

A busca desenfreada por satisfação parece ser a marca da cultura narcísica contemporânea – o imperativo é de que sejamos felizes ou pelo menos que apresentemos uma imagem superficial e aparente de felicidade. Ter uma aparência feliz significa um superinvestimento no corpo, já que parece existir um consenso entre os teóricos da área sobre a queda e extinção de antigos ideais. Dessa forma, o resultado e o mote deste superinvestimento é tornar-se uma imagem a ser apresentada para o outro.

Resumidamente, nossos corpos parecem dizer o que somos como sujeitos – daí, ter um corpo dentro do padrão definido significa não apenas ser capaz e competente, mas poder pertencer e estar inserido na dinâmica da sedução e do jogo social.

Assim, através de um jogo de espelhamento infinito, o outro passa a ser a medida constante de comparação, uma vez que o reflexo devolve, além da própria imagem do sujeito, inúmeras outras imagens. O reconhecimento da própria imagem através da projeção do outro passa a ter um papel vital na vida do sujeito; sua imagem agora se imiscui com a do(s) outro(s), em uma intrincada cadeia que define e explica a preocupação dos sujeitos.

Não importa se esse olhar de desaprovação é suposto ou imaginado. O que parece estar em pauta é atender a uma estética corporal, imaginariamente, definida como bela. Nossas entrevistadas parecem nos dizer, com bastante frequência, o quanto dependem desse olhar, que, de certa forma, lhes confere

um valor “mais feminino”. Falam-nos também de como, ao não se enquadrarem neste perfil, sofrem o exílio designado às feias.

Contudo, não há como pensar o sujeito como mero efeito da cultura, sem uma análise mais aprofundada do interjogo corpo simbólico/corpo pulsional.

A medicina e seus discursos

A invenção de um corpo pela episteme ocidental traz consigo uma série de procedimentos investigativos na esfera corporal. (Le Breton 1985), sublinha como o vocabulário de anatomia, construído na época, é completamente desprovido de referências e simbologia, desenraizando o corpo de sua esfera social e cultural e de tudo que compreende a rede de significações que dá sentido ao mundo no qual vive o indivíduo: seus laços afetivos, religiosos, familiares; seus meios de sociabilidade e, finalmente, a geografia à qual pertence.

O corpo construído pela medicina é objetivo, recheado apenas por um conjunto de órgãos e um amontoado de vísceras, cujo funcionamento mecânico se dá de forma impecável e quase infalível, mas que, embora fascinante, perde em sua dimensão mais rica, aquela que não é constituída de carne e osso, mas sim de sonhos, fantasias, lembranças, crenças, medos... Enfim, sua dimensão simbólica!

A medicina busca separar o doente de sua doença, pretendendo com isso fundar um conhecimento através da sua melhor objetivação. Sua evolução na modernidade foi no sentido de focalizar a saúde de uma forma não integrada, deixando de levar em conta não somente a história de vida do sujeito, como também sua relação com o universo no qual está inserido.

Tal fato redundou em uma visão que desconsidera qualquer aspecto humano que não esteja relacionado aos processos orgânicos que acontecem no interior do corpo. Nas palavras de (Le Breton 1985), a medicina isola o indivíduo para tratar apenas do seu corpo, esquecendo que o homem é um ser de relação e de símbolo e que a doença não é apenas um corpo a reparar (Ibid., p. 47).

O afastamento das tradições populares, além de implicar uma nova organização da imagem corporal, produz também novas categorias conceituais. A definição de (Daniels 1999), sintetiza bem a concepção de corpo que abordamos até agora:

Nas sociedades do tipo tradicional, o corpo é um lugar e um tempo indiscernível da pessoa. A existência de cada um se funde na sua inerência ao

grupo, ao cosmos, à natureza. O corpo não existe como categoria mental que permite pensar culturalmente a diferença de um ator a outro (1999, p. 25).

Assim, contrariamente à aceção moderna de corpo, vimos que este é o elemento de ligação entre os membros de uma comunidade e não o vetor de uma separação, tampouco estando restrito a ser uma singularidade na unidade diferencial de um grupo. Sua lógica reside em ser a estrutura que estabelece a ligação entre o microcosmo humano e o macrocosmo natural.

Segundo (Boltanski 1984), a medicina familiar tem por essência a imitação. Nos dias de hoje, são raras as pessoas que têm conhecimento das receitas caseiras da antiga medicina popular, logo, os atos médicos familiares da atualidade, correspondem à reprodução das práticas médicas legais. O mesmo ocorre com a compra de remédios sem receitas. É com base numa prescrição médica anterior que a mãe adquire um medicamento, sem receita, para tratar uma doença com o mesmo sintoma.

Apoiado nesse comportamento mímico, Boltanski afirma que a medicina popular de hoje difere, essencialmente, da medicina popular praticada antigamente. O saber médico popular antigo era resultado da difusão oral (de boca em boca) do conhecimento científico específico de cada época e comumente praticado pelas classes menos favorecidas que, por sua condição social, não tinham acesso à medicina 'legal'. A medicina familiar de hoje parte da imitação ou reprodução do agir do médico com o qual se teve contato direto.

A difusão dos conhecimentos médicos científicos operou-se, no caso da medicina popular, por meio de um grande número de intermediários entre a comunidade científica que os produzia e a enorme camada da população desprovida de recursos. Os atos medicinais eram assimilados até o esquecimento total de sua origem estranha, e seus efeitos eram incorporados ao acervo cultural do grupo. Hoje, o usuário da medicina informal sabe e reconhece a ilegalidade dos atos praticados sem prescrição médica.

Talvez possamos acrescentar aos argumentos de Boltanski que, mais do que legalidade ou ilegalidade, trata-se também de ter ou não acesso ao sistema de saúde. Conhecemos a situação dramática dos serviços de saúde pública no Brasil. Sem mencionar a dificuldade nos transportes e o difícil acesso aos médicos, que os pacientes experimentam.

Ainda é preciso ter em mente o contexto social onde ambas as práticas ocorrem. Chás medicinais, receitas caseiras e xaropes de família continuam amplamente empregados nas comunidades populares, seja pela tradição cultural

(muitas oriundas das regiões norte e nordeste), seja pela impossibilidade financeira de adquirir a medicação prescrita.

Com relação ao discurso sobre a doença ou o uso de termos médicos, Boltanski constatou que os membros das classes populares não possuem liberdade para desenvolver um discurso próprio sobre as enfermidades. Isto porque possuem consciência de sua ignorância em relação à medicina legal. Reconhecem na figura do médico, seu único representante. Assim sendo, o discurso que produzem é, via de regra, tímido, carregado de estranhamento e/ou referenciado. Ou seja, fazem questão de sinalizar que a fala não é própria e sim do médico especialista.

O reconhecimento da existência de um saber oficial e legítimo gera nas classes populares um aumento do grau de ansiedade e tensão a respeito da doença. Todos sabem que seu corpo pode ser atingido por qualquer tipo de enfermidade. Em razão disso, Boltanski destaca que somente nas classes populares encontrou a descrição de doenças “anônimas” e “monstruosas”, tanto para a medicina legal quanto para os que as sofrem:

Os membros das classes populares sabem que tudo pode acontecer com seu corpo, ou por culpa da doença, ou por culpa do médico, e que não há mal tão monstruoso que não possa atingi-los. É também nas classes populares, e só aí, que encontramos a descrição daquelas doenças que não têm nome em nenhum tratado de medicina, nem, com maior razão, no espírito daqueles que as agüentam e descrevem; doenças estranhas, nas quais os ossos ‘ficam esmigalhados’ e ‘se enrolam’, os corpos ‘se encham d’água’ ou então ‘de pus’ e incham desmesuradamente, cobrem-se de ‘manchas gigantescas’, ‘apodrecem por dentro’ e cujo tratamento parece muitas vezes tão monstruoso quanto os sintomas (1984, p. 35).

O discurso das classes populares acerca dos males que atingem seus corpos parece ser desesperado e incoerente, porém não deve ser julgado com leviandade. Deve, portanto, ser compreendido à luz das condições de sua elaboração e da relação e comunicação estabelecida entre o médico e o paciente. Devendo, sobretudo, ser entendido no interior de sua cultura.

Em trabalho desenvolvido na favela da Rocinha, (Vilhena & Santos 2000), apontam para o fator de desenraizamento dessas populações, indicando os elementos discursivos como formas de preservar o pertencimento e a origem: as mulheres não ficam grávidas, “ganham barriga”, “As carnes tremem por dentro, doutora!” etc. O imaginário popular, carregado de símbolos culturais,

constitui uma área intermediária riquíssima onde a comunicação analista/analizando dar-se-á promovendo produção de sentido e singularidade. Mais do que isso: conjugando o cultural/popular com o singular/particular.

Para (Boltanski 1984, p. 49), “a relação doente-médico é também sempre uma relação de classes, modificando-se a atitude do médico em função, principalmente, da classe social do doente”. Segundo o autor, essa mudança de atitude é fruto do tipo de formação e de ideologia recebidas pelos médicos durante seus anos de estudo. Por esta razão, a percepção do médico acerca da classe social dos seus pacientes é seletiva e organizada em categorias e tipologias de doentes. Ao observar a entrevista dirigida a qual o doente é submetido, os pesquisadores são então capazes de perceber que ela fornece ao médico, respectivamente: subsídios para definir o tipo psicológico e a classe social do doente.

Tornou-se, igualmente, claro para os pesquisadores que as informações colhidas nas entrevistas definem a imagem social construída pelo médico sobre seu paciente e é com base nela que o mesmo ‘escolhe’ sua atitude diante do indivíduo, bem como quais procedimentos serão adotados no decorrer da consulta. A manipulação física ou moral é a maior responsável pela personalização da relação médico-paciente.

Com as classes mais baixas a personalização é quase inexistente e predomina certa hostilidade ou desconfiança. Com as classes mais altas, a personalização é o caminho mais natural, favorecido também pela proximidade linguística. A personalização e/ou a manipulação serve, ao mesmo tempo, para quebrar as resistências ou defesas do doente frente ao médico. Contudo, a principal razão pela qual os doentes das classes populares não confiam muito no médico consiste na distância linguística existente entre eles.

E ainda, de acordo com Boltanski, analisando a relação das classes populares com o curandeiro, é possível entender a relação das mesmas com o médico. Para as classes médias e superiores, o curandeiro é uma espécie de mágico, e elas só o procuram atraídas pelo obscuro e misterioso. Já as classes populares, o reconhecem e buscam a sua figura devido à proximidade linguística que ambos apresentam e ao fato do curandeiro explicar, de modo compreensível e mais simplificado ao doente, a doença da qual padece.

Em geral, o curandeiro pertence à mesma classe que o doente e sua ciência é percebida pelos seus como um dom. Entretanto, a pesquisa observa que as classes menos favorecidas, embora acreditem e aceitem na eficácia das

técnicas empregadas pelo curandeiro, não rejeitam a medicina oficial. A desconfiança que as classes populares têm nos médicos incide mais sobre o próprio médico, suas atitudes e suas manipulações, do que sobre o seu conhecimento científico em si.

Segundo (Le Breton 2002), o homem da cidade (ou culto) que procura o curandeiro não está apenas em busca de uma cura que a medicina não pode lhe proporcionar, mas também de um conhecimento acerca de seu próprio corpo muito mais digno de interesse do que aquele fornecido pelo saber biomédico. No diálogo com o curandeiro, este homem descobre uma dimensão simbólica que provoca surpresas e questionamentos, e que o acompanharão por muito tempo, enriquecendo sua existência com outra dimensão simbólica.

Entretanto, a impossibilidade de comunicação ou intolerância com o desconhecimento do outro, não pode ser restrita à relação com as camadas populares. Frequentemente, ouvimos de pacientes “cultos”, “informados” e de outras classes sociais que a escolha de determinado médico deu-se em função da relação estabelecida entre ambas as partes. Ou seja, não basta uma reconhecida competência, é preciso haver empatia na relação. Busca-se um interlocutor que veja o corpo não apenas como um organismo, mas como o suporte de uma teia de significações em que a palavra não pode faltar.

Boltanski aponta o grau de instrução como um fator facilitador, ou não, da relação médico-paciente. Sabe-se que quanto maior o grau de instrução do paciente, maior será a possibilidade de estabelecer uma relação de amizade com o médico, em decorrência da proximidade com sua posição social.

Acreditamos que as observações não sejam corroboradas, em sua totalidade. Como apontaremos a seguir, o discurso médico barra de seu universo pobres e ricos (os primeiros com mais intensidade, certamente), posto que isola o paciente de seu sintoma. A distância aqui mencionada, atribuímos muito mais à relação saber/poder estabelecida pelos profissionais de saúde do que à incapacidade intelectual ou instrução dos usuários. Voltamos a enfatizar que, não estamos tratando das distinções entre o urbano e o rural.

Como bem aponta (Le Breton 2002), o saber biomédico é, em certa medida, a representação oficial do corpo humano de hoje. O que é, atualmente, ensinado nas universidades, o que se examina nos laboratórios, o fundamento da medicina moderna, trata-se muito mais de um elemento de uma cultura erudita, uma vez que é pouco compartilhado fora deste círculo. O que aprendemos na escola sobre a nossa própria anatomia não é suficiente para que

tenhamos conhecimento do corpo tratado pela medicina. Por isso, para o autor, com freqüência recorreremos a outras referências simbólicas.

O autor nos chama a atenção para o quanto as chamadas medicinas “paralelas” ou alternativas vão tomando conta de nossa vida simbólica e organizam a vida social, evidenciando o descompasso entre as demandas sociais e as respostas dadas pelas instituições médicas. É importante frisar que não há aí uma desqualificação do saber ou da eficácia da medicina tradicional, apenas a constatação do crescimento da demanda por outros saberes afins que, de certa forma, respondem a anseios coletivos.

O médico, ao silenciar ou negar informações sobre as doenças aos pacientes das classes baixas, por entender que elas não são capazes de compreender os termos técnicos, impede que uma relação de confiança seja estabelecida. Por outro lado, o paciente proveniente de uma origem mais humilde reconhece a existência de um vocábulo ou discurso médico específico e legítimo. Tal consciência ‘proíbe’ a construção de um discurso paralelo, vulgar, autônomo e coerente que aproxime as classes populares do conhecimento de seu próprio corpo, impondo às mesmas um distanciamento que as impede de manter uma relação científica e reflexiva com a doença. No entanto, se o médico não lhe esclarece o suficiente sobre o seu mal, o doente é obrigado a construir, por conta própria, um discurso sobre a doença.

Boltanski destaca que o discurso produzido pelas classes baixas, com os fragmentos de informações dadas pelo médico, tem a função de reinterpretar e representar a doença para que o paciente satisfaça a necessidade natural de compreendê-la. Embora estas sejam representações individuais, elas são construídas sobre regras fixas de categorias e de esquemas de classificações, de caráter coletivo.

Portanto, é a partir do discurso do médico que o doente toma por empréstimo os termos que reconhece e constrói suas próprias representações da doença, mantendo certa coerência. Os termos científicos desconhecidos são substituídos por uma classificação que lhe seja familiar, permitindo-lhe com isso compreender a doença e restabelecer sua relação com o próprio corpo. Os extratos mais favorecidos da população recorrem a termos próximos aos científicos para falar das doenças que lhes atingem.

Boltanski esclarece que as categorias utilizadas para falar da doença partem da percepção imediata do outro na vida cotidiana. As categorias morfológicas (magro/gordo) são associadas às características opostas, como

nervoso/calmo, e depois às patologias. Por exemplo: a magreza é associada à tuberculose; a diabete é representada pela “diabete gorda” ou “diabete magra”. Tais categorias de percepção do outro estão relacionadas ao discurso da dieta alimentar das classes populares, tanto ao que absorvem na alimentação, como ao que eliminam.

Segundo Le Breton (2002), a medicina busca situar-se fora do contexto social e cultural ao apresentar-se como a detentora da reposta “verdadeira”, a única científica e, portanto, intocável. Tudo se passa como se a medicina ocidental fosse o marco de referência de todas as outras possibilidades de aproximação da doença. Assim, para entender a busca pelas medicinas ditas alternativas ou paralelas, segundo o autor, é fundamental que se reflita sobre isso.

Corpo: uma nova cartografia?

Os avanços tecnocientíficos e o desenvolvimento da nova medicina colocaram em questão, desde a segunda metade do século XX, aspectos da condição humana que pareciam intangíveis. Em 1930, Freud escrevia que eram três as principais fontes do sofrimento humano: a Natureza com sua força indomável; as vicissitudes do corpo em sua marcha inexorável na direção de sua autodissolução; e a relação entre os homens que os condenava às exigências sociais e renúncias pulsionais muito além das possibilidades de seu acanhado espírito.

Sem sombra de dúvida, proporcionamos hoje mais saúde ao nosso corpo sem, contudo, encontrarmos qualquer alívio para a inexorabilidade de nossa finitude: apenas adiamos um pouco o desfecho trágico de nossa existência e somos muito gratos à Ciência por cada dia a mais de esperança... Ou ilusão.

Dessa forma, nota-se que os avanços científicos, tais como a biotecnologia, reproduzem valores que espelham o nosso imaginário cultural, onde as regulações sobre o corpo se fazem tão aparentes. Pensando no aprofundamento do debate político sobre a tecnociência e na crítica ao humanismo, o filósofo (Vladimir Safatle 2008), indaga-se sobre qual seria a concepção de vida que direciona o desenvolvimento da ciência.

Ao mesmo tempo em que faz a denúncia, Safatle sugere pensarmos em novas formas de subjetividade, mais independentes da estrutura egóica. Ou seja, organizações psíquicas mais descoladas da figura de um “eu”.

Francisco Ortega (2003) é outro filósofo que questiona o estatuto do

corpo na atualidade, refutando o ideal que acredita existir no bojo das intervenções corporais contemporâneas: a ideia de um corpo puro. Acredita que a pureza seja ilusória e que por trás desta ascese corporal estejam inúmeras modificações nas quais estão contempladas a colocação de próteses, a subtração de gordura, os transplantes etc.

Para Ortega, nestas práticas residiria o processo de fragmentação de um ideal unitário, ou seja, a valorização de partes da anatomia que surge como um reflexo de um fenômeno mais amplo e que se atualiza em diversos aspectos da vida contemporânea. Esse fenômeno diz respeito à noção de que o sujeito pode e deve ser engenheiro de si mesmo. Dessa forma, o sujeito estaria apto a montar, remontar e recriar suas formas redesenhando as fronteiras deste corpo de forma infinita. Por fim, chegaria ao ponto de negar sua materialidade numa espécie de “rejeição corporal da corporeidade” ou ainda, no que (Sibília 2003) nomeou de aversão à carne.

Lócus das formações identitárias, foi do corpo feminino que nos ocupamos neste trabalho. A antiga associação mulher/saúde/beleza nunca esteve tão presente, provocando distintas formas de subjetivação. “Nossos corpos nos pertencem”, gritavam, no começo dos anos 1970, as mulheres que defendiam o direito ao aborto, à liberdade sexual, o direito ao agenciamento de seus próprios corpos – mas até que ponto podemos dizer que tal tarefa foi bem-sucedida?

Até que ponto muitas delas não se encontram aprisionadas em seus próprios corpos, na justeza de suas próprias medidas, na busca permanente por um ideal que, como tal, não pode ser atingido? Nem de longe estamos negando todo o valor libertário do movimento feminista e de todos os outros que vieram em sua esteira – o que nos propomos a refletir é o quanto a “liberdade” pode, às vezes, aprisionar. Levantar a censura sobre o próprio corpo, ideal de todas nós, pode muitas vezes redundar em uma censura maior ainda.

Ninguém melhor do que (Foucault 1984, 1985a, 1985b) apontou como o corpo se tornou objeto de uma das mais fortes regulações sociais. O corpo nunca foi tão penetrado, auscultado, examinado não só pelas novas tecnologias médicas, como pelas mutações do olhar – também delas decorrentes.

A sexualidade, vista como espetáculo, nos faz retornar à indagação inicial: meu corpo será sempre meu corpo? Em uma sociedade com mais telas do que páginas, regida pelas normas do consumo, o corpo não pode deixar de ser afetado. Além disso, o funcionamento da civilização se apresenta de tal

maneira que ela favorece a identificação a uma imagem totalizante a partir dos corpos ideais abastecidos de acessórios fantasmáticos com os quais o sujeito moderno é convidado a se identificar. Assim, dois aspectos: de início a crença de cada um em sua imagem; em seguida a preocupação de se identificar a uma imagem de si que seja bem-sucedida.

. Na trama da cultura, o corpo ultrapassa os limites do biológico – e sua versão mecânica e/ou tecnológica pulveriza ou *enevoa* as fronteiras que definem o humano, produzindo reviravoltas nos valores éticos e acelerando a revisão e as mudanças de costumes (Novaes & Vilhena 2016).

Da moda do corpo ao corpo da moda, o corpo natural se desnaturaliza ao entrar em cena, conforme as exigências impostas pelos modelos vigentes ou pelo poder das normas organizadoras do *ethos* sociocultural. Mas este corpo, conforme citado anteriormente, não é apenas passivo: ele transgride, cria, rebela-se – porque fala.

É à luz da noção de corpo como uma espécie de cartografia, como algo que simultaneamente transcende a linguagem e nos serve de canal de comunicação com o mundo, que entendemos as falas sobre as diferentes práticas de intervenções corporais.

Quase tudo no corpo humano, de seu funcionamento aos seus componentes, parece ter se tornado transformável, mutável ou criável através das proezas das novas técnicas. E não apenas a parte externa do corpo, mas também a interna, explorada e visualizada até suas profundezas, permitindo-se abrir ao olhar de todos, como um espetáculo vivo, através de performances, forma de *live art* e da imageologia médica.

De acordo com Gilman (1999), uma nova subjetividade vai se delineando e através dela torna-se possível formular a seguinte pergunta: “Conviver com o defeito ou mudá-lo?” (p. 45). De acordo com a autora, a prática da cirurgia plástica torna-se o meio através do qual é possível disfarçar um traço estigmatizante de modo que o sujeito sintá-se reintegrado socialmente. Disfarça igualmente os sinais de envelhecimento, o que em uma cultura que elegeu a juventude como ideal de beleza torna a velhice vergonhosa ou “deselegante”,

As técnicas de reversão do processo de envelhecimento nos remetem ao tão sonhado projeto evolucionista do corpo. Atingida a sua maturidade, o corpo estaria livre de todas as enfermidades e intempéries – o corpo anseia por não mais fenecer. A tentativa pós-moderna parece ser a subversão da condição humana de mortal (Vilhena 2012).

É próprio da contemporaneidade ter o corpo como lócus primordial de investimento, sendo a aparência que ele ostenta um capital precioso e uma moeda de troca valiosa. Para alguns, o corpo passa a ser uma obra de arte, tal qual uma tela em branco. É neste corpo, transformado em um registro vivo, que serão inscritos afetos, emoções, representações da história do sujeito, do seu tempo e também da sua dor, como no caso das tatuagens, *branding*, escarificações, suspensão, etc (Vilhena, Rosa & Novaes 2015).

A escritura sobre o corpo, hoje, não diz respeito nem a uma demarcação da natureza humana – tais quais as pinturas corporais primitivas – nem a uma simples pertença a uma comunidade; ela é a trama de relação de cada um com seu corpo, no sentido de que ela visa os efeitos de gozo (Silva Jr. 2008, p. 2).

Para outros, ele é tomado como a vestimenta que recobre o sujeito, sintetizada na máxima: o corpo é a roupa e, por isso mesmo, deve apresentar um caimento perfeito, mesmo que alguns retoques sejam necessários para a melhor otimização dos resultados (Vilhena & Novaes 2012).

O corpo orgânico – a carne – se torna objeto de mercado. Mesmo as substâncias biológicas, sangue, tecidos e órgãos circulam, trocam-se, e constituem os bens raros estocados ou em reservatórios. Essa desagregação do Ideal e dos elementos simbólicos que sustentam a armadura social (por exemplo, as instituições) é um dos fatores que parecem estar fortemente relacionados ao recurso à marcação do corpo “como gravura sobre si, em que o tecido social não exerce mais seu papel de fiador, de uma permanência que assegura ao indivíduo uma continuidade significante” (Silva Jr. 2008, p. 2).

Considerações finais

Como todo culto, o impacto da moda do culto ao corpo sobre a sociedade só pode ser detectado a partir da compreensão da maneira como seus ditames são interpretados pelos indivíduos que, no interior de diferentes grupos sociais, lhes emprestam significados próprios.

As formas do discurso e as figuras da modernidade influenciam o estatuto do corpo. A presença do corpo na modernidade favorece a identificação a uma imagem totalizante, a partir de corpos ideais revestidos de acessórios fantasmáticos, aos quais o sujeito moderno é chamado a se identificar. Dois aspectos específicos se apresentam: a crença de cada um em sua imagem e o cuidado em se identificar com uma imagem bem-sucedida de si.

O declínio do Ideal e o imperativo do gozo que corroem no conjunto dos laços sociais (ou discursos) se traduzem, também, por um estilo de vida dominado pelo individualismo. Os trabalhos do filósofo Lipovetsky (1989) demonstram que o individualismo exclui o Outro, aumentando o nível de desprazer e a busca pelo gozo. Deduz-se disso uma reivindicação de poder fruir (gozar) do próprio corpo: “meu corpo é meu”; “eu tenho o direito de gozar de meu corpo”.

Assim, na era da cultura da performance, o homem contemporâneo, referenciado ao limite possível-impossível, não há de perguntar-se até onde pode ir, mas até onde é capaz de ir: “se tudo é possível, então tudo é normal e permitido? Essas questões são políticas no sentido em que se referem aos princípios fundadores de uma sociedade... O indivíduo soberano está ao mesmo tempo deprimido e dependente” (Ehrenberg 1998, p. 236). O indivíduo soberano encontra-se sob o peso dessa autonomia e responsabilidade, submetido a normas de performance e a iniciativas constantes para manter-se na sociedade.

O discurso do corpo fala das relações internas à sociedade e também nele vai se expressar a busca da felicidade plena. Palco privilegiado dos paradoxos e dos conflitos, o corpo que busca a singularidade é o mesmo que tenta negar a diferença e a alteridade. Mas de que forma vemos o outro? É no reconhecimento da alteridade que podemos estabelecer os laços sociais e a solidariedade. Diferença e singularidade são pressupostos para a existência do laço social cujo traço identitário não seja o narcisismo. Em outras palavras, no registro das culturas narcísicas, tudo é permitido ao sujeito que se crê o centro do universo – em sua onipotência predatória, o outro é apenas um objeto para usufruto de seu próprio gozo (Vilhena 2008).

O poder da imagem ideal “se passa a partir de uma referência ao corpo do outro e à sua presença” (Laurent 1997 p. 63). A imagem de um corpo ideal sugere o sujeito. A perspectiva de uma identificação a uma imagem totalizante, idealizada e controlada, está, aparentemente, na origem do tratamento que alguns de nossos contemporâneos, em resposta, impõem a seus corpos.

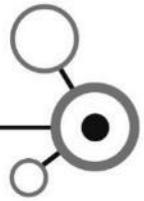
A eterna busca da imortalidade transforma-o em um corpo de encenação da obra de arte. Os discursos da saúde, da medicina, do erotismo, tamponam o real que apavora: o mal-estar e a finitude. O corpo como obra de arte é o corpo teatralizado, palco onde as palavras são encenadas. Tal qual nas cidades povoadas pelos murais e *outdoors*, uma nova forma de escritura se estabelece.

Referências Bibliográficas

- Baecque, A. 2008, "O corpo no cinema". Em A. Corbin, J.J. Courtine & G. Vigarello, (eds.) *História do corpo. As mutações do olhar. O século XX*. Vol. 3. Vozes, Petrópolis, 481-507.
- Barthes, R. 1982, "Encore le corps". *Critique*. Paris, n. 423-424, , pp. 645-654.
- Birman, J. 1999, *Mal-estar na atualidade. A psicanálise e as novas formas de subjetivação*. Civilização Brasileira, Rio de Janeiro.
- Boltanski, L. 1984, *As classes sociais e o corpo*. Graal, São Paulo.
- Bourdieu, P. 1987, *A economia das trocas simbólicas*. Perspectiva, São Paulo.
- Brazão, M. 2007, *Estetização do corpo feminino e a gestação*. Dissertação de Mestrado. Departamento de Psicologia. PUC-Rio.
- Cash, T. F. & Henry, P. E. 1995, Women's Body Images. The Results of a National Survey in the USA. *Sex Roles*, vol. 33, n. 1/2.
- Corbin, A. 2008a, "Dores, sofrimentos e misérias do corpo". Em A. Corbin, J.J. Courtine & G. Vigarello, (Eds.) *História do corpo. Da revolução à grande guerra*. Vol. 2. Vozes, Petrópolis, 181-266.
- Corbin, A. 2008b, "O encontro dos corpos Em A. Corbin, J.J. Courtine & G. Vigarello, (Eds.) *História do corpo. Da revolução à grande guerra*. Vol. 2. Vozes, Petrópolis, 267-343.
- Courtine, J.-J. 1995, "Os Stakanovistas do narcisismo". Em D. B. Sant'anna, (Ed.) *Políticas do corpo: elementos para uma história das práticas corporais*. Estação Liberdade, São Paulo.
- Daniels, M. C. 1999, *Traços físicos, imagens sociais: representações da feiura*. Dissertação de Mestrado. Unicamp, São Paulo.
- Del Priore, M. 2009, *Corpo a corpo com a mulher. Pequena história das transformações do corpo feminino no Brasil*. Ed. SENAC, São Paulo.
- Durif, C. 1990, "Perceptions et representations du poids et des formes corporelles: une approche psychoethnologique". *Informations sur les sciences sociales*. Paris, vol. 29, (2), 14-28.
- Ehrenberg, A. 1998, *La fatigue d'être soi: dépression et société*. Odile Jacob, Paris.
- Foucault, M. 1984, *História da sexualidade I – A vontade de saber*. Graal, Rio de Janeiro.
- Foucault, M. 1985a, *A História da sexualidade III – O cuidado de si*. Graal, Rio de Janeiro.
- Foucault, M. 1985b, *Vigiar e punir*. Vozes, Petrópolis.
- Freud, S. 1930, "O Mal-estar na civilização". *Edição Eletrônica Brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*, vol. XXI. Imago, Rio de Janeiro.
- Geertz, C. 1978, *A interpretação das culturas*. Jorge Zahar, Rio de Janeiro.

- Gilman, S. L. 1999, *Making the Body Beautiful: a Cultural History of Aesthetic Surgery*. Princeton University Press, Nova Jersey.
- Lacquer, T. 1992, *La fabrique du sexe. Essai sur le corps et le genre en Occident*. Gallimard, Paris.
- Laurent, E. 1997, "Alienação e separação I". Em R. Feldstein, B. Fink & M. Jaanus (Eds.). *Para ler o Seminário 11 de Lacan*. Jorge Zahar, Rio de Janeiro, 31-41.
- Le Breton, D. 1985, *Corps et sociétés: essai de sociologie et anthropologie du corps*. Librairie des Meridiens, Paris.
- Le Breton, D. 2002, *Antropologia del cuerpo y modernidad*. Nueva Visión, Buenos Aires.
- Le Breton, D. 2006, *A sociologia do corpo*. Vozes, Petrópolis.
- Lévi-Strauss, C. 2003, *Antropologia estrutural*. Tempo Brasileiro, São Paulo.
- Lipovetsky, G. 1989, *O império do efêmero*. Dom Quixote, Lisboa.
- Novaes, J. V. 2006a, *O intolerável peso da feiura. Sobre as mulheres e seus corpos*. Ed. PUC/Garamond, Rio de Janeiro.
- Novaes, J. V. 2006b, "Del culto del cuerpo perfecto a los tecnocuerpos". *Imago Agenda*, n. 105. Letra Viva Libros, Buenos Aires, 42.
- Novaes, J. V. & Vilhena, J. 2016, *Que corpo é este que anda sempre comigo? Corpo, imagem e sofrimento psíquico*. Appris, Curitiba.
- Nunes, S. 1999, *O corpo do diabo entre a cruz e a caldeirinha. Um estudo sobre a mulher, o masoquismo e a feminilidade*. Civilização Brasileira, Rio de Janeiro.
- Ortega, F. 2003, "Práticas de ascese corporal e constituição de bioidentidades". *Cadernos Saúde Coletiva*, 59-77. Rio de Janeiro.
- Remaury, B. 2000, *Le beau sexe faible. Les images du corps féminin entre cosmétique et santé*. Grasset & Fasquelle, Paris.
- Rodrigues, J. C. 1986, "O corpo liberado". Em I. Strozemberg (ed.). *De corpo e alma*. Contemporânea, Rio de Janeiro, 90-100.
- Rouet, M. 1978, *L'Esthétique corporel*, (cópia mimeo).
- Rubinstein, H. 1930, *The Art of Feminine Beauty*. Liveright, Nova York.
- Safatle, V. 2008, *Cinismo e falência da crítica*. Boitempo, São Paulo.
- Santos, A. 2005, *Nas praias do mundo sem fim mães e crianças brincam*. Tese de doutorado. Departamento de Psicologia. PUC-Rio.
- Sibília, P. 2003, *O homem pós-orgânico. Corpo, subjetividade e tecnologias digitais*. Relume Dumará, Rio de Janeiro.
- Silva Jr., N. 2008, *Estudo comparativo internacional das marcas corporais autoinfligidas à luz dos laços sociais contemporâneos*. Projeto de pesquisa. USP/UNRENNES, São Paulo.

- Vilhena, J. 2015, " Les corps monstrueux de notre histoire". Em. Masson & D'Esprat Pequignot (orgs). *Monstres Contemporains. Médecine, société et psychanalyse*. Paris. Editions in Press, 161-177.
- Vilhena, J. 2012, "Envelhecendo em tempos sombrios" *Polêmica revista Eletrônica*. vol.12 (4), 597-611. Disponível em <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/polemica/article/view/4327/3125>.
- Vilhena, J. & Santos, A. 2000, "Clínica psicanalítica com comunidades. Um desafio contemporâneo". *Cadernos do Tempo Psicanalítico*, n. 32. SPID, Rio de Janeiro, 9-35.
- Vilhena, J. & Novaes, J.V. 2012, *Corpo para que te quero? Usos, abusos e desusos*. PUC/APPRIS, Rio de Janeiro/Curitiba.
- Vilhena, J. & Novaes, J.V. 2009, Un corps à la recherche d'un logement. Corps, violence et médecin. Em C. Masson, & C. Desprat-Pequignot, (eds) *Le corps contemporain : créations et faits de culture*. L'Harmattan, Paris, 113-136.
- Vilhena, J., Rosa, C. M. & Novaes, J. V. 2015, Narrando dores. A tatuagem como discurso. *Cadernos de Psicanálise do CPRJ*. v. 37, (33), 129-154.



As famílias e os desafios dos tempos modernos

Marta Cabral
Universidade Autónoma de Lisboa, Portugal
malim.cabral@gmail.com

Resumo

O ciclo de vida de uma família tradicional inicia-se com a união de duas pessoas que formam um casal e, se comprometem numa relação que se prolonga pelo tempo. Dessa união surgem filhos que se tornarão adolescentes e depois adultos, que dão origem a novas famílias nucleares. Todavia, este ciclo tem vindo a sofrer alterações, na medida em que através de processos como o divórcio, surgem famílias reconstituídas, entre outras. Estas são designadas de novas famílias.

Estas famílias, principalmente as famílias homossexuais, tem sido alvo de estudos no campo da psicologia e sociologia, constituindo um tema polémico, uma vez que, existe estereótipos face ao processo educativo das crianças que delas fazem parte.

Palavras-chaves: *educação, novas famílias, novas tecnologias, modernização, padrões familiares.*

Abstract

The life cycle of a traditional family begins with the union of two people who form a couple and undertake a relationship that extends over time. From this union emerge children become teenagers and then adults, which give rise to new nuclear families. However, this cycle has undergone changes, in that through processes such as divorce, reconstituted families arise, among others. These are designated as new families.

These families, mostly homosexual families, has been the subject of studies in the field of psychology and sociology, being a controversial issue, since there stereotypes against the educational process of the children who are part of them.

Keywords: *education, new families, new technologies, modernization, family patterns.*

Introdução

Através de influências sociais, políticas e económicas, a família passou por modificações acentuadas, contribuindo em grande parte para o surgimento de uma nova perspetiva sobre as questões de género (Hintz 2010).

A condição feminina foi se modificando e simultaneamente, ocorreram mudanças no papel masculino, gerando reformulações na relação conjugal e, naturalmente na relação pais-filhos (Hintz 2010).

Com o surgimento das novas tecnologias, que passam a fazer parte do nosso quotidiano, mais rapidamente novos comportamentos são adquiridos, surgindo novas necessidades e expectativas (Hintz 2010).

Estes e outros fatores vão-se agregando e contribuindo para que a estrutura familiar tradicional (pai, mãe e filhos), não seja a única forma de relacionamento familiar, dando origem a outras configurações familiares (Hintz 2010).

Este trabalho é constituído por sete partes: (1) conceito de família; (2) com o decorrer dos anos; (3) aspetos evolutivos da família; (4) novos padrões familiares; (5) equipas de pais; (6) o novo “normal”; (7) a importância das novas tecnologias nas “novas famílias”.

Inicialmente é mencionado o conceito de família e como este evoluiu ao longo dos tempos, tendo assim deixado de parte a ideia da família como uma hierarquia, onde o homem (pai), tinha o poder absoluto, na medida em que tinha o poder económico e os restantes dependiam deste economicamente. Assim sendo, a família tenta a um processo de igualdade, sendo caracterizada pela igualdade de género, onde existe inversão de papéis masculinos e femininos.

Seguidamente será apresentado as novas interferências na família, onde iremos mencionar dois grandes temas bastante atuais, sendo a entrada da mulher no mercado de trabalho, bem como a importância das novas tecnologias na vida das “novas famílias”.

À *posteriori*, serão mencionadas as novas configurações familiares, sendo constituídas por famílias monoparentais; famílias reconstituídas; famílias consensuais; famílias unipessoais; famílias como a opção de adiar os filhos, devido em grande parte às exigências da sociedade relativamente aos estudos e à ascensão profissional.

De seguida será descrito o que entendemos pelo “novo normal” e as equipas de pais, sendo que atualmente, com a exigência do mercado de trabalho para ambos os progenitores e com a igualdade de géneros, existe a necessidade de os pais formarem uma equipa para conseguirem gerir a educação dos filhos.

Por último, iremos apresentar a importância das novas tecnologias nas “novas famílias”, sendo que neste ponto será abordado as aplicações APP, muito utilizadas para a educação dos filhos. E a importância do brinquedo “hen”, que ajuda a desenvolver a identidade da criança (orientação sexual), sem influência de terceiros, o que se verifica muito com o fato dos pais vestirem roupas cor-de-rosa em meninas e azuis em menino, bem como a exigência das meninas brincarem com bonecas e os meninos com carros, atrapalhando assim a liberdade de expressão. Este brinquedo é caracterizado pelo brinquedo de género neutro.

Conceito de Família

Família é definida como um grupo de indivíduos unidos por laços transgeracionais e interdependentes relativamente aos elementos fundamentais da vida (Doron & Parot, 2001, citados por Machado, 2012). É, portanto, uma construção social, na medida em que representa um modo de agir e de pensar coletivo, que evoluiu ao longo dos tempos em relação à organização, bem como o funcionamento da sociedade (Gouveia, Pires & Hipólito, 2014; Dias, 2011).

Todavia, ao longo dos últimos anos, o conceito de família sofreu inúmeras alterações, a estrutura familiar contemporânea deixou há algumas décadas o formato tradicional, pai/mãe/filhos para se reorganizar num enredado de membros que muitas vezes vêm de outros relacionamentos desfeitos ou simplesmente de elementos que se agregaram, reunindo-se como família. Vão-se transformando em famílias constituídas por pai e filho ou mãe e filhos, denominadas de famílias monoparentais, bem como famílias reconstituídas, resultantes de segundos casamentos dos progenitores e às quais se juntam, por vezes, filhos de ambos os lados e famílias homossexuais, entre outras (Parijjs, 2010).

O conceito de família e a sua estrutura padrão alteraram-se e hoje, representam um novo desafio para os psicólogos e psicoterapeutas. Estas recomposições acabam por aumentar a diversidade dos padrões comportamentais familiares e, o que anteriormente era incomum, passou a ser encarado com naturalidade nas últimas décadas (Parijjs, 2010).

Com o decorrer dos anos

Com o decorrer dos anos as mudanças sociais e ideológicas foram perceptíveis. Antigamente, as relações entre as pessoas e os seus familiares eram diferentes, e a composição familiar era padronizada, tendo como líder o pai, com sua mulher e filhos de um mesmo casamento. Na contemporaneidade, esse modelo clássico foi deixado de lado, dando espaço para que diversas formas de formar uma família fossem possíveis (Carter & McGoldrich, 1995).

As relações passaram a ser alternativas e a palavra família ganhou um novo significado. Embora seja lei respeitar os direitos e modo de vida de cada indivíduo (Carter & McGoldrich, 1995).

As novas famílias, reconstituídas ou não, representam um desafio adaptativo para a Sociedade e para os membros desta. As novas estruturas familiares são complexas e lutam nomeadamente para estarem em equilíbrio perante a complexidade dos seus movimentos (Carter & McGoldrich, 1995).

O preconceito foi persistente mesmo com a modernização que o mundo tem vivenciado. Inúmeros casos de agressão física, verbal e virtual foram relatados, principalmente contra homossexuais (Carter & McGoldrich, 1995).

Portanto, é necessário, para a promoção de uma convivência melhor entre indivíduos, que sejam aplicadas políticas públicas que visem a proteção dessas famílias afetadas diretamente e a criação de mais campanhas com o intuito de comover os cidadãos e mostrar que todas as famílias têm seus direitos, sejam elas compostas por quaisquer indivíduos (Carter & McGoldrich, 1995).

Alguns aspetos evolutivos da família

Na análise evolutiva da família, verificamos que de uma estrutura de hierarquia, a família tende para uma estrutura de igualdade (Vaitsman, 1994, citado por Hintz, 2010). Na família hierárquica o homem detinha o poder, controlando todos os membros da família, onde se apoiavam no seu poder económico. Os valores familiares estavam fundamentados no desempenho profissional do homem, na parte económica e nas qualidades morais. Existindo também um posicionamento distante nas relações entre pais e filhos, mantido por ambas as gerações, afirmando a hierarquia entre os seus membros. A família de características de hierarquia foi se estruturando, passando a predominar os conceitos de igualdade. Desta forma, passou a existir uma nova perspectiva sobre as questões de género. Com grande influência da entrada da mulher no mercado

de trabalho, mas também com a reformulação dos papéis masculinos e femininos na relação conjugal (Hintz, 2010).

Novas interferências na família

A mulher passa a trabalhar fora de casa com a finalidade de aumentar o rendimento familiar, contribuindo para uma mudança na dinâmica familiar. Aos poucos sente necessidade de ampliar o seu campo de trabalho e passa a participar de atividades educativas, profissionais, culturais, artísticas e políticas. A mulher passa a ingressar em maior número ampliando o seu campo de trabalho e por conseguinte, permanece mais tempo fora de casa. A estrutura menor da família recebe interferências externas positivas e negativas com as quais interage constantemente (Dias 2011).

Os diferentes papéis exercidos pela mulher nas diversas áreas da sociedade, como na educação, saúde, trabalho, fertilidade e na habitação, afetam diretamente todos os membros da família. Desta forma, a mulher ganha autonomia, ocupando uma posição com grandes responsabilidades no seio da família, sendo que esta posição gera modificações também nas funções masculinas (Hintz, 2010).

A invasão tecnológica faz-se sentir ao nível do quotidiano das famílias, modificando o relacionamento e prejudicando a comunicação familiar. Neste contexto, as pessoas têm de reformular os significados e valores, bem como o tempo despendido no convívio familiar (Hintz, 2010).

A tecnologia deve ser utilizada como um instrumento facilitador para melhorar a qualidade de vida. Todavia, estes instrumentos podem causar dificuldades no relacionamento parental e no contexto familiar (Hintz, 2010).

Atualmente com o fácil acesso à internet, o afastamento da convivência conjugal é uma consequência bastante notória, podendo levar à separação ou divórcio nos casais, proporcionando posteriormente a constituição de famílias reconstituídas (Hintz, 2010).

Novos padrões familiares

Como já foi referido anteriormente, já não existe um padrão tradicional. Este padrão foi-se modificando e assumindo novas configurações familiares (Hintz, 2010).

Famílias monoparentais

Um dos novos padrões de família, denomina-se por famílias monoparentais. Estas famílias são decorrente de divórcios ou separações, onde um dos pais assume o cuidado dos filhos, sendo que o outro progenitor não é ativo na parentalidade. Outro exemplo são famílias onde um dos pais é solteiro e o outro nunca assumiu a parentalidade. Nestas famílias existe um maior de mães e filhos, como mães separadas ou mães solteiras, sendo a mulher a chefe de família. O número de homens que assumem a sua parentalidade sozinhos está a crescer, contribuindo para novos estudos decorrentes deste comportamento na interação dos papéis masculino-feminino. O fato de ser apenas um progenitor a assumir todas as funções, sendo essas que por sua vez caberia ao outro progenitor, a criança desenvolve maior maturidade e capacidade de decisão (Hintz, 2010).

Famílias reconstituídas

A família reconstituída não é um fenómeno novo, todavia, o constante crescimento de recasamentos e as mudanças em sua natureza têm sido atribuídas a fatores económicos e sociais. A crescente independência económica da mulher após a revolução industrial e as guerras mundiais, a mobilização social, a liberação sexual e a busca pela felicidade individual têm contribuído para que os recasamentos se tornem rapidamente uma estrutura familiar bastante comum atualmente (Hintz, 2010).

Nestas famílias o relacionamento familiar amplia-se, na medida em que, existem filhos do casal atual, mas também ambos os casais por vezes trazem filhos dos outros relacionamentos (casamentos). Nesses relacionamentos surgem impasses quanto aos direitos e deveres de cada um, como o papel a ser vivido por cada membro dessa família. As disputas entre os irmãos ou filhos dos casamentos anteriores podem levar o casal atual a graves conflitos (Hintz, 2010).

Unões consensuais

Outra forma de configuração familiar surge entre casais que optaram por não formalizar as suas uniões, preferindo as uniões consensuais ao matrimónio legal. Neste padrão de família, encontramos casais que estão unidos, mas que vivem em sua própria casa individualmente, de forma independente. Muitas destas uniões são resultado de uniões de pessoas divorciadas com filhos, que, desta maneira, procuram evitar conflitos entre os filhos de cada um e entre si com os filhos dos casamentos anteriores (Hintz, 2010).

Casais sem filhos por opção

Atualmente, encontramos uma estrutura familiar constituída por casais sem filhos por opção. Cada vez mais, os indivíduos avaliam as suas necessidades individuais, priorizando a sua vontade de satisfação pessoal. Existem indivíduos que optam por uma maior ascensão profissional, uma maior independência social e financeira, não existindo espaço para ter filhos (Hintz, 2010).

Famílias unipessoais

Através do processo de individualização, encontramos famílias unipessoais, correspondendo a pessoas que optam por ter um espaço físico individual. Os motivos que levam a esta escolha são vários, como a procura da independência individual, necessidade de estudar fora do seu local de origem, o surgimento de uma oportunidade de trabalho, ou mesmo, a necessidade em ter um espaço físico e emocional, onde não precisem, necessariamente, manter trocas emocionais vindas de um convívio compartilhado, evitando, portanto, os possíveis desentendimentos provenientes da vida em família (Hintz, 2010).

O que é genuinamente novo na família contemporânea é o predomínio de pessoas solteiras e divorciadas, bem como de viúvos e viúvas que vivem sozinhos (Hintz, 2010).

Famílias formada por casal de homossexuais

É considerada um novo tipo de família bastante polémica. Ao assumirem uma relação estável, um casal de homossexuais, passa por um processo semelhante ao da formação de um casal de heterossexuais. Todavia, com questões mais difíceis de serem elaborados, sendo que existem pressões sociais, bem como mitos e realidades específicos que afetam estes casais (Hintz, 2010).

O fato de ambos os parceiros serem do mesmo sexo, pode ser um facilitador para um maior entendimento entre eles. Porém, existe perigo de se estabelecer uma fusão pela procurar de uma complementação do eu no outro, e o desejo de melhorar a própria auto-estima (Hintz, 2010)

O casal homossexual, como qualquer outro, necessita de pertencer a um grupo social que o apoie. Porém, as suas famílias por vezes têm dificuldade em aceitar esta realidade, não os reconhecendo como casal. Desta forma, o

casal homossexual procura, compreensão através do convívio com outros homossexuais (Hintz, 2010).

Atualmente, existem mobilizações para que as uniões homossexuais sejam reconhecidas como legítimas perante a lei, com direitos semelhantes aos conferidos a uma união heterossexual (Hintz, 2010).

A dificuldade mais sentida neste tipo de casais refere-se à questão dos filhos. O casal tem filhos, quando um dos parceiros já teve uma união heterossexual. Todavia, já existem alguns casos de adoção realizadas por casais homossexuais, mas sempre com muitas críticas perante a sociedade, sendo a mais visíveis, face à identificação sexual dos filhos (Hintz, 2010).

Opção de adiar os filhos

Os casais têm vindo a adiar o desejo de ter filhos. De acordo com os Centros de Prevenção e Controlo de Doenças nos EUA, a idade média dos pais pela primeira vez aumentou, de 21 para 25 anos nos últimos 50 anos. De 2000 a 2008, a gravidez em mulheres na casa dos 20 anos desceu, enquanto a taxa para mulheres com mais de 30 subiu, analisa o portal de tendências WGSN (Martins, 2016).

A tendência surge pela intervenção de diferentes fatores, incluindo os avanços científicos na fertilidade, a pressão social para as mulheres apostarem nas suas carreiras profissionais e, claro, a instabilidade económica que impede os casais de casarem e terem filhos mais cedo (Martins, 2016).

Internacionalmente, as questões financeiras também têm controlado os relógios biológicos. Segundo os especialistas, o adiamento do primeiro filho poderá ter importantes implicações sociais. Em entrevista à CBS News, Joanne Stone, diretora de medicina materno-fetal do Hospital Mount Sinai em Nova Iorque, referiu que a idade materna no primeiro parto é um tema muito importante. “Se uma mulher tem 44 anos e é o seu primeiro filho, pode não conseguir voltar a engravidar no futuro. Por isso afeta o que vai acontecer à população, que por sua vez afeta o tamanho da população, o crescimento futuro da população, bem como a composição da população” (Martins 2016, p.5). Por outro lado, os pais mais velhos são financeiramente e emocionalmente mais bem preparados para criar e educar os seus filhos (Martins, 2016).

Equipas de pais

Termo cunhado pelo Centro para Investigação Política e Económica (CEPR na sigla original), os pais “tag-team” trabalham em horários alternados, entre responsabilidades laborais e cuidados infantis. De acordo com um relatório de 2006 elaborado pelo CEPR, mais de 25% dos casais com dois rendimentos incluem um adulto que trabalha em horário não-padrão (isto é, segundo um cronograma que inclui noite ou fins-de-semana) (Martins, 2016).

A responsabilidade parental em sistema “tag-team” não se esgota nos EUA. Na Coreia do Sul, as avós têm, por norma, os netos ao seu encargo, mas à medida que os casais adiam o nascimento do primeiro filho, os avós também vão ficando mais velhos e menos capazes de contribuir para a educação dos netos. Deste modo, os pais partilham as tarefas com as mães, economizando dinheiro e gastando tempo de qualidade com os filhos (Martins, 2016).

O novo normal

Em 2015, uma “família normal” pode representar realidades muito diferentes. Longe vão os dias de famílias nucleares com dois pais heterossexuais, uma filha, um filho e um animal de estimação (Martins, 2016).

As famílias atuais surgem numa variedade de sexos, géneros, raças, genealogias e idades. De acordo com um estudo realizado pela Netmums, apenas 60% das famílias no Reino Unido têm pais casados e filhos biológicos; 20,5% das famílias são de pais que não estão casados; 10% das famílias são monoparentais e 6,1% são famílias compostas por uma mistura de filhos biológicos e enteados. No total, a investigação revelou 35 tipos de famílias (Martins, 2016).

Aplicações *Baby-Sitter* nas novas famílias

As famílias contemporâneas usam aplicações móveis (App) para se organizarem no trabalho, para atividades desportivas e, também, para planearem viagens e entretenimento. Usar App para tomar conta das crianças revela-se uma evolução natural (Martins, 2016).

A Nest Cam funciona como um monitor digital do bebé, conectando uma pequena câmara HD diretamente a uma aplicação no telemóvel de um dos pais. A Nest oferece streaming de vídeo e áudio ao vivo e os pais podem ver o movimento do bebé no berço, monitorizar as brincadeiras das crianças ou fazer o *check-in* da *baby-sitter* (Martins, 2016).

Para as novas mães, a *Baby Nursing App* da *Seven Logics* regista todas as atividades relacionadas com o bebé, incluindo intervalos de alimentação e quantidades, horários de sono, mudança de fralda, etc. (Martins, 2016).

Para crianças mais velhas que começam a explorar a liberdade que vem com o crescimento, a aplicação *FamilyWhere* usa serviços de localização que permitem que as famílias façam o *check-in* uns dos outros através dos seus telemóveis (Martins, 2016).

Resgates nostálgicos

De acordo com um estudo da Nielsen, mais de 70% das crianças americanas com menos de 12 anos usam tablet. Outra pesquisa realizada pela Common Sense Media revela que quase 40% das crianças americanas entre os 2 e os 4 anos têm algum tipo de dispositivo de ecrã de toque em casa. Apelidada de “geração app”, estas crianças são as primeiras a contatarem com a tecnologia digital desde o nascimento (Martins, 2016).

Como resultado, os pais estão a resgatar os brinquedos mais nostálgicos, na esperança de complementarem a inteligência artificial e gratificação instantânea dos dispositivos móveis com brinquedos táteis que incentivam a imaginação e a criatividade (Martins, 2016).

Fundada em 1932, a marca dinamarquesa de brinquedos LEGO continua a ser uma das favoritas das crianças e dos pais, uma vez que incentiva a criatividade, estimula a resolução de problemas e ativa o “instinto construtor” dos indivíduos. Em 2014, a marca assistiu a um crescimento de dois dígitos nos EUA, Reino Unido, França, Rússia e China (Martins, 2016).

O Nascimento do “Hen” (Brinquedos de Género Neutro)

Fruto do movimento atual dos pais contemporâneos em direção à promoção da autoexpressão e autoexploração dos filhos, desde 2012, dois infantários de Estocolmo adaptaram o pronome de género neutro “hen” para se referirem a todas as crianças. Na Suécia, vários livros infantis apresentam novos personagens principais de género neutro e, de acordo com a Newsweek, também a Noruega está a adotar o termo “hen” (Martins, 2016).

No retalho, a Target anunciou recentemente que irá introduzir nas lojas um corredor de brinquedos sem género, depois de uma mãe ter criticado a retalhista por manter os brinquedos de construção afastados das meninas.

Retalhistas como a Tesco, Sainsbury's e a Boots também se livraram da sinalização de gênero (Martins, 2016).

À medida que os pais começam a privilegiar brinquedos que vão ajudar os filhos a expressar-se livremente e encorajam a individualidade, a decisão da Target pode indicar uma mudança mais vasta no mercado de produtos unissexo, incluindo o vestuário. Marcas como Princess Free Zone, Girls Will Be e Svaha já têm vindo a desafiar as normas de gênero ao providenciarem vestuário não-tradicional, como camisas com robots, tubarões e de astronomia para meninas e peças em rosa e roxo para meninos (Martins, 2016).

Conclusão

Com este trabalho concluímos que a família passou por imensas transformações na sociedade. Sendo que o próprio conceito de família tem-se modificado significativamente ao longo dos anos, impondo reformulações dos seus critérios interpretativos de modo a abranger novas formas de convívio.

O Modelo histórico de família onde centrava a autoridade na figura paterna, sendo heterossexual é algo do passado. Concluímos que uma família acima de tudo, independentemente do padrão que segue, não deixa de ser uma família, onde existem afetos.

O ser humano, ao nascer em um sistema familiar, recebe todas as influências culturais do contexto em que está inserido, bem como informações transmitidas através de gerações. Neste sentido, necessita de elaborar em si mesmo novos comportamentos, ideias, sentimentos e valores, que proporciona a adaptação ao novo estilo de vida, de modo a evitar comportamentos de preconceito.

Através destes pontos, achamos pertinente atuar essencialmente sobre o preconceito de modo a podermos entender as novas configurações familiares.

Esta pesquisa foi bastante enriquecedora, e ao mesmo tempo, permitiu-nos entender que é deveras importante atuar em pontos polémicos que estão muito presentes na nossa sociedade. Quanto à influência das novas tecnologias na família refletimos que O perfil da família mudou muito nestes últimos anos. Com a atualização quase imediata das mais variadas tecnologias e o excesso de informação proveniente destas fontes a interação entre os integrantes da família ficou cada vez mais difícil.

Porém, ao serem criadas tantas ferramentas de comunicação em massa o objetivo de melhorar a comunicação tomou o rumo do consumismo.

Desde que a internet passou a fazer parte da vida das pessoas, as noções de relacionamento têm sido reavaliadas e até mesmo reconstruídas na dinâmica das relações familiares. A Internet veio para ficar e os usos das tecnologias são diversos, afinal as pessoas apropriam-se delas e as inserem no seu cotidiano de acordo com os seus interesses, desejos e motivações. De fato as novas tecnologias estão impactando a vida das pessoas e também o cotidiano familiar.

Desde o *boom* da internet nos anos 90, observa-se um gradual crescimento da sua utilização, inclusive no espaço familiar. Nota-se que, em cada família, a mesma possui diferentes representações e funções.

Em suma, relação entre as pessoas e as tecnologias é muito complexa e as fronteiras entre o mundo real e virtual estão cada vez mais indefinidas.

Por último, gostaríamos de atribuir a este trabalho uma visão crítica na medida em que as famílias homossexuais, são consideradas um novo padrão familiar no século XXI. Todavia, e apesar de na literatura ser assim mencionado, na nossa opinião, as famílias homossexuais deviam de ser equiparadas às famílias heterossexuais, não sendo assim considerada um novo padrão familiar, isto porque podem de fato existir famílias homossexuais monoparentais, reconstruídas, consensuais, unipessoais, com a opção de não teres filhos, entre outras.

Referências Bibliográficas

- Carter, B. & McGoldrich, M. 1995, As mudanças no ciclo de vida familiar, 2ª edição. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Dias, M. O. 2011, Um olhar sobre a família na perspectiva sistémica o processo de comunicação no sistema familiar, *Gestão e Desenvolvimento*, 19, 139-156.
- Gouveia, P. R., Pires, M. R. T., & Hipólito, J. E. J. 2014, O Novo Ciclo Familiar após o Nascimento do Primeiro Filho, *Psique*, 11(XI), 135-160.
- Hintz, H. C. 2010, Novos tempos, novas famílias? Da modernidade à pós-modernidade, *Pensamento Famílias*, 3, 8-19.
- Machado, M. 2012, Compreender a Terapia Familiar, Retirado do <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0626.pdf>

- Martins, C. B. 2016, As Novas Famílias, Retirado de <http://www.portugaltexil.com/as-novas-familias/>
- Parijs, Z. 2010, Novas relações, novos laços, novas famílias, Retirado de <http://www.jn.pt/blogs/emletramiuda/archive/2010/11/28/novas-rela-231-245-es-novos-la-231-os-novas-fam-237-las.aspx>.



Parafilias / Autonepiofilia

Maria Calado Branco
Residência Sênior D. António, Covilhã, Portugal
maricaladohenriques@gmail.com

Resumo

O objetivo deste artigo é a revisão bibliográfica acerca das parafilias, mais concretamente da autonepiofilia. As parafilias são definidas como comportamentos sexuais desviantes, caracterizados por impulsos e fantasias intensos e recorrentes que não a estimulação genital. A autonepiofilia, também caracterizada como ABDL (bebés adultos e amantes de fraldas) refere-se a sujeitos com desejos e fantasias pela utilização de fraldas, vestuário e acessórios de bebés, estes indivíduos envolvem-se em jogos e brincadeiras infantis pretendem ser tratados como bebés. Esta parafilia pode ter vários cursos e os comportamentos associados não são exclusivos nem seguem uma variável. Será também discutida a necessidade (ou não) de tratamento das parafilias e a sua metodologia.

Palavras-chave: *parafilia, infantilismo parafilico, bebés adultos, amantes de fraldas, tratamento.*

Abstract

The purpose of this article is a literature review about paraphilias, specifically the autonepiophilia. Paraphilias are defined as deviant sexual behavior, characterized by intense and recurring fantasies and impulses than genital stimulation. The autonepiophilia also is characterized as ABDL (adult babies and diaper lovers). This paraphilia is characterized by desires and fantasies to wear diapers, baby clothes and baby accessories, these individuals engage in games and children's games are meant to be treated like babies. This paraphilia can have multiple courses and associated behaviors are not exclusive and does not follow a rule. It will be also discussed the need (or not) treatment of paraphilias and its methodology.

Keywords: *paraphilia, paraphilic infantilism, adult baby, diaper lovers, treatment.*

Introdução

As parafilias nem sempre tiveram a atual denominação. Antigamente eram utilizados termos com conotações negativas e mais nocivas para o sujeito como por exemplo, perversões sexuais (Feldmann, 2003). As parafilias são caracterizadas por fantasias e interesse sexual intenso e persistente que não o interesse na estimulação genital. Algumas parafilias podem também ser descritas como interesses sexuais preferenciais. As parafilias podem referir-se às atividades eróticas, enquanto outras se referem à utilização de objetos considerados eróticos. As perturbações parafilicas causam mal-estar significativo ou défices no sujeito (APA, 2014). Os comportamentos adotados por sujeitos com parafilias e perturbação parafilica são considerados como comportamentos sexuais desviantes.

Existem sujeitos que têm duas (ou mais) parafilias, sendo que estas podem ter focos parafilicos semelhantes, ou noutros casos as fantasias não se correlacionam e a presença de múltiplas parafilias podem ser coincidentes ou estarem relacionadas com vulnerabilidades generalizadas ou com um desenvolvimento psicosssexual não normativo (APA, 2014).

Existem muitas parafilias identificadas e nomeadas na literatura mas apenas 8 constam no DSM-V (bem como em versões anteriores), por serem mais comuns que outras e pelo envolvimento de características nocivas e potencialmente podem levar o sujeito a cometer crimes (APA, 2014). Ao longo deste artigo estão nomeadas estas oito perturbações parafilicas mas apenas serão descritas duas: a autonepiofilia (parafilia não especificada no DSM-V, ou em versões anteriores) sendo que esta é a temática central deste estudo, e a pedofilia devido a possíveis semelhanças existentes entre estas duas parafilias.

O infantilismo, ou a autonepiofilia, é o nome atribuído a uma parafilia não especificada no DSM-V. Existem outros termos para esta parafilia: ADBL, bebés adultos, infantilismo parafilico, amantes de fraldas. Nem todos os sujeitos com esta condição têm as mesmas fantasias e ou modos de atuação. Esta parafilia é marcada pelo desejo de ser tratado como um bebé, sem responsabilidades, com imposição de limites e o desejo marcado de se sentirem seguros (Muse & Frigola, 2003; Sue, 1996). A autonepiofilia é ainda marcada pela utilização de fraldas, roupas infantis e acessórios bem como, padrões de comportamento infantis, quando cedem à fantasia e entram no “jogo” (APA, 2014; Speaker, 2010).

É de ressaltar o facto das parafilias serem condição necessária para um diagnóstico de perturbação parafilica mas não suficiente, ou seja, uma parafilia por si só não justifica ou requer necessariamente um tratamento e intervenção psicológica. Segundo o DSM-V os critérios de diagnóstico é a natureza qualitativa da parafilia (critério A) e o critério B vai de encontro às consequências negativas da parafilia. Havendo uma distinção entre parafilia e perturbação parafilica, o termo de *diagnóstico* deve ser utilizado com alguma precaução, sendo apenas reservado a sujeitos que preencham os critérios A e B (APA, 2014)

Outra salva guarda é o termo *infantilismo*. Este termo pode ter vários significados. Sendo que por si só se refere a sujeitos com baixa maturidade e/ou défices de desenvolvimento e por outro lado, o infantilismo parafilico refere-se à parafilia em estudo. Ao longo deste artigo o termo infantilismo será utilizado como infantilismo parafilico (Speaker, 2010).

A evolução do conceito de Parafilia

Ainda que o termo remeta a palavras gregas, apenas é adotado como classificação de perturbações psicosexuais no final do século XX, embora fossem utilizados outros conceitos como sinónimos de parafilia como: perversão sexual, comportamento sexual desviante, alterações sexuais, preferências sexuais (Feldmann, 2003).

Na psicanalise é possível definir perversão sexual como os sintomas patológicos. Segundo Yampey (1981 citado por Colombino, 1999) a normal sexual é a subordinação das excitações sexuais à primazia das zonas genitais. Este termo não deve ser utilizado em sexualidade para qualificar nenhuma alteração sexual, variâncias sexuais e anomalias sexuais.

O comportamento sexual desviante era um conceito clássico que, na atualidade é o que mais se aproxima do termo parafilia. Comportamento desviante significa uma separação da norma, do comum, do que é espectável. Segundo Quijada (1983) o conceito de comportamento sexual desviante referia-se à função reprodutiva: todo o ato intimo seria desviante se não tivesse como objetivo final a reprodução. Recentemente esta definição deixou de fazer sentido, sendo que também no âmbito leigo o termo serve para classificar as parafilias. Estas são reconhecidas como patológicas, não por não terem carácter reprodutivo, mas pelo prazer sexual associado a algo que foge à norma. A falta de informação da sociedade em geral leva a que se considere como comportamento desviante o que individualmente de considera como improprio ou imoral (Duque, 2004).

As alterações sexuais são um conjunto de respostas variadas de ajuste sexual de um indivíduo com padrões sexuais significativamente distantes do normativo. Estas alterações pressupõem alterações do objeto sexual (Gallardo, 1984 citado por Colombino, 1999).

As preferências sexuais relacionam-se com as peculiaridades, opções que não são impostas nem compulsivas, utilizadas como forma de satisfação sexual e obtenção de prazer.

O conceito de variâncias sexuais foi inicialmente utilizado por Freud para definir a homossexualidade. Mais tarde Marmor (1967 citado por Colombino, 1999), vice-presidente da associação psiquiátrica em 1973 (ano em que a homossexualidade é excluída dos DSM, deixando de ser considerada como uma perturbação mental), considera que a homossexualidade é apenas uma variação das preferências sexuais, assim não se trata de uma parafilia. Para Bianco (1991) este termo está direcionado para uma variante fisiológica e comportamental e portanto, toda a resposta sexual é verificada quando o estímulo é eficiente, seja este qual for. O autor destaca três variáveis fisiológicas: a pessoa ou objeto que ativam o funcionamento sexual, o método que desencadeia a resposta sexual e por fim, a frequência. O comportamento apenas era considerado como patológico quando ocorria exclusividade ou especificidade para os paramentos.

O termo anomalias sexuais foi proposto por Ganon e Simon em 1967. Os autores propuseram três tipos de anomalias. As anomalias normais que se referem a comportamentos que não são socialmente aceites embora sejam muito comuns, como por exemplo a masturbação. As anomalias subculturais e socialmente estruturadas que se referem a comportamentos que são reprovados socialmente, como por exemplo a mudança de parceiro sexual, sexo em grupo. Por fim, os autores destacam as anomalias patológicas, estas referem-se a práticas de incesto, o contacto sexual com crianças, o voyerismo, sadomasoquismo.

Devemos, após a análise destes conceitos, fazer uma reflexão acerca do que é o normativo em sexualidade. Muitos dos comportamentos sexuais que no passado seriam considerados desviantes, atualmente foram despatologizados. Isto significa que atualmente a sexualidade é abrangente e que nada pode ser categorizado como “anormal”. A história, a cultura, a religião, moralidade, valores, economia assumem um peso fundamental nesta questão. Cada cultura pressupõe um sistema de valores sexuais aceitáveis, sendo que em todas elas existem as normas, regras e pressupostos sociais (Colombino, 1999, Duque, 2004; Delgado, 2015).

Aplicando puramente estatística à normalidade sexual, e apenas analisando a curva normal, alguns comportamentos sexuais considerados desviantes seriam colocados na curva normal devido à frequência, como por exemplo a infidelidade, a troca de parceiros e por outro lado, seria considerado anormal que um sujeito nunca se tivesse masturbado ou que um individuo apenas tivesse um parceiro sexual durante toda a sua vida (Colombino, 1999) É notório que a estatística não é suficiente para qualificar o que é normativo nesta temática.

Pomeroy (s.d. citado por Colombino, 1999) propõe um método para analisar a normalidade em sexualidade em cinco critérios principais: o estatístico em que pretende verificar se a metade ou mais de metade da população pratica aquele comportamento sexual; filogenético e portanto se o comportamento sexual é semelhante ao assumido por mamíferos ou primatas superiores; moral ou seja, os pressupostos da sociedade, que são muito variados no que concerne à cultura, história, contexto; legal que está relacionado com as normas escritas, coimas que servem para proteger pessoas e direitos; e social em que se avaliam os comportamentos mais dominantes a nível social, que são corretas e adequadas.

Parafilias

Etimologicamente a palavra provem do grego “*para*” que significa desviante e “*philia*” que remete para atração, amante. Esta definição alude a um amor paralelo à forma convencional (Martínez, Zuazua & Hita, 2016). Em dicionários antigos consta que parafilia é sinónimo de perversão sexual. Quijada (1983) em 1982 refere que o termo se refere a uma preferência sexual desviada. Money & Erhardt (1982), Alzate (1979) definem as parafilias como estados psicosexuais de reação obsessiva a um estímulo desadequado ou inaceitável. No DSM V (APA, 2014) as parafilias são descritas como outro interesse sexual intenso e persistente que não seja o interesse na estimulação genital. As parafilias podem corresponder às atividades eróticas do individuo ou por lado, estão relacionadas com objetos eróticos do sujeito.

O desenvolvimento e curso das parafilias parece estar relacionado com a infância e com as primeiras etapas da adolescência, onde começam a surgir alguns comportamentos parafílicos, mas apenas se tornam mais visíveis na adolescência ou no início da idade adulta. As fantasias, impulsos e os comportamentos podem ser simples ou mais complexos, correspondendo apenas a uma parafilia ou a várias associadas (Duque, 2004). A duração (como vimos anteriormente) deve ser igual ou superior a seis meses, sendo que o mais

comum é que se enraízem se tornem recorrentes. Podem surgir períodos de maior expressão, coincidentes com períodos de maior *stress* (Delgado, 2015) e com contextos que facilitem a prática das fantasias. Os sujeitos podem apresentar uma ou mais parafilias, sendo que estas podem ter o mesmo foco parafilico, ou não (APA, 2014).

A repercussão na vida social do indivíduo com parafilia é variada, existindo casos em que os sujeitos conseguem manter uma vida social ativa, não permitindo que os grupos de pares percebam ou suspeitem dos comportamentos sexuais desviantes. Outros sujeitos isolam-se o que leva a défices a nível social, laboral e relacional. Este isolamento dá-se de forma progressiva. Metade da população com parafilia segundo Colombino (1999) mantêm relações íntimas e românticas ditas normativas.

A frequência destes casos é difícil de estabelecer (Colombino, 1999), dado a que estes indivíduos são resistentes na procura de ajuda terapêutica devido aos comportamentos sexuais desviantes, mas sim pelo sentimento de culpa, depressão, ideação suicida, perturbações da personalidade ou incapacidade de se relacionar intimamente e estabelecer uma relação, ou por outro lado, por indicação jurídica dado a que algumas parafilias levam a comportamentos sancionados por lei (Delgado, 2015).

Relativamente aos aspetos de diagnóstico relacionados com o género, pode-se verificar que as parafilias são quase exclusivas do género masculino, sendo que a parafilia com uma percentagem superior de mulheres é o masochismo sexual (Colombino, 1999; Delgado, 2015). Ainda assim, a relação no masochismo sexual é de uma mulher para cada 20 homens. Money & Ehrhardt (1982) defendem que os indivíduos do sexo masculino desenvolvem este tipo de comportamentos devido às fantasias romantico-sentimentais que são mais prevalentes nas mulheres, sendo estas fantasias reais e aceites pela sociedade, pelo contrário, os homens podem horrorizar-se com sonhos/imagens/ruminações de tipo parafilico que não partilham mas a fantasia mantêm-se. Os autores referem-se a uma fragilidade psicosexual, também dada a sua natureza hormonal, bem como outros autores mostrarem este dado (Martínez, Zuazua & Hita, 2016). Tiefer (1980 citado por Colombino, 1999), por outro lado, defende que não existem diferenças de género, mas geralmente os comportamentos sexuais desviantes não são reconhecidos como tal no género feminino. Por exemplo, é socialmente aceite que indivíduos do género feminino utilizem roupas masculinas e não o contrario.

Não estão estabelecidas as causas das parafilias, mas segundo Karpman (citado por Colombino, 1999) as parafilias são consequências de um contexto familiar e social desviante, instável e problemático. Uma gestão da ingênua curiosidade e sexualidade infantil demasiado estrita por parte dos prestadores de cuidados, encarando-a como evasiva, doentia e imoral pode não permitir um desenvolvimento sexual normal. A sexualidade deve ser enfrentada com inteligência, abertura e naturalidade. As parafilias não têm carácter genético, não são herdadas, nem se adquirem por imitação de comportamentos. Sendo que o quadro parafílico se começa a instalar no início da adolescência, quando os desejos secretos são inevitáveis, é possível reverter com educação através do diálogo e com transmissão de conhecimento (Muse & Frigola, 2003). As humilhações ou castigos físicos por parte dos prestadores de cuidados, agressões sádicas ou masoquistas, o travestismo são comportamentos que abrem portas e compensam a humilhação anterior. As parafilias permitem superar a ansiedade experienciada na infância. Money (1988 citado por Feldmann, 2003) afirma que as parafilias obedecem a um padrão sequencial multivariado. Um indivíduo com uma infância e adolescência muito rígida, com intensa repercussão sexual, na idade adulta pode querer experienciar e explorar a sua sexualidade, por vezes de forma extrema, tendo comportamentos considerados como desviantes. Existem estudos que mostram que alguns fatores biológicos também estão relacionados com os quadros parafílicos. Endocrinamente os níveis de testosterona de indivíduos com parafilia encontram-se significativamente mais altos que a norma, geneticamente Meyer (1999) encontrou alterações cromossómicas, neurologicamente foi observada uma maior prevalência de surgimento de parafilias em indivíduos com alterações neurológicas (Miller *et al.*, 1986)

Alguns autores identificam semelhanças entre as parafilias e a perturbação obsessivo-compulsiva (POC). Bradford (2001) defende que as obsessões são similares às fantasias sexuais, as compulsões são semelhantes ao comportamento sexual compulsivo. Existe comorbilidade entre a depressão e ansiedade com POC e perturbações sexuais. Relativamente ao contexto neurobiológico e psicofarmacológico é possível referir que existe uma significativa sobreposição. Segundo o DSM-V (APA, 2014) nas parafilias são embora existam compulsões estas diferem das compulsões características da POC, sendo que neste caso a pessoa costuma obter prazer na realização da compulsão, bem como pode sentir desejo de resistir à excussão da compulsão pelas consequências negativas.

Juridicamente os indivíduos são considerados como criminosos sexuais parafílicos quando o crime sexual tem como objetivo a satisfação e cumpra-

critérios de diagnóstico de parafilia. Cognitivamente estes sujeitos têm total capacidade de compreensão do carácter ilícito do ato, pois este quadro não lhes confere perturbação de consciência, distorção perceptiva ou de juízo crítico. Assim, aquando surge um crime sexual cometido por um sujeito com parafilia é possível o mesmo assumir total responsabilidade do comportamento, dado que as parafilias se caracterizam por tendências e desejos que estão sobre o controlo do próprio e a passagem ao comportamento é intencional (Duque, 2004).

No que concerne à classificação das parafilias cada autor propõe uma classificação diferente. Segundo a classificação de Quijada (1983) existem 84 parafilias. No DSM-V estão descritas 8 parafilias, sendo estas as mais recorrentes. As parafilias mais recorrentes são:

- Perturbação de voyeurismo
- Perturbação de exibicionismo
- Perturbação de frotteurismo
- Perturbação de masochismo sexual
- Perturbação de sadismo sexual
- Perturbação de pedofilia
- Perturbação de fetichismo
- Perturbação de travestismo

Autonepiofilia

São vários os termos que podem ser utilizados para classificar esta parafilia: autonepiofilia, infantilismo parafílico, bebés adultos, ABDL, amantes de fraldas. Nem todos os sujeitos com esta condição gostam de utilizar fraldas, ou de se vestir de bebé, ou de apenas ser tratadas como bebés.

A autonepiofilia é uma parafilia marcada pelo desejo inconsciente de voltar à etapa da infância, assim, o desejo do sujeito é ser tratado como um bebé pelo parceiro (Sue, 1996). Muse & Frigola (2003) definem o infantilismo como a busca de excitação sexual através da imitação do comportamento infantil. Estes indivíduos utilizam roupa infantil, inclusive fraldas e utilizam acessórios de bebé adequados ao seu tamanho.

Segundo Martínez, Zuazua & Hita (2016) a autonepiofilia caracteriza-se pela dependência da excitação erótica, facilidade e capacidade em atingir o orgasmo da possibilidade de representação de uma criança com fralda e de ser tratado como tal pelo seu parceiro.

O infantilismo é uma parafilia caracterizada pelo desejo de utilizar fraldas e ser tratado como um bebê (APA, 2014). O indivíduo envolve-se em jogos e brincadeiras infantis. Um em cada três bebês adultos (AB) são também amantes de fraldas (DL) (Speaker, 2010). A frequência aponta para uma superioridade bastante elevada para o sexo masculino e com orientação heterossexual (APA, 2014; Speaker, 2010).

É de total importância salvaguardar que infantilismo não é sinônimo obrigatório de infantilismo parafilico. O termo infantilismo pode significar a falta de maturidade e/ou desenvolvimento não normativo. Infantilismo parafilico refere-se a uma fantasia (Speaker, 2010).

O infantilismo parafilico e o fetiche por fraldas diferem no foco de atenção e na autoimagem, no entanto estas duas fantasias podem coexistir. Não existe um arquétipo único de infantilismo, sendo que existem sujeitos que desejam sentirem-se livres de culpa, falta de responsabilidades e controle. Os sujeitos com esta parafilia agem de formas diferenciada, os comportamentos geram em torno de temáticas comuns à infância (Speaker, 2010). Uma maneira de descrever o infantilismo é contrasta-la com as fantasias da utilização de fraldas. Não existe uma fantasia que seja típica de AB/DL mas podem ser descritos dois extremos (APA, 2014). Um envolve a fantasia de ser como um bebê, ou criança pequena, sendo adorável, sexualmente inocente e sem poder. Esta pode envolver fraldas, roupas de bebê e brinquedos na qual o objetivo final é ser alimentado como um bebê e dormir num berço. O outro extremo refere-se à sexualidade erótica. A fantasia principal gera-se em volta do parceiro de fralda, neste caso, o objetivo final seja o orgasmo. Os bebês adultos não procuram psicoterapia frequentemente, apenas se existir sofrimento significativo ou défices na vida do sujeito (Stekel, 1952; Pate & Gabbard, 2003). Os impulsos e fantasias dos amantes de fraldas concentram-se no próprio tecido da fralda, enquanto os bebês adultos focam-se na imitação de comportamentos infantis (Pandita-Guanawardena, 1990; Croarkin, Nam & Waldrep, 2004).

Na prática a distinção entre estes dois termos não é muito ténue. Ambos envolvem fraldas e adultos. Os sujeitos qual objetivo é agir como bebês são chamados de Bebês Adultos. Envolve o uso de fraldas, roupas, role-play mãe/bebê, podem optar por não se envolverem sexualmente durante o período em que agem como bebês. Contrariamente, os amantes de fraldas envolvem esta adição nas suas atividades sexuais (Speaker, 2010). Todas as práticas descritas não são exclusivas, sendo que muitos destes sujeitos se descrevem como "maioritariamente AB" ou vice-versa. Os bebês adultos têm como interesse a auto imagem e abstêm-se de práticas sexuais durante o "jogo" (Stekel, 1952).

Em contraste os amantes de fraldas interessam-se por este objeto como fetiche sexual.

Existem também bebês adultos denominados de Sissy, em que as fantasias são dirigidas para adereços, roupas e comportamentos infantis femininos. Estes sujeitos não são necessariamente transsexuais (Taormino, 2007).

São muitas as causas que se podem considerar. A maioria dos indivíduos AB/DI referem não existir qualquer motivo específico para a sua fantasia. Muitos apenas descrevem alguns incidentes a partir de uma idade jovem em que já conseguiam identificar algumas fantasias. Parece bastante comum, os bebês adultos atribuírem como motivo da sua fantasia o alívio de *stress*. Vestem-se e agem como bebês como uma fuga ao *stress* diário e às responsabilidades do dia-a-dia. Outra causa poderão ser incidentes negativos durante a infância, como por exemplo a associação de segurança pela utilização da fralda, a imposição de disciplina através de castigos e a obrigatoriedade de utilizar fralda, abusos sexuais na infância ou perda de um dos pais durante uma fase crítica do desenvolvimento (Stekel, 1952; Speaker, 2010).

Num estudo conduzido por Hawkinson & Zamboni (2014) com uma amostra de 1795 homens e 139 mulheres pertencentes à comunidade ABDL foi demonstrado que os homens identificam interesses sexuais em ABDL mais precocemente que o género feminino, bem como são mais focados nas práticas sexuais ABDL. Neste estudo também é possível verificar que grande parte da amostra mantém relações românticas estáveis e que os parceiros sabem desta condição. Tanto os homens como as mulheres referem que no comportamento ABDL é importante sentir-se dominado. Por fim, este estudo revela que a maioria da amostra se sente confortável em relação à sua sexualidade e não consideram esta condição como um problema no seu quotidiano.

Autonepiofilia vs. Pedofilia

É um erro comum confundir estes termos. A pedofilia é uma preferência sexual por crianças (APA, 2014). Em contraste, o infantilismo parafilico é o desejo de serem crianças e os amantes de fraldas têm um fetiche por esse objeto. Entre as comunidades de AB/DL existe uma nítida distinção e a maioria delas não aceita sujeitos com pedofilia.

A pedofilia segundo Martínez, Zuazua e Hita (2016) caracteriza-se pela dependência da excitação erótica, facilidade e capacidade de atingir o orgasmo com crianças e jovens adolescentes.

A pedofilia e o infantilismo parafilico são caracterizados por diferentes fantasias, fetiches e desejos. A pedofilia parece estar mais relacionada com características psicológicas, enquanto o infantilismo parafilico a interesses sexuais e objetos (Oronowicz & Siwiak, 2015).

No que concerne à aceitação social, estudos mostram que a pedofilia é percebida negativamente e com grandes repercussões sociais. A pedofilia é considerada como mais negativa que o abuso de álcool, que o sadomasoquismo e que comportamentos considerados antissociais. Várias pessoas que foram entrevistadas referem que os pedófilos deviam ter consequências mesmo sem cometer nenhum crime. Assim, intensifica-se os mecanismos de defesa e proteção do individuo com pedofilia, baixa autoestima e sentido de inadequação (Oronowicz & Siwiak, 2015).

Segundo o DSM-V (APA, 2014) a pedofilia é caracterizada por fantasias sexualmente excitantes, impulsos sexuais ou comportamentos, recorrentes e intensos, envolvendo atividade sexual com uma criança ou crianças pré-púberes, por um período de pelo menos seis meses. O individuo atua de acordo com os impulsos e fantasias, que provocam mal-estar intenso e/ou dificuldades de relacionamentos interpessoais. O sujeito para ser diagnosticado com perturbação de pedofilia deve ter pelo menos 16 anos e ser mais velho 5 anos que a criança. Este diagnóstico pode ser aplicado a indivíduos que admitem a parafilia, quer a indivíduos que neguem qualquer atração sexual por crianças.

Concluindo, é possível através desta breve descrição de pedofilia e com o que atrás foi descrito, compreender que a pedofilia e a autonepiofilia têm como características comuns ambas serem caracterizadas por perturbações sexuais e por comportamentos sexuais desviantes e não normativos e pelo interesse na infância mas de modo bastante diferenciado. Os bebés adultos não sentem qualquer atração física e sexual por crianças.

Tratamento das parafilias

A adesão à terapia nestes sujeitos é baixa. Estes sujeitos tendencialmente não procuram ajuda por consequência ou para eliminar os comportamentos sexuais desviantes ou atípicos. Frequentemente apenas é procurada ajuda de profissionais de saúde quando surgem sintomas depressivos, défices sociais e profissionais, rutura de relações interpessoais e/ou por violação da legislação em vigor (Delgado, 2015). Como em qualquer intervenção terapêutica o primeiro, e essencial, objetivo é estabelecer uma relação terapêutica favorável, com contexto seguro e empático. Segundo Dias

Cordeiro (2002 citado por Delgado, 2015) a evolução terapêutica parece mais favorável aquando existe história de coito além dos comportamentos parafílicos e motivação para a mudança dos comportamentos considerados indesejados. Contrariamente se não existirem sentimentos de culpa e vergonha pode dificultar e condicionar o processo terapêutico.

O tratamento das parafilias conjuga intervenções psicoterapêuticas baseadas principalmente em técnicas comportamentais e cognitivas e/ou terapia farmacológica (hormonal ou psicotrópicos) (Muse & Frigola, 2003; Delgado, 2015). As terapias cognitivo-comportamentais parecem mais eficazes em casos de perturbação e disfunção sexual (Parissoto, 2008). Embora inicialmente, antes de qualquer intervenção específica, deva ser elaborada uma anamnese e posteriormente o foco deve ser a redução de ansiedade e sintomatologia depressiva (Kafka, 2007).

As terapias cognitivo-comportamentais conseguem explicar o aparecimento e desenvolvimento dos quadros parafílicos através das teorias de condicionamento e da formação de esquemas cognitivos (Muse, 1996 citado em Muse & Frigola, 2003). A extinção dos comportamentos parafílicos requer uma abordagem multidisciplinar que interfere com a aprendizagem por condicionamento clássico, operante, social e com a alteração dos esquemas básicos da estrutura cognitiva.

Técnicas de condicionamento clássico

As técnicas utilizadas centram-se na utilização de estímulos evasivos perante as respostas parafílicas. Espera-se conseguir uma resposta condicionada, aversiva, perante o estímulo provocador do comportamento sexual desviante (Masters & Johnson, 1970; Kafka, 2007). O estímulo incondicionado aversivo que era mais utilizado eram as descargas elétricas no órgão sexual (MacCulloch & Feldman, 1967; MacCulloch, Waddington & Sanbrook, 1978 citado em Muse & Frigola, 2003), outro exemplo seriam os maus odores e sabores (Levin, et al. 1977; Maletzki, 1973 citado em Muse & Frigola, 2003). A utilização de descargas elétricas mostrou-se eficaz mas por curto espaço temporal e deixou de ser um método aceitável, provoca consequências e dores nos indivíduos.

Técnicas de aprendizagem operante e social

São técnicas não aversivas que se baseiam no condicionamento instrumental ou operante e na aprendizagem social (Muse, 1996 citado em Muse & Frigola, 2003; Masters & Johnson, 1970). No tratamento das parafilias o reforço

operante e o treino das habilidades sociais mostraram-se técnicas com resultados positivos. Dado que a masturbação reforça as fantasias e imagens parafilicas, é possível terapeuticamente trabalhar e alterar os padrões da masturbação, reforçando comportamentos e imagens alternativas às fantasias parafilicas. A tarefa do indivíduo é masturbar-se apenas com imagens e pensamentos não parafilicas, reforçando assim, a distancia entre as imagens parafilicas e o prazer sexual bem como se demonstra que é possível obter prazer com pensamentos não parafilicos.

O treino da empatia na terapia é fundamental aquando ocorre crimes sexuais (Murphy, 1990 citado em Muse & Frigola, 2003). No entanto mesmo em parafilias não violentas é possível aplicar estas técnicas para sensibilizar e consciencializar o sujeito das repercussões que os seus comportamentos têm.

Muitos sujeitos que apresentam quadros parafilicos mostram um grande défice nas suas capacidades de se interrelacionar. Estes indivíduos tendem a minimizar as preferências dos demais, carecendo assim, de empatia. O treino da assertividade (Lange & Jakibowski, 1978 citado em Muse & Frigola, 2003) serve para negociar as necessidades sexuais de forma responsável e respeitadora. A assertividade potencia a ajuda a pessoas tímidas a conseguir expressar os seus desejos de forma mais direta e mais correta.

No que concerne às técnicas cognitivas, inicialmente devem ser identificadas as distorções existentes. Esta identificação deve ser feita de modo individualista apesar de algumas distorções serem comuns a cada parafilia. Esta técnica deve ser iniciada com psicoeducação, explicando ao sujeito o que são as distorções cognitivas que estão inerentes às parafilias, procurando dar exemplos reais das ideias irracionais do sujeito. Posteriormente seguem-se as estratégias de identificação de pensamentos automáticos negativos quando aparecem, onde devem ser postos em práticas os argumentos já aprendidos na terapia (Muse & Frigola, 2003; Kafka, 2007).

Tratamento farmacológico

O tratamento farmacológico oferece duas possibilidades: o tratamento hormonal e o tratamento com fármacos psicoativos. O tratamento hormonal é utilizado para indivíduos com parafilias que representam perigo real a terceiros. Condenados por crimes sexuais, indivíduos com pedofilia, exibicionismo repetitivo. Este tratamento hormonal pretende reduzir o interesse sexual. O acetato de Medroxyprogesterona e o acetato de Cyproterona, são as hormonas mais utilizadas no controlo das parafilias (Wincze et al., 1986 citado em Muse &

Frigola, 2003). As hormonas irão reduzir os níveis de testosterona no sangue. Este tratamento demonstrou efeitos positivos (Walker & Meyer, 1981) correlacionados com a frequência da ereção, fantasias sexuais, masturbação, coito e ainda reduz o comportamento agressivo.

Relativamente ao tratamento através de fármacos psicoativos, estes não têm tanta eficácia como o tratamento hormonal. São muitos os fármacos utilizados neste tratamento mas todos eles têm em comum a redução da libido. O medicamento preferencial é a Fluoxetina (*Prozac*), pois tem menos efeitos secundários menos evasivos e reduz o desejo sexual.

Considerações finais

Em jeito de conclusão é possível afirmar que o termo parafilia sofreu várias alterações ao longo do tempo, tendo-se tornado um termo menos evasivo e culturalmente melhor aceite (Feldmann, 2003; Duque, 2004). Foi possível ainda verificar (embora sem dados científicos suficientes) que a autonepiofilia e a pedofilia não se correlacionam e não são comorbidas, pelo que é possível afirmar que os sujeitos na condição de bebés adultos não representam consequências nocivas a terceiros, bem como, pelos estudos revistos, a autonepiofilia não representa qualquer consequência negativa a maior parte dos inquiridos, sendo que estes sujeitos mantêm as suas ocupações profissionais, estabelecem relações psicossociais normativas, bem como a maior parte refere estar numa relação romântica/íntima estável.

Após esta revisão é necessário refletir acerca da intervenção psicológica em indivíduos com esta condição. É necessária intervenção psicológica a indivíduos que desenvolvam uma autonepiofilia? Não necessariamente. A autonepiofilia é uma parafilia e não uma perturbação parafilica. Como vimos anteriormente, existem diferenças entre ambas, o que obrigatoriamente também leva a diferentes tipos de atuação. Com isto, não afirmo que não seja importante intervenção no infantilismo parafilico, mas não sendo uma perturbação e sendo que os estudos apontam que a autonepiofilia não é considerada como uma problemática na vida destes sujeitos, apenas se torna indispensável intervenção psicológica aquando a parafilia causa défices no sujeito. Défices sociais, familiares, profissionais, relacionais, baixa autoestima e falta de aceitação do próprio. Neste sentido, é necessário intervir.

No que concerne às limitações desta revisão do estado da arte, é possível verificar que existem poucos estudos relacionados com a temática, sendo que os que existem por vezes se encontram em revistas científicas como

a Archives of Sexual Behavior, e o acesso à mesma é bastante limitado. O número diferente de termos atribuídos às parafilias e mais propriamente ao infantilismo parafílico, a associação dos termos a diferentes abordagens bem como, a diferença da natureza dos estudos científicos que existem, sendo uns quantitativos e outros qualitativos torna esta temática de difícil compreensão e discussão, não sendo possível chegar a conclusões totalmente empíricas.

Outra limitação encontrada foi a impossibilidade de realizar um estudo quantitativo, ou até mesmo, qualitativo. Indivíduos com parafilias não têm necessariamente que recorrer a tratamento psicológico, pelo que se torna limitador aquando a necessidade de contactar, entrevistar, avaliar e observar comportamentos destes sujeitos.

Direções futuras

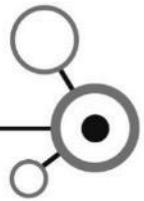
Como direções futuras é possível apontar a necessidade de realizar estudos exploratórios, sendo necessário entrevistar, observar e avaliar casos de infantilismo parafílico, de modo a compreender de forma mais aprofundada e abrangente. Seria interessante conhecer melhor as causas, prevalência, o desenvolvimento e curso da parafilia, fatores de risco existentes para estes sujeitos, as comorbidades existentes, aspetos relacionados com o género e com a cultura.

Através de estudos exploratórios seria também possível intervir primariamente nestes casos, ou seja, antes da parafilia se instalar totalmente. Por outro lado também traria benefícios à possível intervenção psicológica no infantilismo. Conhecendo as causas, se existem correlações entre a parafilia e maus-tratos na infância, que tipo de défices do quotidiano causa o infantilismo parafílico com maior frequência e avaliando o mal-estar do sujeito, seria possível delinear com maior precisão uma intervenção psicológica e esta teria maior taxa de sucesso.

Referências Bibliográficas

- Carter, B. & McGoldrich, M. 1995, As mudanças no ciclo de vida familiar, 2ª edição. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Dias, M. O. 2011, Um olhar sobre a família na perspetiva sistémica o processo de comunicação no sistema familiar, *Gestão e Desenvolvimento*, 19, 139-156.
- Gouveia, P. R., Pires, M. R. T., & Hipólito, J. E. J. 2014, O Novo Ciclo Familiar após o Nascimento do Primeiro Filho, *Psique*, 11(XI), 135-160.

- Hintz, H. C. 2010, Novos tempos, novas famílias? Da modernidade à pós-modernidade, *Pensamento Famílias*, 3, 8-19.
- Machado, M. 2012, Compreender a Terapia Familiar, Retirado do <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0626.pdf>
- Martins, C. B. 2016, As Novas Famílias, Retirado de <http://www.portugaltextil.com/as-novas-familias/>
- Parijjs, Z. 2010, Novas relações, novos laços, novas famílias, Retirado de <http://www.jn.pt/blogs/emletramiuda/archive/2010/11/28/novas-rela-231-245-es-novos-la-231-os-novas-fam-237-lias.aspx>.



Efeitos neuro psicológicos do consumo a longo prazo de substâncias psicoativas: drogas, dependência química e álcool

Paula Alexandra Dias Teixeira
Universidade da Beira Interior, Portugal
paula__teixeira@hotmail.com

Luis Alberto Maia
Universidade da Beira Interior, Portugal
lmaia@ubi.pt

Resumo

O consumo de drogas é um tema complicado que é afetado e afeta vários domínios da vida, passando por assuntos individuais e ambientais. Atualmente, o uso de substâncias psicoativas provoca um enorme impacto na sociedade, por isso torna-se fundamental a promoção de conhecimento e de ações na área.

De acordo com a literatura, existem diversos motivos que levam o indivíduo a consumir droga, contudo é na fase da adolescência que o seu consumo se torna alarmante, pois a sua história de vida juntamente com a sua personalidade, as alterações fisiológicas e os fatores ambientais, constituem processos que são importantes pois impulsionam o surgimento de diversos tipos de comportamento, nomeadamente o consumo de drogas.

Palavras-chave: *substâncias psicoativas, drogas, álcool, adolescência, neuropsicologia.*

Abstract

Drug use is a complicated topic that is affected and affects several areas of life through individual and environmental affairs. Currently, the use of psychoactive substances causes a huge impact on society, so it is important the promotion of knowledge and actions in the area.

According to the literature, there are several reasons that lead the individual to consume drugs, however is at the stage of adolescence that their consumption becomes alarming, because his life story along with his personality, the physiological and environmental factors, are processes that are important because they stimulate the emergence of various types of behavior, including drug use.

Keywords: *psychoactive substances, drugs, alcohol, adolescence, neuropsychology.*

O consumo de substâncias psicoativas e a adolescência

Desde os primórdios da humanidade que nos acompanha o consumo de drogas e já há alguns anos que se desenvolvem teorias para se entender este fenómeno com o intuito de se avaliar as suas características e influências. O conhecimento que se reuniu nas últimas duas décadas está focado nos fatores genéticos, comportamentais e neurobiológicos que estão relacionados com o início do consumo de substâncias na adolescência e ao desenvolvimento de problemas, como veremos posteriormente. Este entendimento sugere que existe uma tendência individual para as perturbações relacionadas com substâncias (Sloboda, Glantz, & Tarter, 2012, cit. in Sartes, Gumier, Fernandes & Ferreira, 2014).

De acordo com a literatura o uso do cigarro, o álcool e outras drogas ilícitas estão entre os 20 maiores problemas de saúde no mundo (da Silveira, dos Santos Ferreira, Zeitoune & Domingos, 2013).

O conceito “droga” é utilizado no cotidiano para caracterizar algo mau, sem qualidade. Contudo, este termo é definido por Almeida (2006, cit. in de Aquino, da Silva Oliveira, da Silva & Filho, 2014) como toda a substância que atua e altera as funções dos organismos, provocando alterações de comportamento ou fisiológicas.

Por sua vez, a Organização Mundial de Saúde (OMS) define droga como toda e qualquer substância que ao ser administrada altera uma ou mais funções do organismo vivo (Manual de prevenção do uso de drogas para mediadores, s.d., cit. in Santos, 2014). Este conceito inclui as substâncias apelidadas de lícitas como é o caso do álcool, o tabaco e certos medicamentos, e as substâncias ilícitas das quais fazem parte a cocaína, o ecstasy, o LSD, opiáceos, entre outros (Santos, 2014).

Os motivos que levam o indivíduo a consumir droga são muitos, mas pode-se destacar a enorme dificuldade que têm em lidar com responsabilidades sociais que lhes estão inerentes (Rocha & Rocha, 2010 cit. in Capistrano, Ferreira Maftum, Kalinke & Mantovani, 2013).

Quando um indivíduo se torna dependente o seu comportamento passa a estar mais direcionado, na maior parte do tempo, para a procura e aquisição da droga, diminuindo na maior parte das vezes o interesse naquilo que antes

Efeitos neuro psicológicos do consumo a longo prazo de substâncias psicoativas: drogas, dependência química e álcool

achava ser importante. Pode-se dizer que o que também acentua esta situação é a perda do envolvimento social e a redução dos cuidados pessoais (Delucia & Oliveira Filho, 2007, cit. in Capistrano et al., 2013; Oga, Camargo & Batistuzzo, 2008, cit. in Capistrano *et al.*, 2013).

Sendo assim, pode-se afirmar que a dependência de substâncias psicoativas é uma perturbação mental e comportamental que se caracteriza pela grande heterogeneidade que apresenta, pois afeta várias pessoas, de diversos modos e por diversas razões (Capistrano *et al.*, 2013).

As drogas agem a nível cerebral afetando a atividade mental e por essa mesma razão são designadas de psicoativas (OMS, 2004, cit. in Freitas, 2015). As drogas psicoativas, também conhecidas por psicotrópicas, pertencem à classe de medicamentos que estão inseridos no cotidiano da população, seja por razões terapêuticas ou não terapêuticas, através da autoadministração de drogas. A sua classificação no meio acadêmico e científico divide-se em psicolépticos ou depressores, psicoanalépticos ou estimulantes, psicodislépticos ou perturbadores e parapsicotrópicos (Silva, 2010, cit. in Aquino, da Silva Oliveira, da Silva & Filho, 2014).

As drogas depressoras originam uma redução da atividade cerebral, provocando uma sensação de relaxamento (Pratta & Santos, 2006, cit. in da Silveira, dos Santos Ferreira, Zeitoune & Domingos, 2013); Estas drogas afetam o cérebro e faz com que este funcione de forma mais lenta, diminuindo a atenção, a tensão emocional, a concentração e a capacidade emocional (Freitas, 2015). Como exemplo deste tipo de drogas temos o álcool, a heroína, os ansiolíticos, a morfina, a heroína e a metadona (Magalhães 2010, cit. in Santos, 2014). Os estimulantes têm um efeito oposto e suscitam o aumento da atividade cerebral, o que origina um prolongamento do estado de vigília (Pratta & Santos, 2006, cit. in da Silveira, dos Santos Ferreira, Zeitoune & Domingos, 2013); Podem-se salientar a cocaína e as anfetaminas como exemplo deste tipo de droga (Fonte, 2006, cit. in Santos, 2014). Por sua vez, os perturbadores interferem com a fisiologia do sistema nervoso central (SNC), o que pode originar distorção na percepção das formas e cores, além de provocarem ilusões, delírios e alucinações (Freitas, 2015; Pratta & Santos, 2006, cit. in da Silveira, dos Santos Ferreira, Zeitoune & Domingos, 2013). Neste grupo de drogas podem-se destacar o haxixe, o LSD, o ecstasy e a mescalina (Freitas, 2015; Magalhães, 2010, cit. in Santos, 2014).

As drogas também se podem dividir em mais duas categorias diferentes, as drogas lícitas e as drogas ilícitas. As drogas lícitas caracterizam-se por serem

aceites socialmente quando o seu consumo é moderado, como é exemplo o álcool e o tabaco. No entanto, as drogas ilícitas são caracterizadas por serem rejeitadas por uma enorme quantidade de pessoas por causa dos riscos que o seu consumo pode ter, são exemplos deste tipo de droga o haxixe, a heroína e a cocaína (Magalhães, 2010, cit. in Santos, 2014).

O consumo de substâncias lícitas e ilícitas podem ocorrer desde a adolescência até à velhice. Contudo, os adolescentes ficam mais vulneráveis a mudanças de comportamento o que pode aumentar a exposição a fatores de risco (da Silveira, dos Santos Ferreira, Zeitoune & Domingos, 2013).

Segundo a OMS (2004, cit. in Freitas, 2015), podem-se subdividir em quatro categorias os principais efeitos danosos do consumo de substâncias: a 1ª categoria está relacionada com os efeitos crónicos, dos quais se destacam o cancro do pulmão, a cirrose hepática e enfisema, e os danos que são provocados pela partilha de agulhas (vírus da hepatite B e C e HIV); a 2ª categoria dá ênfase aos efeitos agudos ou de curto prazo, como é o caso da *overdose*, agressões, acidentes de trânsito e suicídio; por último, a 3ª e 4ª categoria estão relacionadas com os efeitos nocivos, dos quais se destacam problemas sociais crónicos, como prejuízos a nível laboral ou familiar, e problemas sociais graves, como detenções ou separações.

Posto isto, a adolescência caracteriza-se por ser um período do ciclo vital onde ocorrem diversas modificações, entre elas a procura da identificação do adolescente com o seu grupo de pares, com o intuito de adaptação a uma nova etapa de vida. As mudanças pelas quais o adolescente passa acontecem devido a diversas alterações, sejam elas a nível hormonal, neuro químico, cognitivo, psicológico e social. Deste modo, a história de vida do adolescente associado à sua personalidade e aos fatores ambientais, juntamente com as alterações fisiológicas, constituem processos relevantes que impulsionam o surgimento de diversos tipos de comportamento (Andrade, de Micheli & da Silva, 2014). Comportamentos esses que podem ser cruciais para o início do uso de drogas, seja apenas a sua simples experimentação ou o consumo ocasional, indevido ou abusivo (Schenker & Minayo, 2005, cit. in Sartes, Gumier, Fernandes, & Ferreira, 2014). Posto isto, cada vez se torna mais alarmante o uso de drogas na fase da adolescência e as consequências que isso acarreta em termos cognitivos (Rigoni, Oliveira, Moraes & Zambom, 2007).

Sendo assim e de acordo com a UNICEF (2014a, cit. in Barbosa, de Souza Pereira & de Oliveira, 2014), esta etapa de vida caracteriza-se por ser muito mais do que a mera maturação física e sexual, pois abrange o

Efeitos neuro psicológicos do consumo a longo prazo de substâncias psicoativas: drogas, dependência química e álcool

desenvolvimento da identidade, o aumento da capacidade de raciocinar abstratamente, a independência económica e social, o ganho das aptidões que são necessárias para os relacionamentos e os papéis da vida adulta.

Este período de transição no desenvolvimento é constituído por oportunidades e perigos, sendo que é caracterizado por ser uma fase de aprendizagens e conflitos. Posto isto, este período não pode ser apenas vinculado com situações de stress e agitação, pois também se associa a uma mentalidade nova (de Rezende Franco & Rodrigues, 2014).

Diversos factos permitem-nos constatar que os riscos que estão relacionados ao uso de substâncias por parte dos adolescentes estão também relacionados com problemas de saúde, como o suicídio de jovens, o deslocamento social, problemas de saúde mental e sexual e problemas sociais (Meyer & Cahill, 2004, cit. in Barbosa, de Souza Pereira & de Oliveira, 2014).

Adolescentes que apresentam comportamentos de risco como o consumo de substâncias, comportamentos sexuais de risco e violência física, entre os 10 e os 14 anos de idade, comparados com os adolescentes que só depois desta idade é que iniciaram os comportamentos de risco, apresentam maior probabilidade de terem os níveis de educação mais baixos, terem menos saúde e de não serem tão bem sucedidos economicamente na sua vida adulta (Camacho 2011, cit. in Santos, 2014).

Neuropsicologia e o consumo de substâncias

Visto que o objetivo das neurociências é o estudo do cérebro humano, é válido que esta possa contribuir na discussão e estudo da dependência química, através de novas descobertas que surgem na área, como é exemplo as neuro imagens (Oliveira & Avelar, 2014).

A neuropsicologia caracteriza-se por ser uma subárea das neurociências que tem como finalidade a utilização dos princípios de intervenção e avaliação que são fundamentados no estudo científico do comportamento humano ao longo do seu ciclo vital associado com o funcionamento normal e anormal do sistema nervoso central (SNC) (Hebben & Milberg, 2002, cit. in Kolling *et al.*, 2007). A avaliação neuropsicológica tem diversos objetivos, dos quais se salientam a realização de um diagnóstico diferencial, o planeamento do tratamento, a explicação clara e coerente sobre o impacto da disfunção cerebral (emoções, cognição, personalidade, funcionamento vocacional, relacionamentos interpessoais, possibilidade para desfrutar a vida e potencial educacional) e

auxílio no prognóstico e na reabilitação dos défices (Kristensen & Parente, 2002, cit. in Kolling *et al.*, 2007).

Tendo em conta a Psicologia Clássica, pode-se explicar o abuso de drogas através da tendência do ser humano de evitar o desprazer e de repetir comportamentos que originam prazer. Hoje em dia, considera-se que os mecanismos de recompensa gerados pelo consumo de substâncias a nível cerebral abrangem pelo menos seis sistemas neurotransmissores (GABA, acetilcolina, dopamina, glutamato, serotonina e vários peptídeos) e seis áreas cerebrais (amígdala, hipocampo, hipotálamo, sistema mesolímbico, núcleo pendúlo-pontino-tegmental e núcleo pálido ventral) (Ustárróz et al., 2003, Rigoni, da Silva Oliveira & Andretta, 2006).

Posto isto, não se deve minimizar o impacto que o uso de substâncias tem no sistema nervoso, pois existem consequências cognitivas, físicas, comportamentais e emocionais que lhes estão inerentes (Kolling *et al.*, 2007).

O sistema de recompensa cerebral

Segundo diversos estudos, a procura pelo prazer é uma atividade bastante ambicionada pelos seres humanos (Alcaro e Panksepp, 2011, cit. in Andrade, de Micheli & da Silva, 2014). Posto isto, quando uma atividade ou comportamento nos oferece prazer, a nossa tendência é de repetição daquele comportamento de modo a obter novamente aquela sensação prazerosa (Andrade, de Micheli & da Silva, 2014).

Isto processa-se a nível neural através de um sistema denominado “sistema de recompensa cerebral”. Este sistema ocorre em regiões específicas do cérebro e funciona através da libertação de diversas substâncias, como são exemplo os neurotransmissores. O neurotransmissor é responsável por facultar, a partir da ativação ou inibição do neurónio, a regulação dos impulsos nervosos. Deste modo, quando o neurotransmissor é libertado e liga-se a um recetor pode originar um impulso nervoso no neurónio ou reduzir a sua atividade (Andrade, de Micheli & da Silva, 2014).

No sistema de recompensa cerebral o neurotransmissor mais importante é a dopamina que é produzida numa área do tronco encefálico designada mesencéfalo. Por sua vez, o mesencéfalo tem dois núcleos que produzem a dopamina. Sendo assim, a dopamina é produzida em grandes quantidades no núcleo chamado de área tegmental ventral (ATV) e liberta-a noutro núcleo, denominado núcleo accumbens (Nac). O Nac é ativado quando a dopamina que vem da ATV se conecta aos recetores no NAC e caracteriza-se

Efeitos neuro psicológicos do consumo a longo prazo de substâncias psicoativas: drogas, dependência química e álcool

por ser uma estrutura cerebral que é parte integrante do centro do prazer. Posto isto, é de constatar que as sensações prazerosas estão dependentes da libertação de dopamina no Nac (Andrade, de Micheli & da Silva, 2014).

Posto isto, a dopamina exerce um papel importante na dependência das drogas, pois a sua libertação no Nac está dependente dos efeitos reforçadores promovidos por este tipo de substâncias. Contudo, este neurotransmissor apresenta diversas funções, das quais se destaca a regulação do humor (a quantidade de dopamina pode aumentar através de alguns antidepressivos), a regulação dos movimentos (doentes de Parkinson apresentam uma perda significativa de dopamina), a atenção (a dopamina aumenta no córtex pré-frontal através da utilização de remédios para défice de atenção), entre outros (Andrade, de Micheli & da Silva, 2014).

Foi descoberto que através do uso contínuo de drogas podem ocorrer modificações permanentes no cérebro, em recetores da dopamina e do glutamato, alterações estas que são mais acentuadas no córtex pré-frontal. Nesta área, a dopamina desempenha funções de regulação de informações que podem ser priorizadas por nós e não desempenha a função ligada ao prazer, como ocorre no Nac. Posto isto, a relevância dada aos estímulos do cotidiano é alterada com o abuso de drogas e a oportunidade de se focarem apenas nos estímulos que estão relacionados com o uso da droga aumentam (Kalivas e Volkow, 2005, cit. in Andrade, de Micheli & da Silva, 2014).

Outro neurotransmissor que é relevante na dependência de drogas denomina-se serotonina (5-HT), também conhecido como neurotransmissor da depressão. Esta substância é concebida ao longo do tronco encefálico e uma das suas funções, que não é muito conhecida, é a aptidão de controlar a libertação de dopamina no Nac. Deste modo, as substâncias que influenciam a quantidade de libertação de serotonina, como é o caso do Ecstasy, podem provocar aos indivíduos uma sensação prazerosa, de um modo indireto (Andrade, de Micheli & da Silva, 2014).

A noradrenalina (NA) também conhecida por noraepinefrina é outra substância relevante e que possui alterações a nível neural nos adolescentes. A NA é produzida no núcleo Locus Coeruleus que se encontra no tronco encefálico e dissemina-se para todo o cérebro. Nos últimos tempos, esta substância tem estado relacionada com a libertação de dopamina no Nac e em outras regiões relacionadas às memórias (Andrade, de Micheli & da Silva, 2014).

Relação entre o uso de substâncias e o sistema de recompensa cerebral

As drogas quando são utilizadas abusivamente podem provocar o aumento drástico de liberação de dopamina no Nac, fazendo com que o sistema de recompensa ative de forma “artificial”. Posto isto, quando um indivíduo utiliza uma substância (tendo em conta o tipo de droga, quantidade, pureza, etc.) pode sentir uma forte sensação de prazer (Andrade, de Micheli & da Silva, 2014).

Portanto, será possível tornarmo-nos dependentes ao usar apenas uma vez uma determinada droga? Provavelmente a resposta será não, visto que bastantes estudos indicam que muito raramente uma pessoa fica dependente através de um único uso da substância. Um exemplo disso é a nicotina, visto que é uma das substâncias que apresenta maior taxas de dependência e não é por isso que os indivíduos ficam logo dependentes ao fumar só um cigarro. Os fatores que mais irão influenciar o padrão de consumo são o contexto em que se está a usar a substância (em casa, festas, com amigos, etc.), a necessidade do seu uso (aliviar a ansiedade, só para fazer parte do grupo de pares, etc.), a quantidade e a frequência (Andrade, de Micheli & da Silva, 2014).

É importante salientar que o uso, abuso e a dependência de drogas são fenómenos diferentes. Por sua vez, o uso de uma substância caracteriza-se pela utilização esporádica da droga, sem causar maiores problemas aos consumidores. Contudo, esta utilização pode progredir e tornar-se mais frequente o seu uso, passando-se a denominar de uso abusivo. Às vezes o uso abusivo pode não estar associado à frequência, mas sim à quantidade de uso de uma substância numa única ocasião (Andrade, de Micheli & da Silva, 2014).

Posto isto, pode-se considerar um ato impulsivo o abuso de drogas, contudo ainda não está claro se este ato impulsivo antecede o uso da substância ou se é uma consequência do seu uso (Petry, Kirby & Kranzler, 2002, cit. in Scheffer & Almeida, 2010).

Visto que os adolescentes apresentam níveis mais baixos de dopamina no Nac do que os adultos, estes podem sentir um efeito mais forte do que os adultos e têm uma sensação diferente daquilo que estão habituados no dia-a-dia. Este aumento súbito de dopamina (é importante relembrar que os adolescentes não libertam assim tanta dopamina no seu quotidiano) no Nac pode provocar a repetição do uso de droga, por parte do adolescente, com objetivo de manter essa sensação prazerosa (Andrade, de Micheli & da Silva, 2014).

O “Modelo Triádico” foi produzido por um grupo de cientistas com o objetivo de explicar o uso de drogas por parte de adolescentes. A análise de

Efeitos neuro psicológicos do consumo a longo prazo de substâncias psicoativas: drogas, dependência química e álcool

diversas descobertas neurais atômicas, neuro químico e de neuromatéria permitiram o desenvolvimento deste modelo. De acordo com o modelo, os nossos comportamentos com motivação acontecem por causa do equilíbrio entre os comportamentos de aproximação e de afastamento da droga. Sendo assim, podem-se salientar neste processo três sistemas: o sistema de recompensa, que está interligado com a aproximação/procura da droga; o sistema de inibição comportamental, que é constituído pela amígdala cerebral e as suas ligações com outras áreas do sistema de recompensa; e, por último o sistema regulatório, composto pelo córtex pré-frontal. Na fase da adolescência sabe-se que existe um desequilíbrio nestes sistemas, sugerindo-se que as áreas neurais que estão encarregues pela busca de prazer encontram-se muito ativadas, ao contrário dos sistemas de inibição comportamental e de regulação que estariam pouco ativados (Andrade, de Micheli & da Silva, 2014).

No que toca ao processo de amadurecimento cerebral, pode-se dizer que este ocorre de “trás para a frente”, ou seja, da porção posterior para a anterior; isto quer dizer que a região do córtex pré-frontal é a última a amadurecer e esta fase ocorre por volta dos 25 anos de idade. Este amadurecimento tardio do córtex pré-frontal esclarece a razão pela qual os adolescentes tomam decisões mais emotivas e menos racionais, sendo que é um risco acrescido para os que consomem drogas (Andrade, de Micheli & da Silva, 2014).

Cocaína/Crack e as suas consequências na memória

A cocaína caracteriza-se por ser uma substância de origem vegetal que já é utilizada pela humanidade há milhares de anos por causa das suas características psicoestimulantes (Oga, Camargo & Batistuzzo, 2008, cit. in Aquino, da Silva Oliveira, da Silva & Filho, 2014). Contudo, ela ficou reconhecida clínica e socialmente quando se descobriu a fórmula da cocaína durante o século XIX e começou a ser utilizada na confeção e formulação de medicamentos usados no tratamento de diversas doenças (Kessler, 2005, cit. in Aquino, da Silva Oliveira, da Silva & Filho, 2014).

O uso abusivo de cocaína está relacionado com variados problemas de ordem psíquica, física e social. Mundialmente, pensa-se que existem cerca de 14 milhões de pessoas que pratiquem uso abusivo de cocaína (Cunha, Nicastri, Gomes, Moino & Peluso, 2004).

O consumo da cocaína pode dar-se de variadas formas, por via oral, intravenosa e respiratória (crack), sendo que esta última se caracteriza por ser a mais destruidora para o organismo. Visto que a cocaína se caracteriza por ser um psicoestimulante, com particularidades de reforço positivo, pode levar a um

grande potencial de abuso, o que acaba por levar à dependência (Leite & Andrade, 1999, cit. in Kolling *et al.*, 2007).

Posto isto, é de salientar que um dependente de cocaína pode ficar com danos na sua tomada de decisões e é este mesmo fator que vai causar a manutenção da adição (Bechara *et al.*, 2001, cit. in Kolling *et al.*, 2007).

Através da cocaína o indivíduo fica com uma sensação de prazer, euforia, magnificência, excitação sexual, tornando-se uma pessoa mais ativa, corajosa, tagarela e desperta (Cafure, 2016).

A utilização de cocaína afeta de variadas formas a saúde dos seres humanos, podendo se destacar os efeitos que tem sobre os Sistemas Respiratório, Cardiovascular e Nervoso Central. Devido aos seus efeitos ao nível do Sistema Nervoso Central (SNC), conhece-se que esta substância origina graves prejuízos funcionais, cognitivos e consequências neurotóxicas (Aquino, da Silva Oliveira, da Silva & Filho, 2014; Kolling *et al.*, 2007). Este tipo de usuários tende a apresentar problemas na memória recente e até podem ficar com um prejuízo na capacidade em executar tarefas com diversas etapas (Rigoni, da Silva Oliveira & Andretta, 2006).

A memória caracteriza-se por ser a capacidade de escolher e conservar informações que se obtiveram de experiências anteriores e de as utilizar assim que for necessário, seja de maneira consciente ou inconsciente (Kapezinski, 2011, cit. in Aquino, da Silva Oliveira, da Silva & Filho, 2014).

Visto que as pessoas que têm uma boa capacidade de memória por norma conseguem gerir melhor as suas vidas, é de constatar que a memória possui um papel importante relativamente à qualidade de vida das pessoas e da sua independência psicológica e social (Lent, 2010, cit. in Aquino, da Silva Oliveira, da Silva & Filho, 2014).

Tendo em conta que há estruturas cerebrais específicas relacionadas com a memória, qualquer alteração nestas zonas pode provocar danos nos processamentos de memórias e, conseqüentemente, o indivíduo pode evidenciar défices ao nível das funções nas suas atividades do dia-a-dia (Aquino, da Silva Oliveira, da Silva & Filho, 2014).

Em usuários de cocaína, os prejuízos ao nível da memória encontram-se na Memória de Curto Prazo, Memória Imediata, Memória Visual, Memória Verbal e Memória Operacional (Nassif, 2004, cit. in Aquino, da Silva Oliveira, da Silva & Filho, 2014). Sendo assim, é normal que os dependentes de cocaína

Efeitos neuro psicológicos do consumo a longo prazo de substâncias psicoativas: drogas, dependência química e álcool

evidenciem dificuldades nas suas atividades diárias (Cunha *et al.*, 2004, cit. in Aquino, da Silva Oliveira, da Silva & Filho, 2014).

O prejuízo nas funções cognitivas nos casos de esquizofrenia é parecido com o prejuízo encontrado nos usuários de cocaína, estando comprometidas as funções executivas, a memória e o sistema atencional (Aquino, da Silva Oliveira, da Silva & Filho, 2014).

Consequências do abuso de álcool

O álcool já foi utilizado pela humanidade para diversos fins, já foi utilizado como medicamento, alimento e também chegou a ser utilizado em rituais culturais, sociais e religiosos (Edward, Marshall & Cook, 1999, cit. in Kolling, Silva, Carvalho, Cunha & Kristensen, 2007). Contudo, foi depois da Revolução Industrial que cresceu o fenômeno de produção e industrialização do álcool destilado, e foi a partir desta altura que beber excessivamente se tornou um grave problema de saúde e social, de modo a se tornar um foco da atenção clínica (Silva, Kolling, Carvalho, Cunha & Kristensen, 2009). Porém, como o resto das drogas também pode provocar dependência e origina efeitos tóxicos e farmacológicos em diversos órgãos do corpo (Edward, Marshall & Cook, 1999, cit. in Kolling, Silva, Carvalho, Cunha & Kristensen, 2007).

Geralmente, o uso de bebidas alcoólicas inicia-se muito cedo durante a adolescência, com o grupo de pares ou até mesmo em casa (Laranjeira & Nicastrí, 1996, cit. in Soldera, Dalgalarrondo, Corrêa Filho & Silva, 2004).

O alcoolismo é um quadro de difícil definição pois depende entre o beber socialmente e o quadro patológico, contudo estes limites podem ser definidos pela quantidade de álcool ingerido, pela frequência do seu consumo e pela dependência da substância, tendo em conta os problemas familiares, individuais, sociais e ocupacionais (Delucia & Oliveira Filho, cit. in Capistrano *et al.*, 2013).

Posto isto, considera-se que a dependência de álcool é um importante problema de saúde pública. O comportamento impulsivo caracteriza-se por apresentar características biológicas e hereditárias, e são estas características que são fundamentais para se compreender a dependência de drogas, como é o caso do álcool (Lejuez *et al.*, 2010, cit. in Scheffer & Almeida, 2010).

A dependência e o abuso de álcool estão interligados com diversos prejuízos a nível global, entre os quais se destaca os défices cognitivo comportamentais, défices emocionais, a exposição a comportamentos de risco e violência (Peuker, Fogaça & Bizarro, 2006, cit. in Kolling *et al.*, 2007).

A dependência de álcool aparece de forma lenta e traiçoeira, provoca perdas de oportunidades, afeta a qualidade de vida, impossibilita a continuidade dos estudos e o acesso ao mercado de trabalho torna-se mais difícil, situações que estão relacionadas de forma direta com a criminalidade (Capistrano *et al.*, 2013).

A curto prazo o álcool pode provocar perturbações ao nível do funcionamento cerebral. Diminuição da memória, maior tempo para reagir aos estímulos e dificuldades motoras podem ser provocadas pelo consumo de pequenas doses, contudo isto passa quando o indivíduo está sóbrio. Mas quando o uso prolonga-se no tempo ou em grandes quantidades pode originar prejuízos duradouros no tecido cerebral, danos estes que podem estar presentes mesmo após um longo período de abstinência (National Institute of Health, 2004, cit. in Kolling *et al.*, 2007). Atualmente, os medicamentos é aquilo que existe para aliviar os sintomas de abstinência, como insónias, perda de apetite, falta de prazer e falta de interesse pelo convívio familiar e social (Oliveira & Avelar, 2014).

Considera-se que o álcool é um depressor do SNC, visto que em doses moderadas a elevadas enfraquece os disparos neurais. Conforme aumenta a quantidade de álcool no sangue os seus efeitos tornam-se mais intensos e podem interferir com a função do cerebelo, o que pode provocar dificuldades de coordenação, de articulação da fala e desequilíbrio. As doses mais altas podem levar a que o indivíduo perca a consciência e se os níveis sanguíneos chegarem aos 0,5%, há risco de morte através de depressão respiratória (Pinel, 2005, cit. in Kolling *et al.*, 2007). A intensidade dos danos vai variar segundo uma série de fatores, tais como, a quantidade de álcool ingerido, o género, a idade, a exposição neonatal, a escolaridade e se houver histórico familiar de consumo deste tipo de substância (Kolling *et al.*, 2007).

Os danos cerebrais provocados pelo consumo excessivo de álcool podem provocar uma perturbação designada por Síndrome de Wernicke-Korsakoff, que se caracteriza pela perda significativa de memória, demência, défices motores e sensoriais, desorientação no tempo e no espaço, ausência de insight e bastante amnésia para acontecimentos recentes e passados. Esta síndrome é causada pela deficiência de tiamina (vitamina B1) (Pinel, 2005, cit. in Kolling *et al.*, 2007).

É de se realçar que o comportamento suicida também pode ser uma consequência do uso do álcool em co morbilidade com o uso de outras substâncias, como é o caso da cocaína (Sher, 2006, cit. in Scheffer & Almeida, 2010).

Efeitos neuro psicológicos do consumo a longo prazo de substâncias psicoativas: drogas, dependência química e álcool

Ainda não se conhecem bem os mecanismos que o cérebro utiliza de modo a compensar as mudanças que ocorrem devido ao consumo de álcool, mas existem dados que evidenciam que o cérebro das mulheres tende a responder de forma mais lenta ao uso crônico do álcool quando comparado com o cérebro do sexo oposto (Scheffer & Almeida, 2010).

Fazendo uma comparação entre os sexos é de constatar que as mulheres apresentam menor tolerância ao álcool e tendem a iniciar o seu consumo mais tarde e a consumir em menores quantidades do que os homens, que permanecem como sendo os maiores consumidores deste tipo de substância (Scheffer & Almeida 2010).

Torna-se importante salientar que o álcool, devido a ser uma droga lícita, pode apresentar um padrão de uso característico quando comparado às drogas ilícitas, sendo mais predominante na nossa sociedade (Scheffer & Almeida, 2010).

Em suma, os défices neuropsicológicos que mais se encontram em dependentes alcoólicos caracterizam-se por prejudicarem a atenção, a capacidades de abstração e de resolução de problemas e ainda a memória prospetiva de curto e longo prazo (Ratti, Bo, Giardini & Soragna, 2002, cit. in Kolling *et al.*, 2007; Noel *et al.*, 2005;cit. in Kolling *et al.*, 2007).

A dependência de substâncias

Muitas pessoas pensam erradamente que o uso compulsivo de uma droga já é considerado dependência, contudo isso não passa de um mal-entendido pois tem de se considerar outros sintomas (Andrade, de Micheli & da Silva, 2014).

A dependência química caracteriza-se por ser um conjunto de fenómenos que influenciam o comportamento, a fisiologia corporal e a cognição do indivíduo que são consequência do consumo exagerado de uma ou mais substâncias psicoativas (Ballone 2005, cit. in Safanelli Rodrigues & Cyrino, 2012; Oga, Camargo & Batistuzzo, 2008, cit. in Capistrano *et al.*, 2013).

Assim sendo, a dependência pode ser tanto psicológica como fisiológica. A dependência psicológica caracteriza-se pelo facto do indivíduo adquirir um comportamento compulsivo de “fissura” de procura pela droga. Por sua vez, a dependência fisiológica dá-se quando os neurónios ficam acomodados à presença de substâncias químicas, recuperando a sua função quase normalmente. E por esta mesma razão, os neurónios não conseguem

funcionar normalmente quando há a falta da substância e isto vai originar uma perturbação no funcionamento celular, denominada síndrome de abstinência (Aquino, da Silva Oliveira, da Silva & Filho, 2014). Para uma melhor compreensão destes fenómenos passaremos a abordar estas funções de forma mais detalhada.

Um dos sintomas a considerar na dependência denomina-se fissura que se caracteriza por um enorme desejo de usar a droga. Este sintoma ocorre em quadros de dependência, nomeadamente no período em que o usuário está privado da substância. Quando um adolescente está na fase da fissura, as probabilidades de ele usar a droga aumentam e, visto que grande parte dos usuários consomem mais do que uma substância, uns podem usar, por exemplo, o álcool de forma a diminuir a vontade de consumir outra substância mais pesada, como cocaína. Isto acontece porque o álcool é uma droga depressora do sistema nervoso central, conseguindo reduzir a atividade neural e fazendo com que o usuário se sinta transitoriamente mais tranquilo e relaxado (Andrade, de Micheli & da Silva, 2014).

Os mecanismos neurais que estão envolvidos no processo da fissura acontecem num circuito localizado no córtex pré-frontal para o Nac, contudo não é dopamina que se liberta mas sim glutamato, que se caracteriza por ser um neurotransmissor excitatório. Por outras palavras, isto quer dizer que quando se liberta o glutamato no Nac, o indivíduo apresenta uma necessidade de libertar a dopamina no Nac, ou seja, vivencia uma necessidade de consumir droga (Kalivas & Volkow, 2005, cit. in Andrade, de Micheli & da Silva, 2014).

Além da fissura também se pode falar na tolerância como um mecanismo importante na dependência de substâncias. A compreensão deste mecanismo explica-se pelo facto de existir uma enorme carência, na qual o indivíduo tem necessidade em ir aumentando o volume ou a dose da droga de modo a se conseguir alcançar o mesmo prazer que era obtido anteriormente com doses mais reduzidas (Andrade, de Micheli & da Silva, 2014; DSM-5 2014). A tolerância pode dar-se a nível farmacodinâmico (tendo base na maneira como as substâncias agem nos recetores) e a nível farmacocinético (através da metabolização da droga pelos órgãos). Os adolescentes mostram-se mais sensíveis a nível farmacodinâmico às alterações neurais que se dão nos seus recetores, visto que estes podem ser dessensibilizados de uma forma mais rápida (Andrade, de Micheli & da Silva, 2014).

Contudo, ao se falar de tolerância temos de abordar outro mecanismo que é o seu inverso e que também pode ocorrer na dependência de substâncias,

Efeitos neuro psicológicos do consumo a longo prazo de substâncias psicoativas: drogas, dependência química e álcool

denominado de sensibilização, que ocorre quando se administra uma droga frequentemente e a sua intensidade de resposta aumenta (Andrade, de Micheli & da Silva, 2014).

O último fenómeno a salientar na dependência de substâncias é a síndrome de abstinência, que ocorre na fase em que o usuário não consome droga, o que vai provocar desconforto emocional e/ou físico. O cérebro para se manter ativo possui diversos mecanismos e um deles passa pela redução da produção do neurotransmissor GABA (Ácido Gama Amino Butírico) e pelo aumento da produção de Glutamato. Contudo, quando o indivíduo interrompe o uso da substância, tudo funciona como se fosse uma balança, de um lado a substância diminui a atividade cerebral e do outro existem os mecanismos neurais para manterem o cérebro ativo, por sua vez, este desequilíbrio vai fazer com que os sintomas de abstinência apareçam. Os sintomas deste síndrome manifestam-se através de tremores leves, sudorese, irritabilidade e em casos mais graves pode originar *delirium tremens* (Andrade, de Micheli & da Silva, 2014).

Em suma, é importante salientar que apesar de os fatores neuro químicos contribuírem para a dependência de substâncias deve-se ter em conta também as oportunidades de vida dos usuários (fatores ambientais) e as suas escolhas (Andrade, de Micheli & da Silva, 2014).

Os fatores ambientais são relevantes e predominantes para a iniciação por parte do indivíduo ao uso de drogas, salientando-se a pressão dos pares e os hábitos familiares que podem promover o contacto prematuro com esse tipo de substâncias e aumentam a probabilidade desse consumo permanecer e de ocorrerem riscos no futuro. A estabilidade biológica e física dos adolescentes pode ser posta em causa quando estes utilizam substâncias psicoativas num momento que é crucial para a sua formação enquanto pessoa e comprometem as relações interpessoais, nomeadamente as de âmbito familiar (Grunbaum, Tortolero, Weller & Gingiss, 2000, cit. in Sartes, Gumier, Fernandes & Ferreira, 2014).

Segundo Sartes, Gumier, Fernandes e Ferreira (2014), a nível social podem-se destacar diversos danos relacionados com o consumo de substâncias, nomeadamente acidentes rodoviários, prejuízos escolares e ocupacionais, comportamentos violentos, como discussões, lutas, homicídios e práticas de atos ilícitos. Tendo em conta que as drogas prejudicam os juízos de valor dos consumidores, estes tornam-se mais vulneráveis às situações de risco.

Fatores de risco e de proteção

Ao se refletir sobre um trabalho de prevenção quando se fala em substâncias psicoativas no mais variados ambientes e situações do cotidiano, deve-se ter em conta a percepção dos fatores de risco decorrentes do uso indevido de drogas e os fatores de proteção que se podem encontrar na rede social do usuário (Sartes, Gumier, Fernandes & Ferreira, 2014).

As características pessoais ou os contextos sociais que propiciam a pessoa a ser mais vulnerável a comportamentos arriscados (como, usar drogas) podem caracterizar os fatores de risco (Albertani, Scivoletto & Zemel, 2006, cit. in Sartes, Gumier, Fernandes & Ferreira, 2014). Estes fatores estão relacionados com eventos de vida negativos e elevam as probabilidades da pessoa ter problemas emocionais, físicos ou sociais (Cowan, Cowan & Schulz, 1996, cit. in Sartes, Gumier, Fernandes & Ferreira, 2014).

Ao se abordar os fatores protetores costuma-se fazer uma associação com o conceito de resiliência, ou seja, tenta-se evidenciar os aspetos positivos que fazem com que o indivíduo supere as suas dificuldades. A resiliência caracteriza-se por ser um conjunto de processos intrapsíquicos e sociais que permitem o desenvolvimento de uma vida sadia, mesmo que o indivíduo viva num ambiente não sadio (Pesce, Assis, Santos, & Oliveira, 2004, cit. in Sartes, Gumier, Fernandes & Ferreira, 2014). Esta característica não é fixa e pode aparecer e desaparecer em alguns momentos da vida e pode estar manifesto em algumas áreas e noutras não (Poletto & Koller, 2008, cit. in Sartes, Gumier, Fernandes & Ferreira, 2014).

Podem salientar-se três tipos de fatores protetores: os fatores individuais (autocontrolo, autonomia, autoestima positiva, temperamento flexível e terno), familiares (respeito mútuo, apoio/suporte, coesão e estabilidade) e os que estão relacionados com o apoio do meio ambiente (bom relacionamento entre pares, professores, entre outros) (Sartes, Gumier, Fernandes & Ferreira, 2014).

Os fatores protetores têm como finalidade aliviar os fatores de risco, ou seja, diminuir o impacto dos fatores de risco, diminuir as consequências negativas que surgem da exposição aos fatores de risco, conceber ocasiões para aliviar os efeitos do stress, e por último, estabelecer e manter a autoestima e a autoeficácia através da criação de relações seguras (Sanchez, Oliveira & Nappo, 2005, cit. in Sartes, Gumier, Fernandes & Ferreira, 2014).

Efeitos neuro psicológicos do consumo a longo prazo de substâncias psicoativas: drogas, dependência química e álcool

Se houver um desequilíbrio e os indivíduos exibirem menos fatores protetores e mais fatores de risco, apresentam-se mais suscetíveis para comportamentos indesejados, como o consumo de substâncias (Sartes, Gumier, Fernandes & Ferreira, 2014).

Conclusão

Consideramos que a pesquisa bibliográfica realizada para a concretização deste artigo veio contribuir para uma percepção mais realista do mundo complexo que gira à volta das substâncias psicoativas e das suas consequências para o ser humano, seja a nível pessoal, social ou laboral.

De acordo com a literatura, existem diversos motivos que levam o indivíduo a consumir droga, contudo é na fase da adolescência que o seu consumo se torna alarmante, pois a sua história de vida juntamente com a sua personalidade, as alterações fisiológicas e os fatores ambientais, constituem processos que são importantes pois impulsionam o surgimento de diversos tipos de comportamento, nomeadamente o consumo de drogas.

Qualquer uma das substâncias psicoativas pode ser prejudicial para a saúde, tendo em conta o seu consumo, a sua quantidade e a sua frequência. Cada uma das substâncias provoca um dano diferente e a resposta de saúde pública que deve ser dada a este consumo de substâncias deve ser adequado ao dano originado à saúde.

Depois de tudo o que já foi abordado é de constatar que além de haver muita informação pertinente dentro deste grande tema urgente e atual, consideramos que o essencial foi abordado. Todavia, devido à importância da questão, pensamos que se trata de um assunto sobre o qual os especialistas se devam continuar a debruçar e a realizar estudos mais aprofundados, na medida em que se possa conhecer melhor as consequências que este tipo de substâncias tem a nível cerebral, de modo a que se possa realizar a melhor intervenção possível com este tipo de população-alvo.

Referências Bibliográficas

- American Psychiatric Association. 2014, Manual de diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais: DSM-5. CLIMEPSI Editores.
- Andrade, A. L. M., de Micheli, D., & da Silva, E. A. 2014, Neurociências do abuso de drogas em adolescentes. Prevenção ao uso de álcool e outras drogas no contexto escolar, 25.

- Barbosa, A. J. G., de Souza Pereira, C. E., & de Oliveira, J. C. 2014, Prevenção escolar ao uso de drogas por adolescentes: intervenções que funcionam. *Prevenção ao uso de álcool e outras drogas no contexto escolar*, 49.
- Cafure, B. L. 2016, An analytical-behavioral vision of cocaine use. *Universitas Humanas (UFMS)*, 12 (1), 109-117.
- Capistrano, F. C., Ferreira, A. C. Z., Maftum, M. A., Kalinke, L. P., & Mantovani, M. D. F. 2013, Impacto social do uso abusivo de drogas para dependentes químicos registrados em prontuários. *Cogitare Enferm*, 18 (3), 468-474.
- Cunha, P. J., Nicastrí, S., Gomes, L. P., Moino, R. M., & Peluso, M. A. 2004, Neuropsychological impairments in crack cocaine-dependent inpatients: preliminary findings. *Rev Bras Psiquiatr*, 26 (2), 103-106.
- da Silveira, H. S., dos Santos Ferreira, V., Zeitouné, R. C. G., & Domingos, A. M. 2013, Effects of licit and illicit drugs from teenagers' perception: an approach to nursing. *Revista Enfermagem UERJ*, 21 (2), 748-753.
- de Aquino, A. K. A., da Silva Oliveira, N. T., da Silva, T. M., & Filho, A. J. M. S. 2014, Alterações na memória em usuários de cocaína: um estudo teórico sobre a ação da droga no sistema nervoso central. *Caderno de Graduação - Ciências Biológicas e da Saúde - UNIT/AL*, 2 (1), 133-149.
- Freitas, L. O. 2015, O uso e abuso de substâncias psicoativas por adolescentes: uma proposta de intervenção (Tese de Doutorado).
- Kolling, N. D. M., Silva, C. R. D., Carvalho, J. C. N., Cunha, S. M. D., & Kristensen, C. H. 2007, Avaliação neuropsicológica em alcoolistas e dependentes de cocaína. *Avaliação Psicológica*, 6 (2), 127-137.
- Oliveira, D. A. T., & Avelar, M. A. 2014, Direito à saúde mental, consumo de drogas e as neurociências: ilações preliminares sob a ótica do ordenamento jurídico brasileiro. *RIDB*, 8, 5807-5826.
- Rezende Franco, G., & Rodrigues, M. C. 2014, Ensino de habilidades de vida: uma estratégia de prevenção e promoção da saúde na adolescência. *Prevenção ao uso de álcool e outras drogas no contexto escolar*, 71.
- Rigoni, M. D. S., da Silva Oliveira, M., & Andretta, I. 2006, Neuropsychological consequences of cannabis use in adolescents and young adults. *Ciências & Cognição*, 8, 118-126.
- Rigoni, M. D. S., Oliveira, M. D. S., Moraes, J. F. D. D., & Zambom, L. F. 2007, The use of cannabis in adolescence and its effects in the cognitive functions. *Psicologia em estudo. Maringá*, 12 (2), 267-275.
- Safanelli, C., Rodrigues, J. K., & Cyrino, L. A. R. 2012, Transtorno afetivo bipolar relacionado ao uso abusivo de substâncias psicoativas: uma revisão bibliográfica. *Revista Contexto & Saúde*, 12 (23), 15-25.
- Santos, J. C. 2014, Comportamentos de risco: o consumo de substâncias psicoativas na adolescência e o papel preventivo da escola (Tese de Doutorado).

Efeitos neuro psicológicos do consumo a longo prazo de substâncias psicoativas: drogas, dependência química e álcool

- Sartes, L. M. A., Gumier, A. B., Fernandes, L. R., & Ferreira, M. L. 2014, Fatores de risco e de proteção para o uso de álcool e outras drogas. *Prevenção ao uso de álcool e outras drogas no contexto escolar*, 91.
- Scheffer, M., & Almeida, R. M. M. D. 2010, Consumo de álcool e diferenças entre homens e mulheres: comportamento impulsivo, aspectos cognitivos e neuroquímicos. *Neuropsicologia Latinoamericana*, 2 (3), 1-11.
- Silva, C. R. D., Kolling, N. D. M., Carvalho, J. C. N., Cunha, S. M. D., & Kristensen, C. H. 2009, Comorbidade psiquiátrica em dependentes de cocaína/crack e alcoolistas: um estudo exploratório. *Aletheia*, (30), 101-112.
- Soldera, M., Dalgalarrodo, P., Corrêa Filho, H. R., & Silva, C. A. M. 2004, Heavy alcohol use among elementary and high-school students in downtown and outskirts of Campinas City - Sao Paulo: prevalence and related factors. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 26 (3), 174-179.

Política Editorial

A Revista está aberta a contribuições de Autores provenientes de todos os países. Os artigos para publicação poderão ser redigidos em português, inglês, espanhol ou francês. Os trabalhos serão revistos por dois Editores e/ou Editores Associados (*peer reviewers*) independentes antes de ser tomada uma decisão sobre a sua publicação. Os manuscritos devem ser enviados para o endereço eletrónico da Revista (rumus@uni-mindelo.edu.cv) apenas em formato digital editável, junto com um resumo na língua original do artigo bem como em inglês e uma lista de palavras-chave. Os textos deverão estar em estrita conformidade com o estilo adotado pela RUMUS especificado em <http://www.uni-mindelo.edu.cv/rumus>. Cabe aos autores verificar cuidadosamente os manuscritos antes de os enviar, para evitar possíveis gralhas e consequentes demoras na fase da revisão de provas. No manuscrito devem constar obrigatoriamente o nome, o contacto e a filiação dos Autores. O conteúdo dos artigos é da exclusiva responsabilidade de seus Autores.



REVISTA CIENTÍFICA DA UNIVERSIDADE DO MINDELO

VOL. 3 (2) - 2016

www.uni-mindelo.edu.cv/rumus

e-mail: rumus@uni-mindelo.edu.cv