

PSYCHOLOGICA

Número 49

20
anos
1988-2008

PSYCHOLOGICA

Número 49

20
anos
1988-2008

Director

Eduardo J. R. Santos (eduardosantos@fpce.uc.pt)

Comissão de redacção

Joaquim Armando Ferreira, Joaquim Pires Valentim, José Manuel Canavarro, Maria Jorge Ferro e Paulo Renato

Comissão científica

Conselho Científico da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra

Conselho de redacção

Álvaro Miranda Santos (Univ. de Coimbra)
Amâncio da Costa Pinto (Univ. do Porto)
Américo Baptista (Univ. Lusófona)
Aura Montenegro (Univ. de Coimbra)
Brigitte Detry (Univ. Nova de Lisboa)
Cândido Agra (Univ. do Porto)
Danilo Silva (Univ. de Lisboa)
David Blustein (Boston College)
Eunice Alencar (Univ. Católica de Brasília)
Félix Neto (Univ. do Porto)
Fred Lopez (University of Houston)
Fred Vondracek (Penn State University)
Isabel Soares (Univ. do Minho)
Jacques Montangero (Univ. de Genebra)
Joaquim Luis Coimbra (Univ. do Porto)
João Gomes Pedro (Univ. de Lisboa)
José Aparecido da Silva (Univ. de S. Paulo)
José Esteve (Univ. de Málaga)
José Ferreira Marques (Univ. de Lisboa)
José Ferreira da Silva (Univ. de Coimbra)
José Maria Peiró (Univ. de Valência)
José Mendes Marques (Univ. do Porto)
José Miguez (Univ. do Porto)
José Pais Ribeiro (Univ. do Porto)
Leandro Almeida (Univ. do Minho)
Luís de Miranda Correia (Univ. do Minho)
Manuel Viegas Abreu (Univ. de Coimbra)
Marc Richelle (Univ. de Liège)
Mark Savickas (Northeastern Ohio University College of Medicine)
Mary Sue Richardson (New York University)
Miguel Gonçalves (Univ. do Minho)
Miguel Pina e Cunha (Univ. Nova de Lisboa)

Mitsuru Yanaze (Univ. de S. Paulo)
Orlando Lourenço (Univ. de Lisboa)
Paula Barrett (Univ. Griffith de Queensland)
Peter Bryant (Univ. de Oxford)
Richard Haase (State University of New York)
Richard Young (University of British Columbia)
Robert Goodman (Univ. de Londres)
Saúl Neves de Jesus (Univ. Algarve)
Teresa Medeiros (Univ. Açores)
Willy Lens (Univ. de Lovaina)

Depósito legal: 260586/07

Impressão: Imprensa de Coimbra, Lda

Grafismo: ADMINSAÚDE, LDA.

Periodicidade: Quadrimestral

Preço deste número: 13.50 Euros (Inc. IVA)

ISSN: 0871-4657

Indexada nas bases de dados:

Latindex, PsycINFO e Psycodoc

Tiragem: 350 exemplares

Assinatura:

www.fpce.uc.pt/publicacoes/psychologica/

Edição, propriedade, assinaturas e distribuição

Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra

Rua do Colégio Novo, 3000 Coimbra

Tel.: 239 851 450 - Fax: 239 851 468

e-mail: psychologica@fpce.uc.pt

Solicita-se permuta
Píde-se para intercambiar
On demande l'échange
Exchange requested

PSYCHOLOGICA constitui um espaço de partilha de ideias, problemas e experiências, nos diversos domínios da Psicologia. A difusão do conhecimento produzido e reflectido por investigadores nacionais e estrangeiros é nesta revista assumida como um importante estímulo para novas investigações, bem como para a configuração e problematização de diferentes intervenções psicológicas.

PSYCHOLOGICA est un pôle de réflexion et de confrontation d'idées, de problèmes et d'expériences dans les divers domaines de la psychologie. La diffusion de travaux d'investigation de spécialistes nationaux et étrangers stimule de nouvelles recherches et permet de faire le point sur les nouvelles approches de l'intervention psychologique.

PSYCHOLOGICA aims to disseminate national and international scientific work carried out in the various areas of Psychology. It equally intends to be a place for the exchange of ideas, problems, and experiences, stemming from the theory and practice of human, social and cultural development.

2008, nº49

Índice

8 – Teoria da Mente e Desenvolvimento Sócio-cognitivo ao longo da Infância e Idade Pré-escolar

Carla Martins, Ana Osório & Ana Macedo

30 – Adaptação à Gravidez e ao Nascimento de um Filho de Mulheres Infectadas pelo VIH/SIDA

Marco Pereira & Maria Cristina Canavarro

56 – Validação da Escala de Interação Criança-Adulto durante o Procedimento Médico – Versão Reduzida (CAMPIS-SF) no contexto da Vacinação Pediátrica

Helga Pedro & Luísa Barros

78 – O papel de variáveis psicológicas positivas na saúde mental em crianças e adolescentes: Um estudo exploratório

Susana C. Marques, J. L. Pais-Ribeiro & Shane J. Lopez

92 – Aconselhamento e stress: o caso limite de conflitos militares

Helena Maria Almeida Cortez, Maria Zélia B. M. Leite, Maria Anete Moura Cordeiro, Teresa Verônica Santos, Leila Maria Vieira Medeiros & Eduardo J. R. Santos

108 – Inventário de Evitamento de Young-Rygh: estudos de validação e estrutura factorial numa amostra da população geral

Carolina Dall'Antonia da Motta, Daniel Rijo & José Pinto Gouveia

138 – Inventário de Evitamento de Young-Rygh: estudos de validação e estrutura factorial numa amostra da população clínica
Carolina Dall'Antonia da Motta, Daniel Rijo & José Pinto Gouveia

168 – Avaliação da Dor: Utilização do Questionário de Auto-Resposta *The Survey of Pain Attitudes (SOPA)* e *Chronic Pain Coping Inventory- 42 (CPCI-42)* na População Portuguesa (autores)
Joana Costa & José Pinto Gouveia

208 – Auditory Verbal Learning Test: Dados Normativos dos 21 aos 65 anos

Sara Cavaco, Cláudia Pinto, Alexandra Gonçalves, Filomena Gomes, Alexandra Pereira & Cristina Malaquias

222 – Trail Making Test: Dados Normativos dos 21 aos 65 anos

Sara Cavaco, Cláudia Pinto, Alexandra Gonçalves, Filomena Gomes, Alexandra Pereira & Cristina Malaquias

240 – Tecnologia, aprendizagem e mudança organizacional

Ricardo Pocinho & Eduardo J. R. Santos

258 – Intervenções Assistidas por Animais no Contexto da Doença Mental

Débora Albasini Costa, Joaquim A. Ferreira & Eduardo J. R. Santos

Nota introdutória

Em Dezembro de 1988 publicou-se o primeiro número da revista *Psychologica*. Decorreram, entretanto, 20 anos de edição ininterrupta, contabilizando até agora 49 volumes (não contando números extra-série). Neste número 49 quisemos apenas comemorar esta efeméride dos 20 anos de publicação através do simbolismo singelo de uma encadernação renovada!

Em 2009 atingiremos o número 50, e então teremos uma edição especial comemorativa destes dois marcos da breve, mas já tão significativa história desta publicação periódica no campo da Psicologia de língua portuguesa.

Os anos vindouros trarão novos desafios aos quais procuraremos responder da maneira mais entusiasta possível.

Assinale-se que a revista tem nos novos Estatutos da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra uma renovada perspectiva na senda da excelência editorial e internacionalização; também, a partir do próximo número, se estabelecerá uma parceria de trabalho com a Imprensa da Universidade de Coimbra. Assim, 2009 e 2010 serão anos de grande reformulação de processos, que esperamos tragam ainda mais qualidade científica à *Psychologica*.

Continuamos, por estas razões, a contar com todos, desde os leitores aos autores, e outros colaboradores da *Psychologica*.

Teoria da Mente e Desenvolvimento Sócio-cognitivo ao longo da Infância e Idade Pré-escolar

Carla Martins¹, Ana Osório¹ & Ana Macedo²

A Teoria da Mente constitui um marco no desenvolvimento sócio-cognitivo que emerge em idade pré-escolar e se traduz não só na capacidade para atribuir estados mentais - pensamentos, crenças e sentimentos - a si mesmo e aos outros, como também de prever e explicar o comportamento e pensamento dos outros por referência a esses mesmos estados mentais. Diferenças observadas ao nível da idade de aquisição da teoria da mente suscitaram o interesse científico para o estudo de eventuais facilitadores contextuais do desenvolvimento sócio-cognitivo na infância, destacando-se, entre eles, a segurança da vinculação, o discurso materno e a interação com os irmãos. Uma questão que permanece em aberto é a da relação entre teoria da mente e desenvolvimento da linguagem. O autismo parece constituir um caso especial de ausência da teoria da mente.

Palavras-Chave: Teoria da Mente; Desenvolvimento sócio-cognitivo; Infância; Autismo

1. Introdução

Ao longo dos primeiros 4 anos de vida, as crianças desenvolvem a capacidade para atribuir estados mentais - pensamentos, crenças, desejos e sentimentos - a si mesmas e aos outros. Por outras palavras, desenvolvem uma *Teoria da Mente*, estrutura conceptual que aplicamos no nosso quotidiano de uma forma inconsciente e que nos permite prever e explicar o comportamento e pensamento dos outros por referência aos seus estados mentais (Astington & Barriault, 2001; D'Andrade, 1987; Milligan, Astington & Dack, 2007; Wellman, 1990).

A designação *Teoria da Mente* foi inicialmente utilizada por Premack e Woodruff, em 1978, e traduz actualmente um importante marco em termos do desenvolvimento sócio-cognitivo infantil que tem merecido a atenção de inúmeros investigadores ao longo das

¹ Departamento de Psicologia, Universidade do Minho (cmartins@iep.uminho.pt)

² Royal Holloway, University of London, Reino Unido

últimas três décadas (e.g., Carpendale & Lewis, 2006; Frye & Moore, 1991; Gopnik & Wellman, 1992; Leslie, 1994; Wimmer & Perner, 1983).

Contudo, a emergência da teoria da mente na idade pré-escolar não assinala o nascimento do desenvolvimento sócio-cognitivo infantil. Na realidade, vários marcadores desenvolvimentais deste domínio têm sido identificados e considerados como precursores da teoria da mente. Por exemplo, certos autores defendem que os bebés vêm equipados com características que propiciam o contacto social. Meltzoff e Gopnik (1993) apontam para a predisposição inata dos bebés para imitar e repetir acções dos outros com acções do seu próprio corpo. Flavell (1997) interpreta este tipo de responsividade diferenciada dos bebés às pessoas (*versus* aos objectos) como tendo consequências naturais no seu desenvolvimento sócio-cognitivo. Já por volta dos 9 meses, as crianças entram numa nova fase, em termos de cognição social, evidente na emergência dos comportamentos de *intersubjectividade secundária* (Martins, 2003; Trevarthen & Hubley, 1978). Aspectos como a atenção partilhada (e.g., Bakeman & Adamson, 1984), a cooperação (Trevarthen & Hubley, 1978), o comportamento de seguir o apontar de alguém bem como o de apontar para direccionar a atenção de outrem (e.g., Carpenter, Nagell & Tomasello, 1998; Van Hecke *et al.*, 2007) e a referência social (e.g., Sorce, Emde, Campos & Klinnert, 1985) denotam, pela primeira vez, uma procura deliberada da partilha de experiências por parte do bebé. Nesta fase, começam então a ser dados os primeiros passos em direcção à compreensão da vida mental (Astington & Barriault, 2001). Um pouco mais tarde, e com o início da actividade simbólica aos 18 meses, as crianças começam a ser capazes de pensar acerca de situações ou pessoas ausentes ou hipotéticas. Esta capacidade vai evoluindo até que, cerca dos 3 anos, as crianças desenvolvem a capacidade de interagir com os outros em momentos de jogo simbólico colaborativo durante o qual dão e aceitam sugestões de outrem (Meins, Fernyhough, Russel, & Clark-Carter, 1998). Também o envolvimento no jogo simbólico, individual ou colaborativo, é considerado como um precursor das capacidades de mentalização na medida em que requer a compreensão de orientações mentais não verídicas à realidade (Harris, 1992; Hobson, 1993; Leslie, 1987). Neste sentido, Lillard (1993) defende que o jogo simbólico se constitui como uma zona de desenvolvimento proximal (Vygotsky, 1978) das capacidades subjacentes à teoria da mente.

Em suma, as referidas aquisições desenvolvimentais expressam uma competência crescente ao nível das habilidades sócio-mentais da criança, as quais lhe permitirão relacionar-se com os outros enquanto indivíduos com pensamentos, sentimentos e desejos, distintos ou não dos seus (Astington & Barriault, 2001).

Quando, exactamente, é que surge a teoria da mente?

Evidência empírica acumulada até à data tem revelado que a grande maioria das crianças de 3 anos falha sistematicamente em tarefas padronizadas para avaliação desta capacidade e das quais falaremos no próximo ponto (e.g., Gopnik, 1993; Gopnik & Astington, 1988; Hogrefe, Wimmer & Perner, 1986; Perner, 1991; Perner, Leekam & Wimmer, 1987; Wimmer & Perner, 1983). Em particular, uma meta-análise de Wellman e colaboradores (2001) aponta para a influência acentuada do factor idade no desempenho em diferentes estudos – o bom desempenho nas tarefas de teoria da mente aumenta de forma significativa durante a idade pré-escolar (Wellman, Cross & Watson, 2001). Em contraste, Liu e colaboradores (2008) detectaram variações culturais em termos da idade de sucesso nas tarefas de avaliação da teoria da mente. No entanto, este estudo corrobora a existência de trajectórias paralelas em diversas culturas no que toca ao seu desenvolvimento, sugerindo que se trata de uma capacidade universal (Liu, Wellman, Tardif & Sabbagh, 2008).

Ainda assim, os investigadores parecem concordar que tanto crianças de 3 como de 4 anos compreendem que elas e os outros têm pensamentos, desejos, sentimentos próprios, ou seja, a base para uma teoria da mente. Assim, o que parece distinguir estes dois grupos etários é o facto de crianças de 3 anos não se aperceberem de que, por vezes, os pensamentos dos outros – as suas crenças – podem ser diferentes das próprias crenças. Por outras palavras, a grande diferença entre crianças de 3 e 4 anos, em termos de capacidade de mentalização, diz respeito à *crença falsa* (Astington & Barriault, 2001; Lourenço, 1994), aspecto que abordaremos em seguida.

2. Avaliação da Teoria da Mente

As crenças têm sido, até à actualidade, a parcela da equação que maior atenção científica tem recebido, nomeadamente no que diz respeito à emergência, nas crianças, da compreensão da crença enquanto representação mental e subjectiva da realidade – e, portanto, da possibilidade de estar errada. A compreensão da possível existência de crenças falsas, isto é,

de as pessoas poderem pensar e agir de acordo com crenças que não estão de acordo com a realidade, tem sido considerado como o primeiro sinal da presença de uma teoria da mente (Hala & Carpendale, 1997).

O procedimento mais utilizado para a avaliação da compreensão da crença falsa, enquanto indicador da teoria da mente, tem sido a *tarefa da transferência inesperada* que Wimmer e Perner criaram em 1983. A seguinte situação é colocada verbalmente à criança e dramatizada com recurso a fantoches: uma criança, Maxi, guarda o seu chocolate numa gaveta (A) e vai para a escola. Durante a ausência de Maxi, a sua mãe tira o chocolate da gaveta A, utiliza uma parte para fazer um bolo e volta a guardar o chocolate, desta vez, na gaveta B. Diz-se, então, à criança a avaliar que, quando Maxi voltar, vai querer comer chocolate. Apresentada a situação, coloca-se a questão-chave que nos permitirá detectar presença de teoria da mente: “Onde é que o Maxi vai procurar o seu chocolate?” A maioria das crianças de 4 e 5 anos tende a responder correctamente - Maxi irá procurar o chocolate onde o deixou e não onde este realmente se encontra. Esta tendência de resposta sugere que, nestas idades, as crianças compreendem que as acções de Maxi dependem das suas crenças, e não somente do estado real de coisas, e que crenças e realidade podem divergir. Já a maioria das crianças de 3 anos tende a responder erradamente mas de uma forma consistente. De facto, em vez de responderem ao acaso, as crianças mais novas afirmam sistematicamente que Maxi irá procurar o chocolate na sua localização actual. Este erro tem sido referido, por diversos autores, como indicativo de um nível prévio a uma mudança desenvolvimental acentuada que se supõe ocorrer entre os 3 e os 4 anos de idade. Esta mudança é marcada pela aquisição da compreensão de que os estados mentais são de natureza representacional. Trabalhos de meta-análise como o de Wellman e colaboradores (2001) e de Liu e colaboradores (2008) vieram dar consistência a esta perspectiva, sugerindo que as evidências reunidas de inúmeros estudos apontam para a ocorrência de uma verdadeira mudança conceptual durante a idade pré-escolar. De salientar que, apesar de terem sido referidos marcos temporais, na prática verifica-se uma relativa variabilidade – há crianças que passam a tarefa da crença falsa aos 3 anos e outras que não são bem sucedidas antes de atingirem os 5 anos (Liu *et al.*, 2008).

Para além da *tarefa da transferência inesperada* de Wimmer e Perner (1983), outras foram criadas com o mesmo objectivo de avaliar a compreensão dos estados mentais

representacionais através da crença falsa. Por exemplo, a *tarefa do conteúdo inesperado* (Hogrefe *et al.*, 1986) é semelhante à anterior. Nesta, mostra-se à criança uma caixa de uma conhecida marca de doces (e.g., um tubo de *smarties*) e pergunta-se o que é que ela pensa estar dentro da caixa. No entanto, quando esta é aberta, a criança descobre que, no seu interior, não estão doces mas sim lápis de cor. A caixa é novamente fechada e pergunta-se à criança o que outra pessoa pensará estar dentro da mesma. Tal como na *tarefa da transferência inesperada*, as crianças de 3 anos tendem a responder de forma incorrecta ao afirmar que uma outra pessoa esperará lápis de cor. Finalmente, uma outra prova, frequentemente referida na literatura, diz respeito à *tarefa da identidade inesperada* (Flavell, Flavell & Green, 1983), na qual se apresenta à criança uma esponja que parece idêntica a uma pedra. Inicialmente, pergunta-se à criança o que lhe parece ser o objecto. É-lhe então explicado que se trata realmente de uma esponja que foi pintada para levar as pessoas a pensar que se tratava de uma pedra. Seguidamente, pergunta-se o que uma outra pessoa pensará ser o objecto. As crianças que ainda não adquiriram uma teoria da mente tenderão a responder que outra pessoa pensará que se trata de uma esponja, mesmo não estando a par da ilusão visual.

Será que as dificuldades que as crianças demonstram, face às crenças dos outros, também se fazem sentir em relação às suas próprias crenças? Perner e colaboradores (1987) procuraram esclarecer isto recorrendo a questões adicionais nas tarefas de crença falsa e verificaram que as crianças apresentavam tanta dificuldade em recordar as suas próprias crenças prévias (e.g., ter pensado que dentro da caixa de *smarties* estavam os ditos doces) como em prever as crenças falsas dos outros. Assim sendo, será, então, correcto afirmar que crianças em idade pré-escolar desenvolvem uma teoria acerca da mente – dos outros e da própria (Astington & Barriault, 2001).

As tarefas que avaliam a competência na crença falsa constituem uma prova fundamental e muito informativa sobre a compreensão da representação mental das crianças, ao contrastar as crenças com a realidade (Wellman *et al.*, 2001). Hoje em dia, porém, os teóricos da teoria da mente consideram que a utilização exclusiva de uma única tarefa poderá enviesar os resultados (Astington & Barriault, 2001; Mitchell, 1996), sendo, por isso, mais adequado recorrer a uma bateria de tarefas (Wellman *et al.*, 2001).

3. Perspectivas Teóricas

No estudo da teoria da mente há, essencialmente, duas posturas teóricas distintas acerca de como esta capacidade emerge e se desenvolve.

Num dos pólos encontra-se a denominada *teoria do módulo inato* (e.g. Baron-Cohen, 1997; Leslie, 1994; Leslie & Roth, 1993), descrita como maturacionista, na medida em que preconiza a existência de mecanismos inatos cuja maturação neurológica resulta no desenvolvimento das capacidades de mentalização nas crianças. Segundo esta corrente, os ambientes sociais da criança apenas ajudam a desencadear, não determinando, no entanto, o desenvolvimento da teoria da mente.

Em contraste, as perspectivas da *teoria-teoria* (e.g., Gopnik & Meltzoff, 1997; Gopnik & Wellman, 1994; Morton, 1980; Perner, 1991; Wellman & Gelman, 1998) e da *teoria da simulação* (e.g., Goldman, 2000; Gordon, 1996; Harris, 1992) defendem a primazia das experiências sociais no desenvolvimento sócio-cognitivo. No contexto desta última postura, torna-se pertinente falar em diferenças individuais ao nível das capacidades sócio-cognitivas bem como nas variáveis contextuais que as poderão influenciar e predizer.

4. Diferenças Individuais

Apesar do relativo consenso acerca de uma trajectória desenvolvimental que culmina na aquisição da teoria da mente em idade pré-escolar, são igualmente claras as diferenças individuais ao nível da compreensão da crença falsa, comumente associadas ao impacto das relações e interações precoces na vida da criança.

Vários autores têm dedicado a sua atenção à questão. Mais concretamente, o enfoque no papel *a*) da qualidade da relação precoce mãe-criança (e.g., Meins *et al.*, 1998), *b*) do discurso materno (e.g., Meins, Fernyhough, Wainwright, Das Gupta, Fradley & Tuckey, 2002; Ruffman, Slade, Devitt & Crowe, 2006), e *c*) das relações fraternas (e.g., Cutting & Dunn, 2006, Perner, Ruffman & Leekam, 1994), tem evidenciado a presença de diferenças individuais no desenvolvimento de competências sócio-cognitivas durante o período pré-escolar.

4.1. Qualidade da relação precoce mãe-bebê

Na sua investigação longitudinal, Meins e colaboradores (1998, 2002) encontraram uma associação entre a qualidade da relação de vinculação mãe-bebê, avaliada aos 12 meses de vida dos bebês, e o posterior desenvolvimento sócio-cognitivo. Na realidade, crianças avaliadas como seguras na sua vinculação à mãe tinham não só melhores competências simbólicas aos 3 anos (Meins *et al.*, 1998) como também maiores probabilidades de sucesso nas tarefas de avaliação da teoria da mente aos 4 anos (Meins *et al.*, 2002).

Outros estudos apontam, de igual forma, para uma relação entre segurança da vinculação e desempenho em tarefas de avaliação da teoria da mente, embora em todos eles essa relação tenha sido encontrada quer no âmbito de investigações transversais (Fonagy, Redfern & Charman, 1997) quer entre variáveis avaliadas no mesmo momento temporal (Symons & Clark, 2000). Assim, Fonagy e colaboradores (1997) encontraram uma relação entre o sucesso em tarefas da crença falsa e a segurança de vinculação em crianças em idade pré-escolar e escolar. Por seu turno, os resultados de Symons e Clark (2000) revelaram que a segurança da vinculação aos 5 anos era um preditor significativo do desempenho em tarefas da teoria da mente avaliadas na mesma idade. Finalmente, e no contexto português, um estudo transversal com crianças em idade pré-escolar revelou que crianças classificadas como inseguras-evitantes revelaram pior desempenho em medidas de desenvolvimento sócio-cognitivo (que não da teoria da mente) do que crianças seguras (Veríssimo, Monteiro, Vaughn & Santos, 2003).

4.2. Discurso materno

Ruffman e colaboradores (2002, 2006) analisaram a influência do tipo de discurso materno no desenvolvimento da teoria da mente das crianças, concluindo que o primeiro parece constituir uma variável basilar no desenvolvimento da sua compreensão social. Estes autores identificaram associações longitudinais entre o discurso materno acerca de estados mentais (*mental state talk*) durante uma tarefa de descrição de imagens e diferenças individuais em medidas de teoria da mente aos 3 e 4 anos de idade das crianças (Ruffman, Slade & Crowe, 2002; Ruffman *et al.*, 2006). De salientar que os resultados encontrados apontam para o papel único do discurso mental materno enquanto facilitador do desenvolvimento sócio-cognitivo das crianças, uma vez que essa variável constituiu um

preditor das diferenças individuais do desempenho em tarefas da teoria da mente, independentemente de outros potenciais preditores tais como o desempenho anterior das crianças no mesmo tipo de tarefas, a sua competência linguística e práticas educativas ou educação materna.

Na mesma linha, as investigações de Meins e colaboradores revelaram, por um lado, que as crianças cujas mães as descreviam com termos mentais (apetência denominada *mind-mindedness*) tinham um melhor desempenho em tarefas de crença falsa por volta dos 4 anos de idade (Meins *et al.*, 1998) e, por outro, que a utilização apropriada de linguagem materna acerca de estados mentais quando os bebés tinham 6 meses estava correlacionada com uma teoria da mente mais desenvolvida entre os 4 e os 5 anos (Meins *et al.*, 2002; Meins, Fernyhough, Wainwright, Clark-Carter, Das Gupta, Fradley & Tuckey, 2003). Mais recentemente, de Rosnay e colaboradores (2008) corroboraram tais resultados verificando a existência de um impacto positivo da *mind-mindedness* materna aos 8 meses na cognição social aos 50 meses (de Rosnay, Meins, Fernyhough, Arnott, Elliott, Liddle & Hearn, 2008).

4.3. Irmãos e conflito familiar

Diversos investigadores dirigiram o seu interesse para o estudo de um tipo específico de interacções sociais precoces – as interacções das crianças com os seus irmãos (e.g., Dunn, Brown, Slomkowsky, Tesla & Youngblade, 1991; Jenkins & Astington, 1996; Perner *et al.*, 1994; Ruffman, Perner, Naito, Parkin & Clements, 1998). Num estudo conduzido com crianças entre os 3 e os 4 anos de idade, Perner e colaboradores (1994) concluíram que as provenientes de famílias maiores apresentavam um melhor desempenho na tarefa da crença falsa, comparativamente com as crianças de agregados familiares menores. Os autores encontraram ainda que a vantagem proporcionada pelo facto de a criança ter dois irmãos face a ser filho único era comparável à vantagem das crianças de 4 anos sobre as de 3 anos. Na sequência, um estudo de Ruffman e colaboradores (1998) veio não só corroborar estudos prévios acerca da influência do número de irmãos como verificou uma correlação significativa entre a existência de irmãos mais velhos (mas não mais novos) e o sucesso na tarefa da crença falsa. Mais recentemente, McAlister e Peterson (2007) conduziram um estudo no qual aplicavam duas baterias de provas da teoria da mente em momentos distintos, tendo encontrado que ter irmãos predizia desempenhos superiores em ambos os momentos

mesmo depois de controlados os efeitos da idade e do QI verbal das crianças. É ainda conhecido que, para além do número e idade dos irmãos, também a qualidade da interacção se encontra associada de forma significativa ao desempenho nas tarefas de avaliação formal da crença falsa. Num estudo de Dunn e colaboradores (1991), a interacção cooperativa (mas não competitiva) das crianças com os irmãos mostrou associações significativas com um melhor desempenho em tarefas de avaliação da teoria da mente.

A exposição a conflitos emocionais no seio da família apresenta também efeitos importantes ao nível do desenvolvimento da teoria da mente. Supõe-se que tal exposição alerte as crianças para a existência de diferentes pontos de vista (Hughes & Leekam, 2004), bem como para os factos que podem levar as pessoas a comportarem-se de determinada forma (Dunn *et al.*, 1991). No seu estudo, Dunn e colaboradores (1991) verificaram que as crianças que assistiam mais frequentemente ao controlo do comportamento dos irmãos mais velhos, por parte das suas mães, apresentavam um melhor desempenho ao nível das tarefas da teoria da mente. Relativamente aos conflitos entre irmãos, estes tendem a elicitar o discurso materno acerca de sentimentos (Dunn, Bretherton & Munn, 1987) e de questões morais as quais suscitam, por sua vez, a reflexão explícita acerca de motivos, intenções e conhecimentos (Perner *et al.*, 1994).

5. Teoria da Mente e Linguagem

Vários autores argumentam que existe uma forte relação entre o desenvolvimento da linguagem e o desenvolvimento da teoria da mente (e.g., Astington & Baird, 2005; Milligan, Astington & Dack, 2007; Ruffman *et al.*, 2002; Slade & Ruffman, 2005). Como apontam Bartsch e Wellman (1995), não parece mera casualidade o facto de a teoria da mente se desenvolver quando as crianças têm entre 1 a 5 anos de idade, sendo também este o período, por excelência, da aquisição e desenvolvimento da linguagem.

Mas uma questão permanece em aberto – qual a natureza da relação entre a linguagem e o desenvolvimento da teoria da mente? A literatura recente tem referido três abordagens possíveis:

(1) *O desenvolvimento da teoria da mente depende do desenvolvimento da linguagem.*

Para testar esta hipótese, Astington e Jenkins (1999) conduziram um estudo em que avaliaram, por um período de 7 meses, o desempenho de crianças com 3 anos em provas de

competência linguística e em tarefas de crença falsa. Os resultados revelaram que as mudanças na teoria da mente dependiam e eram influenciadas pela competência linguística da criança, não existindo, contudo, uma relação recíproca (i.e., os resultados das tarefas de crença falsa não prediziam o desenvolvimento da linguagem). Os autores avançaram com a hipótese de que o desenvolvimento da linguagem pode fornecer recursos à criança, como a capacidade sintáctica ou a compreensão semântica, que possibilitam e promovem a compreensão de crenças falsas. Num estudo mais recente, Harris, de Rosnay e Pons (2005) propuseram que a linguagem facilitaria a aquisição da teoria da mente através de um processo de enriquecimento pragmático – ao ser exposta a conversas que articulam diferentes perspectivas acerca de um mesmo tópico, a criança ganha uma compreensão mais aprofundada acerca dos estados mentais dos outros.

Por seu turno, estudos clássicos com crianças com défice auditivo revelaram que a maioria falha nos testes de crença falsa, mesmo quando as tarefas estão adaptadas ao seu modo de comunicação (e.g., Peterson & Siegal, 1995). Mais intrigante, ainda, é o facto de as mesmas crianças terem também dificuldades no desempenho de tarefas não verbais de avaliação da teoria da mente (Peterson & Siegal, 1995), verificando-se que o seu desempenho depende do nível de desenvolvimento de linguagem que apresentam. Curiosamente, crianças com défice auditivo, que aprenderam precocemente língua gestual (por exemplo, por intermédio de um familiar que a utiliza em casa), apresentam um atraso menor no desenvolvimento da teoria da mente, comparativamente a crianças com défice auditivo não expostas a língua gestual por parte dos pais (Peterson & Siegal, 1999). Estes resultados parecem, pois, apoiar a hipótese de que o desenvolvimento da linguagem precede e promove o desenvolvimento da teoria da mente (Astington & Barriault, 2001; Astington & Jenkins, 1999; Harris *et al.*, 2005).

(2) *O desenvolvimento da linguagem depende do desenvolvimento da teoria da mente.* Esta segunda hipótese é congruente com a teoria de Piaget (1955) que defende que o pensamento precede a linguagem. De acordo com esta hipótese, as crianças adquirem, em primeiro lugar, conceitos como a compreensão da crença falsa e a distinção entre a aparência e a realidade e, posteriormente, adquirem a linguagem para expressar os conceitos. Esta teoria tem sido apoiada por várias investigações na área do desenvolvimento cognitivo, por exemplo, pela proposta de que a compreensão da crença falsa depende de sistemas modulares

inatos (Baron-Cohen, 1997). No seu recente estudo, Colle, Baron-Cohen, Wheelwright e van der Lely (2008) compararam as competências pragmáticas de adultos autistas e indivíduos sem a perturbação, tendo sugerido que os défices ao nível da cognição social podem originar défices ligeiros ao nível da linguagem.

Estudos com pacientes adultos afásicos revelaram que, apesar de estes indivíduos serem incapazes de compreender e produzir conhecimento gramatical sob a forma de qualquer modalidade da linguagem, continuavam a ser capazes de compreender crenças falsas (Siegal & Varley, 2001; Varley, Siegal & Want, 2001). Estes estudos constituem um argumento forte desta teoria pois revelam uma autonomia funcional da teoria da mente em relação ao conhecimento gramatical explícito e suportam a sua independência relativamente ao funcionamento executivo (Varley, Siegal & Want, 2001).

(3) O desenvolvimento da teoria da mente e da linguagem dependem do mesmo factor. A terceira proposta defende que existe um factor mediador entre o desenvolvimento da teoria da mente e o desenvolvimento da linguagem. Alguns autores hipotetizam que várias funções executivas, como a memória de trabalho, têm um papel relevante no desenvolvimento da linguagem e da compreensão sócio-cognitiva (e.g., Jacques & Zelazo, 2005; Zelazo, Carter, Reznick & Frye, 1997). Nesta linha, o desenvolvimento das funções executivas permite que a criança raciocine utilizando regras de resolução de problemas progressivamente mais complexas que estão, também, implicadas nas tarefas da teoria da mente e da linguagem. Esta relação parece ser recíproca já que a linguagem parece também contribuir para o desenvolvimento do funcionamento executivo (Jacques & Zelazo, 2005). Os autores referem que, por exemplo, o recurso à linguagem, para rotular estímulos relevantes, resulta num acréscimo da flexibilidade cognitiva que, conseqüentemente, facilita a resolução de tarefas sócio-cognitivas.

Investigações recentes têm procurado relacionar o desenvolvimento da teoria da mente com distintas componentes da linguagem, como, por exemplo, as estruturas sintáticas (Astonington & Jenkins, 1999), o bilinguismo (Goetz, 2003) e a clareza lexical da língua nativa (Shatz, Disendruck, Martinez-Beck & Akar, 2003). No entanto, se, por um lado, os dados recolhidos nestas investigações são relevantes, por outro, a natureza desta relação permanece pouco clara.

6. Autismo – um caso particular de incompreensão da mente

Um último ponto a abordar diz respeito ao autismo, enquanto caso particular de ausência de teoria da mente, ou, nas palavras de Baron-Cohen (1997), num exemplo de *mindblindness*.

De facto, uma importante teoria corrente do autismo sugere que, na base dos prejuízos da imaginação, socialização e comunicação, reside um défice no desenvolvimento da teoria da mente (Baron-Cohen, 1989, 1997; Baron-Cohen, Leslie & Frith, 1985; Hobson, 1993). Esta hipótese apresenta o autismo como uma desordem da cognição social em que o indivíduo é incapaz de atribuir estados mentais a outros indivíduos ou a si próprio e de prever o comportamento dos outros (Baron-Cohen, 1997; Baron-Cohen *et al.*, 1985; Flavell, 2000). Na mesma linha, Sabbagh (2004) propõe que na base desenvolvimental do autismo reside um funcionamento cerebral alterado, daí resultando os défices sócio-cognitivos observados nesta perturbação. O primeiro estudo a analisar a hipótese de uma associação entre autismo e teoria da mente foi conduzido por Baron-Cohen e colaboradores (1985), no qual foram utilizadas tarefas de crença falsa em crianças e adolescentes com autismo, crianças com Síndrome de Down e crianças com desenvolvimento normativo. A amostra de participantes com autismo foi cuidadosamente seleccionada de forma a emparelhar a idade mental (medida pelo QI verbal) com os outros grupos. Oitenta por cento do grupo de crianças e adolescentes com autismo falhou no teste da crença falsa. Em contraste, a quase totalidade das crianças com atraso mental e com desenvolvimento normativo, realizou as tarefas da crença falsa com sucesso. Os resultados deste estudo são particularmente significativos dado que revelam que os défices no desenvolvimento da teoria da mente se manifestam, exclusivamente, na perturbação autística. Concluiu-se, também, que os erros que estas crianças cometem na realização de tarefas que envolvem crenças falsas persistem ao longo da infância e adolescência e não resultam, unicamente, do atraso do desenvolvimento da linguagem. Para além disso, a evidência empírica reunida em amostras autistas parece corroborar a hipótese de que a atenção partilhada e o jogo simbólico constituem precursores da teoria da mente. Se, por um lado, em crianças com desenvolvimento saudável se encontram associações entre estes três marcos desenvolvimentais (e.g., Carpendale & Lewis, 2006), por outro, em crianças com autismo, os défices na teoria da mente parecem ser antecidos de défices ao nível da atenção partilhada e o jogo simbólico (Baron-Cohen, 1989, 1996; Charman, 1997; Charman, Swettenham, Baron-Cohen, Cox, Baird & Drew, 1997; Leslie, 1987, Mundy, Sigman &

Kasari, 1990). Por exemplo, estudos que compararam crianças com autismo com crianças com atraso mental ou com desordens de linguagem revelaram que os défices no desenvolvimento das competências de atenção partilhada são exclusivos das crianças com autismo (Baron-Cohen, 1989; Leekam, López & Moore, 2000; Loveland & Landry, 1986; Mundy *et al.*, 1990). Na realidade, nestas crianças os comportamentos de atenção partilhada desenvolvem-se numa fase tardia ou, em alguns casos, estão mesmo ausentes (Baron-Cohen, 1989, 1997; Loveland & Landry, 1986; Mundy *et al.*, 1990). Relativamente ao jogo simbólico, verifica-se que a maioria é incapaz de produzir “cenários imaginários” enquanto brinca, revelando um jogo simbólico espontâneo muito empobrecido ou, em alguns casos, totalmente ausente (e.g., Baron-Cohen, 1987, 1997; Rutherford & Rogers, 2003). Estes resultados empíricos parecem suportar a tese de uma associação longitudinal entre atenção partilhada, jogo simbólico e teoria da mente enquanto marcadores de um mesmo percurso desenvolvimental, neste caso, o percurso do desenvolvimento sócio-cognitivo.

7. Conclusão

A aquisição da teoria da mente na idade pré-escolar é encarada, hoje em dia, como um importante marco desenvolvimental ao nível das capacidades sócio-cognitivas das crianças, o que é atestado pela vasta literatura teórica e empírica que lhe tem sido dedicada ao longo dos últimos 30 anos. No entanto, é possível identificar algumas lacunas na bibliografia acerca deste assunto. Por exemplo, se a progressão desenvolvimental até à emergência da teoria da mente está relativamente bem documentada, já o mesmo não sucede no que diz respeito às sequelas desenvolvimentais desta capacidade. Por outras palavras, sabemos que atenção partilhada e jogo simbólico colaborativo constituem precursores da teoria da mente mas não é tão claro o que se pode prever, a partir da teoria da mente, em termos do desenvolvimento posterior. Um outro exemplo diz respeito aos preditores do desempenho em tarefas da teoria da mente que têm vindo a ser estudados. Se, por um lado, segurança da vinculação entre mãe e filho, discurso materno centrado em termos mentais e interacção com os irmãos têm sido alvo de inúmeras investigações, pouca atenção tem sido dada às características do pai e ao amplo contexto social no qual estão imersas as relações pais-filho, por exemplo, relação marital ou rede de suporte social. Assim, há ainda um longo caminho a percorrer para que

consigamos compreender, de uma forma mais abrangente, a dimensão desta importante capacidade emergente nos primeiros anos de vida.

Referências Bibliográficas

- Astington, J. W. & Baird, J. (2005). Why language matters. In J. W. Astington & J. Baird (Eds.), *Why Language Matters for Theory of Mind* (pp. 3-25). Oxford, E.U.A.: Oxford University Press.
- Astington, J. W. & Barriault, T. (2001). Children's theory of mind: how young children come to understand that people have thoughts and feelings. *Infants and Young Children*, 13, 1-12.
- Astington, J. W. & Jenkins, J. M. (1999). A longitudinal study of the relation between language and theory-of-mind development. *American Psychological Association*, 35, 1311-1320.
- Bakeman, R. & Adamson, L. B. (1984). Coordinating attention to people and objects in mother-infant and peer-infant interaction. *Child Development*, 55, 1278-1289.
- Baron-Cohen, S. (1987). Autism and symbolic play. *British Journal of Development Psychology*, 5, 139-148.
- Baron-Cohen, S. (1989). The autistic child's theory: A case of specific developmental delay. *Journal of Child Psychology*, 7, 113-127.
- Baron-Cohen, S. (1996). How study of autism can reveal evolved mechanisms of mind. *Evolution and Human Behaviour*, 10, 1-13.
- Baron-Cohen, S. (1997). *Mindblindness: an essay on autism and theory of mind*. London: MIT Press.
- Baron-Cohen, S., Leslie, A. M. & Frith, U. (1985). Does the autistic child have a "theory of mind"? *Cognition*, 21, 37-46.
- Bartsch, K. & Wellman, H. M. (1995). *Children talk about the mind*. New York: Oxford University Press.
- Carpendale, J. & Lewis, C. (2006). *How children develop social understanding*. Oxford: Blackwell.

- Carpenter, M., Nagell, K. & Tomasello, M. (1998). Social cognition, joint attention, and communicative competence from 9 to 15 months of age. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 63.
- Charman, T. (1997). The relationship between joint attention and pretend play in autism. *Development and Psychopathology*, 9, 1-16.
- Charman, T., Swettenham, J., Baron-Cohen, S., Cox, A., Baird, G. & Drew, A. (1997). Infants with autism: An investigation of empathy, pretend play, joint attention, and imitation. *Developmental Psychology*, 33, 781-789.
- Colle, L., Baron-Cohen, S., Wheelwright, S. & van der Lely, H. K. J. (2008). Narrative Discourse in Adults with High-Functioning Autism or Asperger Syndrome. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 38, 28-40.
- Cutting, A. L. & Dunn, J. (2006). Conversations with siblings and with friends: Links between relationship quality and social understanding. *British Journal of Developmental Psychology*, 24, 73-87.
- D'Andrade, R. (1987). A folk model of the mind. In D. Holland & N. Quinn (Eds.), *Cultural Models in Language and Thought* (pp. 112-150). Cambridge: Cambridge University Press.
- de Rosnay, Meins, E., Fernyhough, C., Arnott, B., Elliott, L., Liddle, B. & Hearn, A. Maternal mind-mindedness (but not attachment security) during infancy predicts children's theory-of-mind and emotion understanding at age 4. Poster apresentado na *XXth Biennial International Society for the Study of Behavioural Development*, Wurzburg, Alemanha, Julho 2008.
- Dunn, J., Bretherton, I. & Munn, P. (1987). Conversations about feeling states between mothers and their young children. *Developmental Psychology*, 23, 791-798.
- Dunn, J., Brown, J., Slomkowski, C., Tesla, C. & Youngblade, L. M. (1991). Young children's understanding of other people's feelings and beliefs: Individual differences and their antecedents. *Child Development*, 62, 1352-1366.
- Flavell, J. H. (1997). *Recent convergences between metacognitive and theory-of-mind research in children*. Comunicação apresentada no encontro da Society for Research in Child Development. Washington D.C., E.U.A.

- Flavell, J. H. (2000). Development of children's knowledge about the mental world. *International Journal of Behavioral Development*, 24, 15-23.
- Flavell, J. H., Flavell, E. R. & Green, F. L. (1983). Development of the appearance-reality distinction. *Cognitive Psychology*, 15, 95-120.
- Fonagy, P., Redfern, S. & Charman, T. (1997). The relationship between belief-desire reasoning and a projective measure of attachment security (SAT). *British Journal of Developmental Psychology*, 15, 51-61.
- Frye, D. & Moore, C. (1991). *Children's theories of mind: Mental states and social understanding*. Hillsdale, N.J.: LEA.
- Goetz, P. (2003). The effects of bilingualism on theory of mind development. *Bilingualism*, 6, 1-15.
- Goldman, A. (2000). The mentalizing folk. In D. Sperber (Ed.), *Metarepresentation*. Oxford: Oxford University Press.
- Gopnik, A. (1993). How we know our minds: The illusion of first-person knowledge of intentionality. *Behavioral and Brain Sciences*, 16, 1-14.
- Gopnik, A. & Astington, J. (1988). Children's understanding of representational change and its relation to the understanding of false belief and the appearance-reality distinction. *Child Development*, 59, 1-14.
- Gopnik, A. & Meltzoff, A. N. (1997). *Words, Thoughts, and Theories*. Cambridge, MA: MIT Press.
- Gopnik, A. & Wellman, H. M. (1992). Why the child's theory of mind is really a theory. *Mind and Language*, 7, 145-171.
- Gopnik, A. & Wellman, H. M. (1994). The theory theory. In L. A. Hirschfield, & S. A. Gelman (Eds.), *Mapping the Mind: Domain Specificity in Cognition and Culture* (pp. 257-293). Cambridge, UK: Cambridge University Press.
- Gordon, R. (1996) Radical simulation. In P. Carruthers & P. Smith (Eds.), *Theories of Theories of Mind*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Hala, S. & Carpendale, J. (1997). All in the mind: children's understanding of mental life. In S. Hala (Ed.), *The Development of Social Cognition* (pp. 189-239). East Sussex, UK: Psychology Press.

- Harris, P. L. (1992). From simulation to folk psychology: The case of development. *Mind and Language*, 7, 120-144.
- Harris, P. L., de Rosnay, M. & Pons, F. (2005). Language and Children's Understanding of Mental States. *Current Directions in Psychological Science*, 14, 69-73.
- Hobson, R. P. (1993). *Autism and the development of mind*. Hove, UK: LEA.
- Hogrefe, G. J., Wimmer, H. & Perner, J. (1986). Ignorance versus false belief: A developmental lag in attribution of epistemic states. *Child Development*, 57, 567-582.
- Hughes, C. & Leekam, S. (2004). What are the links between Theory of Mind and social relations? Review, reflections and new directions for studies of typical and atypical development. *Social Development*, 13, 590-619.
- Jacques, S. & Zelazo, P. D. (2005). Language and the development of cognitive flexibility: Implications for theory of mind. In J. W. Astington & J. A. Baird (Eds.), *Why language matters for theory of mind* (pp. 144-162). New York: Oxford University Press.
- Jenkins, J. M. & Astington, J. W. (1996). Cognitive factors and family structure associated with theory of mind development in young children. *Developmental Psychology*, 32, 70-79.
- Leekam, S. R., López, B. & Moore, C. (2000). Attention and joint attention in preschool children with autism. *Developmental Psychology*, 36, 261-273.
- Leslie, A. M. (1987). Pretense and representation: The origins of "theory of mind". *Psychological Review*, 94, 412-426.
- Leslie, A. M. (1994). ToMM, ToBy, and agency: Core architecture and domain specificity in cognition and culture. In L. Hirschfield & S. Gelman (Eds.), *Mapping the Mind: Domain specificity in cognition and culture* (pp. 119-148). New York: Cambridge University Press.
- Leslie, A. M. & Roth, D. (1993). What autism teaches us about meta representation. In S. Baron-Cohen, H. Tager-Flusberg & D. Cohen (Eds.), *Understanding other minds: Perspectives from autism* (pp. 83-111). Oxford, U.K.: Oxford University Press.
- Lillard, A. S. (1993). Pretend play skills and the child's Theory of Mind. *Child Development*, 64, 348-371.

- Liu, D., Wellman, H. M., Tardif, T. & Sabbagh, M. A. (2008). Theory of Mind Development in Chinese Children: A Meta-Analysis of False-Belief Understanding Across Cultures and Languages. *Developmental Psychology*, 44, 523-531.
- Lourenço, O. (1994). Teorias da Mente na criança e o desenvolvimento de crenças falsas: Falsas, de quem? *Análise Psicológica*, 4, 431-442.
- Loveland, K. A. & Landry, S. H. (1986). Joint attention and language in autism and developmental language delay. *Journal of Autism and Development Disorders*, 16, 335-349.
- Martins, C. (2003). *The Emergence of Secondary Intersubjectivity: Predictors and Sequelae in Infants of Well and Depressed Mothers*. Tese de Doutoramento não publicada. Universidade de Reading, Reino Unido.
- McAlister, A. & Peterson, C. (2007). A Longitudinal Study of Child Siblings and Theory of Mind Development. *Cognitive Development*, 22, 258-270.
- Meins, E., Fernyhough, C., Russel, J. & Clark-Carter, D. (1998). Security of attachment as a predictor of symbolic and mentalising abilities: A longitudinal study. *Social Development*, 7, 1-24.
- Meins, E., Fernyhough, C., Wainwright, R., Clark-Carter, D., Das Gupta, M., Fradley, E. & Tuckey, M. (2003). Pathways to understanding mind: Construct validity and predictive validity of maternal mind-mindedness. *Child Development*, 74, 1194-1122.
- Meins, E., Fernyhough, C., Wainwright, R., Das Gupta, M., Fradley, E. & Tuckey, M. (2002). Maternal Mind-Mindedness and attachment security as predictors of Theory of Mind understanding. *Child Development*, 73, 1715-1726.
- Meltzoff, A. & Gopnik, A. (1993). The role of imitation in understanding persons and developing a theory of mind. In S. Baron-Cohen, H. Tager-Flusberg & D. Cohen (Eds.), *Understanding Other Minds: Perspectives from Autism* (pp. 335-366). Oxford: Oxford University Press.
- Milligan, K., Astington, J. W. & Dack, L. A. (2007). Language and Theory of Mind: Meta-Analysis of the Relation Between Language Ability and False-Belief Understanding. *Child Development*, 78, 622-646.
- Mitchell, P. (1996). *Acquiring a conception of mind: a review of psychological research and theory*. Hove, UK: Psychology Press.

- Morton, A. (1980). *Frames of mind*. Oxford: Clarendon Press.
- Mundy, P., Sigman, M. & Kasari, C. (1990). A longitudinal study of joint attention and language development in autistic children. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 20, 115-129.
- Perner, J. (1991). *Understanding the representational mind*. Cambridge, MA: MIT Press.
- Perner, J., Leekam, S. R. & Wimmer, H. (1987). Three year olds' difficulty with false-belief: The case for a conceptual deficit. *British Journal of Developmental Psychology*, 5, 125-137.
- Perner, J., Ruffman, T. & Leekam, S. R. (1994). Theory of mind is contagious: You catch it from your sibs. *Child Development*, 65, 1228-1238.
- Peterson, C. C. & Siegal, M. (1995). Deafness, conversation and theory of mind. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 36, 459-474.
- Peterson, C. C. & Siegal, M. (1999). Representing inner worlds: Theory of mind in autistic, deaf and normal-hearing children. *Psychological Science*, 10, 126-129.
- Piaget, J. (1955). *The Language and Thought of the Child*. New York: The World Publishing Company.
- Premack, D. & Woodruff, G. (1978). Does the chimpanzee have a theory of mind? *Behavioral and Brain Sciences*, 1, 515-526.
- Ruffman, T., Perner, J., Naito, M., Parkin, L. & Clements, W. A. (1998). Older (but not younger) siblings facilitate false belief understanding. *Developmental Psychology*, 34, 161-174.
- Ruffman, T., Slade, L. & Crowe, E. (2002). The relation between children's and mother's mental state language and theory-of-mind understanding. *Child Development*, 73, 734-751.
- Ruffman, T., Slade, L., Devitt, K. & Crowe, E. (2006). What mothers say and what they do: The relation between parenting, theory of mind, language and conflict/cooperation. *British Journal of Developmental Psychology*, 24, 105-124.
- Rutherford, M. D. & Rogers, S. L. (2003). Cognitive underpinning of pretend play in autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 33, 289-302.
- Sabbagh, M. A. (2004). Understanding Orbitofrontal Contributions to Theory-of-Mind Reasoning: Implications for Autism. *Brain and Cognition*, 55, 209-219.

- Siegal, M. & Varley, R. (2001). Mind over grammar: reasoning in aphasia and development. *Trends in Cognitive Sciences*, 5, 296-300.
- Shatz, M., Disendruck, G., Martinez-Beck, I. & Akar, D. (2003). The influence of language and socioeconomic status on children's understanding of false belief. *Developmental Psychology*, 39, 717-729.
- Slade, L. & Ruffman, T. (2005). How language does (and does not) relate to theory of mind: A longitudinal study of syntax, semantics, working memory and false belief. *British Journal of Developmental Psychology*, 23, 117-141.
- Sorce, J. F., Emde, R. N., Campos, J. & Klinnert, M. D. (1985). Maternal emotional signaling: Its effects on the visual cliff behavior of 1-year-olds. *Developmental Psychology*, 21, 195-200.
- Symons, D. K. & Clark, S. E. (2000). A longitudinal study of mother-child relationships and theory of mind in the preschool period. *Social Development*, 9, 3-23.
- Trevarthen, C. & Hubley, P. (1978). Secondary intersubjectivity: Confidence, confiding and acts of meaning in the first year. In A. Lock (Ed.), *Action, Gesture and Symbol: The Emergence of Language* (pp. 183-229). London: Academic Press.
- Varley, R., Siegal, M. & Want, S. C. (2001). Severe impairment in grammar does not preclude theory of mind. *Neurocase*, 7, 489-493.
- Vaughan Van Hecke, A., Mundy, P. C., Acra, C. F., Block, J. J., Delgado, C. E. F., Parlade, M. V., Meyer, J. A., Neal, A. R., Pomares, Y. D. (2007). Infant Joint Attention, Temperament, and Social Competence in Preschool Children. *Child Development* 78, 53-69.
- Veríssimo, M., Monteiro, L., Vaughn, B. E. & Santos, A. J. (2003). Qualidade da vinculação e desenvolvimento sócio-cognitivo. *Análise Psicológica*, 4, 419-430.
- Vygostky, L. S. (1978). *Mind in society*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Wellman, H. M. (1990). *The child's theory of mind*. Cambridge, MA: MIT Press, Bradford Book.
- Wellman, H. M., Cross, D. & Watson, J. (2001). Meta-analysis of theory-of-mind development: The truth about false belief. *Child Development*, 72(3), 655-684.

- Wellman, H. M. & Gelman, S. A. (1998). Knowledge Acquisition in foundational domains. In D. Kuhn & R. S. Siegler (Eds.), *Handbook of Child Psychology: Vol. 2. Cognition, perception, and language*. (pp. 523-530). New York: Wiley.
- Wimmer, H. & Perner. J. (1983). Beliefs about beliefs: representation and constraining function of wrong beliefs in young children's understanding of deception. *Cognition*, 13, 103-128.
- Zelazo, P. D., Carter, A., Reznick, S. & Frye, D. (1997). Early development of executive function: a problem-solving framework. *Review of General Psychology*, 1, 198-226.

Theory of Mind and Socio-cognitive Development during Infancy and Preschool Years

Theory of Mind, a socio-cognitive developmental milestone emerging during preschool years, can be defined as the capacity for attributing mental states – thoughts, beliefs and feelings – to the self and others, as well as for predicting and explaining others' behaviour and thoughts with reference to those mental states. Individual differences on the acquisition age of a theory of mind have focused the attention of the scientific community on possible contextual facilitators of the socio-cognitive development during infancy and early childhood, such as attachment security, maternal discourse, and siblings' interaction. A question that remains unanswered is that of the relation between theory of mind and language development. Autism seems to constitute a particular case of absence of a Theory of Mind.

Key-Words: Theory of Mind; Socio-cognitive development; Infancy and early childhood; Autism

Théorie de L'Esprit et Développement Socio-cognitif en Enfance et Âge Préscolaire

La Théorie de L'Esprit constitue une repère dans le développement socio-cognitif émergeant en âge préscolaire et se traduisant non seulement par la capacité d'attribuer des états mentaux - pensées, croyances et sentiments - à nous-mêmes et aux autres, mais aussi de

prévoir et d'expliquer le comportement et la pensée des autres par rapport à ces états mentaux-là. Des différences observées au niveau de l'âge d'acquisition de la théorie de l'esprit ont suscité l'intérêt scientifique pour l'étude d'éventuels facteurs contextuels qui facilitent le développement socio-cognitif dans l'enfance, le plus évident parmi eux, étant la sécurité de l'attachement, le discours maternel et l'interaction avec leurs frères et leurs soeurs. Une question qui reste en ouvert, c'est celle de la relation entre théorie de l'esprit et développement du langage. L'autisme semble constituer un cas spécial d'absence de la théorie de l'esprit.

Mots-Clés : Théorie de L'Esprit; Développement socio-cognitif; Enfance; Autism

Adaptação à Gravidez e ao Nascimento de um Filho de Mulheres Infectadas pelo VIH/SIDA

Marco Pereira¹ & Maria Cristina Canavarro¹

O presente estudo empírico insere-se no âmbito do projecto de investigação *Gravidez e Maternidade: Um Estudo Longitudinal sobre Mulheres Infectadas pelo VIH*, financiado pela Coordenação Nacional para a Infecção VIH/SIDA – Proc. 11-7.3/2004.

A gravidez e a maternidade têm sido, ao longo do tempo, consideradas um vector fundamental de identidade na mulher. Os valores e normas culturais da larga maioria das sociedades ocidentais encorajam a reprodução e enfatizam a maternidade como valor instituído para as mulheres. As diferenças culturais, por sua vez, determinam diferentes níveis de importância no que respeita à reprodução. Em certas comunidades, a gravidez eleva o estatuto das mulheres e é frequentemente sentida como um momento de realização pessoal. Os bebés representam o amor, a aceitação e um legado para o futuro, mesmo para as mulheres cujo futuro pode estar dramaticamente comprometido.

Este estudo tem como principal objectivo avaliar a adaptação das mulheres infectadas pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH) à gravidez e ao nascimento de um filho. Como indicadores de ajustamento avaliámos, numa amostra constituída por 31 grávidas infectadas: a percepção de *stress*, a sintomatologia psicopatológica e a reactividade emocional.

Embora as gravidezes que ocorrem em contextos de risco ou nos casos em que o diagnóstico da doença (e.g., infecção pelo VIH/SIDA) ocorre após a ocorrência de gravidez, possam implicar maiores exigências de adaptação, os resultados encontrados apontam para a gravidez como contexto protector face à expressão de psicopatologia ou de emocionalidade mais negativa.

Palavras-Chave: Gravidez; Maternidade; VIH/SIDA; Adaptação.

¹Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra(marcopereira@fpce.u.c.pt)

1. Introdução

A gravidez, ainda que temporalmente limitada, pode assumir-se como um primeiro momento da construção e desenvolvimento de um projecto para toda a vida. Apesar de constituir uma transição normativa e de fazer parte do processo desenvolvimental de uma mulher, encerra igualmente um potencial de mudança, podendo, por vezes, aduzir níveis elevados de *stress*. Ser mãe representa um objectivo claramente definido para muitas mulheres, mas simultaneamente pode representar uma fonte de *stress*, quer a opção seja a continuação ou a interrupção da gravidez (Lydon, Dunkel-Schetter, Cohan & Pierce, 1996).

Do ponto de vista psicológico, a Gravidez e a Maternidade constituem processos dinâmicos de construção e desenvolvimento, são períodos de desequilíbrio e adaptação, mas são também, por excelência, períodos de reorganização, crescimento e enriquecimento pessoais (Canavarro, 2001). O estudo psicológico da gravidez abrange uma vasta constelação de aspectos desde a contraceção aos factores psicológicos relacionados com o nascimento, passando igualmente pela auto-definição e transição para a maternidade (Ruble, Brooks-Gunn, Fleming, Fitzmaurice, Stangor & Deustch, 1990) ou à adaptação durante gravidezes médicas definidas como de alto risco (Levy-Shiff, Lerman, Har-Even & Hod, 2002).

Como referimos anteriormente, o nascimento de um filho está associado a mudanças de variadas naturezas e, como mudança que representa, implica *stress* (Canavarro, 2001; Vaz Serra, 1999) e, em igual medida, mudanças na adaptação intrapsíquica e interpessoal (Ruble et al., 1990). Este processo compreende um vasto espectro de mudanças biológicas, psicológicas e interpessoais e representa um desafio à capacidade de adaptação de uma mulher/casal, constituindo muitas vezes vulnerabilidades acrescidas. A facilidade ou dificuldade no processo de adaptação dependerá do equilíbrio percebido entre as exigências associadas à transição e os recursos pessoais. Como referem Lazarus e Folkman (1984), em relação ao tipo de transição, a adaptação é um processo dependente do contexto anterior e posterior à transição, e da percepção de competência, bem-estar e saúde individual.

Com efeito, uma gravidez que decorre de acordo com os parâmetros habituais implica sempre mudança e necessidade de adaptação, ou como mencionam Colman e Colman (1994, p. 31) *o processo pode ser suave ou violento, fonte de confiança ou assustador, mas é seguramente mudança*, as gravidezes que ocorrem em contextos de doença ou nos casos em que o diagnóstico da doença (e.g., infecção pelo VIH) ocorre após a ocorrência de gravidez,

implicam maior stress e, por conseguinte, na generalidade dos casos maiores exigências de adaptação.

O interesse pela compreensão dos factores associados à adaptação psicológica à gravidez não é, contudo, recente (Davids & Rosegren, 1962; Davids, De Vault & Talmadge, 1961; Grimm & Venet, 1965; Lubin, Gardener & Roth, 1975; Squier & Dunbar, 1946) e tem-se sobreposto à investigação eminentemente médica sobre os aspectos da gravidez. Por exemplo, já Grimm e Venet referiam, em 1965, que embora a evidência empírica não seja consensual, é possível que os aspectos psicológicos possam ser preditores do curso e resultado da gravidez, estando associados com a facilidade de adaptação da mulher à gravidez.

2. Gravidez e Infecção pelo VIH

Na gravidez, o Síndrome de Imunodeficiência Adquirida foi pela primeira vez descrito em 1983 (Wetli, Roldan & Fojaco, 1983). Actualmente, em todo o mundo, aproximadamente 2,5 milhões das mulheres que engravidam em cada ano estão infectadas pelo VIH (de Bruyn, 2003). A junção das situações de infecção pelo VIH/SIDA, gravidez e maternidade tem, desta forma, vindo a ser cada vez mais frequente (Cohen, 1997; Sherr, 1997). Embora nos dias de hoje, a função da própria evolução da epidemia, a convergência destas duas situações se revista de uma configuração especial, desde da década de 80 que a infecção pelo VIH se posiciona como uma forte ameaça à saúde reprodutiva feminina (Landesman, Minkoff & Willoughby, 1989; Minkoff, 1987). Na perspectiva da UNAIDS (1998), a infecção pelo VIH na gravidez tornou-se na complicação obstétrica mais comum em alguns países em vias de desenvolvimento.

Com um aumento do número de mulheres infectadas pelo VIH em Portugal, cerca de 80% das quais em idade fértil, e uma preocupação crescente acerca da transmissão vertical, a gravidez no contexto da infecção pelo VIH tem-se tornado num foco de grande atenção clínica e de investigação. Com efeito, no nosso país, um grande número de mulheres é confrontado com a notícia da sua contaminação no decurso dos exames de rotina pré-natal. Estas mulheres que não têm conhecimento do seu estado de saúde relativamente à infecção e engravidam, vêem-se confrontadas com uma tomada de decisão premente que as coloca perante uma de duas opções: continuação *versus* interrupção da gravidez; outras, conhecendo

a sua situação clínica de contaminação pelo VIH/SIDA, optam por engravidar. Temos assim grávidas que, embora com situações diferentes à partida, têm em comum ter de responder aos desafios e exigências que a gravidez encerra e, simultaneamente aos implicados no processo de adaptação à doença. Em ambos os casos, o cruzamento do seu estado de contaminação com o confronto com o risco de um filho seropositivo pode originar grande sofrimento psicológico e acarretar dificuldades de adaptação. Quando o diagnóstico de infecção pelo VIH é efectuado durante a gravidez, a mulher deve ter em consideração não só a imprevisibilidade característica desta doença e a estigmatização social dela decorrente, mas também os substantivos desafios da gravidez e da transição para a maternidade. O conhecimento de que a infecção pode ser transmitida ao feto acrescenta as exigências da incerteza.

Gruen (1990) sublinha que gravidez e maternidade ocorrem num contexto específico, em que ter um filho é um acontecimento idealizado, associado a sentimentos de bem-estar, euforia e prazer, e em que se minimiza o desconforto e as preocupações relacionadas com o nascimento de um bebé. Contudo, e como sublinha Araújo (2003), o projecto de gravidez e maternidade num contexto de infecção pelo VIH tem implicações a vários níveis, sem paralelo com qualquer outra doença crónica. Com efeito, as mulheres têm de se confrontar com a sua doença, com a eventualidade de ter filhos doentes, destes ficarem órfãos ou morrerem num curto período de tempo. Este aspecto deve ser, necessariamente, geográfica e culturalmente contextualizado, concretamente, nos países em vias de desenvolvimento, onde a falta combinada de conhecimentos e recursos tem um impacto directo na vulnerabilidade das mulheres à infecção, na tomada de decisões reprodutivas e, extensivamente, na taxa de transmissão do vírus aos seus filhos.

3. Método

3.1. Objectivos do estudo

O estudo apresentado contemplou dois momentos distintos de avaliação: (1) no 2º trimestre de gravidez e (2) 2 a 4 dias após o parto. Em ambos os momentos de avaliação procuraram-se avaliar os seguintes indicadores de adaptação: (1) a percepção de stress; (2) a sintomatologia psicopatológica; e (3) a reactividade emocional. Neste sentido, procurou-se

avaliar a adaptação pessoal à gravidez e ao nascimento de um filho das mulheres infectadas, considerando para tal, os indicadores de adaptação anteriormente referidos.

3.2. Participantes

Os estudos empíricos que integram o presente trabalho baseiam-se nas respostas de 31 mulheres grávidas infectadas com o VIH, acompanhadas nos serviços da Maternidade Doutor Daniel de Matos (MDM) - Departamento de Medicina Materno-Fetal, Genética e Reprodução Humana dos Hospitais da Universidade de Coimbra (HUC), de Abril de 2003 a Fevereiro de 2006, tendo-se efectuado o seguimento durante a gravidez e no pós-parto (2 a 4 dias após o parto).

Para a recolha de dados foi feito previamente um pedido de colaboração voluntária no estudo; explicado à grávida a natureza e os objectivos do estudo; garantida a confidencialidade e anonimato dos questionários; pedido consentimento para a realização e gravação da entrevista; e assinado o consentimento informado, previamente aprovado pela Comissão de Ética do Conselho de Administração dos Hospitais da Universidade de Coimbra.

A amostra é constituída por 31 mulheres grávidas infectadas pelo VIH com uma média de idade de 29,00 anos (idade mínima:16; idade máxima:39) e desvio padrão de 6,19 anos. A maioria das mulheres é casada ou vive em união de facto. Têm habilitações literárias entre o 2º e 3º ciclos do Ensino Básico e o Ensino Secundário. Cerca de 81% das mulheres pertencem ao nível sócio-económico Baixo (de acordo com a classificação de Simões, 1994). Em termos de Etnia, 58,2% das mulheres são de raça caucasiana. As mulheres de raça negra (provenientes de países como Angola, Guiné, Moçambique e Cabo Verde) constituem 9 (29%) dos casos de gravidez; três mulheres provêm do Brasil e uma de Marrocos.

Entre as principais circunstâncias que conduziram à realização do teste do VIH encontramos preponderantemente a gravidez: 54,8% das mulheres teve conhecimento da sua infecção, na actual gravidez; 12,9% das mulheres teve conhecimento do seu estado serológico numa gravidez anterior; 9,7% realizou o teste por iniciativa própria; 16,1% conheceu a sua seropositividade por rotina médica; e 6,5% refere outra causa.

As relações heterossexuais foram a principal causa de infecção para a maioria das mulheres (61,3%); 19,4% contraiu a infecção devido a comportamentos associados à toxicod dependência; 3,2% por transfusão e 16,1% refere desconhecer a origem da infecção.

3.3. Instrumentos

3.3.1 Entrevista sobre as dimensões psicológicas da gravidez

No primeiro momento de avaliação foi utilizada uma entrevista sobre as dimensões psicológicas da gravidez (Canavarro & Araújo, 2002). Esta entrevista é constituída por 58 questões de resposta aberta e fechada e divide-se em duas partes. A Parte I, com 49 questões, encontra-se organizada em 7 partes temáticas, designadamente, dados sócio-demográficos, contexto familiar, história médica e psicopatológica, estilo de vida, história médica e estilo de vida do marido/companheiro, relacionamento actual (no caso de manter uma relação) e história familiar. A Parte II divide-se, por sua vez, em duas partes distintas, uma primeira relativa aos dados psicológicos sobre a infecção e uma última sobre a história pessoal/vivência psicológica e emocional da gravidez actual.

3.3.2. Perceived Stress Scale (PSS)

A escala PSS – *Perceived Stress Scale* – foi elaborada por Sheldon Cohen, Tom Kamarck e Robin Mermelstein, em 1983. A versão portuguesa deste instrumento é da autoria do Instituto de Prevenção do Stress e Saúde Ocupacional (IPSSO; Mota-Cardoso, Araújo, Ramos, Gonçalves & Ramos, 2002). Trata-se de um instrumento de auto-resposta destinado a medir o grau em que as situações de vida da pessoa são percebidas como indutoras de *stress* ou, por outras palavras, destinado a quantificar o nível de *stress* que cada indivíduo experimenta subjectivamente, num determinado momento. Esta escala tem três versões: uma com 14 itens, outra abreviada com 10 itens e ainda uma versão indicada para entrevistas telefónicas breves, constituída por apenas 4 itens. Cada pergunta tem cinco possibilidades de resposta, variando entre 0 “Nunca” e 4 “Com muita frequência”. A versão utilizada foi a de 10 itens. Nos estudos originais (Cohen, Kamarck & Mermelstein, 1983; Cohen & Williamson, 1988), a versão de 10 itens revelou as melhores características psicométricas. A consistência interna, averiguada através do *alpha de Cronbach*, é de .863, o coeficiente

Spearman-Brown encontrado é de .860 e a correlação *split-half* é .857, valores que traduzem a boa consistência interna do instrumento.

3.3.3. Brief Symptom Inventory (BSI)

O BSI é um inventário de auto-resposta constituído por 53 itens, desenvolvido como uma versão abreviada do SCL-90-R, onde o indivíduo deverá classificar o grau em que cada problema o afectou durante a última semana, numa escala de tipo *Likert*, cotado desde “Nunca” (0) a “Muitíssimas Vezes” (4). Este inventário avalia sintomatologia psicopatológica em termos de nove dimensões básicas de psico-sintomatologia e três Índices Globais, sendo estes últimos avaliações sumárias de perturbação emocional. As nove dimensões descritas por Derogatis (1982, in Canavarro, 1999, no prelo) são: somatização; obsessões-compulsões; sensibilidade interpessoal; depressão; ansiedade; hostilidade; ansiedade fóbica; ideação paranóide e psicoticismo.

As características psicométricas da versão portuguesa do BSI (Canavarro, 1999, no prelo) atestam a boa consistência interna do instrumento. O *alpha de Cronbach* (quer dos diversos itens, quer os valores globais das escalas) encontra-se entre .70 e .80, à excepção dos valores das escalas de Ansiedade Fóbica (.624) e de Psicoticismo (.621), que se apresentam ligeiramente abaixo do intervalo referido. Os valores das correlações *split-half* e os coeficientes de Spearman-Brown surgem também como dados indicativos da boa consistência interna da escala, corroborando também a menor consistência interna das escalas de Ansiedade Fóbica e Psicoticismo.

3.3.4. Emotional Assessment Scale (EAS)

A Escala de Avaliação de Emoções (versão original de Carlson, Collins, Stewart, Porzellius, Nitz & Lind, 1989; Versão Portuguesa: Moura Ramos, Canavarro & Araújo Pedrosa, 2004; Moura Ramos, 2006) tem como principal objectivo medir a reactividade emocional, e é constituída por 24 itens, que correspondem a descrições de emoções consideradas fundamentais (Medo, Felicidade, Ansiedade, Culpa, Cólera, Surpresa e Tristeza), especialmente útil na medida de níveis momentâneos e de mudança de emoções.

Os autores da escala original elaboraram o conjunto dos itens através de três adjectivos representativos de cada uma das emoções consideradas, que foram ordenadas aleatoriamente

na escala. Para cada uma das emoções descritas o indivíduo deverá posicionar-se no local que lhe parecer mais adequado para representar o modo como se sente no momento actual. A forma de medição utilizada para avaliar o grau de cada emoção foi uma escala visual analógica, com valor mínimo igual a 0 (zero) e valor máximo igual a 100 (cem), na qual o sujeito deverá colocar a sua resposta. A EAS apresenta boas características psicométricas (no estudo original, os valores do *alpha de Cronbach* variam entre .70 e .91), demonstrando ser adequada ao estudo da reactividade emocional dos indivíduos perante uma determinada situação. Na versão portuguesa (Moura Ramos, 2006), os valores do *alpha de Cronbach* atestam igualmente a boa consistência interna da escala, variando entre .729 (Cólera) e .882 (Felicidade).

3.3.5. Grelhas de Informação Obstétrica, Pediátrica e relativa à História Médica da Infecção

A grelha relativa à História Médica da Gravidez e da Infecção, compreende dados relativos aos antecedentes obstétricos e à actual gravidez. Esta grelha comporta ainda informações médicas sobre a infecção, nomeadamente, a ausência/existência de manifestações clínicas da doença e dados sobre o tratamento anti-retrovírico.

A grelha de informação relativa à História Médica da Infecção – Dados relativos ao VIH, compreende dados sobre a contaminação, nomeadamente: a duração da infecção; tempo de conhecimento da infecção; o contexto de realização do teste de VIH; a forma como julga ter adquirido a infecção; a condição serológica do companheiro; no caso de ter filhos anteriores à actual gravidez, a grelha comporta ainda dados sobre o conhecimento da infecção no momento em que engravidou e a situação médica actual (estado de infecção) do(s) filho(s).

3.4. Tratamento estatístico dos resultados

Para o tratamento estatístico e análise dos dados utilizámos a versão 12.0 do programa estatístico SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*).

Em primeiro lugar, para a caracterização da amostra recorreremos sobretudo à estatística descritiva (frequências relativas, médias, desvios-padrão). Para outras análises, e com o objectivo de averiguar a existência de diferenças entre os dois grupos, recorreremos à estatística inferencial, aceitando como variáveis estatisticamente significativas todas as diferenças às

quais aparecesse um nível de significação inferior a 0.05. Neste sentido, e em função das variáveis consideradas, foram realizados: teste de Mann-Whitney (equivalente não paramétrico do teste T de Student); e teste de Wilcoxon para amostras emparelhadas.

4. Resultados

4.1. Caracterização da adaptação à gravidez e ao nascimento de um filho

A ansiedade relativa ao próprio estado de saúde, assim como à possibilidade de transmissão vertical é frequentemente acompanhada por emoções negativas, instabilidade e incertezas várias. Neste sentido, procurámos estudar a adaptação simultânea à gravidez e à doença das mulheres infectadas pelo VIH em termos de três possíveis indicadores de ajustamento: *stress*, sintomatologia psicopatológica e reactividade emocional, tal como são avaliados, respectivamente, pela PSS, BSI e EAS.

4.1.1. Caracterização da adaptação pessoal à gravidez (M1)

4.1.1.1. Percepção de stress (PSS)

Para uma melhor compreensão e enquadramento dos resultados obtidos, procedemos à comparação entre os valores de Percepção de Stress das grávidas infectadas e os valores obtidos na população geral (Mota-Cardoso et al., 2002), utilizando um teste de comparação de médias (Teste T de Student para uma amostra), aplicável quando é desconhecida a variância populacional, mas conhecida a média amostral de uma determinada população. Os resultados apresentam-se no Quadro 1

Quadro 1 – Comparação da Percepção de Stress entre o grupo de grávidas infectadas e a população geral

	Ind. pop. geral		Grávidas VIH		t	p
	Média	DP	Média	DP		
Percepção de Stress	17.91	7.68	20.95	4.43	3.145	.005

Como se pode verificar no Quadro 1, existem diferenças estatisticamente significativas entre a média de uma amostra da população geral e a média das mulheres grávidas infectadas pelo VIH, registando estas últimas valores superiores, o que pode ser indicativo de vivência e percepção de maior stress, quer associado à gravidez quer à infecção pelo VIH, ou pela convergência das duas situações.

4.1.1.2. Sintomatologia psicopatológica (BSI)

Um dos outros indicadores seleccionados no nosso trabalho para o estudo de adaptação foi a presença de sintomatologia psicopatológica, tendo utilizado para tal o BSI (na versão portuguesa de Canavarro, 1999, no prelo).

Neste sentido, em primeiro lugar, a título comparativo, e da mesma forma como procedemos anteriormente em relação à *percepção de stress*, procurámos averiguar a existência de diferenças entre os valores obtidos nas nove dimensões do BSI e nos três índices globais pelo total da amostra de grávidas infectadas pelo VIH/SIDA e os valores obtidos na população geral (Canavarro, 1999, no prelo). Os resultados encontram-se descritos no Quadro 2.

(Continua)

Quadro 2 – Comparação com a população geral das dimensões de sintomatologia e índices globais do BSI

Dimensões e Índices	Ind. pop. geral		Grávidas VIH		t	p
	Média	DP	Média	DP		
Somatização	0.573	0.916	0.721	0.630	1.099	n.s.
Obsessões-Compulsões	1.290	0.878	0.955	0.710	2.218	.038
Sensibilidade						
Interpessoal	0.958	0.727	0.773	0.916	0.949	n.s.
Depressão	0.893	0.722	0.955	0.904	0.319	n.s.
Ansiedade	0.942	0.766	0.818	0.870	0.668	n.s.
Hostilidade	0.894	0.784	0.846	0.790	0.288	n.s.
Ansiedade Fóbica	0.418	0.663	0.364	0.537	0.475	n.s.
Ideação Paranóide	1.063	0.789	0.773	0.718	1,896	n.s.
Psicoticismo	0.668	0.614	0.673	0.680	0.033	n.s.
IGS	0.835	0.480	0.795	0.669	0.280	n.s.
TSP	26.993	11.724	22.864	13.214	1.466	n.s.
ISP	1.561	0.385	1.658	0.643	0.711	n.s.

Como podemos constatar, os resultados expressos no Quadro 2 assinalam uma semelhança entre os resultados obtidos pelo grupo de grávidas infectadas pelo VIH/SIDA e a população normal em quase todas as dimensões psicopatológicas. No entanto, os valores das grávidas infectadas são, na generalidade das dimensões, inferiores aos da população geral, com excepção das dimensões *Somatização*, *Depressão* e *Psicoticismo*, e no *Índice de Sintomas Positivos*, sem que as diferenças sejam, no entanto, significativas. A única diferença registada diz respeito à dimensão *Obsessões-Compulsões*, em que a população geral apresenta valores significativamente mais elevados.~

4.1.1.3. Reactividade emocional (EAS)

Tal como realizado anteriormente para a PSS e para o BSI, procurámos igualmente fazer uma análise comparativa entre os valores obtidos pela amostra de mulheres infectadas pelo

VIH/SIDA e os valores da população normal (Moura Ramos, 2006). Os resultados encontram-se descritos no Quadro 3.

Quadro 3 – Comparação com a população geral das dimensões da Escala de Avaliação de Emoções

	Ind. pop. geral		Grávidas VIH		t	p
	Média	DP	Média	DP		
Felicidade	43.38	19.24	51.92	32.43	1.207	n.s.
Ansiedade	26.91	17.38	46.80	23.69	3.848	.001
Tristeza	12.64	10.60	42.52	33.76	4.056	.001
Cólera	12.60	12.10	27.94	27.99	2.509	.021
Medo	11.99	12.34	36.46	29.00	3.867	.001
Surpresa	14.63	12.66	33.86	27.86	3.163	.005
Culpa	10.64	9.68	26.97	22.71	3.295	.004

Como podemos verificar no Quadro 3, existem diferenças estatisticamente significativas entre os valores do grupo de grávidas infectadas pelo VIH/SIDA e os valores encontrados na população geral, com excepção da emoção *Felicidade*. Em todas as dimensões da escala, o grupo de grávidas infectadas apresenta valores mais elevados. No conjunto dos dados, podemos observar que entre as mulheres infectadas as emoções mais intensas (*Felicidade*, *Medo* e *Tristeza*), são emoções de natureza oposta, podendo estar efectivamente associadas à convergência de duas realidades psicologicamente diferentes e desafiantes.

4.2.1. Caracterização da adaptação pessoal ao nascimento de um filho (M2)

4.2.1.1. Percepção de stress (PSS)

Procurámos igualmente analisar a adaptação materna ao nascimento de um filho. Nesse sentido, considerámos importante saber se existiam diferenças entre a Percepção de Stress neste segundo momento de avaliação na amostra de mulheres VIH e o valor médio da população geral indicado no estudo de adaptação da PSS à população portuguesa (Mota-Cardoso et al., 2002). Neste momento de avaliação, embora as grávidas infectadas tenham

registado um valor superior de percepção de stress em relação à população geral, essa diferença não se revelou estatisticamente significativa.

4.2.1.2. Sintomatologia psicopatológica (BSI)

No sentido de estudar a adaptação materna no pós-parto, realizámos a comparação com os resultados obtidos por Canavarro (1999) referentes à população geral. Os resultados descritivos das dimensões e índices encontram-se no Quadro 4.

Quadro 4 – Comparação das dimensões de sintomatologia e índices globais do BSI entre o grupo de grávidas infectadas, 2 a 4 dias após o parto, e a população geral.

Dimensões e Índices	Ind. pop. geral		Grávidas VIH		t	p
	Média	DP	Média	DP		
Somatização	0.573	0.916	0.602	0.550	0.198	n.s.
Obsessões- Compulsões	1.290	0.878	0.774	0.759	2.547	.024
Sensibilidade						
Interpessoal	0.958	0.727	0.607	0.764	1.718	n.s.
Depressão	0.893	0.722	0.774	0.869	0.513	n.s.
Ansiedade	0.942	0.766	0.595	0.538	2.412	.031
Hostilidade	0.894	0.784	0.671	0.659	1.263	n.s.
Ansiedade Fóbica	0.418	0.663	0.200	0.260	3.135	.008
Ideação Paranoíde	1.063	0.789	0.714	0.726	1.797	n.s.
Psicoticismo	0.668	0.614	0.529	0.580	0.900	n.s.
IGS	0.835	0.480	0.638	0.550	1.344	n.s.
TSP	26.993	11.724	20.929	13.292	1.707	n.s.
ISP	1.561	0.385	1.547	0.481	0.106	n.s.

Os resultados do Quadro 4 mostram que as mães apresentam valores inferiores em todas as dimensões do BSI, com excepção da *Somatização*, sem que esta diferença seja

estatisticamente significativa. Observou-se uma significação estatística diferencial entre a amostra de grávidas infectadas pelo VIH e a população geral em três dimensões psicopatológicas, nomeadamente, nas *Obsessões-Compulsões*, na *Ansiedade* e na *Ansiedade Fóbica*.

4.2.1.3. Reactividade emocional (EAS)

Para uma melhor compreensão destes resultados, procedemos mais uma vez à comparação dos resultados obtidos com os resultados da amostra da população geral (Moura Ramos, 2006). Os resultados são apresentados no Quadro 5.

Quadro 5 – Comparação da reactividade emocional entre o grupo de grávidas infectadas, 2 a 4 dias após o parto, e a população geral

	Ind. pop. geral		Grávidas VIH		t	p
	Média	DP	Média	DP		
Felicidade	43.38	19.24	75.05	22.41	5.287	.000
Ansiedade	26.91	17.38	36.18	26.69	1.299	n.s.
Tristeza	12.64	10.60	31.79	35.50	2.018	n.s.
Cólera	12.60	12.10	21.40	28.96	1.136	n.s.
Medo	11.99	12.34	23.07	25.52	1.625	n.s.
Surpresa	14.63	12.66	32.64	24.39	2.764	.016
Culpa	10.64	9.68	26.00	25.87	2.221	.045

Quando comparados os resultados de uma amostra da população geral, e de acordo com o exposto no Quadro 5, podemos observar que as mães da nossa amostra, na altura do pós-parto, e à semelhança do que aconteceu no primeiro momento de avaliação, apresentam resultados superiores em todas as dimensões da EAS. Encontraram-se diferenças estatisticamente significativas nas emoções Felicidade, Surpresa e Cólera. Na emoção Tristeza o nível de significação foi limítrofe ($p=.065$).

4.3. Avaliação da Estabilidade/Mudança na Adaptação Materna

Para conhecermos a forma como as mulheres se adaptam à gravidez e ao nascimento de um filho, procedemos à análise dos resultados e da respectiva comparação nos dois momentos de avaliação. Para estudar esta evolução utilizámos o Teste de Wilcoxon, que é o equivalente não paramétrico do teste t para amostras emparelhadas, e que se destina à comparação de um mesmo grupo de sujeitos em momentos distintos.

Apresentamos em seguida os resultados relativos aos dois momentos de avaliação para as variáveis stress, sintomatologia psicopatológica e reactividade emocional. Para cada variável efectuamos a comparação entre os valores médios observados nos dois momentos de avaliação.

4.3.1. Percepção de Stress

Em primeiro lugar, procurámos verificar se existiam diferenças em termos de Percepção de Stress entre o 1º momento de avaliação (2º trimestre da gravidez) e o pós-parto (2 a 4 dias após o nascimento do bebé).

Quadro 6 – Comparação da Percepção de Stress no 1º e 2º momentos de avaliação

	1º Momento		2º Momento		z	p
	Média	DP	Média	DP		
Percepção de Stress	20.95	4.43	19.43	5.33	1.482	n.s.

Como podemos observar no Quadro 6, embora se tenha registado uma diminuição dos valores de percepção de stress entre os dois momentos não se observaram diferenças estatisticamente significativas.

4.3.2. Sintomatologia psicopatológica

Tal como realizámos para a percepção de stress, procurámos igualmente estudar a estabilidade ou mudança em termos da sintomatologia psicopatológica entre os dois momentos de avaliação referidos.

No Quadro 7 apresentamos a comparação das nove dimensões e dos três índices do BSI entre a incursão e o pós-parto. Os resultados mostram que entre os dois momentos de avaliação se registaram diferenças estatisticamente significativas em cinco das nove dimensões psicopatológicas e nos três índices globais do BSI.

Quadro 7 – Comparação das dimensões de sintomatologia e índices globais do BSI no 1º e 2º momentos de avaliação

Dimensões e Índices	1º Momento		2º Momento		z	p
	Média	DP	Média	DP		
Somatização	0.721	0.630	0.602	0.550	1.569	n.s.
Obsessões- Compulsões	0.955	0.710	0.774	0.759	2.156	.031
Sensibilidade Interpessoal	0.773	0.916	0.607	0.764	1.620	n.s.
Depressão	0.955	0.904	0.774	0.869	2.319	.020
Ansiedade	0.818	0.870	0.595	0.538	2.209	.027
Hostilidade	0.846	0.790	0.671	0.659	2.399	.016
Ansiedade Fóbica	0.364	0.537	0.200	0.260	1.461	n.s.
Ideação Paranóide	0.773	0.718	0.714	0.726	1.481	n.s.
Psicoticismo	0.673	0.680	0.529	0.580	2.699	.007
IGS	0.795	0.669	0.638	0.550	2.669	.008
TSP	22.864	13.214	20.929	13.292	2.624	.009
ISP	1.658	0.643	1.547	0.481	2.275	.023

Pela leitura do Quadro 7 podemos verificar que do 1º para o 2º momento de avaliação, existe uma diminuição dos valores médios nas 9 dimensões psicopatológicas e nos 3 índices globais do BSI. Através do Teste de Wilcoxon não se verificaram diferenças estatisticamente significativas nos dois momentos nas dimensões *Somatização*, *Sensibilidade Interpessoal*, *Ansiedade Fóbica* e *Ideação Paranóide*.

4.3.3. Reactividade emocional

Comparámos também a intensidade das emoções avaliadas pela EAS nos dois momentos de avaliação. No Quadro 8 apresentamos os resultados correspondentes à comparação da reactividade emocional materna nestes mesmos dois momentos de avaliação.

Quadro 8 – Comparação da reactividade emocional no 1º e 2º momentos de avaliação

	1º Momento		2º Momento		z	p
	Média	DP	Média	DP		
Felicidade	51.92	32.43	75.05	22.41	2.045	.041
Ansiedade	46.80	23.69	36.18	26.69	2.847	.004
Tristeza	42.52	33.76	31.79	35.50	2.001	.045
Cólera	27.94	27.99	21.40	28.96	1.734	n.s.
Medo	36.46	29.00	23.07	25.52	2.395	.017
Surpresa	33.86	27.86	32.64	24.39	0.978	n.s.
Culpa	26.97	22.71	26.00	25.87	1.423	n.s.

Os resultados do Quadro 9 salientam uma evolução positiva da reactividade emocional entre o 1º momento de avaliação e o pós-parto. Com efeito, podemos verificar um aumento significativo na dimensão *Felicidade* entre os dois momentos e um decréscimo em todas as outras dimensões. Foram igualmente encontradas diferenças significativas nas emoções *Medo*, *Tristeza* e *Ansiedade*.

5. Discussão e Conclusões

Os modelos teóricos actuais consideram a gravidez e o nascimento de um filho como um marco desenvolvimental importante no percurso de um indivíduo ou família, implicando mudanças e reorganizações diversas e a vários níveis, e comportando exigências acrescidas de adaptação. Dada a variabilidade inerente à forma como os indivíduos se adaptam, torna-se importante conhecer os factores que subjazem a uma adaptação adequada a este momento do ciclo de vida. A ambivalência que caracteriza a convergência de gravidez e infecção pelo VIH complexifica a compreensão do processo de adaptação, assim como a possibilidade de a testar empiricamente. De forma mais específica, não podemos deixar de ter em consideração

o duplo desafio que as mulheres enfrentam em simultaneamente terem de lidar com as consequências médicas e sociais da infecção pelo VIH e com as questões complexas associadas à gravidez e maternidade.

Quanto à caracterização da adaptação nos dois momentos de avaliação, podemos verificar que o momento da gravidez é claramente o período em que as mulheres apresentam maior percepção de stress, índices mais elevados de sintomatologia psicopatológica e maior reactividade emocional, comparativamente à avaliação realizada no pós-parto.

O estudo da evolução da adaptação permite-nos ter um conhecimento mais adequado da trajectória individual da mulher ao longo da gravidez até aos primeiros dias após o nascimento de um filho. Pretendeu-se, deste modo, conhecer a forma como a grávida se adapta à gravidez e ao pós-parto em termos de três indicadores de ajustamento pessoal: *stress*, sintomatologia psicopatológica e da reactividade emocional.

Neste sentido, no que diz respeito à adaptação à gravidez e ao nascimento de um filho, podemos verificar que o momento do pós-parto é marcado por uma maior reactividade emocional de valência positiva, menores índices de psico-sintomatologia e menor percepção de stress.

Em termos da *percepção de stress*, verificou-se entre os dois momentos de avaliação uma diminuição do stress percebido, embora a diferença não se tenha revelado estatisticamente significativa. A análise comparativa da percepção de stress com a população geral não revelou diferenças, ao contrário do observado no primeiro momento.

Em relação à *psicopatologia*, os resultados apontam para uma diminuição significativa da psico-sintomatologia avaliada pelo BSI entre os dois momentos. Com excepção da *Somatização*, em todas as dimensões e índices psicopatológicos as mães infectadas apresentam valores médios inferiores à população geral.

Na comparação da reactividade emocional entre o 1º momento de avaliação e o pós-parto, verificamos um aumento significativo nas dimensões positivas e uma diminuição nas emoções de valência negativa. A *Felicidade* é, após o nascimento do bebé, a emoção mais intensa na caracterização da reactividade emocional das mães infectadas. Igualmente relevante e com significação estatística foi a diminuição das dimensões *Medo*, *Tristeza* e *Ansiedade*.

No que diz respeito à estabilidade/mudança dos indicadores de adaptação pessoal observa-se uma diminuição da percepção de stress, dos indicadores psicopatológicos e um aumento da reactividade emocional de valência positiva e uma diminuição da reactividade emocional negativa.

A diminuição da percepção de stress, da sintomatologia psicopatológica ao longo da gravidez e a predominância das emoções de valência positiva são indicativos de uma boa adaptação materna à gravidez e ao pós-parto. Os primeiros dias após o parto parecem representar um período de boa adaptação, semelhante ao fenómeno que foi designado de *baby honeymoon* (Moura Ramos, 2006), e que traduz a variedade de dimensões positivas associadas ao nascimento de um filho.

No entanto, apesar de verificarmos uma diminuição dos indicadores de adaptação pessoal ao longo do tempo, o momento do pós-parto caracteriza-se por um nível mais elevado de percepção de stress, embora não estatisticamente significativo, e uma reactividade emocional negativa, quando comparado com os valores da população geral. Inversamente, neste momento, e em comparação com a mesma população, a reactividade emocional positiva é significativamente maior entre as mulheres infectadas pelo VIH.

Embora as gravidezes que ocorrem em contextos de risco ou nos casos em que o diagnóstico da doença (e.g., infecção pelo VIH) ocorre após a ocorrência de gravidez, possam implicar maiores exigências de adaptação, a interpretação destes resultados levam-nos a considerar algumas hipóteses, nomeadamente, da gravidez como contexto protector face à expressão de psicopatologia ou de emocionalidade mais negativa.

Efectivamente, a gravidez parece exercer um efeito protector face ao confronto com a infecção pelo VIH entre as mulheres com diagnóstico recente e, extensivamente, um efeito facilitador de adaptação da mulher neste período da sua vida. Entre as mulheres com diagnóstico prévio à gravidez, esse efeito protector parece ser semelhante. Acresce, neste último grupo, a existência de um processo de adaptação mais longo à situação de infecção VIH. Os resultados encontrados podem também estar associados à existência de um evitamento da própria doença. Com efeito, a literatura tem sublinhado o papel da negação do diagnóstico (Bedimo, Bessinger & Kissinger, 1998) que, enquanto mecanismo de defesa, é frequentemente uma primeira fase do processo de *coping* quando uma mulher tem conhecimento de que está infectada com VIH.

Um estudo realizado por Sunderland (1989, cit. in Bastos, Teixeira & Paixão, 1995) mostrou que eram os factores psicossociais e económicos que determinavam a opção de engravidar ou continuar com a gravidez, associada a uma desvalorização da doença. Como referem estes autores, e de alguma forma consistente com os resultados encontrados no nosso estudo, *a gravidez parece fornecer a sua própria protecção equilibradora contra um colapso psicológico* (p. 87).

Os resultados deste estudo sugerem ainda que, apesar da necessidade de reorganização inerente a este momento do ciclo de vida, há na adaptação alguma tendência para a estabilidade. Estes dados são consistentes com os obtidos em outros estudos nacionais realizados em torno das questões da maternidade em população sem risco médico associado (Moura Ramos, 2006; Oliveira, 2006).

A gravidez não é uma vivência estacionária, mas uma experiência plena de crescimento, mudança, enriquecimento e desafio. A gravidez e a infecção pelo VIH não é apenas uma questão de saúde. É um contexto que toca todas as esferas da vida de uma mulher. Da sexualidade à política. Da família à comunidade. *Da maternidade à moralidade* (Bedimo, Bessinger & Kissinger, 1998, p. 177). Perante a trilogia, gravidez, VIH e futuro bebé, tudo se agudiza e se torna mais complexo. Como refere Gouveia-Andrade (2003, p. 442), *a forma veloz como o VIH se instala no sistema imunitário do hospedeiro não permite compassos de espera, contemplações ou hesitações*. A decisão reprodutiva deverá implicar informação e ponderação. O acompanhamento médico, psicológico e social impõe articulação e precocidade.

Apesar de reconhecermos diversas limitações do nosso estudo, podemos retirar dos resultados obtidos, importantes implicações de natureza clínica, que nos permitam: em primeiro lugar, perceber a dinâmica da dupla adaptação à doença e à gravidez; em segundo lugar, a elaboração e concretização de protocolos de intervenção especificamente adaptados para estas mulheres; e, em terceiro lugar, levantar hipóteses a ser exploradas em investigações subsequentes, com amostras de maior dimensão e que recorram a diferentes fontes de informação e metodologias ou a outros indicadores de adaptação.

Não obstante o contributo do nosso estudo, consideramos igualmente importante a opção de investigações futuras com inclusão de população sem risco médico associado, procurando

comparar as trajetórias das mulheres e casais durante este período, e que respondam a algumas perguntas para as quais não conseguimos resposta.

Para finalizar, sabemos que as decisões sobre fertilidade futura são muitas vezes orientadas pelo impacto que um novo filho pode ter na vida de uma mulher ou casal. A reprodução é uma escolha complexa para muitas mulheres. A decisão de uma mulher engravidar ou prosseguir com a gravidez envolve uma diversidade de preocupações que a infecção pelo VIH pode intensificar. Tudo isto, toma lugar numa era em que se verifica uma atenção crescente em torno da *liberdade reprodutiva* (Campbell, 1999).

Referências Bibliográficas

- Araújo, M. T. (2003). *SIDA no Feminino – Percepções e Implicações na Sexualidade e Maternidade*. Dissertação de Mestrado em SIDA: Da Prevenção à Terapêutica apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra.
- Bedimo, A. L., Bessinger, R. & Kissinger, P. (1998). Reproductive Choices among HIV-Positive Women. *Social Science & Medicine*, 46 (2), 171-179.
- Bergstrom, A. & Sherr, L. (1999). Women's HIV needs within a broader spectrum of reproductive health. *Psychology, Health & Medicine*, 4 (2), 143-150.
- Campbell, C. (1999). *Women, Families, & AIDS: A Sociological Perspective on the Epidemic in America*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Canavarro, M. C. (1999). Inventário de sintomas psicopatológicos – BSI. In M. R. Simões, M. Gonçalves, L. S. Almeida (Eds.), *Testes e Provas Psicológicas em Portugal* (II vol.) (pp. 95-109). Braga: APPORT/SO.
- Canavarro, M. C. (2001) (Ed.). *Psicologia da Gravidez e da Maternidade*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Canavarro, M. C. (2001). Gravidez e Maternidade – Representações e Tarefas de Desenvolvimento. In M. C. Canavarro (Ed.), *Psicologia da Gravidez e da Maternidade* (pp. 17-49). Coimbra: Quarteto Editora.
- Canavarro, M. C. (no prelo). Inventário de Sintomas Psicopatológicos: Uma Revisão crítica dos estudos realizados em Portugal. In L. Almeida, M. Simões, C. Machado e M. Gonçalves (Eds.) *Avaliação psicológica. Instrumentos validados para a população Portuguesa, vol. III*. Coimbra: Quarteto Editora.

- Carlson, C. R., Collins, F. L., Stewart, J. F., Porzelius, J., Nitz, J. A. & Lind, C. O. (1989). The Assessment of Emotional Reactivity: A Scale Development and Validation Study. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 11 (4), 313-325.
- Cohen, C. B. (1997). HIV, AIDS and Childbearing. *JAMA*, 277 (18), 1480-1481.
- Cohen, S. , Kamarck, T. & Mermelstein, R. (1983). A Global Measure of Perceived Stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24, 385-396.
- Cohen, S. & Williamson, G. M. (1988). Perceived Stress in a Probability Sample of United States. In S. Spacapan & S. Oskamp (Eds.), *The Social Psychology of Health* (pp. 31-67). Newbury Park, CA: Sage.
- Colman, L. L. & Colman, A. D. (1994). *Gravidez – a experiência psicológica*. Lisboa: FLUL – Edições Colibri.
- Dauids, A., De Vault, S. & Talmadge, M. (1961). Psychological Study of Emotional Factors in Pregnancy: A Preliminary Report. *Psychosomatic Medicine*, XXIII, 93-103.
- Dauids, A. & Rosengren, W. R. (1962). Social Stability and Psychological Adjustment During Pregnancy. *Psychosomatic Medicine*, XXIV, 579-583.
- de Bruyn, M. (2003). Safe Abortion for HIV-Positive Women with Unwanted Pregnancy: A Reproductive Right. *Reproductive Health Matters*, 11 (22), 152-161.
- Gouveia-Andrade, L. (2003). A Gravidez, a Criança, os Estudos Clínicos e a Infecção pelo VIH: Limitações Éticas e Implicações Terapêuticas. *Acta Médica Portuguesa*, 16, 437-446.
- Grimm, E. R. & Venet, W. R. (1966). The Relationship of Emotional Adjustment and Attitudes to the Course and Outcome of Pregnancy. *Psychosomatic Medicine*, XXVIII, 34-49.
- Gruen, D. S. (1990). Postpartum depression: A debilitating yet often unassessed problem. *Health and Social Work*, 15, 261-270.
- Ingram, D. & Hutchinson, S. A. (2000). Double binds and the reproductive and mothering experiences of HIV-positive women. *Qualitative Health Research*, 10 (1), 117-132.
- Landesman, S. H., Minkoff, H. & Willoughby, A. (1989). HIV Disease in Reproductive Age Women: A Problem of the Present. *JAMA*, 261 (9), 1326.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.

- Levy-Shiff, R., Lerman, M., Har-Even, D. & Hod, M. (2002). Maternal Adjustment and Infant Outcome in medically Defined High-Risk Pregnancy. *Developmental Psychology*, 38 (1), 93-103.
- Lubin, B., Gardener, S. H., Roth, A. (1975). Mood and Somatic Symptoms During Pregnancy. *Psychosomatic Medicine*, 37 (2), 136-146.
- Lydon, J., Dunkel-Schetter, C., Cohan, C. L. & Pierce, T. (1996). Pregnancy decision making as a significant life event: a commitment approach. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71 (1), 141-151.
- Minkoff, H. (1987). Care of Pregnant Women Infected With Human Immunodeficiency Virus. *JAMA*, 258 (19), 2714.
- Mota-Cardoso, R., Araújo, A., Ramos, R. C., Gonçalves, G. & Ramos, M. (2002). *O Stress nos Professores Portugueses: Estudo IPSSO 2000*. Porto: Porto Editora.
- Moura Ramos, M. (2006). *Adaptação materna e paterna ao nascimento de um filho: Percursos e contextos de influência*. Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
- Oliveira, C. (2006). *Desafios e Contextos de Influência na Adaptação à Maternidade: Um estudo longitudinal em população sem risco médico*. Dissertação de Mestrado apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
- Ruble, D., Brooks-Gunn, J., Fleming, A. S., Fitzmaurice, G., Stangor, C. & Deutsch, F. (1990). Transition to Motherhood and the Self: Measurement, Stability and Change. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58 (3), 450-463.
- Sherr, L. (1997). Pregnancy and childbirth. *AIDS Care*, 9 (1), 69-77.
- Simões, M. R. (1994). *Investigações no âmbito da Aferição Nacional do Teste das Matrizes Progressivas Coloridas de Raven (M.P.C.R.)*. Dissertação de Doutoramento em Psicologia, especialização em Avaliação Psicológica, apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
- Squier, R. & Dunbar, F. (1946). Emotional factors in the course of pregnancy. *Psychosomatic Medicine*, 8, 161-175.
- UNAIDS (1998). *HIV in Pregnancy: A Review*. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. World Health Organization.

Vaz Serra, A. S. (1999). *O stress na vida de todos os dias*. Coimbra: Gráfica de Coimbra.

Wetli, C. V., Roldan, F. O. & Fojaco, R. M. (1993). Listeriosis as a cause of maternal death: an obstetric complication of the acquired immunodeficiency syndrome (AIDS). *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 147 (1), 7-9.

Adjustment to Pregnancy and to the Birth of a Child of HIV-Infected Women

Pregnancy and motherhood have been, throughout time, considered an essential vector in women's identity. The values and cultural norms of the wide majority of the occidental societies encourage the reproduction and emphasize motherhood as a recognized value for most women. The cultural differences, in turn, determine different levels of importance regarding reproduction issues. In some communities, the pregnancy raises the women's status and it is often felt as a moment of personal accomplishment. Babies represent love, acceptance and a legacy for the future, even among women which future might be dramatically compromised.

The objective of the present study is to assess the adjustment of HIV-infected women to pregnancy and to the birth of a child. As adjustment indicators we assess in a sample of 31 HIV positive pregnant women: the perceived stress; psychopathology; and emotional reactivity.

Although the pregnancies that occur in risk contexts or when an illness is diagnosed (e.g., HIV/AIDS infection) during prenatal routine may imply higher demands of adjustment, the results of this study suggest that pregnancy is a protector context regarding the expression of psychopathology or the negative emotional reactivity.

Key-Words: Pregnancy; Motherhood; HIV/AIDS; Adjustment.

Adaptation à la Grossesse et à la Naissance d'un Enfant de Femmes Infectées par le VIH/SIDA

La grossesse et la maternité ont été, au long du temps, considérées un vecteur fondamentale d'identité pour la femme. Les valeurs et les normes culturelles de la majorité des sociétés occidentales encouragent la reproduction et soulignent la maternité comme une valeur instituée pour les femmes. Pour son tour les différences culturelles, déterminent de différents niveaux d'importance respectant à la reproduction. Dans certaines communautés, la grossesse élève le statut des femmes et fréquemment est vue comme un moment de réalisation personnelle. Les bébés représentent l'amour, l'acceptation et un legs légitime par le futur, même si pour les femmes dont l'avenir peut être dramatiquement compromis.

Cette étude a comme principal objectif évaluer l'adaptation des femmes infectées par le Virus d'Immunodéficience Humaine (VIH) à la grossesse et à la naissance d'un enfant. Comme indicateurs d'ajustement nous avons évalué, dans un échantillon constitué par 31 femmes enceintes infectées : la perception de stress, la symptomatologie psychopathologique et la réactivité émotionnelle.

Bien que les grossesses lesquelles qui se produisent dans des contextes de risque ou dans les cas où le diagnostic de la maladie (e.g. infection par le VIH/SIDA) se produisent après la présence de grossesse puissent impliquer exigences d'adaptation, les résultats trouvés nous indiquent que la grossesse peut être un contexte de protection de la l'expression de psychopathologie ou des réactions émotionnelles plus négatives.

Mots-Clés: Grossesse; Maternité; VIH/SIDA; Ajustement.

Validação da Escala de Interação Criança-Adulto durante o Procedimento Médico – Versão Reduzida (CAMPIS-SF) no contexto da Vacinação Pediátrica

Helga Pedro¹ & Luísa Barros²

Este estudo pretende estudar a validade de um instrumento de observação, a Escala de Interação Criança-Adulto durante o Procedimento Médico – versão reduzida (CAMPIS-SF) de Blount, Bunke, Cohen & Forbes (2001), para a caracterização dos comportamentos das Crianças, dos Enfermeiros e dos Pais durante as sessões de vacinação pediátrica no contexto português. Os comportamentos dos participantes foram filmados e avaliados nas categorias: Perturbação Comportamental e Confronto da Criança, Activação de Perturbação Comportamental e Promoção de Confronto dos Adultos. Recolheram-se também medidas subjectivas de auto-avaliação e de hetero-avaliação da ansiedade da criança. Participaram oitenta e nove crianças dos 4-6 anos vacinadas num Centro de Saúde. Os resultados apontam para a validade das categorias do CAMPIS-SF devido a correlações significativas entre si e com as outras medidas. O grau de concordância inter-observadores situou-se entre bom a excelente. O CAMPIS-SF revela-se um instrumento útil para a monitorização da perturbação comportamental e do confronto da criança em procedimentos agudos, assim como dos comportamentos dos adultos, destacando-se na análise a particular relevância da influência dos comportamentos do enfermeiro no comportamento das crianças, alertando para a importância da formação destes profissionais de saúde em comportamentos promotores de confronto das crianças e dos pais.

Palavras-Chave: Vacinação; Crianças; Enfermeiros; Perturbação Comportamental; Confronto

1 Doutoranda em Psicologia da Saúde – FPCE-UL

2 Professora Catedrática –FPCE-UL (lbarros@fpce.ul.pt)

1. Introdução

A vacinação, apesar de comum e rotineira, devido ao seu carácter invasivo e potencialmente doloroso, constitui um procedimento de enfermagem sobre o qual as crianças em idade pré-escolar parecem ter expectativas negativas distorcidas (Cohen et al., 2001, citado por Cohen, Bernard, Greco & McClellan, 2002), que as podem levar a manifestar um conjunto variado e intenso de reacções físicas e emocionais antes e durante o procedimento (Varni, Blount, Waldron & Smith, 1995), podendo mesmo demonstrar elevados níveis de perturbação comportamental durante a vacinação (Cohen, Blount & Panopoulos, 1997).

Tais comportamentos de perturbação comportamental das crianças, como chorar, gritar ou resistir fisicamente, podem prejudicar os procedimentos habituais de administração da vacinação, provocar sérios danos à criança e até requerer a intervenção adicional de outro enfermeiro. Por exemplo, num estudo de Blount et al. (1992), 56% das crianças necessitaram de restrição física acrescida durante a vacinação de rotina, o que pode vir a tornar-se num acontecimento bastante traumático para a criança (Dahlquist, 1997).

Pelos motivos enumerados, as reacções das crianças que evidenciem perturbação comportamental ou tentativas activas de confronto durante os procedimentos médicos/de enfermagem agudos, como a vacinação (Dahlquist, 1997), constituem importantes áreas de estudo para os clínicos e investigadores da psicologia pediátrica (Cohen et al., 2002).

Por outro lado, a necessidade de lidar com uma criança perturbada também aumenta o stresse experienciado pelo profissional de saúde. Enfermeiros que executam rotineiramente procedimentos invasivos em centros de tratamento oncológico, com crianças na faixa etária dos 5-6 anos, apontam a perturbação comportamental da criança como o principal factor de *burnout* e de insatisfação profissional (Dahlquist, 1997).

Também para os pais que acompanham a criança, a vacinação constitui um acontecimento ansiogéneo, uma vez que a maioria não sabe o que fazer para ajudar os filhos a lidar com situações médicas de dor aguda (Varni et al., 1995).

Os estudos de Blount e colaboradores (Blount, Bunke, Cohen & Forbes, 2001; Blount et al., 1997) têm revelado que o comportamento dos profissionais de saúde e dos parentes que acompanham a criança são muito importantes para a forma como esta vai lidar com o procedimento da vacinação. Com efeito, pelo menos 53% da variância no confronto da criança e 38% da variância na perturbação comportamental da criança podem ser explicados

pelos comportamentos dos pais e dos profissionais de saúde durante o procedimento (Blount^b et al., s/ data).

Outro estudo, levado a cabo por Frank et al., em 1995 (cit. por Blount et al., 1997), refere que os comportamentos activadores de perturbação comportamental e os comportamentos promotores de confronto dos pais e dos profissionais de saúde predizem, respectivamente, 38% da variância dos comportamentos de confronto da criança e 55% da variância nos comportamentos de perturbação comportamental da criança. Outros dados indicam que a actuação dos pais e dos enfermeiros contribuem para 25% da variância da perturbação comportamental das crianças e 23% da variância do medo que as crianças referem possuir de futuras injeções (Cohen et al., 2002).

O Modelo Interactivo do *Distress* Agudo da Criança (Blount, Corbin, Sturges, Wolfe, Prater & James, 1989) postula que a perturbação comportamental da criança influencia (Le Baron Zeltzer, 1984), e é influenciada, pelo grau de ansiedade dos enfermeiros e dos pais, enquanto, simultaneamente, o grau de ansiedade destes adultos também se afecta mutuamente.

A investigação realizada nesta área por Ronald Blount e colaboradores, desde 1989, permitiu um importante avanço metodológico, com a criação de um instrumento de observação - o CAMPIS (Escala de Interação Criança-Adulto durante o Procedimento Médico) o qual foi sofrendo várias alterações em função dos estudos empíricos realizados.

Este instrumento, na sua versão original (*Child-Adult Medical Procedure Interaction Scale*; Blount et al., 1989) envolvia a avaliação dos comportamentos das crianças, dos pais e dos enfermeiros, em função de trinta e cinco códigos. Na versão posterior, o *CAMPIS-R* (*Child-Adult Medical Procedure Interaction Scale – Revised*; Blount et al., 1990), esses códigos foram combinados em seis categorias de comportamentos: 1) Perturbação Comportamental da Criança, 2) Confronto da Criança e 3) Comportamentos Neutros da Criança; 4) Activação de Perturbação Comportamental pelos Pais e pelos Enfermeiros 5) Promoção de Confronto pelos Pais e pelos Enfermeiros e 6) Comportamentos Neutros dos Pais e dos Enfermeiros. O objectivo desta categorização visava detectar padrões comportamentais na fluência da interacção entre os intervenientes.

Mais tarde, Blount e colaboradores criaram a mais recente versão deste instrumento, o CAMPIS-SF (*Child-Adult Medical Procedure Interaction Scale-Short Form*; Blount, Bunke,

Cohen & Forbes, 2001). Esta escala de observação apresenta diversas vantagens: diminuiu o tempo necessário para a codificação dos comportamentos, avaliando-os globalmente em cada categoria através de uma escala numérica de intensidade, ao contrário das versões anteriores que implicavam a transcrição integral das verbalizações dos intervenientes; excluiu a categoria dos Comportamentos Neutros das crianças, dos pais e dos profissionais de saúde e inseriu o Código “Necessidade de Restrição Física” na categoria dos Comportamentos de Perturbação Comportamental da criança; permitiu registar comportamentos vocais e motores de adulto-para-adulto e de adulto-para-criança, áudio e visualmente observáveis.

As categorias do CAMPIS-SF e os respectivos comportamentos que as constituem (Blount et al., 2001) estão descritos no Quadro 1.

Quadro 1. Categorias e comportamentos do CAMPIS-SF (Blount et al., 2001)

Criança	
Perturbação Comportamental	Confronto
<ul style="list-style-type: none"> - Chorar - Gritar - Resistência Verbal - Necessidade de Restrição Física - Pedido de Apoio Emocional - Verbalização de Medo - Verbalização de Dor - Verbalização de Emoção - Procura de Informação 	<ul style="list-style-type: none"> - Verbalizações de Confronto - Conversa Não Relacionada com Procedimento - Comportamento Distractor - Respiração Profunda Audível - Humor
Adultos (Pais e Enfermeiros)	
Activação de Perturbação Comportamental	Promoção de Confronto
<ul style="list-style-type: none"> - Crítica - Comentário Securizante - Dar Controlo à Criança - Desculpar-se - Empatia 	<ul style="list-style-type: none"> - Ordem para Usar Estratégia de Confronto - Conversa com a Criança Não Relacionada com o Procedimento - Comportamento Distractivo - Humor dirigido à Criança

O CAMPIS-SF é uma medida cuja validade foi comprovada por correlações significativas com medidas obtidas por outros instrumentos de observação, válidas, de confiança e reconhecidas na avaliação da dor pediátrica, tais como a *BAADS (Behavioral Approach-Avoidance and Distress Scale* - Hubert, Jay, Saltoun & Hayes, 1988, Bachanas & Blount, 1996, cit. por Blount et al., 2001) e a *OSBD (Observation Scale Of Behavioral Distress* - Jay, Ozolins, Elliot & Caldwell, 1983, cit. por Blount et al., 2001). O CAMPIS-SF também é validado através de correlações significativas com medidas de hetero-avaliação

preenchidas pelos pais acerca do medo e da dor da criança, e pelos profissionais relativamente à perturbação comportamental e cooperação da criança, e com medidas de auto-avaliação do medo e dor da criança.

2. Objectivo do estudo

Este trabalho teve, essencialmente, dois objectivos. Primeiro, pretendíamos adaptar um instrumento de observação comportamental - o CAMPIS-SF - ao contexto português, e testar a validade do mesmo com uma população de crianças em idade pré-escolar. O próprio autor da escala menciona a possibilidade de adaptar o instrumento, desde que essa adaptação implique codificações conceptualmente consistentes com a definição da categoria onde são inseridas (Blount et al., s/ data).

Segundo, e uma vez que o CAMPIS-SF permite caracterizar grandes categorias de comportamentos das crianças e dos adultos, presentes na sala de enfermagem ao longo do procedimento da vacinação, desejávamos identificar com maior detalhe e especificidade quais desses comportamentos se manifestam numa amostra da população portuguesa e, de uma forma mais exploratória, identificar outros comportamentos que, inseridos nas categorias pré-definidas do CAMPIS-SF, possam contribuir para descrever ainda com maior fidelidade a diversidade dos comportamentos de todos os intervenientes.

Este segundo objectivo prende-se com o nosso interesse em obter dados relevantes para a formação dos profissionais que realizam os procedimentos de enfermagem, ou outros procedimentos médicos do mesmo tipo.

Embora procurando identificar um leque alargado de comportamentos que podem estar, ou não, presentes no estudo original, considerámos adequado manter as mesmas categorias comportamentais do CAMPIS-SF e avaliar as relações entre os comportamentos dos diferentes sujeitos, i.e., criança, pais e enfermeiros (Blount et al., 2001).

No que respeita à relação das categorias do CAMPIS-SF com outras medidas de avaliação dos comportamentos dos intervenientes na vacinação, procurámos também avaliar a relação entre os Comportamentos de Confronto e de Perturbação Comportamental da criança com a autoavaliação da perturbação comportamental realizada pela própria criança (Blount et al., 2001), assim como com a hetero-avaliação da ansiedade da criança realizada pelos adultos.

3. Método

3.1. Participantes

Os sujeitos foram 89 crianças, 48 do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 3-6 anos ($M=5$ anos e 4 meses; $SD=7$ meses), e os respectivos acompanhantes que se deslocaram ao centro de saúde da área de residência para receber as vacinas que antecedem a entrada na escola. No que respeita ao grau de parentesco, 75 eram as mães das crianças, 14 os pais, 10 os avós e 5 tias.

Participaram ainda 9 enfermeiros que procediam à vacinação, sendo 7 do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 27-49 anos ($M=37$ anos e 7 meses; $SD=6$ anos e 8 meses) com uma experiência profissional entre os 4-26 anos ($M=13$ anos e 8 meses; $SD = 6$ anos e 5 meses).

3.2. Procedimento

Os acompanhantes da criança foram abordados na sala de espera para lhes ser explicado os objectivos do estudo, após o que se obteve o consentimento informado, assim como o assentimento verbal da criança, para a colaboração no preenchimento dos instrumentos de avaliação e para o registo audiovisual da vacinação. Apenas dois acompanhantes recusaram participar. A seguir à vacinação, pais, crianças e enfermeiras completaram as escalas de auto e de hetero-avaliação de ansiedade.

3.3. Medidas

3.3.1 Medidas Observacionais

Os dados foram registados através de uma câmara de vídeo, colocada na sala de enfermagem, numa posição pouco intrusiva, e posteriormente codificados recorrendo à grelha do CAMPIS-SF, construída para o efeito, que discriminava cada um dos comportamentos de todos os intervenientes, em cada categoria, e respectivo grau de intensidade.

A intensidade/frequência de cada um dos comportamentos foi registada numa escala de Likert de 5 pontos, cujas âncoras foram: (1) nenhum ou um; (2) mínimos ou alguns; (3) moderados ou adequados; (4) substanciais ou consideráveis; e (5) máximos ou quase contínuos (Blount et al., 2001).

Os períodos de registo dos comportamentos da criança e dos adultos incluíram os 3 minutos antes da vacinação propriamente dita (fase antecipatória), a injeção (fase dolorosa) e os 3 minutos seguintes (fase de recuperação). As pontuações de cada comportamento eram atribuídas ao longo de cada fase da vacinação (Blount et al., 2001).

Os comportamentos dos adultos, i.e. dos familiares e dos enfermeiros, foram cotados separadamente, pelo que para cada sessão vacinal tínhamos, para cada uma das fases, seis categorias de comportamentos: a) Confronto da Criança, com 5 comportamentos; b) Perturbação Comportamental da Criança, com 9 comportamentos; c) Activação de Perturbação Comportamental pelos Pais, com 6 comportamentos; d) Promoção do Confronto por parte dos Pais, com 5 comportamentos; e) Activação de Perturbação Comportamental por parte dos Enfermeiros, com 6 comportamentos e f) Promoção do Confronto por parte dos Enfermeiros, com 5 comportamentos. Em todas as categorias havia espaço para acrescentar outros comportamentos relevantes no contexto da vacinação. Ao contrário de Blount et al., na versão reduzida (2001) avaliámos comportamento a comportamento não só para adicionar aqueles que surgissem como novos, na nossa amostra, como para podermos posteriormente identificar quais os comportamentos específicos que se viessem a revelar especialmente influentes na perturbação comportamental/promoção do confronto da criança (Pedro & Barros, 2006), de especial utilidade para os conteúdos a incorporar em acções de formação a enfermeiros no contexto da vacinação pediátrica.

3.3.2. Medidas Subjectivas

Para além da escala de observação, uma vez que o CAMPIS-SF evidencia correlações significativas (Blount et al., 2001) com vários auto-relatos dos pais, do pessoal médico e da criança, utilizámos como medidas de validação dois tipos de escalas.

À semelhança de outros estudos nesta área (Blount et al., 1992; 1997; 2001; Cohen et al., 2002) foi utilizada uma escala subjectiva de auto-avaliação da ansiedade da criança - a Escala de Faces (LeBaron & Zeltzer, 1984) - através da qual foi pedido à criança, após a administração da vacina, que indicasse quais das cinco faces simples com expressões que vão da alegria à perturbação/tristeza, representava a emoção que experienciaram durante o procedimento.

Recorremos também a uma escala de Likert com cinco pontos para os pais e os enfermeiros avaliarem o grau de ansiedade que observaram na criança (Cohen et al., 1997), através da resposta à questão “Comparando com o estado habitual do/da seu/sua filho/a, em que grau de ansiedade lhe parece que ele/a esteve durante a vacinação?” e “Comparando com o estado habitual das crianças na vacinação, em que grau de ansiedade lhe pareceu que esta criança estava durante a vacinação?”, numa escala de resposta que se situa entre “O menos ansioso(a) possível” e “O mais ansioso(a) possível” (Cohen et al., 1997).

3.4. Treino dos avaliadores e Confiança inter-avaliadores

À semelhança do estudo de validação do CAMPIS-SF (Blount et al., 2001), esta investigação envolveu mais do que um avaliador de forma a atenuar enviesamentos mais marcados e providenciar uma avaliação mais rigorosa da validade e da confiança.

As duas avaliadoras estudaram, numa primeira fase, a informação recolhida sobre a operacionalização dos comportamentos a codificar e os respectivos exemplos. Em seguida, praticaram individualmente a utilização dos códigos do CAMPIS-SF em 12 gravações audiovisuais das vacinas das crianças, excluídas da amostra final devido a faltas parciais de dados, discutindo eventuais divergências. Foi necessário um dia e meio para que as observadoras ficassem bem familiarizadas com as definições, com os exemplos dos códigos e com o agrupamento em categorias do CAMPIS-SF. A partir da oitava observação o grau de concordância, calculado através da fórmula: $\text{concordância} / (\text{concordâncias} + \text{discordâncias}) \times 100\%$ (Blount et al., 2001), já era de 80 %, concordância considerada satisfatória pelos autores do instrumento (Blount et al., 2001). Em seguida as avaliadoras passaram à cotação dos vídeos das crianças da amostra, dividindo entre si o número total de observações e trabalhando separadamente, de modo que cada uma analisou e cotou metade das observações.

À semelhança de estudos anteriores (Blount et al., 1992, 1997, 2001; Cohen et al., 1997, 2002) utilizámos a fórmula do *kappa* de Cohen aplicada às codificações de 15 casos, seleccionados aleatoriamente (17% do *N*), e registados na íntegra e de forma independente pelas duas avaliadoras. Calculámos o *kappa* separadamente para as categorias dos comportamentos de “Perturbação Comportamental” e de “Confronto” das crianças, e das categorias de comportamentos de “Activação de Perturbação Comportamental” e de “Promoção de Confronto” pelos pais e pelos enfermeiros do CAMPIS-SF. Os resultados

relativos ao cálculo do coeficiente de *kappa* foram os seguintes: categoria “Confronto da Criança”, 0.89, categoria “Perturbação Comportamental da Criança”, 0.80, categoria “Promoção do Confronto” pelos Pais, 0.81, categoria “Activação de Perturbação Comportamental” pelos Pais, 0.81, categoria “Promoção do Confronto” pelos Enfermeiros, 0.69, categoria “Activação de Perturbação Comportamental” pelos Enfermeiros, 0,74. De acordo com Pestana e Gageiro (2003) nas categorias do CAMPIS-SF das Crianças e dos Pais existe uma excelente posição de concordância ($\geq .75$) entre as duas avaliadoras e uma boa posição de concordância ($.40 < kappa < .75$) nas categorias do mesmo instrumento para os Enfermeiros.

4. Resultados

4.1. Comportamentos inseridos nas categorias do CAMPIS-SF

Os dados recolhidos na nossa amostra revelaram adaptar-se quase totalmente aos códigos dos CAMPIS-SF para as crianças, tendo sido necessário introduzir apenas um código novo, que denominámos por “Verbalização de Alívio ou de ausência de Dor”, e que inserimos na categoria “Confronto”.

No entanto, o mesmo não aconteceu para os adultos. Identificámos novos comportamentos com uma intensidade e/ou frequência aparentemente relevantes, que não se integravam nos códigos originais do mesmo instrumento, pelo que introduzimos seis novos códigos nas categorias dos adultos, mais especificamente, três na categoria “Activação de Perturbação Comportamental” e três na categoria “Promoção do Confronto”, como é apresentado no Quadro 2 e 3, respectivamente.

Quadro 2. Novos códigos inseridos na Categoria Activação de Perturbação Comportamental pelos Adultos

Activação de Perturbação Comportamental pelos Adultos		
Novos Códigos	Operacionalização	Exemplos
Intimidação	Afirmações que representam ameaças veladas ou que antecipam consequências negativas resultantes do comportamento inapropriado da criança	<p><i>“Eu vou-te bater.”</i></p> <p><i>“Eu vou ficar zangada.”</i></p> <p><i>“Vais furar o braço.”</i></p> <p><i>“Se te portares mal vai-te doer.”</i></p> <p><i>“Se te mexeres, dói-te.”</i></p> <p><i>“Porta-te bem para não doer.”</i></p> <p><i>“Não mexas é o teu bracinho, senão posso-te magoar.”</i></p>
Ordem Inapropriada para o Confronto da Criança com o Procedimento	a) Verbalizações dirigidas à criança com informação confusa	<p><i>“Podes fazer tudo menos mexer-te.”</i></p> <p><i>“Se fosse eu portava-me muito pior.”</i></p>
	b) Instruções dadas à criança com um conteúdo pouco específico/concreto ou que evidencie dúvida/incerteza	<p><i>“Tu tens que te portar bem.”</i></p> <p><i>“Tenta não te mexer.”</i></p> <p><i>“Eu vou tentar não te magoar, mas tu tens de ficar quietinha. Porque se tu te mexeres eu não sei se consigo. Está bem? Achas que consegues?”</i></p>
	c) Instruções dadas pela negativa à criança ou que visam estimular a expressão emocional negativa/contrária à expressa pela criança	<p><i>“Não precisas de chorar.”</i></p> <p><i>“Tens de rir.”</i></p>
Racionalização	a) Justificações, dadas pelos adultos, no sentido de atribuir um significado à experiência desagradável, de utilidade futura e abstracta para a vida da criança	<p><i>“Tens de levar [a pica] para ires para a escola e brincares com outros meninos sem adoeceres! Para seres uma menina forte!”</i></p>
	b) Atribuir à vacina uma conotação de mal menor	<p><i>“Oh filha, o que é que isso dói ao pé de outras coisas?”</i></p>

Quadro 3. Novos códigos inseridos na Categoria Promoção do Confronto dos Adultos

Promoção de Confronto dos Adultos		
Novos Códigos	Operacionalização	Exemplos
Conforto Físico	Comportamentos que visem confortar a criança	<i>Dar beijinhos.</i> <i>Fazer festinhas na criança.</i>
Promessa de Recompensa em caso de Comportamento Adequado da Criança	Verbalizações, expressas antes ou após a fase dolorosa, que indiquem uma compensação para a criança como consequência do seu comportamentos colaborante durante o procedimento	<i>“A avó dá-te uma coisa [se a criança não resistir ao procedimento].”</i> <i>“Agora vais pedir à mãe um bom lanche.”</i>
Expressão de Emoções Positivas	Comentários que expressem sentimentos positivos dos adultos associados ao comportamento colaborante da criança	<i>“Estou tão contente!”</i>

4.2.1. Correlações entre as categorias do CAMPIS-SF Categoria “Confronto” da Criança e as categorias “Promoção de Confronto” e “Activação de Perturbação Comportamental” pelos Adultos

Através de uma análise correlacional obtivemos os resultados apresentados na Tabela 1.

Tabela 1. Correlações entre a Categoria de comportamentos de “Confronto” da Criança e as Categorias dos comportamentos de “Promoção de Confronto” e “Activação de Perturbação Comportamental” dos Pais e dos Enfermeiros

Comport. Confronto da Criança	"Promoção de Confronto"						"Activação Perturbação Comportamental" Pais			"Activação Perturbação Comportamental" Enfermeiros		
	Pais			Enfermeiros								
	A	D	R	A	D	R	A	D	R	A	D	R
	0,38(**)	0,29(**)	0,04	0,33(**)	0,49(**)	0,23(*)	-0,025	0,13	0,16	0,00	-,32(**)	-,24(*)

** $p \leq 0.01$; * $p \leq 0.05$

Nota: Fase A – Fase Antecipatória; Fase D – Fase Dolorosa; Fase R – Fase de Recuperação

Os códigos da categoria CAMPIS-SF “Confronto” da Criança correlaciona-se positivamente com os códigos da Categoria do CAMPIS-SF “Promoção de Confronto” dos Pais ($r = ,38$ na fase antecipatória; $r = ,28$ na fase dolorosa, $p \leq 0.01$) e da Categoria do CAMPIS-SF “Promoção de Confronto” dos Enfermeiros ($r = ,33$ na fase antecipatória; $r = ,49$ na fase dolorosa, $p \leq 0.01$; $r = ,23$ na fase de recuperação, $p \leq 0.05$); correlaciona-se negativamente com os códigos da Categoria do CAMPIS-SF “Ativação de Perturbação Comportamental” dos Enfermeiros ($r = -,32$ na fase dolorosa, $p \leq 0.01$; $r = -,24$ na fase de recuperação, $p \leq .05$), mas não com a categoria de “Ativação de Perturbação Comportamental” dos Pais.

4.2.2. Categoria “Perturbação Comportamental” da Criança e as categorias “Promoção de Confronto” e “Ativação de Perturbação Comportamental” dos Adultos

Através de uma análise correlacional obtivemos os resultados apresentados na Tabela 2.

Tabela 2. Correlações entre a Categoria “Perturbação Comportamental” da Criança e as Categorias dos comportamentos de “Promoção de Confronto” e “Ativação de Perturbação Comportamental” dos Pais e dos Enfermeiros

"Perturbação Comportamental" da Criança	"Promoção de Confronto" Pais			"Promoção de Confronto" Enfermeiros			"Ativação Perturbação Comportamental" Pais			"Ativação Perturbação Comportamental" Enfermeiros		
	A	D	R	A	D	R	A	D	R	A	D	R
		0,11	-0,19	0,15	-0,05	-0,33(**)	-0,27(*)	0,65(**)	0,32(**)	0,63(**)	0,51(**)	0,45(**)

** $p \leq 0.01$; * $p \leq 0.05$

Fase A – Fase Antecipatória; Fase D – Fase Dolorosa; Fase R – Fase de Recuperação

Os códigos da categoria do CAMPIS-SF “Perturbação Comportamental” da Criança correlaciona-se positivamente com os códigos da Categoria do CAMPIS-SF “Ativação de Perturbação Comportamental” dos Pais ($r = ,65$ na fase antecipatória; $r = ,32$ na fase dolorosa;

$r = ,63$ na fase de recuperação, $p \leq 0.01$) e com a Categoria do CAMPIS-SF “Activação de Perturbação Comportamental” dos Enfermeiros ($r = ,51$ na fase antecipatória; $r = ,45$ na fase dolorosa; $r = ,3$ na fase de recuperação, $p \leq 0.01$); correlaciona-se negativamente com os códigos da Categoria do CAMPIS-SF “Promoção de Confronto” dos Enfermeiros ($r = -,33$ na fase dolorosa, $p \leq 0.01$; $r = -,27$ na fase de recuperação, $p \leq 0.05$). Mais uma vez, as correlações com a categoria “Promoção de Confronto” dos Pais não se revelaram significativas.

4.3. Correlações entre o CAMPIS-SF e outros instrumentos de avaliação

As correlações bivariadas entre cada uma das seis categorias do CAMPIS-SF e as medidas de auto-avaliação e de hetero-avaliação da ansiedade são apresentadas na Tabela 3.

Tabela 3. Correlações entre o CAMPIS-SF e as Escalas de Hetero-avaliação dos Pais e dos Enfermeiros e a Escala de Auto-avaliação da Criança

		Escalas de Hetero-avaliação		Escala de Auto-observação
		Pais	Enfermeiros	Criança
	Categorias CAMPIS-SF	Ansiedade atribuída à Criança	Ansiedade atribuída à Criança	Escala de Faces
Criança	Confronto	.070	.48**	-.29**
	Perturb. Comport. ^{al}	.24*	-.09	.70**
Pais	Promoção Confronto	-.048	.10	-.049
	Activação Perturb. Comport. ^{al}	.062	-.042	.48**
Enf.	Promoção Confronto	-.12	.19	-.28**
	Activação Perturb. Comport. ^{al}	.031	-.049	.49**

** $p \leq .01$; * $p \leq .05$

4.3.1. Categorias do CAMPIS-SF para a Criança

A categoria “Confronto” da Criança está negativamente correlacionada com a pontuação da Escala de Faces ($r=-.29$; $p<.01$) e positivamente relacionada com a pontuação atribuída pelos Enfermeiros à Ansiedade da criança ($r=.48$; $p<.01$). A categoria “Perturbação Comportamental” da Criança apresenta uma correlação positiva, fraca mas significativa ($r=.24$; $p<.05$) com a Escala de Ansiedade atribuída à Criança pelos Pais e uma correlação forte, positiva e significativa ($r=.70$; $p<.01$) com a Escala de Faces da Criança.

4.3.1. Categorias de Activação de Perturbação Comportamental do CAMPIS-SF dos Pais e dos Enfermeiros

A categoria “Activação de Perturbação Comportamental” dos pais e dos Enfermeiros apresenta uma correlação positiva, moderada e significativa ($r=.48$; $p<.01$ e $r=.49$; $p<.01$, respectivamente) com a Escala de Faces da Criança.

4.3.2. Categorias de Promoção de Confronto do CAMPIS-SF dos Pais e dos Enfermeiros

A categoria “Promoção de Confronto” dos Enfermeiros tem uma correlação negativa, fraca e significativa ($r=-.28$; $p<.01$) com a Escala de Faces da Criança.

De acordo com a literatura (Blount et al., 1997) os auto-relatos de medo e de dor por parte da criança, bem como a hetero-avaliação da ansiedade da criança realizada pelos pais e pelos enfermeiros, estão mais relacionados com as categorias de Perturbação Comportamental da Criança e de Activação de Perturbação Comportamental dos Adultos do que com as outras categorias do CAMPIS-SF.

5. Discussão

Neste estudo foi possível confirmar que a categoria do CAMPIS-SF respeitante aos comportamentos de “Confronto” da Criança se correlaciona positivamente com os códigos da categoria do CAMPIS-SF “Promoção de Confronto” dos Enfermeiros ao longo de todas as fases da vacinação, mas não apresenta correlação com a categoria “Activação de Perturbação Comportamental” dos Pais em qualquer uma das fases. A categoria “Perturbação Comportamental” da Criança do CAMPIS-SF apenas se correlaciona positivamente com os

códigos da Categoria “Activação de Perturbação Comportamental” dos Pais e dos Enfermeiros, ao longo de todas as fases do procedimento da vacinação, não apresentando correlação com a categoria “Promoção de Confronto” dos Pais, em qualquer uma das fases.

Por conseguinte, por um lado, não obstante as relações que ficam por explicar entre algumas das categorias do CAMPIS-SF, os dados recolhidos através desta escala de observação revelaram-nos que em todas as fases do procedimento existe uma correlação positiva entre os comportamentos promotores de confronto dos enfermeiros (tais como ordens para a criança usar estratégias de confronto, conversar com a criança sobre temas não relacionados com o procedimento e o humor dirigido à criança) e os comportamentos de confronto equivalentes da criança (i.e., respiração profunda audível, conversa com o adulto não relacionada com o procedimento e o humor); bem como uma correlação positiva entre os comportamentos de activação de perturbação comportamental dos pais e dos enfermeiros (tais como a crítica, securizar, dar controlo, empatizar, dar ordens inapropriadas) na perturbação comportamental da criança (como gritar, chorar, resistir verbalmente, verbalizar dor ou procurar informação).

Estes resultados reforçam, claramente, o papel do enfermeiro na activação da perturbação comportamental da criança, pois quando manifestam comportamentos que a potenciam e não manifestam comportamentos que promovam o confronto da criança, esta apresenta indicadores claros de maior perturbação. A atitude dos enfermeiros mostrou determinar o confronto da criança, quando manifestam comportamentos promotores de confronto e, simultaneamente, não manifestam comportamentos activadores de perturbação comportamental. Cohen e colaboradores (2002) explicam-nos que a elevada influência dos comportamentos promotores de confronto dos enfermeiros se podem atribuir ao facto das crianças terem maior facilidade em iniciar uma estratégia de distracção, ou outro comportamento de confronto, com uma pessoa que é nova para elas e que detém a autoridade na situação, como é o caso do enfermeiro - sobretudo se a criança observar os próprios pais a obedecerem às instruções deste profissional de saúde, nomeadamente acerca de aspectos do procedimento como o local onde se devem sentar ou quanto ao modo como devem segurar o filho.

No que respeita à validação das categorias do CAMPIS-SF através de outros instrumentos, a Escala de Faces apresentou as associações no sentido esperado (com

excepção da categoria “Promoção de Confronto” dos pais). As crianças que evidenciam uma média elevada de comportamentos de confronto também se autoavaliam como menos perturbadas, enquanto as crianças que evidenciam uma média elevada de indicadores de perturbação comportamental se autoavaliam como tal, e são percebidas como ansiosas pelos pais.

Outro dado muito relevante diz respeito ao facto da categoria “Confronto” da criança estar positivamente relacionada com a pontuação atribuída pelos enfermeiros à ansiedade da criança, ou seja, as crianças que evidenciam uma média elevada de comportamentos de confronto no CAMPIS-SF são pontuadas como mais ansiosas pelos enfermeiros, conduzindo-nos a apresentar duas explicações possíveis: 1) os enfermeiros, por não conhecerem a criança, podem ser avaliadores menos fidedignos do seu estado emocional ou 2) os enfermeiros tendem a considerar que se a criança está quieta é porque não está ansiosa, se age é porque está. Estes resultados deverão ser confirmados em trabalhos futuros, mas também mais aprofundados, por exemplo através da realização de entrevistas para avaliar quais as crenças dos enfermeiros acerca dos comportamentos que a criança manifesta durante o procedimento.

No que respeita à validação das categorias do CAMPIS-SF dos adultos, a Escala de Faces também apresenta os indicadores mais concordantes, na medida em que os pais e os enfermeiros que manifestam mais comportamentos activadores de perturbação comportamental interagiram com crianças que se autoavaliaram como mais ansiosas, enquanto os enfermeiros que manifestam mais comportamentos promotores de confronto interagiram com crianças que se autoavaliaram como menos ansiosas.

6. Conclusões

O CAMPIS-SF permitiu-nos observar, operacionalizar e avaliar os comportamentos de todos os intervenientes em sessões de vacinação, revelando-se uma medida válida devido às diversas correlações significativas entre as diversas categorias que o constituem (consistência interna) assim como com outros inventários de auto e hetero-avaliação da ansiedade.

Por constituir a única escala, exceptuando as suas versões anteriores, no campo da dor aguda pediátrica, capaz de aceder não só à perturbação comportamental da criança, como também aos seus comportamentos de confronto, aos comportamentos de activação de perturbação comportamental e de promoção do confronto dos adultos presentes na situação

procedimental, abriu também o caminho para o estudo das repercussões dos comportamentos dos pais e dos enfermeiros no aumento do confronto ou da perturbação comportamental das crianças.

Estudar as interacções entre os adultos e as crianças durante os procedimentos médicos e de enfermagem reveste-se de especial importância para averiguarmos quais os comportamentos a promover e quais a evitar, de modo a ajudar a criança a confrontar esses procedimentos da forma mais positiva possível.

No entanto, este estudo também tem como limitações recorrer apenas à análise de comportamentos num único procedimento, e o facto do CAMPIS-SF não aceder às estratégias de confronto encobertas ou internas dos intervenientes durante a vacinação.

A associação estabelecida neste estudo entre os comportamentos dos enfermeiros e das crianças pode ser um elemento fundamental para sensibilizar estes profissionais de saúde relativamente ao impacto do seu comportamento na perturbação comportamental da criança ao longo da vacinação e propor-lhes um programa suficientemente eficaz, económico e breve, capaz de ensinar formalmente quais as estratégias distractivas mais eficazes a adoptar com as crianças de 4-6 anos.

De acordo com Blount e colaboradores (1992), este tipo de intervenção diminui não só a perturbação comportamental das crianças como a própria ansiedade dos pais que, em função de instruções mínimas, transmitidas pelos enfermeiros, ou, de acordo com o Modelo Interactivo do *Distress* agudo da criança, apenas observando os comportamentos apropriados dos profissionais de saúde, ficam a conhecer o que podem e devem fazer para ajudar os seus filhos durante as diversas fases da vacinação, minimizando assim a ansiedade dos familiares durante procedimentos potencialmente dolorosos, como este, em que é comum “não saber o que fazer ou dizer”. Para além disso, se os enfermeiros souberem como promover o confronto de pais e crianças durante a vacinação, mediante ordens claras, com um conteúdo concreto e específico, e puderem observar os efeitos positivos das suas atitudes nas crianças, eles próprios sentirão menos ansiedade durante a administração desse procedimento, como demonstraram Cohen e colaboradores (1997).

Por conseguinte, a formação destes profissionais de saúde em estratégias distractivas de confronto, uma das mais eficazes no controlo da maior parte de situações dolorosas moderadas (Barros, 1999), que tem sido usada consistentemente como uma componente

central nos programas de intervenção direccionados para a diminuição da perturbação comportamental das crianças mais novas (e.g., Blount et al., 1989, 1990, 1991; Varni et al., 1995), deveria constituir um foco de interesse para os psicólogos de pediatria.

Referências Bibliográficas

- Barros, L. (1999). *Psicologia Pediátrica. Perspectiva Desenvolvimentista*. Manuais Universitários. Climepsi Editores. Lisboa.
- Blount, R.L.^a (s/ data). Some guidelines for use of the CAMPIS/CAMPIS-R. Retirado em Março de 2006 de <http://www.uga.edu/psychology/faculty/rblount.html>.
- Blount, R. L.^b (s/ data). A detailed description of the CAMPIS/CAMPIS-R from the Division 54 Evidence Based Assessment Task Force. Retirado em Fevereiro de 2006 de <http://www.uga.edu/psychology/faculty/rblount.html>.
- Blount, R., Bachanas, P., Power, S., Cotter, M., Franklin, A., Chaplin, W., Mayfield, J., Henderson, M. & Blount, S. (1992). Training Children to Cope and Parents to Coach them During Routine Immunizations: Effects on Child, Parent and Staff Behaviors. *Behavior Therapy*, 23, 689-705.
- Blount, R. L., Bunke, V. L., Cohen, L. L. & Forbes, C. J. (2001). The Child-Adult Medical Procedure Interaction Scale-Short Form (CAMPIS-SF): Validation of a rating scale for children's and adults' behaviors during painful medical procedures. *Journal of Pain and Symptom Management*, 22, 591-599.
- Blount, R. L., Cohen, L. L., Frank, N. C., Bachanas, P. J., Smith, A. J., Manimala, M. R. & Pate, J. T. (1997). The Child-Adult Medical Procedure Interaction Scale-Revised: An assessment of validity. *Journal of Pediatric Psychology*, 22, 73-88.
- Blount, R. L., Corbin, S. M., Sturges, J. W., Wolfe, V. V., Prater, J. M. & James, L. D. (1989). The relationship between adults behavior and child coping and distress during BMA/LP procedures: A sequential analysis. *Behavior Therapy*, 20, 585-601.
- Cohen, L., Bernard, R., Greco, L. & McClellan. (2002) A Child-Focused Intervention for Coping With Procedural Pains. Are Parent And Nurse Coaches Necessary?. *Journal of Pediatric Psychology*, 27(8), 749-757.

- Cohen, L., Blount, R. & Panopoulos, G. (1997). Nurse Coaching and Cartoon Distraction: An Effective and Practical Intervention to reduce Child, Parent And Nurse Distress During Immunizations. *Journal of Pediatric Psychology*, 22 (3), 355-370.
- Dahlquist, L. (1997). Decreasing Children's Distress During Medical Procedures. *Psychotherapy in Practice*, 3(1), 43-54.
- LeBaron, S. & Zeltzer, L. (1984). Assessment of acute pain and anxiety in children and adolescents by self-reports, observer reports, and a behavioral checklist. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52, 729-738.
- Pedro, H. (2006). *Estudo Exploratório dos Comportamentos dos Enfermeiros e dos Pais direccionados para o Controlo dos Comportamentos de Ansiedade de Crianças com 4-6 anos durante o Procedimento de Vacinação*. Dissertação de Mestrado em Psicoterapia e Psicologia da Saúde, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade de Lisboa.
- Pestana, M. & Gageiro, J. (2003). *Análise de Dados para Ciências Sociais – A Complementaridade do SPSS*. Edições Sílabo. Lisboa.
- Varni, J.W., Blount, R.L., Waldron, S.A. & Smith, A.J. (1995) Management of pain and distress. In M.C. Roberts (ED.) *Handbook of paediatric psychology* (2nd ed., pp. 105-123). New York: Guilford.

Validity of the Child-Adult Medical Procedure Interaction Scale - Short Form

This study aims to evaluate the validity of the Child-Adult Medical Procedure Interaction Scale - Short Form (CAMPIS-SF from Blount, Bunke, Cohen & Forbes, 2001) to define children's, nurse's and parent's behaviours during an immunization procedure in a Portuguese health care context. The participant's behaviours were videotaped, coded and scored using CAMPIS-SF's categories of children's' acute procedural distress and coping, parents' and nurses' coping promoting behaviors and distress promoting behaviors. Subjective measures of child distress as well as adult's perceived child distress were also obtained. Eighty nine children, ranging from 4-6 years old, undergoing immunizations at a county health center, their parents and nurses served as subjects. Results indicated that the

validity of the CAMPIS-SF was supported by multiple significant correlations between each one of the categories and with other measures. Interobserver reliability was good to excellent. The CAMPIS-SF is a useful behaviour rating scale to monitor not only children's acute procedural distress but also their coping and the various adults' behaviours that significantly influence them, with special relevance to nurse's behaviour power suggesting the importance of an intervention about which coping behaviours they should demonstrate towards children and their parents.

Key-Words: Immunizations; Children; Nurses; Distress; Coping

Validation de l'Éscala de Interação Criança-Adulto pendant la Procédure Médicale - Version Restreinte (CAMPIS-SF) dans le contexte de la Vaccination Pédiatrique

Cette étude il prétend étudier la validité d'un instrument de commentaire, Escala de Interação Criança-Adulto pendant la Procédure Médicale - version restreinte (CAMPIS-SF) de Blount, Bunke, Cohen et Forbes (2001), pour la caractérisation des comportements des Enfants, des Infirmiers et des Parents pendant les sessions de vaccination pédiatrique dans le contexte portugais. Les comportements des participants ont été filmés et évalués dans les catégories: Perturbation Comportamental et Confrontation de l'Enfant, Activation de Perturbation Comportamental et Promotion de Confrontation des Adultes. Se sont rassemblées aussi des mesures subjectives d'auto-évaluation et de hétéro-évaluation de l'anxiété de l'enfant. Ont participé quatre-vingts et neuf enfants du 4-6 années vaccinées dans un Centre de Santé. Les résultats indiquent pour la validité des catégories de CAMPIS-SF dû à des corrélations significatives entre elle et avec les autres mesures. Le degré d'accord inter-observateurs s'est placé entre bon et excellent. CAMPIS-SF se paraît un instrument utile pour la surveillance de la perturbation comportemental et de la confrontation de l'enfant dans des procédures aiguës, ainsi que des comportements des adultes, en se détachant dans l'analyse la particulière importance de l'influence des comportements de l'infirmier dans le comportement des enfants, en alertant pour l'importance de la formation de ces professionnels de santé dans des comportements promotionnels de confrontation des enfants et des parents.

Mots-Clés: Vaccination; Enfants; Infirmiers; Perturbation Comportamental;
Confrontation

O papel de variáveis psicológicas positivas na saúde mental em crianças e adolescentes: Um estudo exploratório

Susana C. Marques¹, J. L. Pais-Ribeiro¹ & Shane J. Lopez²

Este estudo tem com objectivo explorar a papel da esperança, satisfação com a vida e auto-estima na saúde mental. O estudo inclui uma amostra de conveniência constituída por 367 indivíduos (53.1% do sexo feminino; idade $M=11.78$, entre 10-15 anos). Os participantes preencheram uma bateria de questionários que incluíram as versões portuguesas das “Children’s Hope Scale”, “Students’ Life Satisfaction Scale”, “Global Self-Worth Scale” e do “Mental Health Inventory-5”. Os resultados mostram que a saúde mental, a esperança, a satisfação com a vida e a auto-estima apresentam correlações positivas significativas. A análise de regressão mostra que a satisfação com a vida e a esperança contribuem com uma variância única para a saúde mental. São discutidas as implicações dos resultados encontrados para futuras investigações.

Palavras-Chave: Saúde mental; Variáveis Psicológicas Positivas; Crianças; Adolescentes.

1. Introdução

O campo da psicologia tem sido dominado, num enquadramento histórico, por uma focalização na identificação, eliminação ou redução do potencial de desenvolvimento patológico, e prevenção de psicopatologia. A tendência da investigação evidenciar os aspectos negativos do funcionamento humano, ao invés de salientar o estudo do funcionamento, desenvolvimento e facilitação de um desenvolvimento óptimo, tem sido notória no currículo passado e presente da psicologia, e claramente demonstrada no estudo com adolescentes. A investigação com este grupo etário parece inclinar-se sobretudo para os

¹Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade do Porto (dscmarques@mail.telepac.pt)

²Department of Psychology and Research in Education, University of Kansas, USA

problemas de comportamento e prevenção de resultados negativos, como gravidez na adolescência, violência, perturbações alimentares, dificuldades académicas e suicídio, e revela ser limitada no estudo e promoção de resultados positivos, como a felicidade, satisfação com a vida, resiliência e iniciativa bem como no estudo das capacidades e forças psicológicas (Huebner, 2004; Karrie, Lopez, Wehmeyer, Little & Pressgrove, 2006; Larson, 2000; Rich, 2003). Apenas recentemente, com a emergência do movimento designado por “Psicologia Positiva”, foi notória a passagem de uma psicologia com orientação patológica para uma psicologia focalizada no estudo e desenvolvimento de qualidades positivas dos indivíduos (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000) e na identificação e classificação de talentos humanos e na promoção destes talentos a forças psicológicas, que providenciam uma estrutura prática acerca do potencial da psicologia positiva (Clifton & Harter, 2003).

A esperança é uma variável psicológica positiva que tem recebido recentemente, especial atenção no estudo com crianças e adolescentes (Valle, Huebner & Suldo, 2004; Valle, Huebner & Suldo, 2006). A teoria da esperança assume que as acções humanas são direccionadas para objectivos (Snyder, Rand & Sigmon, 2002). De acordo com esta teoria, a esperança é definida como “goal-directed thinking in which people perceive that they can produce routes to desired goals (pathways thinking) and the requisite motivation to use those routes (agency thinking)” (Lopez, Snyder & Terramoto-Pedrotti, 2003, p.94)”. Neste sentido, o pensamento de esperança inclui sempre três componentes distintos: objectivos, caminhos e iniciativa, num sistema dinâmico cognitivo e motivacional que pode ser conceptualizado em termos de capacidade percebida para gerar caminhos para objectivos desejados, e de se auto-motivar via pensamento de iniciativa para percorrer esses caminhos (Snyder, 2002). Um importante grupo de investigações em crianças e adolescentes tem sido desenvolvido (ver Marques, Pais-Ribeiro & Lopez, 2007a, para uma revisão) apontando para a existência de relações positivas entre a esperança e as esferas académica, atlética, saúde física, ajustamento psicológico e psicoterapia (Snyder, 2002).

A satisfação com a vida pode ser definida como a avaliação global feita pelo indivíduo sobre a sua vida. Aparece como uma variável individual, que o indivíduo percepção como auto-apropriada, comparando as circunstâncias da sua vida a esse conceito estandardizado (Pavot, Diener, Colvin & Sandvik, 1991). A definição desta variável pode comportar julgamentos da satisfação com a vida como um todo ou em domínios específicos da vida,

conforme esteja subjacente uma avaliação livre de domínios ou multidimensional, respectivamente (Marques, Pais-Ribeiro & Lopez, in press). Uma satisfação com a vida positiva tem sido associada a uma variedade de resultados adaptativos, nomeadamente ao nível intrapessoal, interpessoal, vocacional, da saúde e educacional (ver Marques et al., in press, para uma revisão) e tem sido visto tanto como um resultado importante como um potencial contributo para o desenvolvimento de outros comportamentos e atitudes positivas (Huebner, 2004).

A auto-estima ou a percepção de mérito pessoal pode ser definida como um sentimento geral que o indivíduo tem acerca de si próprio (Harter, 1985; 1993). É uma das variáveis estudadas em relação ao domínio da personalidade sendo considerada como uma variável mediadora importante entre vários eventos de stress e a adaptação dos indivíduos, competência e saúde mental (Del Barrio, Frias, & Mestre, 1994; Mruk, 1998; Kernis, 1993; Spaccarelli & Fuchs, 1997; Spencer, Josephs & Steele, 1993) e tem sido utilizada por alguns autores como um índice revelador do bem-estar da criança (Riesen & Porath, 2004).

Tradicionalmente, a Saúde Mental mostra tendência para ser conceptualizada numa perspectiva da psicopatologia inerente ao modelo biomédico que dominou a psicologia. A evolução deste conceito no seio da Psicologia teve expressão na expansão da definição para incluir características de bem-estar psicológico, tais como, bem-estar, alegria, prazer de viver, felicidade (Ribeiro, 2001). A saúde mental passa assim a ser abordada numa perspectiva que inclui tanto dimensões positivas (bem-estar psicológico, estado de saúde mental positivo) como dimensões negativas (*distress* psicológico, estado de saúde mental negativo) passando a integrar questionários de avaliação da saúde ou da qualidade de vida, ou a ser utilizadas por si só. A investigação existente sobre a saúde mental enquadra-se sobretudo no estudo dos indicadores negativos que a compõe.

O objectivo do presente estudo é explorar o papel da esperança, satisfação com a vida e auto-estima na saúde mental de crianças e adolescentes. Além de examinarmos as relações entre estas variáveis em crianças e adolescentes, procuramos avaliar em que medida a esperança, a satisfação com a vida e a auto-estima predizem a saúde mental.

2. MÉTODO

2.1. Participantes

A bateria de questionários foi administrada a uma amostra de conveniência de 367 estudantes que frequentavam os 6º e 8º anos de escolaridade (idade média de 11,78, entre os 10-15 anos e 53, 1% do sexo feminino). Todos os participantes frequentavam sete escolas do norte de Portugal e preencheram os questionários no início do ano lectivo.

3. Material

3.1. Escala de Esperança para Crianças

A Escala de Esperança para Crianças (EEC) é uma escala disposicional desenvolvida por Snyder et al., (1997) para aceder aos pensamentos de esperança relacionados com objectivos, em indivíduos entre os 8 e os 16 anos. Segundo proposta dos autores, no acto de aplicação, a escala de esperança para crianças deverá designar-se por “Questões sobre os teus objectivos”. A escala contém 6 itens (apresentados como uma afirmação) que avaliam a esperança, três destes seis itens avaliam o componente “iniciativa” e os restantes três itens avaliam o componente “caminhos”. Os itens que avaliam cada um dos componentes encontram-se apresentados de uma forma alternada. É pedido aos participantes para se imaginarem como são na maioria das situações e que respondam de que modo consideram que cada afirmação se lhes aplica, numa escala ordinal de seis pontos entre nenhuma das vezes (=1) e todas as vezes (=6). Valores mais elevados correspondem a níveis mais elevados de esperança.

A EEC foi validada para a população portuguesa por Marques et al., (2007a) e revelou boas propriedades psicométricas para ser utilizada em investigação com crianças e adolescentes e comparáveis com a escala original.

3.2. Escala de Satisfação com a Vida para Estudantes

A Escala de Satisfação com a Vida para Estudantes (ESVE) desenvolvida por Huebner (1991) é uma escala de auto-resposta que se propõe avaliar a satisfação global com a vida de indivíduos entre os 8 e os 18 anos. No preenchimento da escala é pedido aos participantes para se centrarem nos pensamentos que têm tido durante as últimas semanas. Para cada um

dos 7 itens que constituem a escala, apresentados como uma afirmação, existem seis possibilidades de resposta desde 1= discordo completamente a 6= concordo completamente. Dois dos itens são cotados de modo invertido. A soma dos sete itens, com um resultado possível entre 7 e 42, determina a satisfação global com a vida. Valores mais elevados correspondem a níveis mais elevados de satisfação global com a vida.

A ESVE foi validada para a população portuguesa por Marques et al., (in press) e revelou boas propriedades psicométricas para ser utilizada em investigação com crianças e adolescentes e comparáveis com a escala original.

3.3. Sub-Escala de Auto-Estima

A Sub-Escala de Auto-Estima é uma das seis sub-escalas do Perfil de Auto-Percepção para Crianças (Harter, 1985), que é uma medida de auto-preenchimento, que se centra nos julgamentos das crianças (entre os 8 e os 16 anos) sobre a sua competência em domínios específicos. A Sub-Escala de Auto-Estima procura avaliar até que ponto a criança gosta de si mesma como pessoa, gosta do modo como corre a sua vida e se sente feliz, de maneira geral, consigo mesma, constituindo portanto um julgamento global de mérito pessoal. Esta sub-escala pode ser administrada em grupo ou individualmente e apresenta um formato de resposta específico, em que é pedido inicialmente à criança para decidir entre duas afirmações aquela que melhor se lhe aplica e posteriormente escolher se a afirmação se lhe aplica parcialmente “sou mais ou menos assim” ou totalmente “sou mesmo assim”. Segundo os autores, este formato reduz a tendência de desejabilidade social. Os procedimentos gerais consistem em cotar cada item numa escala de 4 pontos, em que 4 reflecte elevada auto-estima e 1 designa baixa auto-estima.

A versão Portuguesa do Perfil de Auto-Percepção para Crianças com as suas seis escalas foi validada por Alves-Martins, Mata, e Monteiro (1995) e revelou propriedades psicométricas razoáveis para ser utilizada em investigação com indivíduos entre os 8 e os 16 anos.

3.4. Inventário de Saúde Mental-5

O Inventário de Saúde Mental-5 (MHI-5); (Berwick et al., 1991) é uma versão reduzida do Inventário de Saúde Mental com 38 itens desenvolvido em 1975 para o “Rand Health

Insurance Experiment”, e que está incluído em ambas as versões dos questionários do “Medical Outcome Study”, tanto na forma reduzida, o SF-20 (Stewart, Hays & Ware, 1992) como no SF-36 (Ware & Sherbourne, 1992). O MHI-5 além de poder ser incluído noutras escalas, pode ser utilizado isoladamente ou como teste de rastreio. O MHI-5 é constituído por 5 itens que representam quatro dimensões da saúde mental: ansiedade, depressão, perda de controlo emocional/comportamental e afecto positivo (Ware, Gandek & IQOLA project group, 1994). Para cada um dos 5 itens que constituem o inventário, existem seis possibilidades de resposta desde 1= sempre a 6= nunca. Valores mais elevados correspondem a níveis mais elevados de saúde mental. O MHI-5 foi validado para a população adulta portuguesa por Pais-Ribeiro (2001) e as propriedades psicométricas do inventário foram estudadas para crianças e adolescentes por Marques, Pais-Ribeiro & Lopez, (2007c). Ambos os estudos revelaram que a versão portuguesa do MHI-5 apresenta boas propriedades psicométricas.

4. Análise estatística

Foram efectuados os seguintes testes: coeficiente de Correlação de Pearson para explorar as associações entre a esperança, satisfação com a vida, auto-estima e saúde mental e análises de regressão linear múltipla pelo método *enter* para avaliar em que medida a esperança, satisfação com a vida e a auto-estima predizem a saúde mental.

5. Procedimento

A aprovação para a recolha de dados foi assegurada pelo conselho directivo de cada escola. Procedeu-se igualmente ao envio a todos os pais dos potenciais participantes de uma carta a pedir o consentimento informado, com a descrição do estudo. Aproximadamente 31% dos estudantes apresentaram a carta assinada. Esta percentagem é comparável com a percentagem obtida noutros estudos semelhantes (Valle, Huebner & Suldo, 2004). Os instrumentos foram administrados em grupos entre 15 e 30 estudantes. O tamanho do grupo esteve dependente do espaço disponível em cada um dos estabelecimentos de ensino, assim como do número de assistência adulta presente para assegurar a compreensão das instruções e do carácter confidencial das respostas. Os instrumentos foram apresentados aos estudantes

segundo uma ordem contrabalançada. O tempo de preenchimento da bateria de questionários foi entre 15 e 20 minutos.

6. Resultados

As correlações entre a esperança, satisfação com a vida, auto-estima e saúde mental estão apresentados no Quadro 1.

Quadro 1 - Correlação entre EEC, ESVE, Sub-Escala de Auto-Estima e MHI-5

	1	2	3	4
1. EEC	—			
2. ESVE	0,63**	—		
3. Sub-Escala de Auto-Estima	0,60**	0,61**	—	
4. MHI-5	0,45**	0,56**	0,41**	—

** $p < 0,01$; EEC= Escala de Esperança para Crianças; ESVE= Escala de Satisfação com a Vida para Estudantes; MHI-5= Inventário de Saúde Mental.

Os resultados do inventário de saúde mental apresentam uma correlação positiva significativa com os resultados de todas as escalas. A correlação mais elevada é com a escala de satisfação com a vida para estudantes ($r = 0,56$). A correlação entre a saúde mental e a esperança é também elevada ($r = 0,45$) assim como a correlação entre a saúde mental e a auto-estima ($r = 0,41$). A esperança exibe uma correlação positiva estatisticamente significativa com a satisfação com a vida ($r = 0,63$) e com a auto-estima ($r = 0,60$). O mesmo se passa entre a satisfação com a vida e a auto-estima ($r = 0,61$).

Considerando o nosso interesse em investigar em que medida cada uma das variáveis (esperança, satisfação com a vida e auto-estima) predizem a saúde mental, examinamos os pesos da regressão em cada uma destas relações. Os resultados estão presentes no Quadro 2.

Quadro 2 - Análise de regressão múltipla para estimar a magnitude da variância na predição da saúde mental

	<i>B</i>	<i>SE</i>	β
<i>Dependent variable: mental health</i>			
Esperança	0,11	0,04	0,14*
Satisfação com a vida	0,24	0,03	0,43*
			*
Auto-estima	0,08	0,07	0,06
Modelo de ajustamento $R^2_{adj.} = 0,33$			

* $p < 0,02$; ** $p < 0,0001$

A satisfação com a vida ($\beta = 0,43$, $p < 0,0001$) e a esperança ($\beta = 0,14$, $p < 0,02$) contribuem com uma variância única para a saúde mental. A auto-estima ($\beta = 0,06$, $p = 0,30$) mostra uma contribuição partilhada para a saúde mental.

7. Discussão

Quando observamos as correlações, são claras as relações significativas existentes entre a saúde mental, a satisfação com a vida, a esperança e a auto-estima. A correlação mais elevada, entre a saúde mental e a satisfação com a vida é consistente com outros estudos que investigaram as relações entre indicadores da saúde mental e a satisfação com a vida (Huebner, Funk & Gilman, 2000), assim como as relações entre a saúde mental e a esperança (ex. Gilman, Dooley & Florell, 2006; Kwon, 2000; Shorey, Snyder, Yang & Lewin, 2003; Snyder, LaPointe, Crowson & Early, 1998) e a saúde mental e a auto-estima (ex. Del Barrio et al., 1994). Estes resultados indicam que o inventário de saúde mental com 5 itens partilha um grau de variância significativo com indicadores de bem-estar e de personalidade. As correlações elevadas observadas entre as variáveis esperança e satisfação com a vida, satisfação com a vida e auto-estima e auto-estima e esperança são também consistentes com

outros estudos (Dew & Huebner, 1994; Gilman et al., 2006; Snyder et al., 1997; Terry & Huebner, 1995). Este ponto sugere a necessidade de futura investigação para aceder às características similares e diferenciais de cada uma das variáveis.

Os resultados revelam que a auto-estima não contribui com uma variância única quando em conjunto com as outras variáveis em estudo. Já a satisfação com a vida e a esperança predizem significativamente a saúde mental. Estes resultados suportam a importância de variáveis psicológicas positivas no desenvolvimento de intervenções para promover a saúde mental (bem-estar psicológico e estado de saúde mental positivo) em crianças e adolescentes. Em termos práticos, defendemos assim a adopção de uma psicologia positiva, e neste caso específico, na integração de estratégias e práticas para a promoção destas variáveis (ver Lopez, Rose, Robinson, Marques & Pais-Ribeiro, in press; Marques, Pais-Ribeiro & Lopez, 2007c) em intervenções destinadas a promover o bem-estar psicológico e o estado de saúde mental positivo em crianças e adolescentes.

8 . Implicações para a investigação futura

O propósito deste estudo é o de procurar trazer em simultâneo diversas linhas de investigação focalizadas na promoção de resultados positivos em crianças e adolescentes, explorando as associações entre várias variáveis associadas ao movimento da psicologia positiva. Especificamente, seria importante continuar a explorar o estudo sobre a avaliação das relações entre a saúde mental e outras variáveis psicológicas positivas, como por exemplo, o optimismo, a auto-eficácia, a resolução de problemas. Dadas as correlações significativas entre a saúde mental, a satisfação com a vida, a esperança e a auto-estima, seria pertinente avaliar como estas variáveis convergem e divergem, e como trabalham conjuntamente para promover um funcionamento humano óptimo. No entanto, e talvez mais importante, esta investigação proporciona um ímpeto para unificar linhas teóricas de estudo e de trabalho prático para melhor compreender os factores que contribuem para a saúde mental em crianças e adolescentes.

Referências Bibliográficas

- Alves-Martins, M., Peixoto, F., Mata, L. & Monteiro, V. (1995). Escala de auto-conceito para crianças e pré-adolescentes. In L. S. Almeida, M. R. Simões, & M. M. Gonçalves (Eds.), *Provas Psicológicas em Portugal* (pp. 79-89). Braga: APPORT.
- Berwick, D. M., Murphy, J. M., Goldman, P. A., Ware, J. E., Barsky, A. J. & Weinstein, M. C. (1991). Performance of a five-item mental health screening test. *Medical Care*, 29, 169-176.
- Clifton, D. O. & Harter, J. K. (2003). Investing in Strengths. In K. S. Cameron, J. E. Dutton & R. E. Quinn (Eds.), *Positive Organizational Scholarship* (pp. 111-121). San Francisco: Berrett-Koehler Publishers, Inc.
- Del Barrio, V., Frías, D. & Mestre, V. (1994). Autoestima y depresión en niños. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 47, 471-476.
- Dew, T. & Huebner, E. S. (1994). Adolescents' perceived quality of life: An exploratory investigation. *Journal of School Psychology*, 33, 185-199.
- Gilman, R., Dooley, J. & Florell (2006). Relative levels of hope and their relationship with academic and psychological indicators among adolescents. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 25, 166-178.
- Harter, S. (1985). *Manual for the Self-Perception Profile for Children*. Denver: University of Denver.
- Harter, S. (1993). Causes and consequences of low self-esteem in children and adolescents. In R. F. Baumeister (Ed.), *Self-esteem: the puzzle of low self-regard* (pp. 87-116). New York: Plenum.
- Huebner, E. S. (1991). Initial development of the Student' Life Satisfaction Scale. *School Psychology International*, 12, 231-240.
- Huebner, E. S. (2004) Research on assessment of life satisfaction of children and adolescents. *Social Indicators Research*, 66, 3-33.
- Huebner, E. S., Funk, B. A. & Gilman, R. (2000) Cross-sectional and longitudinal psychosocial correlates of adolescent life satisfaction reports. *Canadian Journal of School Psychology*, 16, 53-64.
- Karrie, A., Lopez, S. J., Wehmeyer, M. L., Little, T. D. & Pressgrove, C. L. (2006). The role of positive psychology constructs in predicting life satisfaction in adolescents with and

- without cognitive disabilities: An exploratory study. *The Journal of Positive Psychology*, 1, 37-52.
- Kernis, M. H. (1993). The roles of stability and level of self-esteem in psychological functioning. In R. F. Baumeister (Ed.), *Self-esteem: the puzzle of low self-regard* (pp. 167-182). New York: Plenum.
- Kwon, P. (2000). Hope and dysphoria: The moderating role of defense mechanisms. *Journal of Personality*, 68, 199-223.
- Larson, R. W. (2000). Toward a psychology of positive youth development. *American Psychologist*, 55, 170-183.
- Lopez, S. J., Bouwkamp, J., Edwards, L. M. & Terramoto Pedrotti, J. (2000). *Making hope happen via brief interventions*. Paper presented at the second Positive Psychology Summit, Washington DC.
- Lopez, Rose, Robinson, Marques & Pais-Ribeiro (in press). Measuring and Promoting Hope in Schoolchildren. In: R. Gilman (Ed.), *Promoting wellness in children and youth: A handbook of positive psychology in the schools*. California. Lawrence Erlbaum.
- Marques, S. C., Pais-Ribeiro, J. L. & Lopez, S. J. (in press). Validation of a Portuguese Version of the Students' Life Satisfaction Scale. *Applied Research in Quality of Life*.
- Marques, S. C., Pais-Ribeiro, J. L. & Lopez, S. J. (2007a). Validation of a Portuguese Version of the Children Hope Scale. Submitted.
- Marques, Pais-Ribeiro & Lopez, (2007b). Validation of a Portuguese Version of the MHI-5 for children and adolescents. Submitted.
- Marques, S. C., Pais-Ribeiro, J. L. & Lopez, S. J. (2007c). Hope Intervention and Psychological Benefits in Middle-school Students. Paper presented at the "8th Conference of the International Society for Quality-of-Life Studies" (ISQOLS), San Diego, California
- Mruk, C. (1998). *Auto-estima: investigación, teoría y práctica*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Pais-Ribeiro, J. L. (2001). Mental Health Inventory: Um estudo de adaptação à população portuguesa. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 2, 77-99.
- Rich, G. J. (2003). The positive psychology of youth and adolescence. *Journal of Youth and Adolescence*, 32, 1-3.

- Riesen, Y. & Porath, M. (2004). Perceived social support of martially abused women and their children's global self-worth. *Canadian Journal of community mental health*, 23, 109-115.
- Seligman, M. & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive Psychology. *American Psychologist*, 55, 5-14.
- Shorey, H. S., Snyder, C. R. Yang, X. & Lewin, M. R. (2003). The role of hope as a mediator in recollected parenting, adult attachment, and mental health. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 22, 685-715.
- Snyder, C. R. (2002). Hope Theory: Rainbows in the Mind. *Psychological Inquiry*, 13, 249-275.
- Snyder, C. R., Hoza, B., Pelham, W. E., Rapoff, M., Ware, L., Danovsky, M., Highberger, L., Rubinstein, H. & Stahl, K. J. (1997). The development and validation of the Children's Hope Scale. *Journal of Pediatric Psychology*, 22, 399-421.
- Snyder, C. R., LaPointe, A. B., Crowson, J. J. Jr. & Early, S. (1998). Preferences of high- and low-hope people for self-referential input. *Cognition and Emotion*, 12, 807-823.
- Snyder, C. R., Rand, K. L. & Sigmon, D. R. (2002). Hope theory: A member of the positive psychology family. In C. R. Snyder & S. J. Lopez (Eds.), *Handbook of positive psychology* (pp. 257-266). New York: Oxford University Press.
- Spaccarelli, S. & Fuchs, C. (1997). Variability in symptom expression among sexually abused girls, developing multivariate models. *Journal of Youth and Adolescence*, 30, 259-280.
- Spencer, S. J., Josephs, R. A. & Steele, C. M. (1993). Low self-esteem, the uphill struggle for self-integrity. In R. F. Baumeister (Ed.), *Self-esteem: the puzzle of low self-regard* (pp. 21-36). New York: Plenum.
- Stewart, A. L., Hays, R. D. & Ware, J. E. (1988). The MOS Short-Form General Health Survey: reliability and validity in a patient population. *Medical Care*, 26, 724-735.
- Terry, T. & Huebner, E. S. (1995). The relationship between self-concept and life satisfaction in children. *Social Indicators Research* 35, 39-52.
- Valle, M. F., Huebner, E. S. & Suldo, S. M. (2004). Further Evaluation of the Children's Hope Scale. *Journal of Psychoeducational Assessment*, 22, 320-337.

- Valle, M. F., Huebner, E. S. & Suldo, S. M. (2006). An analysis of hope as a psychological strength. *Journal of School Psychology, 44*, 393-406.
- Ware, J. E. Jr., Gandek, B. & IQOLA project group. (1994). The SF-36 health survey: Development and use in mental health research and the IQOLA project. *International Journal of Mental Health 23*, 49-73.
- Ware, J. E. Jr. & Sherbourne, C. D. (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36): I. Conceptual framework and item selection. *Medical Care 30*, 473-481.

Le rôle des variables psychologiques positives dans la santé mentale des enfants et adolescents: Un étude d'exploration

L'objet de cet étude c'est exploiter le rôle de l'espoire, de la satisfaction avec la vie et de l'amour propre dans la santé mentale. L'étude inclut un échantillon de convenance composé de 367 individus (53.1% du sexe féminin; âge $M=11.78$, entre 10-15 ans). Les participants ont rempli un questionnaire qui incluait les versions portugaises de "Children's Hope Scale", "Students' Life Satisfaction Scale", "Global Self-Worth Scale" et "Mental Health Inventory-5". Les résultats montrent que la santé mentale, l'espoire, la satisfaction avec la vie et l'amour propre présentent des significatives corrélations positives. L'analyse de régression montre que la satisfaction avec la vie et l'espoire contribuent avec une variance unique pour la santé mentale. Les implications des résultats trouvés sont discutés en pensant à des recherches futures.

Mots-Clés: Santé mentale ; Variables Psychologiques Positives ; Enfants ; Adolescents.

The role of positive psychology constructs in mental health in children and adolescents: An exploratory study

The aim of this study is to explore the role of hope, satisfaction with life and self-worth in mental-health. The study include a convenience sample of 367 individuals from the community (53.1% females; age $M=11.78$ years, range 10-15 years). Participants completed a questionnaire packet that included the Portuguese versions of the "Children's Hope Scale",

“Students’ Life Satisfaction Scale”, “Global Self-Worth Scale” and “Mental Health Inventory-5”. The results demonstrate that mental health, hope, satisfaction with life and global self-worth are positive and significant correlated. Regression analysis shows that satisfaction with life and hope contribute with a unique variance to mental health. The implications of the findings for future research are discussed.

Key-Words: Mental health; Positive psychology variables; Children; Adolescents.

Aconselhamento e stress: o caso limite de conflitos militares

Helena Maria Almeida Cortez¹, Maria Zélia B. M. Leite², Maria Anete Moura Cordeiro², Teresa Verônica Santos², Leila Maria Vieira Medeiros² & Eduardo J. R. Santos²

Neste estudo procura-se estabelecer uma reflexão contextualizada sobre as estratégias de intervenção em situações limite de stress, como as que acontecem no campo de confronto bélico. Após uma descrição do objecto e métodos da psicologia militar, apresentam-se algumas directivas para o aconselhamento em situações de guerra.

Palavras-Chave: Psicologia militar; Stress; Aconselhamento.

Introdução

Reflectir hoje sobre stress quase que se tornou lugar-comum. No entanto, novas formas surgem, fruto das modificações psicossociais que dia a dia se tornam constantes. Um novo conceito – “stress transicional” – surge, associado às mais diversas situações em que a mudança se afigura como componente principal do problema: podemos referir como exemplos, reorganizações laborais (e.g., Sykes & Eden, 2007), incluindo e influenciando os próprios profissionais de aconselhamento (e.g., Layne, Hohenshil & Singh, 2004), transições escolares (e.g., Lehr, Johnson, Bremer, Cosio & Thompson, 2004), deslocamentos geográficos, nomeadamente movimentos migratórios (e.g., Maida, Gordon & Farberow, 2006; Yuh Huey Jou & Fukada, 1996), ou os casos limite de conflitos militares (e.g., Noy, 1991). Neste último caso, e numa perspectiva ecossistémica (Ford, 1994), muito se estende o já apreendido em contextos organizacionais (e.g., Crandal & Perrewé, 1995; Lowman, 1993; Ross & Altmaier, 1994), e em contextos clínicos (e.g., Rice, 1999; Saxon & Stanley, 1980), e que certamente convém actualizar! Devemos referir também que temos como pressuposto que a instituição militar se estrutura como uma organização, embora de complexidade

¹Instituto de Psicologia Cognitiva Desenvolvimento Vocacional e Social (leilamedeiroslm@hotmail.com),(eduardosantos@fpce.uc.pt)

² Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação – Universidade de Coimbra

crescente, e que o cenário de conflito se estrutura como um sistema multideterminado nas suas implicações comportamentais, nomeadamente ao nível das vivências extremas de stress e de trauma. Como todos os indicadores nos revelam que estas situações se agudizarão nos tempos vindouros, pensamos ser útil compreender primeiro o âmbito de operacionalidade da psicologia militar, enquanto disciplina científica e prática corrente em muitas forças armadas, antes de descrevermos as estratégias de aconselhamento para situações de stress no contexto de guerra.

Psicologia militar: uma revisão

Ao reflectirmos sobre a psicologia militar e o seu enquadramento institucional não poderemos de deixar de ter em atenção a génese desta disciplina, o seu histórico, a sua evolução científica, os desafios em termos de investigação e intervenção, o que em suma, tem a ver com a sua definição epistemológica e sua *praxis* (Cronin, 2003).

Não poderemos, também, esquecer a influência deste campo temático para a própria evolução da ciência psicológica. A afirmação da psicologia como ciência está intimamente ligada à psicometria do século XX, que, por sua vez, está dependente directamente das duas Grandes Guerras Mundiais (Dillon & Pellegrino, 1989), condições fundadoras da disciplina da Psicologia Diferencial.

Mas, indo um “pouco” mais atrás na história da humanidade, e do ponto de vista antropológico, não poderemos esquecer que as primitivas sociedades colectoras e caçadoras, de vida nómada, evoluíram em sociedades agrícolas e artesanais, núcleo das sociedades de troca directa, embrião das modernas sociedades financeiras, gémeas das sociedades corporativas e “guerreiras”, que fundam sociologicamente a modernidade da “guerra fria”, e posterior degelo pela “perestroyka”, e emergência dos movimentos fundamentalistas e terroristas. A história da Psicologia Militar está indissociavelmente envolvida com a própria história da humanidade e com o modo como as sociedades evoluíram em torno da organização da sua estrutura e dos seus modos de produção (Neff, 1985).

Queremos com isto afirmar que a definição de hipóteses para a Psicologia Militar, do ponto de vista institucional, não poderá ser apenas um exercício abstracto, mas deverá ser uma reflexão situada no campo problemático da intervenção das forças militares ao serviço das nações, dos povos, e do progresso e da paz mundial (Zeidner & Drucker, 1983).

Por estas razões, iniciaremos este artigo por uma retrospectiva histórica da Psicologia Militar, da sua definição epistemológica e dos seus desafios para a pós-modernidade (Taylor & Alluisi, 1994).

Contextualização histórica

1. Guerras e psicologias

Embora o berço da psicologia seja a cultura helénica, e posteriormente, tenha sido a Europa Central a grande impulsionadora desta ciência, é nos EUA que a alavanca da modernização e afirmação da Psicologia se situa.

A actual Divisão 19 da American Psychological Association (a maior associação mundial de psicólogos, não obstante o seu carácter nacional), e designada, hoje, como “Society for Military Psychology”, foi fundada no contexto da 2ª Grande Guerra Mundial. Já em 1939, e antevedendo um novo cenário de guerra, foram desenvolvidos esforços no sentido do Recrutamento, Selecção e Treino de Pessoal Militar, e da Emergência em Psicologia. Um conjunto de personalidades proeminentes da Psicologia norte-americana, reavaliando a experiência da 1ª Grande Guerra Mundial, começara a preparar cenários de intervenção, que em 1945 se tornaram realidades!

Mas para além da concentração de esforços na área da avaliação psicológica (Wiskoff & Rampton, 1989), a Psicologia Militar cedo começou por perceber que tinha de ter uma postura mais de natureza organizacional, olhando para esta instituição como organização na verdadeira acepção da palavra, mas, igualmente, direccionando clinicamente, para o pós-guerra, e todas as consequências pessoais e sociais que daí podiam resultar.

2. Cronologia da Psicologia Militar no contexto internacional e nacional

Foi durante a 1ª Guerra Mundial (1914 – 18) que se iniciaram as primeiras aplicações da Psicologia nas instituições militares, sendo que os primeiros testes de inteligência colectivos preparados por psicólogos (americanos) foram o Army Alpha e o Army Beta, na perspectiva diferencialista do “homem certo para o lugar certo”.

Em Portugal, a Psicologia só começou a ter afirmação mais tarde, tendo o IOP (Instituto de Orientação Profissional) sido criado apenas em 1927, sendo que nesta altura decorreram vários estudos e palestras sobre a Psicologia e a actividade militar, sob a orientação de um

dos fundadores da Psicologia em Portugal, o Prof. Faria de Vasconcelos. Por volta dos anos 40, começaram a realizar-se estudos sobre a área sensorial e psicomotora, bem na tradição dos emergentes Laboratórios de Psicologia Experimental do país.

Ao longo dos anos 50 começam a aparecer trabalhos de selecção, realizados através de cerca de 40 laboratórios psicotécnicos móveis, originando a criação do C.E.P.E. (Centro de Estudos Psicotécnicos do Exército, 1960), que tinha como objectivo preparar o arranque – a curto prazo – dos centros de selecção.

A guerra colonial acabou por dar um impacto não esperado a esta dinâmica, concentrando-se este serviço na classificação de especialidades militares, e adaptação de testes psicométricos, embora mais tarde as técnicas de avaliação em contexto grupal, e psicossocial se tenham afirmado também.

Em 1968 inicia-se a publicação do primeiro Boletim de Psicologia Militar.

É na década seguinte que são criadas as primeiras Faculdades de Psicologia de onde saem os primeiros-oficiais inseridos posteriormente no C.E.P.E.

Desde os anos 80, a Psicologia Militar alargou-se a diferentes áreas da Psicologia, tendo surgido, desde então, novos modelos e metodologias que têm sido aplicadas nas Forças Armadas, visto a sua operacionalidade em áreas como a selecção e o recrutamento, o sujeito e a organização militar, a avaliação psicológica, o stress, e a prevenção e tratamento das toxicod dependências, ter-se revelado bastante importante à semelhança de outras organizações militares como a OTAN (Organização do Tratado do Atlântico Norte).

A Psicologia Militar (e a Sociologia Militar) foram conjuntamente referidas, e revistas no seu enquadramento na instituição militar em 1993, quando da criação do Centro de Psicologia Aplicada do Exército. Esta instituição multiplicou-se em várias actividades e estudos contribuintes para a Psicologia e Sociologia Militares (com áreas ligadas a vários factores humanos, ambientais, psicologia clínica e das organizações, etc.).

Intervenções de merecido destaque são o início do apoio e aconselhamento psicológico aos alunos dos Estabelecimentos Militares de Ensino e aos militares em Missões de Paz, e também a docência de cadeiras de Psicologia e Sociologia – em 1996. Em 2001, inicia-se mais um programa de apoio, desta vez aos presos nos Estabelecimentos Militares Prisionais.

Pode-se concluir a partir desta retrospectiva histórica, e do que na actualidade se faz no Exército, que a Psicologia Militar só tem benefícios a oferecer, não só para o Exército, como

para a Nação (Paiva, Cerdeira, Rodrigues & Ferro, 1997), não se limitando a aplicações neste âmbito, pois é uma disciplina muito abrangente (sendo que já são leccionadas em instituições de ensino superior e universitário que incentivam à criação e desenvolvimento de novos programas, modelos e metodologias em Psicologia, que utilizarão no Exército, mas que são também aplicáveis, igualmente, em outras áreas da Psicologia).

Psicologia Militar – em busca de uma definição

1. De Binet à Central Intelligence Agency

Se nas pegadas do trabalho precursor de Alfred Binet sobre a inteligência foi possível constituir uma psicologia científica, e ao mesmo tempo pragmática, em torno da psicometria, e, simultaneamente, através dos modelos racionais de organização do trabalho (Taylor, Fayoll, e Weber), foi possível fundar uma psicologia das organizações, é, no entanto, no esforço de guerra que se consolida a Psicologia Militar. Foram nomes como os de Yerkes, e seus trabalhos de avaliação de aptidões, que responderam à necessidade de assimilar milhões de cidadãos para o Exército.

Mas o esforço alargou-se para outros horizontes, como a moral das tropas, liderança, aptidão para voar, estabilidade emocional, etc., em que se notabilizaram grandes nomes da história da Psicologia como Cattell, Hall, Strong, Terman, Thorndike, Watson, e Woodworth, que no contexto da primeira Grande Guerra Mundial se notabilizaram.

No espaço temporal entre as duas grandes guerras, outros estudos levaram a aprofundar outros temas, como a influência dos factores ambientais no desempenho militar, a inteligência militar, dinâmica de grupo em situação de combate, etc.

Após a segunda Grande Guerra Mundial, muitos dos ensinamentos recolhidos foram aplicados à sociedade civil. Simultaneamente, muitos dos seus problemas, que se alargaram à instituição militar, também começaram a ser investigados pelos psicólogos militares (por exemplo, adições a substâncias psicoactivas, reabilitação de pessoas com deficiências, etc.).

Reflexo desta situação é que o Departamento de Defesa dos EUA empregava nos anos 80 mais psicólogos do que qualquer outra organização ou empresa no mundo. Na contemporaneidade, com a natural tendência de diminuição de efectivos, os números são substancialmente menores, embora sempre eficazes quando se trata de defender a Paz no

mundo. E muitas das vezes, em sectores mais específicos e especializados como a Central Intelligence Agency (CIA), onde a “inteligência” toma novos rumos.

2. Áreas de intervenção

Os conhecimentos científico e prático que se foram consolidando ao longo de décadas, possibilitaram organizar uma taxonomia de áreas de intervenção para a Psicologia Militar, a qual propicia a reflexão sobre hipóteses de enquadramento desta nas instituições militares.

Assim, e a saber, as grandes áreas de intervenção da Psicologia Militar:

1. Selecção e Classificação
2. Formação e Treino
3. Engenharia (ergonomia) dos factores humanos
4. Agentes ambientais de “stress”
5. Liderança e Eficácia de Grupo
6. Comportamento Individual e de Grupo
7. Clínica
8. Inquéritos
9. Situações e indivíduos especiais

Considerando, o que se poderia designar por “empregadores” dos psicólogos militares, e por contextos profissionais, serão de considerar os seguintes:

1. Centros de Investigação
2. Centros de Formação
3. Centros Médicos, Hospitais e Clínicas
4. Bases e Academias Militares
5. Campos Operacionais (de combate e missões de paz)
6. Centros Operacionais, de Decisão e de Planificação.

Enquadramentos institucionais para a psicologia militar

1. Algumas hipóteses

No seguimento das reflexões anteriores, e acompanhando de perto a obra fundamental em Psicologia Militar de Gal e Mangelsdorff (1991/1996), podemos, agora, esboçar algumas hipóteses de enquadramento institucional para a Psicologia Militar.

No campo da “Seleção, Recrutamento e Colocação” das Forças Armadas estamos perante o “velho” problema organizacional de colocar a pessoa apropriada no posto indicado. As estratégias de diagnóstico terão de ser exploradas, incluindo problemas de medição e validação de instrumentos, tendo como base as Teorias da Personalidade, a Psicologia Social e as Teorias da Tomada de Decisão em organizações complexas. Este campo remete, logicamente, para a organização de serviços de Recrutamento e Seleção.

Tendo em consideração os “Factores Humanos e o Desempenho Militar”, o enfoque é incrementar a probabilidade de êxito em situação de combate. A ergonomia, a engenharia de factores humanos, como liderança, moral, experiência, motivação, treino e disciplina, no sentido tradicional militar, são dimensões fundamentais. A inteligência artificial e o “stress” são áreas também profusamente estudadas.

No que concerne aos “Factores Ambientais e Desempenho Militar”, destacam-se factores como a articulação dos equipamentos e dos militares, das condições ambientais de combate (climáticas, radiações, etc.).

Ao considerarmos as questões da “Liderança e Desempenho Militar”, estamos a tocar num dos pontos mais sensíveis e importantes da Psicologia Militar. Como formar um bom líder militar, para que seja eficaz e eficiente? Será que uma liderança personalizada, “cara-a-cara”, resultará mais que uma liderança formal?

Ao confrontarmos-nos com as dimensões do “Comportamento Individual e de Grupo”, estamos a colocar questões sobre a motivação para o combate, a coesão do grupo, a identificação com valores sociais, entre outras.

Para além destas áreas mais clássicas, outras despontam como a “Psicologia Organizacional: Clínica e Consulta”, em que ao psicólogo militar se exigem posturas, simultaneamente, terapêutica e de consultoria, que se alargam por campos tão diversos como a avaliação neuropsicológica, e a psicologia da saúde em contexto militar.

Por “Tópicos e Situações Especiais” abordam-se contextos de guerra, como por exemplo, reféns, técnicas de sobrevivência em cativeiro, etc., os quais pela sua delicadeza são verdadeiros desafios à Psicologia Militar.

2. Organização de Serviços de Psicologia Militar

Na sequência do já referido anteriormente, e procurando sistematizar, os Centros de Recrutamento e Seleção são de um inigualável valor estratégico para a instituição militar, tanto mais que a investigação produzida no campo da avaliação psicológica avança rapidamente em campos tão especializados como a neuropsicologia, ou a inteligência emocional (O’Brien & Charlton, 1995; Rumsey, Walker & Harris, 1994; Wigdor & Green, 1993).

A área da formação é extremamente importante num cenário de contínua evolução das problemáticas e das adequadas soluções. Em Centros de Formação poderá o Psicólogo Militar intervir no âmbito psicopedagógico, mas também na área da formação comportamental para níveis individuais e de grupo, com especial enfoque para as questões de liderança (Bartone, 1997; Ellis, 1986; Hunt & Blair, 1985).

Porque as exigências das tarefas militares são cada vez mais complexas, aquilo que se designou por engenharia dos factores humanos é de vital importância para o êxito das missões. Assim, outro enquadramento possível para os psicólogos militares seria em Centros de Ergonomia (Zeidner, 1986, 1987), tendo em vista essa ciência corroborar na melhoria da qualidade de vida dos indivíduos.

A psicologia clínica e da saúde reveste-se no campo militar de importância fundamental. Os níveis de “stress” e a adversidade ambiental são de tal magnitude que neste campo os psicólogos militares encontram campo imenso para a sua intervenção; lembre-se apenas toda a problemática das situações de PTSD (“stress” pós-traumático). Esta seria a base de fundamentação do estabelecimento de Serviços de Psicologia Clínica e da Saúde Militar (McGuire, 1990; Quinault, 1992; Solomon, 1993; Ursano, Holloway, Jones, Rodriguez & Belenky, 1989; West, Mercer & Altheimer, 1993).

Finalmente, e porque na perspectiva de um mundo moderno a investigação científica é nuclear, a estruturação de Unidades de Pesquisa em Psicologia Militar seria o corolário lógico

para a alimentação dos outros serviços de inovação conceptual, metodológica e prática (Driskell & Olmstead, 1989).

Esta proposta teria que, naturalmente, ser adequada às especificidades nacionais e internacionais das diversas Forças Armadas.

Um exemplo paradigmático da aplicação da investigação em Psicologia Militar, como forma de intervenção.

Retomando o enfoque primordial deste artigo sobre o aconselhamento em situações limite de stress, em contexto militar, referenciamos uma pesquisa realizada por investigadoras brasileiras (Schincariol & Vasconcellos, 2001) com os familiares dos militares dos Batalhões de Polícia do Exército, integrantes da Força de Manutenção de Paz em Timor Leste, com a finalidade de oferecer-lhes suporte psicossocial durante a ausência destes em missão. Nesta pesquisa foram diagnosticadas alterações psicológicas e/ou psicossomáticas, níveis de “stress” e mudanças nos papéis e funções familiares bastante acentuadas. Foram, para o efeito, realizadas reuniões, palestras, dinâmicas de grupo, aplicação de instrumentos de medida de nível de “stress” e atendimentos individuais. Os resultados mostraram nível alto de “stress” nas fases iniciais da missão. Esta experiência comprovou a necessidade de se ter em consideração os aspectos da Prevenção Primária e Secundária em populações potencialmente de risco, como os próprios familiares, que por sua vez poderão colocar os militares, em si, em situações de instabilidade emocional (Black, 1993; De Soir, 1997).

Este poderá constituir um bom exemplo do trabalho de uma Unidade de Pesquisa em Psicologia Militar, a enquadrar na instituição militar.

Aconselhamento e stress: o caso limite de conflitos militares

Após esta detalhada descrição do contexto da Psicologia Militar, finalizada acima com a indicação de uma pesquisa específica, como condição de compreensão das estratégias de aconselhamento no stress em situações limite de conflito bélico, é, então, tempo de a explicar com mais detalhe.

Assim, na sequência dos acontecimentos do 11 de Setembro, e das guerras do Afeganistão e Iraque, a pressão sobre a própria área do aconselhamento aumentou, desde que esta a partir de 1917 tomou consciência deste facto (Cleary, 1988). Só nos EUA o número de

militares deslocados em situações de guerra atingia em 2003 o número de 250.000 efectivos, incluindo os especialistas de saúde mental. E o grande “combate” tem sido com os elementos “stressores” aos níveis individual, familiar e organizacional. Recorde-se que este é de facto um enorme desafio pelo gigantismo dos contextos bélicos; na 2ª Guerra Mundial foram avaliados psicologicamente 12 milhões de soldados! Neste contexto, a primeira preocupação em termos de aconselhamento individual é a questão da multiculturalidade, atendendo a que as situações de guerra à escala mundial se desenrolam em cenários muito diversificados do ponto de vista axiológico, o que sempre envolve conflitos de natureza interpessoal (Fenell & Weinhold, 2003; McGoldrick, Pearce & Giordano, 1992).

Sendo a actividade militar essencialmente grupal, o aconselhamento de grupo em termos de afiliação e coesão, potencializa níveis mais adequados de competência para lidar com situações de marginalização frequentes nestas situações. Mas também abordagens psico-educacionais são importantes nestes contextos, nomeadamente para a aprendizagem da gestão do stress, da agressividade violenta vs. depressão (Fenell, 1993; Olin & Fenell, 1989), e da prevenção de comportamentos suicidas (Rothberg, Ursano & Holloway, 1987) – o que parece ser consequência do stress. Os stressores psicofisiológicos e psicossociais têm efeitos, por vezes, devastadores em termos comportamentais (Channing E. Bette, 1997; Stay Well Company, 1998), que poderão ser contrariados por estas abordagens, que vão desde o treino do seu reconhecimento, e da modificação contingente de comportamentos, à gestão do tempo.

Outro domínio altamente sensível em termos de aconselhamento é o familiar (Fenell & Wallace, 1985; Waite & Gallagher, 2000); a terapia familiar e outros serviços de consulta psicológica são comuns como oferta de aconselhamento em saúde mental para os militares, enquanto resposta ao intenso stress de separação que a situação de guerra acarreta: aconselhamento infantil, aconselhamento conjugal, educação familiar, e prevenção de violência doméstica.

Um aspecto especial para o sistema familiar em termos de aconselhamento é a própria mobilidade familiar que acarreta para os mais jovens um stress transicional acrescido (Decoteau & Keller, 2000; Pollock & Van Reken, 2001). Mesmo o regresso à vida civil por parte dos militares, e a reunificação familiar, podem ser experienciados como uma transição stressante, tanto como a desvinculação na situação de missão. Nesta última, o stress deve ser

experienciado como reacção natural à mudança, mesmo que os sentimentos mistos possam trazer alguma desorientação ao militar.

Por último, um aspecto que tem surgido como relevante em todo este conjunto de situações de aconselhamento em acontecimentos extremos de stress é o da colaboração com os comandos e lideranças militares, especificamente nas situações, lamentavelmente inevitáveis, de morte (Harvey, 2002; Vandesteeg, 2001).

Conclusão

Numa sociedade agonística e altamente conflitual como a nossa, o bem-estar e a Paz são objectivos que todos almejamos. Nesse sentido, a Psicologia no seu campo privilegiado de compreensão e intervenção sobre o comportamento humano, ao unir-se com a instituição militar ganha uma mais-valia, inalcançável por outras áreas. A saúde mental das populações e dos seus guardiães passará sem dúvida pela Psicologia Militar; assim esta instituição e os poderes políticos aceitem o desafio e o queiram.

Observa-se na contemporaneidade a cultura do hedonismo, ou seja, a busca pelo prazer individual, e imediato como bem supremo da/na vida humana, num individualismo quase selvagem e numa pressa quase desenfreada que parece permitir maior imediatismo até das forças armadas.

O sentido do dever e o dever do sentido poderão ser um bom lema para a Psicologia Militar nos enquadramentos institucionais que se desejam! No caso da intervenção de aconselhamento psicológico, parece-nos ser/ter (n)o “stress” um dos inimigos a combater.

Referências Bibliográficas

- Bartone, P.T. (1997). Preditores de Coesão nas Forças Americanas de Manutenção de Paz. *Revista de Psicologia Militar*, 10, 11-21.
- Black, W.G. Jr. (1993). Military-Induced Family Separation: A Stress Reduction Intervention. *Social Work*, 38 (3), 273-280.
- Channing E. Bette Co., Inc. (1997). *Stress management: Self-care handbook* [Brochure]. South Deerfield, MA: Author.
- Cleary, T. (1988). *Translation and commentary of SunTzu: The art of war*. Boston: Shambhala Publications.

- Crandal, R., & Perrewé, P. L. (Ed.) (1995). *Occupational stress: a handbook*. Washington, DC: Taylor & Francis.
- Cronin, C. (2003). *Military Psychology: An Introduction* (2nd ed.). New York: Pearson.
- Decoteau, G. T., & Keller, M. M. (2000). *The military child: Mobility and education*. Bloomington, IN: Phi Delta Kappa Educational Foundation.
- De Soir, E. (1997). Problemas Familiares nas Operações de Manutenção de Paz. *Revista de Psicologia Militar*, 10, 23-32.
- Dillon, R. F., & Pellegrino, J. W. (Eds.) (1989). *Testing: Theoretical and applied perspectives*. New York: Praeger.
- Driskell, J. E., & Olmstead, B. (1989). Psychology and the military: Research applications and trends. *American Psychologist*, 44, 43-54.
- Ellis, H. A. (Ed.) (1986). *Military contributions to instructional technology*. New York: Praeger.
- Fenell, D. L. (1993). Using Bowen's differentiation of self scale to help couples understand and resolve marital conflict. In T. S. Nelson & T. S. Trepper (Eds.), *101 interventions in family therapy*. New York: Haworth Press.
- Fenell, D. L., & Wallace, C. (1985). Remarriage: The triumph of hope over experience: A challenge for counseling professionals. *Arizona Counseling Journal*, 10, 12-18.
- Fenell, D. L., & Weinhold, B. K. (2003). *Counseling families: An introduction to marriage and family therapy* (3rd ed.). Denver: Eove Publishing.
- Ford, D. H. (1994). *Humans as Self-Constructing Living Systems: A Developmental Perspective on Behavior and Personality* (2nd ed.). State College, PA: Ideals.
- Gal, R., & Mangelsdorff, A. D. (Eds.) (1991/1996). *Handbook of military psychology*. New York: Wiley.
- Harvey, S. C. (2002). Debriefing/decompression: Psychological support for OEF casualties. *US Army Medical Department Journal*, Oct-Dec, 14-20.
- Hunt, J. G., & Blair, H. D. (Eds.) (1985). *Leadership on the future battlefield*. New York: Pergamon-Brassey.
- Layne, C. M., Hohenshil, T. H., & Singh, K. (2004). The relationship of occupational stress, psychological strain, and coping resources to the turnover intentions of rehabilitation counselors. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, Vol. 48, 1, 19-30.

- Lehr, C. A., Johnson, D. R., Bremer, C. D., Cosio, A., & Thompson, M. (2004). *Essential tools: Increasing rates of school completion: Moving from policy and research to practice*. Minneapolis, MN: University of Minnesota.
- Lowman, R. L. (1993). *Counseling and Psychotherapy of Work Dysfunctions*. Washington, DC: APA.
- Maida, C. A., Gordon, N. S., & Farberow, N. L. (1989). *The Crisis of Competence, Transitional Stress and the Displaced Worker*. NY: Brunner/Mazel.
- McGoldrick, M., Pearce, J. K., & Giordano, J. (1992). *Ethnicity and family therapy*. New York: Guilford.
- McGuire, F. (1990). *Psychology aweigh! A history of clinical psychology in the United States Navy*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Neff, W. S. (1985). *Work and Human Behavior*. Aldine: Gruyter.
- Noy, S. (1991). Combat stress reactions. In R. Gal & A. D. Mangelsdorff (Eds.), *Handbook of military psychology* (pp. 507-530). New York: John Wiley & Sons.
- O'Brien, T. G., & Charlton, S. G. (Eds.) (1995). *Handbook of human factors testing and evaluation*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Olin, G. V., & Fenell, D. L. (1989). The relationship between depression and marital adjustment in a general population. *Family Therapy, XVI*, 11-20.
- Paiva, L., Cerdeira, E., Rodrigues, A., & Ferro F. (1997). O Militar Português em Missões de Paz – Factores Humanos no Pré e no Pós-Deslocamento. *Revista de Psicologia Militar, 10*, 35-56.
- Pollock, D. C., & Van Reken, R. E. (2001). *Third culture kids: The experience of growing up among worlds*. Yarmouth, ME: Intercultural Press, with London: Nicholas Brealey Publishing.
- Quinault, W. (1992). A study of the incidence of stress and anxiety related health problems among the dependants of RAF personnel during the Gulf War. *Nursing Practice, 5* (2), 12-24.
- Rice, P. L. (1999). *Stress and Health*. Chicago, IL: Cengage Learning.
- Ross, R., & Altmaier, E. M. (1994). *Intervention in Occupational Stress: A Handbook of Counseling for Stress at Work*. Thousand Oaks, CA: Sage.

- Rothberg, J. M., Ursano, R. J., & Holloway, H. C. (1987). Suicide in the United States military. *Psychiatric Annals*, 17, 545-548.
- Rumsey, M. G., Walker, C. B., & Harris, J. H. (Eds.) (1994). *Personnel selection and classification*. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
- Saxon, J. P., & Stanley, S. R. (1980). Occupational Stress: Implications for Vocational Rehabilitation Counseling. *Journal of Rehabilitation*, Vol. 46, 2, 56-60.
- Schincariol, M. F., & Vasconcellos, A. C. (2001). Suporte psicossocial a familiares de militares durante operação de manutenção de paz. *Psicologia: Teoria e Prática*, 3, (2), 37-45.
- Solomon, Z. (1993). *Combat stress reaction: The enduring toll of war*. New York: Plenum.
- Stay Well Company. (1998). *A guide to managing stress*. [Brochure], San Bruno, CA: Author.
- Sykes, I. J., & Eden, D. (2008). Transitional stress, social support, and psychological strain. *Journal of Organizational Behavior*, Vol. 6, 4, 293-298.
- Taylor, H. L., & Alluisi, E. A. (1994). Military psychology. In *Encyclopedia of human behavior, Volume 3* (pp. 191-201). New York: Academic Press.
- Ursano, R. J., Holloway, H. C., Jones, D. R., Rodriguez, A. R., & Belenky, G. L. (1989). Psychiatric Care in the Military Community: Family and Military Stressors. *Hospital and Community Psychiatry*, 40 (12), 1284-1289.
- Vandesteeg, C. (2001). *When duty calls: A guide to equip active duty, guard, and reserve personnel and their loved ones for military separations*. Enumclaw, WA: WinePress.
- Waite, L. J., & Gallagher, M. (2000). *The case for marriage*. New York: Doubleday.
- West, L., Mercer, S. O., & Altheimer, E. (1993). Operation Desert Storm: the Response of a Social Work Outreach Team. *Social Work in Health Care*, 19 (2), 81-98.
- Wigdor, A. K., & Green, B. F., Jr. (Eds.) (1991). *Performance assessment for the workplace*. Washington, DC: National Academy Press.
- Wiskoff, M. F., & Rampton, G. L. (Eds.) (1989). *Military personnel measurement: Testing, assignment, evaluation*. New York: Praeger.
- Yuh Huey Jou & Fukada, H. (1996). The causes and influence of transitional stress among Chinese students in Japan. *The Journal of Social Psychology*, Vol. 136, 4, 501-509.

Zeidner, J. (Ed.) (1986). *Human productivity and enhancement: Volume 1: Training and human factors in systems design*. New York: Praeger.

Zeidner, J. (Ed.) (1987). *Human productivity and enhancement: Volume 2: Organization, personnel, and decision making*. New York: Praeger.

Zeidner, J., & Drucker, A. (1983). *Behavioral science in the Army: A corporate history of the Army Research Institute*. Alexandria, VA: U.S. Army Research Institute for the Behavioral and Social Sciences.

Counseling and stress: the case limit of military conflicts

In this paper strategies of intervention in stressful situations are presented, within armed conflict domains. After a description of the field of military psychology, some core counseling issues are addressed in what concerns war situations.

Key-Words: Military psychology; Stress; Counseling.

Consultation psychologique et stress: le cas limit des conflits militaires

Dans l'article des stratégies d'intervention sont présentés pour les situations de conflit armé. Depuis la description du champ de la psychologie militaire, les principaux thèmes de la consultation psychologique pour le stress sont adressés.

Mots-Clés: Psychologie militaire ; Stress ; Consultation psychologique.

Inventário de Evitamento de Young-Rygh: estudos de validação e estrutura factorial numa amostra da população geral*

Carolina Dall'Antonia da Motta³, Daniel Rijo¹ & José Pinto Gouveia¹

Este artigo apresenta os estudos de validação do Inventário de Evitamento de Young e Rygh (*Young-Rygh Avoidance Inventory* – YRAI), bem como os estudos sobre a estrutura factorial do mesmo, realizados numa amostra de 231 sujeitos da população geral.

O YRAI é constituído por 40 itens, seleccionados para avaliarem diferentes tipos de processos de evitamento de esquema, sejam estes de natureza cognitiva, emocional ou comportamental, sendo proposto pelos autores a existência de 14 estratégias de evitamento diferenciadas. Os itens foram definidos a partir das estratégias de evitamento mais comumente utilizadas por doentes que realizaram Terapia Focada nos Esquemas, sobretudo indivíduos com Perturbações da Personalidade.

O YRAI revelou possuir boas características psicométricas e foi possível extrair um modelo factorial de 12 factores, cuja maioria se sobrepõe aos teoricamente definidos. Uma análise factorial de segunda ordem permitiu extrair três dimensões principais de evitamento: Comportamental/Somático, Cognitivo e Emocional, de acordo com o modelo conceptual proposto (Young, 1990, 1999).

Palavras-Chave: Evitamento de Esquema; Inventário de Evitamento de Young-Rygh; Terapia Focada nos Esquemas

* Este artigo baseia-se na tese de mestrado da primeira autora intitulada “Estudos psicométricos e da estrutura factorial do YRAI”, realizada no âmbito do plano de estudos do 2º ciclo do Mestrado Integrado em Psicologia Clínica Cognitivo-Comportamental da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra. Quer a referida dissertação, quer o presente artigo foram financiados pelo Projecto “Estruturas Cognitivas Nucleares, Psicopatologia Sintomática e Perturbações da Personalidade” (POCI/PSI/60954/2004) da Fundação para a Ciência e Tecnologia.

³ Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra. (drijo@fpce.uc.pt)

1. Introdução

O evitamento é uma estratégia de *coping* mal adaptativa reconhecida por clínicos e investigadores de diversas orientações teóricas existentes, desde a psicanálise de Freud em que um dos objectivos fundamentais da intervenção seria trazer à consciência o material doloroso que foi reprimido, às abordagens mais recentes, como a Terapia Racional-Emotiva e a Terapia da Aceitação Emocional, que preconizam a aceitação das emoções como principal objectivo para o bem-estar psicológico do indivíduo.

De acordo com Cloitre (1992), alguns indivíduos são mais predispostos a evitar informação de modo a diminuir a percepção da ameaça sentida, quando a mesma ultrapassa um determinado limiar de importância ou relevância. Consoante o contexto e a perspectiva temporal, é possível que o evitamento seja uma estratégia eficaz e até adaptativa para gerar bem-estar psicológico ou para o funcionamento do indivíduo, particularmente em situações menos intensas, quotidianas e de curto prazo, tais como evitar demonstrar sinais de ansiedade durante uma entrevista de trabalho ou evitar sinais de aborrecimento perante uma pessoa querida. No entanto, em situações mais dramáticas, o evitamento como estratégia de *coping* pode tomar contornos psicopatológicos.

O evitamento pode apresentar-se de diversos modos (emocional, cognitivo ou sob a forma de comportamentos, sintomas fisiológicos, etc.), bem como ser dirigido aos mais diversos estímulos ou fontes de estímulos. Neste sentido, o conceito de evitamento inclui, portanto, qualquer forma de escape ou evasão que tenha por objectivo alterar a forma ou a frequência dos eventos e dos contextos considerados ameaçadores ou indesejados pelo sujeito.

Em diversos estudos que envolvem populações clínicas e não clínicas, o evitamento apresenta correlações fortes com medidas de psicopatologia geral e específica, existindo também evidência de que o evitamento experiencial⁴ é um factor de vulnerabilidade para as perturbações de ansiedade e não apenas uma consequência das mesmas (Hayes e Feldman, 2004, Kashdan, Barrios, Forsyth e Steger, 2006).

⁴ Segundo Hayes *et al* (1996), o evitamento experiencial ocorre quando uma pessoa está relutante em permanecer em contacto com “experiências particulares privadas (i.e., sensações corporais, emoções, pensamentos, memórias, predisposições comportamentais)”, e está presente nas mais diversas formas de psicopatologia.

Numa revisão da literatura acerca das perturbações clínicas, Hayes, Wilson, Gifford, Follette, e Strosahl (1996) salientam que o evitamento é um factor importante quer na etiologia, quer na manutenção de padrões patológicos em diversas perturbações.

De facto, as consequências negativas do evitamento na intensificação e manutenção das perturbações ansiosas foram largamente estudadas e descritas do ponto de vista cognitivo-comportamental, como facilmente se observa na clínica em que, frequentemente, tais comportamentos impedem a desconfirmação de pensamentos e crenças irrealistas que geram e intensificam a própria ansiedade que se deseja prevenir (cf. Beck, Emery & Greenberg, 1985; Hayes *et al.*, 1996 e Kashdan *et al.*, 2006).

Um dos modelos mais integradores que surgiu na área dos modelos cognitivo-comportamentais é a Terapia Focada nos Esquemas (TFE), proposta por Young e cols. a partir de 1990 (Young, 1990; Young & Lindemann, 1992; Young, Klosko e Weishar, 2003).

Integrando construtos provenientes de outras abordagens e autores adentro do paradigma cognitivo, Young define quatro construtos fundamentais: Esquemas Precoces Mal Adaptativos (EPM), Processos de Evitamento, Processos de Manutenção e Processos de Compensação dos esquemas. Os EPM correspondem à noção de esquema ou crença nuclear e são caracterizados por terem a sua origem na infância, resultarem de experiências disfuncionais com pais, familiares e pares, gerarem padrões nocivos de comportamento, manterem-se inalterados ao longo da vida e estarem associados a elevados níveis de afecto disruptivo quando são activados, sendo que os EPM são activados por um vasto leque de situações relacionadas com o conteúdo dos mesmos.

Estes esquemas são habitualmente crenças incondicionais acerca do eu e da relação com os outros que interferem de modo significativa na vida do indivíduo, na medida em que o impedem de satisfazer necessidades nucleares, tais como a necessidade de autonomia, de integração e validação social, de auto-expressão, etc. (Young, 1990; Young & Lindemann, 1992; Young, Klosko e Weishar, 2003).

Os EPM, porque são centrais ao eu, tornam-se confortáveis e familiares para o indivíduo e, por isso mesmo, a mudança esquemática torna-se ameaçadora para a organização cognitiva nuclear do sujeito. Neste sentido, os processos esquemáticos anteriormente referidos permitem a auto-perpetuação dos EPM contribuindo, assim, para a manutenção da coerência

cognitiva do sujeito. Na medida em que dificultam a mudança esquemática, contribuem para a manutenção e/ou agravamento da psicopatologia associada aos esquemas.

Os *processos de manutenção do esquema* são responsáveis não só pela manutenção dos esquemas, mas também pelo seu reforço. Correspondem às distorções cognitivas descritas por Beck, Rush, Shaw e Emery (1979), e incluem também padrões de comportamento mal adaptativo, como por exemplo, a escolha disfuncional de parceiro.

Os *processos de compensação do esquema* são habitualmente definidos como a adopção de um estilo cognitivo e/ou comportamental oposto ao que seria de prever a partir do conhecimento dos EPM do sujeito. Por vezes, a compensação do esquema ocorre através do desenvolvimento de um esquema compensatório (EPM de grandiosidade, como compensação de um EPM primário de defeito). A compensação do esquema pode ser vista como uma tentativa parcialmente bem sucedida para lidar com o EPM primário. No entanto, torna-se disfuncional porque não permite que o doente esteja preparado para lidar com situações em que a compensação falha e o EPM primário é activado.

Os *processos de evitamento do esquema* impedem que o indivíduo experimente emoções intensas e desagradáveis, tais como ira, ansiedade, tristeza e culpa, decorrentes da activação de seus EPM. Em contrapartida, previnem o acesso a memórias, sentimentos e informações relacionadas com os EPM. Deste modo, enquanto por um lado protegem o indivíduo do sofrimento experimentado quando determinado EPM é activado, por outro lado impedem a experiência e o processamento de informação capaz de infirmar o EPM que está a ser evitado.

Os processos de evitamento do esquema podem ser volitivos ou automáticos e podem ter como objectivo o evitamento da activação do esquema ou evitamento da experiência emocional associada ao mesmo. Assim, as estratégias de evitamento habitualmente utilizadas por determinado indivíduo podem ser conceptualizadas como um *coping* do sujeito para lidar com os seus EPM. Tais estratégias de evitamento, quando aprendidas, podem desenvolver-se como um padrão de resposta instrumental (mantido por reforço negativo), uma vez que os seres humanos aprendem a utilizar uma série de estratégias para evitar acontecimentos negativos e aplicam-nas naturalmente para emoções consideradas também “negativas” (Hayes *et al*, 1996; Young, Klosko e Weishar, 2003).

Young (1990, 1999) identificou três tipos de processos de evitamento, em função da natureza dos mesmos:

(a) *evitamento cognitivo*, que consiste no evitamento de cognições, pensamentos e imagens associados ao esquema, podendo manifestar-se como dificuldades em evocar determinadas memórias, em recordar acontecimentos do passado, ou, noutros casos, assumir a forma de despersonalização como estratégia para sair psicologicamente da situação activadora, ou o recurso a um comportamento compulsivo como forma de distração. A noção de evitamento cognitivo sobrepõe-se parcialmente à noção de mecanismos de defesa nas teorias analíticas;

(b) *evitamento emocional*, que consiste no evitamento das emoções e sentimentos associadas ao esquema e que são experimentados sempre que este é activado; assim, indivíduos com evitamento emocional podem bloquear as emoções primárias associadas ao esquema, mesmo em situações em que seria esperado outro quadro que as experimentassem; em consequência as emoções são experienciadas de modo mais crónico, generalizado e difuso, com tendência para o desenvolvimento de sintomas psicossomáticos;

(c) *evitamento comportamental*, que consiste no evitamento de situações ou contextos nos quais um determinado EPM seria activado; isolamento social, desistência de uma carreira, de uma promoção ou de um casamento, agorafobia e procrastinação são frequentemente comportamentos típicos do evitamento comportamental do esquema (Young, 1999).

Do que foi anteriormente exposto não deve, no entanto, deduzir-se que existe uma distinção rígida entre estes tipos de evitamento e que estes não possam ocorrer simultaneamente, uma vez que as memórias, os pensamentos, as emoções e o comportamento estão intimamente ligados (Hayes *et al*, 1996).

Estudos empíricos realizados com o YRAI

Young e colaboradores desenvolveram uma série de instrumentos de auto-resposta destinados à avaliação dos principais construtos definidos no modelo da TFE. Um deles é o Young-Rygh Avoidance Inventory – YRAI (Young e Rygh, 1994; versão portuguesa revista de Pinto Gouveia, Fonseca e Salvador, 2003), concebido para avaliar as várias estratégias de evitamento utilizadas pelos sujeitos.

Enquanto o questionário de esquemas tem sido alvo de uma quantidade considerável de investigação (Lee, Taylor e Dunn, 1999; Rijo, 2000; Petrocelli, Glaser, Calhoun e Campbell,

2001; Waller, Meyer, e Ohanian, 2001; Glaser, Campbell, Calhoun, Bates e Petrocelli, 2002; Welburn, Coristine, Dagg, Pontefract, e Jordan, 2002; Cecero, Nelson e Gillie, 2004; Jovev e Jackson, 2004; Calvete, Estévez, Arroyabe, e Ruiz, 2005; Pinto Gouveia, Rijo, Matos e Dinis, 2008), conduzindo a versões cada vez mais reduzidas e robustas para a avaliação dos EPM, os restantes questionários têm sido bastante menos estudados. No caso concreto do YRAI, existem poucos estudos, quer sobre as suas propriedades psicométricas, quer sobre a estrutura factorial do mesmo.

O primeiro estudo publicado com o YRAI foi realizado por Spranger, Waller, e Bryant-Waugh (2001) e debruçou-se sobre a relação entre o evitamento e a psicopatologia bulímica. Trata-se de um estudo realizado numa pequena amostra de 19 participantes que preenchiam critérios para bulimia nervosa de acordo com o DSM-IV (APA, 1994) e 74 voluntárias sem problemas do comportamento alimentar no grupo não clínico. Os itens do YRAI foram agrupados *a priori* pelos autores baseados na análise do conteúdo dos mesmos, sendo que 9 itens que não se encaixavam nas categorias “cognitivo”, “comportamental”, “somático” ou “emocional” foram eliminados. Após realizar testes de fiabilidade (*alpha* de Cronbach) na amostra de voluntárias, verificou-se que os maiores níveis de consistência interna eram encontrados quando se agrupavam as subescalas cognitiva/emocional e comportamental/somática. Os resultados encontrados apontam no sentido de que a amostra bulímica apresenta maiores pontuações nas escalas do YRAI e ao nível das dimensões encontradas neste estudo, a dimensão comportamental/somática estava mais associada à amostra de bulímicas do que na amostra sem problemas do comportamento alimentar, embora esta dimensão não diferenciasse os dois grupos. No entanto é de realçar que este estudo apresenta limitações metodológicas consideráveis, sendo que qualquer interpretação dos resultados deve ser feita com muita cautela.

Luck, Waller, Meyer, Ussher e Lacey (2005), estudaram as características psicométricas do YRAI numa amostra clínica constituída por 134 sujeitos com perturbações do comportamento alimentar e numa amostra de 345 sujeitos sem perturbação do comportamento alimentar, sendo que ambas as amostras eram constituídas unicamente por sujeitos do sexo feminino. Os autores encontraram uma baixa consistência interna para o YRAI nestas amostras (*alphas* inferiores a 0,7) e, numa análise factorial exploratória emergiram dois factores distintos designados pelos autores como evitamento

comportamental/somático e evitamento cognitivo/emocional, cuja consistência interna era fraca. Também estes resultados devem ser vistos com cautela, tendo em conta quer o tamanho da amostra utilizada, quer a falta de validade ecológica dos mesmos uma vez que a amostra de doentes foi constituída unicamente por indivíduos com perturbação do comportamento alimentar.

Um terceiro estudo foi realizado por Brotchie, Hanes, Wendon e Waller (2006) comparando indivíduos que abusam de álcool com indivíduos que abusam de opiáceos a nível dos processos de evitamento e de compensação do esquema. Os autores testaram a hipótese de que o abuso de álcool estaria mais associado a comportamentos de supressão da experiência emocional, enquanto que o abuso de opiáceos estaria mais associado à tendência para evitar a activação de emoções primárias. Compararam 30 doentes que abusavam de álcool com 30 doentes que abusavam de opiáceos. Não foram encontradas diferenças entre os grupos ao nível dos processos esquemáticos (quer os de evitamento, quer os de compensação). No entanto, os autores referem que os grupos diferem entre si na relação entre a severidade do uso da substância psicoactiva e o grau de evitamento comportamental/somático medido pelo YRAI. Mais especificamente, apenas nos doentes alcoólicos, o grau de consumo de álcool era maior nos indivíduos mais propensos a evitar activação emocional por recurso a estratégia de evitamento comportamentais/somáticas. No entanto, e mais uma vez, este estudo apresenta limitações metodológicas, nomeadamente o facto de as dimensões de evitamento terem sido definidas com base na análise factorial de componentes principais realizada por Luck *et. al* (2005).

Em suma, os três estudos publicados com o YRAI sofrem de limitações metodológicas consideráveis e foram todos realizados com amostras clínicas de tamanho reduzido.

O único estudo acerca da estrutura factorial do YRAI com uma amostra clínica diversificada foi realizado por Karaosmanoglu (2007), numa amostra de 701 doentes turcos que receberam TFE. Uma análise factorial de componentes principais do YRAI permitiu extrair onze factores distintos, denominados pelo autor da seguinte forma: Bloqueio de Pensamentos, Isolamento Social, Sentimentos de Felicidade, Indiferença, Sintomas psicossomáticos, Letargia, Racionalidade Excessiva, Bloqueio de memórias, Bloqueio da raiva, Auto-apaziguamento e Uso de Substâncias. Uma análise factorial de segunda ordem revelou existirem 2 factores distintos: Evitamento Cognitivo e Evitamento Experiencial, este

último descrito como um estilo de evitamento em que o sujeito tenta evitar sentimentos dolorosos através da mudança da experiência imediata, mediante acções comportamentais ou sensorialmente estimulantes.

Tendo em conta as limitações apontadas aos estudos existentes sobre o YRAI, e perante a ausência de estudos psicométricos e sobre a estrutura factorial do instrumento em amostras não-clínicas de tamanho adequado, torna-se imperativo o estudo das características psicométricas do inventário, bem como a análise da estrutura factorial do mesmo, tendo em conta a utilidade clínica do YRAI, bem como o seu interesse para a investigação no modelo cognitivo-comportamental.

2. Método

2.1. Objectivos

Este trabalho tem por objectivo estudar as características psicométricas do YRAI numa amostra portuguesa da população geral, bem como explorar a estrutura factorial do mesmo instrumento.

2.2 Participantes

A **amostra geral**, ou não clínica, foi constituída por 73 sujeitos do sexo masculino (31,6%) e 158 do sexo feminino (68,4%), num total de 231 participantes, cuja média etária é de 26,94 anos e que referiram não terem tido qualquer acompanhamento psiquiátrico ou psicológico nos últimos dois anos.

O Quadro 1 apresenta os dados descritivos da amostra.

Quadro 1. Descrição da amostra (n = 231)

	M	DP
Idade	26,94	10,47
Anos de Escolaridade	13,58	3,18

	n	%
Sexo		
Masculino	73	31,6
Feminino	158	68,4
Estado Civil		
Solteiro	167	72,3
Casado	46	19,9
Divorciado	4	1,7
Viúvo	1	0,4
União de Facto	13	5,6
Nível Sócio-Económico		
Baixo	40	17,3
Médio	59	25,5
Alto	15	6,5
Estudante	117	50,6

2.3. Procedimentos e instrumentos

A recolha da informação junto dos sujeitos respeitou a ética e a deontologia inerentes à investigação. Foi facultado esclarecimento dos procedimentos e objectivos do estudo e da informação acerca do papel voluntário do participante, oralmente e/ou por escrito. As escalas foram passadas individualmente aos voluntários que constituíram a amostra, tendo sido devolvidas pessoalmente ou por via postal.

O preenchimento das escalas seguiu sempre a mesma ordem: EADS-21, YSQ-S3, DERS, YRAI e BSI. Em seguida é apresentado uma breve descrição de cada um dos instrumentos utilizados, bem como das principais características psicométricas de cada um deles.

EADS-21 – Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (Lovibond e Lovibond, 1995; versão portuguesa de Pais-Ribeiro, Honrado e Leal, 2004)

Esta escala é constituída por 21 itens e destina-se a avaliar a depressão, a ansiedade e o stress. O participante responde, numa escala tipo *Likert*, a cada item, em função do que lhe aconteceu na semana anterior ao preenchimento: “não se aplicou nada a mim”, “aplicou-se a

mim algumas vezes”, “aplicou-se a mim muitas vezes”, “aplicou-se a mim a maior parte das vezes”.

Estudos realizados por Apóstolo, Mendes e Azeredo (2006), numa amostra clínica de 101 indivíduos revelam que este instrumento tem propriedades adequadas para estudar estados emocionais, sendo o valor da consistência interna da escala total de 0,95 e os das subescalas de 0,90, 0,86 e 0,88, respectivamente para as subescalas de depressão, ansiedade e stress. Os resultados da análise factorial revelam a presença de apenas 2 factores, um para depressão e um que agrupa os itens de stress e ansiedade, ao contrário do previsto no modelo tripartido inicial. O estudo realizado por Pais-Ribeiro *et al.* (2004), numa amostra de estudantes revelou valores semelhantes para a consistência interna e uma estrutura factorial tridimensional, embora a subescala de ansiedade fosse a menos robusta.

YSQ-S3 – Questionário de Esquemas de Young (Young, 2005, traduzido e adaptado por Pinto Gouveia, Rijo e Salvador, 2006)

O questionário de esquemas de Young é constituído por 90 itens destinados a avaliar a presença de 18 esquemas precoces mal adaptativos. A escala de resposta é cotada de 1 a 6, desde “Completamente falso, isto é, não tem absolutamente nada a ver com o que acontece comigo” até “Descreve-me perfeitamente, isto é, tem, tudo a ver com o que acontece comigo”. Estudos com a versão portuguesa de 123 itens (versão anterior do YSQ) revelaram que 14 factores explicavam 49,67% da variância total. Os coeficientes alfa para os 13 EPM concordantes com as definições de Young situavam-se entre ,71 e ,95 (com a excepção do esquema de Vulnerabilidade ao mal e à doença, $\alpha = ,67$) num grupo de doentes com perturbações da ansiedade (Pinto-Gouveia, Castilho, Galhardo e Cunha, 2006). Um estudo recente numa amostra de 1226 indivíduos da população portuguesa, utilizando o YSQ-S3 numa análise factorial confirmatória, forneceu bons indicadores para a aceitação de uma estrutura factorial de 18 factores correlacionados entre si, se forem eliminados apenas 6 dos 90 itens originais (Pinto Gouveia, Rijo, Matos e Dinis, 2008).

BSI – Brief Symptom Inventory (L. Derogatis, 1982; versão portuguesa de Canavarro, 1996.)

Largamente utilizado em contexto clínico e de investigação, o BSI é constituído por 53 itens que avaliam sintomas fisiológicos e psicológicos sentidos ao longo de uma semana. Estes são avaliados em termos de nove dimensões de sintomatologia (Somatização, Obsessões-Compulsões, Sensibilidade Interpessoal, Depressão, Ansiedade, Hostilidade, Ansiedade Fóbica, Ideação Paranóide e Psicoticismo). O BSI permite também calcular três índices globais de psicopatologia - Índice Geral de Sintomas, Total de Sintomas Positivos e Índice de Sintomas Positivos.

Este instrumento apresenta uma boa estabilidade temporal e uma validade discriminante satisfatória ao distinguir entre sujeitos não perturbados e sujeitos perturbados emocionalmente. As subescalas apresentam boa consistência interna (α entre 0,7 e 0,8), sendo que apenas as escalas de Ansiedade Fóbica e Psicoticismo apresentam um valor ligeiramente inferior (Canavarro, 1999).

DERS – Difficulties in Emotion Regulation Scale (Gratz e Roemer, 2004a; versão portuguesa de Pintó-Gouveia e Veloso, 2007)

A Escala de Dificuldades na Regulação Emocional foi concebida para avaliar diferentes dimensões da regulação emocional. Os 36 itens que constituem a escala são respondidos numa escala de 1 a 5, de acordo com a frequência com que as afirmações se aplicaram ao respondente ao longo do último mês. Estes itens são recodificados de modo que as pontuações mais altas indiquem maiores dificuldades na regulação emocional. (Gratz e Roemer, 2004b)

Esta escala apresenta alta consistência interna ($\alpha = 0,93$ para escala total e $\alpha > 0,80$ para todas as subescalas) e estabilidade teste-reteste ($\rho_I = ,88$, $p = < ,01$ para um intervalo de 4 a 8 semanas), bem como uma adequada validade construto e preditiva de comportamentos relacionados com desregulação emocional (frequência de abuso de parceiro íntimo ou auto-infligimento deliberado). Avalia 6 factores distintos, sendo eles (1) não-aceitação da resposta emocional, (2) dificuldades em manter o comportamento dirigido ao objectivo, (3) dificuldade em controlar os impulsos, (4) falta de consciência emocional, (5) acesso limitado às estratégias de regulação emocional e (6) falta de clareza emocional. Num estudo com uma

amostra de 431 sujeitos, o *alpha* total da escala foi de 0,904, variando os valores de consistência interna das 6 subescalas entre 0,678 e 0,865; a escala apresenta também boa fidelidade teste-reteste ($r = ,841$) (Veloso, 2007).

YRAI – Young-Rygh Avoidance Inventory (Young e Rygh, 1994; versão portuguesa revista de Pinto Gouveia, Fonseca e Salvador, 2003)

Este questionário é destinado a avaliar diversas estratégias de evitamento de esquemas, no contexto do modelo da Terapia Focada nos Esquemas. Os 40 itens que constituem a escala podem ser respondidos numa escala tipo Likert de 1 a 6, em que o 1 corresponde ao que menos se ajusta ao caso do respondente (“Completamente falso, isto é, não tem nada a ver com o que acontece comigo”) e 6 ao maior grau de ajustamento da afirmação ao caso do respondente (“Descreve-me perfeitamente, isto é, tem tudo a ver com o que acontece comigo”), sendo que as pontuações mais altas indicam maior evitamento esquemático (Young, Klosko e Weishar, 2003).

Segundo Young (2007), a escala mede 14 tipos diferentes de evitamento, denominados Isolamento social, Sintomas psicossomáticos, Negação de memórias, Negação da infelicidade, Distracção pela actividade, Não pensar em coisas perturbadoras propositadamente, Supressão da raiva, Racionalidade Excessiva e Controlo, Abuso de Substâncias, Auto-apaziguamento (comer, comprar, etc.), Bloqueio passivo de emoções perturbadoras, Evitamento de situações perturbadoras, Evitamento através do sono/falta de energia, Distracção passiva (fantasia, sonhar acordado, ver muita TV).

A escala foi traduzida e adaptada para língua portuguesa e posteriormente revista em 2003 por Pinto Gouveia, Fonseca e Salvador, sendo que, até ao momento, não foi realizado nenhum estudo acerca das propriedades psicométricas ou da estrutura factorial deste instrumento em Portugal.

3. Resultados

3.1 Consistência interna

O teste da fiabilidade da escala completa para a amostra geral revelou uma boa consistência interna (α estandardizado do total da escala = ,787), variando os *alphas* da escala quando é retirado cada um dos itens entre ,77 e ,79. Os valores referentes a cada item são apresentados no Quadro 2. No que concerne à correlação item-total, apenas os itens 10 e 39 apresentam valores de *r* item-total próximos de ,20. No entanto, o *alpha* total da escala não sofre um incremento suficientemente considerável que justifique a remoção destes itens (Pestana e Gageiro, 2003).

Quadro 2. YRAI - Estatísticas item-total e alfa se o item for retirado para a amostra geral (n = 231)

Item nº	R Item-total	Alfa de Cronbach (removendo item)
1	0,27	0,79
2	0,36	0,79
3	0,57	0,80
4	0,52	0,79
5	0,42	0,78
6	0,38	0,79
7	0,38	0,79
8	0,47	0,79
9	0,35	0,79
10	0,20	0,79
11	0,47	0,78
12	0,35	0,79
13	0,56	0,78
14	0,46	0,78
15	0,34	0,78
16	0,29	0,79
17	0,51	0,78
18	0,29	0,79
19	0,43	0,79
20	0,44	0,78
21	0,43	0,79
22	0,28	0,79
23	0,37	0,78
24	0,52	0,78
25	0,36	0,78
26	0,37	0,78
27	0,48	0,78
28	0,52	0,78

Item nº	R Item-total	Alfa de Cronbach (removendo item)
29	0,50	0,80
30	0,62	0,78
31	0,38	0,78
32	0,54	0,78
33	0,34	0,78
34	0,43	0,79
35	0,32	0,78
36	0,36	0,78
37	0,39	0,78
38	0,38	0,78
39	0,23	0,79
40	0,27	0,79

3.2 Estrutura Factorial do YRAI

Análise factorial de 1ª ordem. Foram realizadas diversas análises factoriais nesta amostra para se explorar a estrutura ortogonal ou oblíqua da escala, sendo que a baixa correlação entre os itens que saturaram num determinado factor e os restantes factores sugere tratar-se de uma estrutura ortogonal, ou seja, de factores pouco correlacionados entre si. Sendo assim, optou-se por uma análise factorial com rotação Varimax. O reduzido número de iterações necessárias para o cálculo da solução rodada revela também a adequação dos dados a este modelo (Pestana e Gageiro, 2003). Este método é utilizado como uma tentativa de maximizar a dispersão das saturações entre os factores, de modo a que os resultados constituam agrupamentos de factores mais facilmente interpretáveis (Field, 2005). Procedeu-se então à extracção de factores segundo o critério dos *eigenvalues* superiores à 1.

Uma primeira solução factorial apresentou 12 factores, que explicavam 61,70% da variância total e, com o objectivo de identificar o número de factores necessários para se explicar a maior parte da variância sem se perder a interpretabilidade, procedeu-se à análise da matriz de correlações. Nesta solução, um número considerável de itens apresentou saturações elevadas em mais do que um factor, por razões que se podem atribuir a diversas causas, tais como as características da amostra ou diferentes interpretações dum mesmo item. Não sendo possível recorrer aos coeficientes *alpha* para auxiliar a tomada de decisão para a eliminação destes itens, tendo em conta os valores de *r* item-total (cf. Quadro 2), foi decidido um critério duplo para eliminação de itens: itens cujas saturações fossem inferiores a ,40 e,

entre estes, aqueles cujas diferenças entre a saturação noutros factores e no factor principal fossem inferiores a ,10. Deste modo, eliminaram-se os itens 3 (*Sinto-me feliz a maior parte do tempo*), 12 (*Tenho muitas vezes dores de cabeça*), 35 (*A maior parte do tempo, procuro viver a minha vida sem grandes emoções*) e 37 (*Tento não me meter em situações difíceis ou que me fazem sentir desconfortável*). Realizou-se então uma nova análise factorial que revelou uma estrutura também constituída por 12 factores e que explica 64,185% da variância total da escala (Cf. Quadro 3).

Cabe salientar que a adequabilidade de amostra é boa ($KMO > 0,7$) e que a probabilidade da matriz R ser uma matriz de identidade é muito baixa ($p < 0,001$).

Como se pode observar no Quadro 3, alguns itens, nomeadamente os itens 27 e 32, ainda apresentam saturações inferiores a 0,50 ou comuns a outros factores. De modo a não prolongar as análises indefinidamente, e porque mais omissões ou restrições de factores acabariam por interferir na leitura clara dos factores inicialmente extraídos, tendo ainda em conta que estes dois itens fazem mais sentido em termos de conteúdo no factor cuja saturação é mais alta, os autores decidiram mantê-los na análise.

(Continua)

Quadro 3. Matriz de componentes rodada

Item nº	Componentes											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
30	,835											
13	,811											
20	,673											
11		,659										
15		,618										
14		,575										
38		,533										
36		,530										
22		,451										
24			,813									
28			,721									
23			,721									
21				,761								
8				,644								
33				,470								
27			,362	,451								,419
5					,740							
17					,716							
19					,606							
34						,832						
29						,768						
2							,753					
7							,752					
9							,551					
1								,751				
31								,601				
32				,400				,494				
26									,772			
25									,669			
6										,785		
18										,671		
4						,346				,432		
40											,677	
39											,656	
16											-,495	
10												,685

Método de extracção: Análise dos Componentes Principais.
Método de rotação: Varimax com normalização Kaiser.
^a. Rotação convergiu em 17 iterações.

Procedendo à leitura dos itens agrupados nos diferentes factores ou componentes, foram atribuídas designações de acordo com o tema comum subjacente aos itens, tendo também em

conta os componentes cujos itens se agrupavam de modo idêntico à solução obtida junto da amostra de doentes (cf. artigo dos mesmos autores neste número da revista) e tendo em conta os factores teóricos propostos por Young (2007). O Quadro 4 apresenta os factores empíricos, as respectivas designações, bem como os itens que os constituem. Para cada factor empírico é apresentado o valor de consistência interna (α de Cronbach).

Quadro 4. Designação e consistência interna dos Factores empíricos

Factores

F1 – Isolamento social ($\alpha = ,77$)

- 30 - Isolo-me quando estou triste.
- 13 - Isolo-me quando estou zangado(a).
- 20 - Afasto-me das pessoas quando me sinto magoado(a).

F2 – Sintomas psicossomáticos ($\alpha = ,48$)

- 11 - Sinto-me entorpecido(a).
- 15 - Sofro de dores musculares.
- 14 - Não tenho tanta energia como a maioria das pessoas da minha idade.
- 38 - Sinto-me fisicamente doente quando as coisas não me correm bem.
- 36 - Muitas vezes compro coisas que não preciso, para levantar o ânimo.
- 22 - Faço sesta ou durmo bastante durante o dia.

F3 – Distracção pela actividade ($\alpha = ,73$)

- 24 - Procuo estar sempre ocupado(a) para não me sentir aborrecido(a).
- 28 - Sinto-me melhor se me mantiver constantemente ocupado(a), sem ter muito tempo para pensar.
- 23 - Sinto-me melhor quando ando de um lado para o outro; não gosto de estar muito tempo parado(a).

F4 – Bloqueio de memórias da Infância ($\alpha = ,58$)

- 21 - Não me lembro de grande coisa acerca da minha infância.
- 8 - Não sinto grande coisa quando recordo a minha infância.
- 33 - Mesmo quando a situação parece justificar emoções fortes, muitas vezes não sinto nada.
- 27 - Tento não pensar acerca de memórias dolorosas do meu passado.

F5 – Racionalidade excessiva e controlo ($\alpha = ,54$)

- 5 - Valorizo mais as razões do que as emoções (guio-me mais pela cabeça que pelo coração).
- 17 - Acredito que se deve usar a cabeça para controlar as emoções.
- 19 - A minha filosofia quando alguma coisa corre mal é pô-la o mais rapidamente para trás das costas e seguir em frente.

F6 – Negação da infelicidade ($\alpha = ,73$)

- 34 - Sou uma pessoa com sorte por ter tido uns pais tão bons.
- 29 - Tive uma infância muito feliz

F7 – Abuso de Substâncias ($\alpha = ,61$)

- 2 - Bebo álcool para me acalmar.
 - 7 - Uso drogas para me sentir melhor.
 - 9 - Fumo quando estou aborrecido (a).
-

Factores**F8 – Não pensar em assuntos perturbadores intencionalmente ($\alpha = ,56$)**

1 - Tento não pensar em coisas que me perturbam.

31 - As pessoas dizem que pareço uma avestruz com a cabeça debaixo da areia (por outras palavras, tento não pensar em coisas que me desagradam)

32 - Tenho tendência a não pensar sobre as minhas perdas ou desapontamentos.

F9 – Auto-apaziguamento ($\alpha = ,34$)

26 - Quando estou aborrecido(a), como para me sentir melhor.

25 - Passo a maior parte do tempo a sonhar acordado(a).

F10 – Supressão da raiva ($\alpha = ,32$)

6 - Acredito que não devo ficar zangado(a), mesmo com pessoas de quem não gosto.

18 - Não consigo antipatizar fortemente com ninguém.

4 - Raramente me sinto triste ou neutra.

F11 – Bloqueio de emoções perturbadoras ($\alpha = ,44$)

40 - Não me preocupo com o que os outros pensam de mim.

39 - Quando as pessoas me abandonam ou morrem, não me perturbo muito.

16 - Vejo muita TV quando estou sozinho(a).

F12 – Problemas gastrointestinais

10 - Sofro de problemas gastrointestinais (p. ex. indigestão, úlcera, colite, etc.).

O Quadro 5 compara a estrutura factorial obtida neste estudo com os factores propostos por Young (2007). Como pode observar-se, existe uma sobreposição considerável entre os factores e os itens que os constituem. Salienta-se o facto de que alguns itens se repetem em diferentes dimensões na solução teórica proposta pelo autor, como é o caso dos itens 9, 13 e 40. Estão destacados a itálico os itens que, na solução empírica, correspondem aos mesmos factores propostos teoricamente pelo autor.

Quadro 5. Comparação entre factores hipotéticos e empíricos do YRAI

Factores hipotéticos (Young, 2007)	Factores empíricos (amostra geral)
Isolamento social 13 – 20 – 30	F1 – Isolamento social 13 – 20 – 30
Sintomas psicossomáticos 10 – 12 – 15 – 38	F2 – Sintomas psicossomáticos 11 – 14 – 15 – 22 – 36 – 38
Negação de memórias 8 – 21 – 27	F4 – Negação de memórias da infância 8 – 21 – 27 – 33
Negação da infelicidade 3 – 4 – 29 – 34	F6 – Negação da infelicidade 29 – 34
Distracção pela actividade 23 – 24 – 28	F3 – Distracção pela actividade 23 – 24 – 28
Não pensar em coisas perturbadoras propositadamente 1 – 31 – 32	F8 – Não pensar em coisas perturbadoras propositadamente 1 – 31 – 32
Supressão da raiva 6 – 13 – 18	F10 – Supressão da raiva 4 – 6 – 18
Racionalidade Excessiva e Controlo 5 – 17 – 19 – 35 – 40	F5 – Racionalidade excessiva e controlo 5 – 17 – 19
Abuso de Substâncias 2 – 7 – 9	F7 – Abuso de Substâncias 2 – 7 – 9
Auto-apaziguamento (comer, comprar, etc.) 9 – 26 – 36	F9 – Auto-apaziguamento 25 – 26
Bloqueio passivo de emoções perturbadoras 11 – 33 – 39 – 40	F11 – Bloqueio de emoções perturbadoras 16 – 39 – 40
Evitamento de situações perturbadoras 37	F12 – Problemas gastrointestinais 10
Evitamento através do sono/falta de energia 14 – 22	
Distracção passiva (fantasia, sonhar acordado, TV) 16 – 25	Itens omitidos: 3 – 12 – 35 – 37

Análise factorial de 2ª ordem. Realizou-se também uma análise factorial de 2ª ordem para esta solução empírica, no sentido de testar as grandes dimensões de evitamento subjacentes aos factores empíricos, tal como é proposto pelo modelo teórico (cf. Introdução deste artigo). Os resultados são apresentados no Quadro 6. Emergiram 3 factores de segunda ordem, designados pelos autores como Evitamento Comportamental/Somático, Evitamento Cognitivo e Evitamento Emocional, em função da natureza dos itens e dos factores de 1ª ordem que compõem cada um daqueles. Esta solução factorial de 2ª ordem explica 47,665 % da variância total.

Quadro 6. Matriz de componentes rodadas para os factores de 2ª ordem

Factores Empíricos	Comportamental/ Somático	Cognitivo	Emocional
F2 Sintomas psicossomáticos	,734		
F7 Abuso de substâncias	,588		
F9 Auto-apaziguamento	,572		
F1 Isolamento social	,517		
F12 Problemas gastrointestinais	,514		
F10 Supressão da raiva		,732	
F5 Racionalidade excessiva e controlo		,670	
F8 Não pensar em coisas perturbadoras intencionalmente		,519	
F3 Distracção pela actividade		,495	
F11 Bloqueio de emoções perturbadoras			,729
F6 Negação da infelicidade			-,611
F4 Negação de memórias da infância			,601
Método de extracção: Análise dos Componentes Principais. Método de rotação: Varimax com normalização Kaiser. a. Rotação convergiu em 5 iterações.			

No primeiro componente, *estratégias comportamentais de evitamento e sintomas psicossomáticos*, agrupam-se os factores relacionados com comportamentos ou sintomas apresentados quando um sujeito procura proteger-se da activação dos seus EPM nucleares, sendo consequências comuns o isolamento social e agorafobia, bem como sintomas de tipo psicossomático.

No segundo componente, *estratégias cognitivas de evitamento*, encontram-se factores relacionados com evitamentos através do bloqueio de pensamentos e imagens que possam despoletar a activação de um esquema ou com a necessidade de distracção para evitar que um esquema seja activado.

No terceiro componente, *estratégias de evitamento emocional*, estão presentes os factores que constituem estratégias de evitamento emocionais, tais como o bloqueio ou supressão de afecto ou de memórias cuja carga emocional seja desagradável.

3.3. Validade convergente

Foram calculadas coeficientes de correlação de Pearson entre os valores do total do YRAI e os valores totais do YSQ-S3, do BSI (Índice Geral de Sintomas, IGS) e da DERS. Quanto à Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS-21), foram calculadas as

correlações entre o total do YRAI e os totais de cada uma das subescalas que a constituem. Como pode ler-se no Quadro 7, os valores das correlações encontradas entre o total do YRAI e as pontuações globais ou dimensões das escalas são moderadas na globalidade dos casos, com a excepção das subescalas da EADS-21 que apresentam valores mais baixos. No entanto, todas as correlações são no sentido previsto de variação, sugerindo que, por exemplo, a maior pontuação no questionário de esquemas está associada a maior pontuação no YRAI. Da mesma forma, maior pontuação no YRAI parece estar associada a maiores níveis de psicopatologia geral (BSI-IGS) e níveis de depressão, ansiedade e stress, embora estas últimas correlações sejam mais fracas. No que respeita às dificuldades na regulação emocional, a correlação entre os totais do YRAI e da DERS é de ,352.

Quadro 7. Correlações entre o total do YRAI e o total da DERS, do BSI-IGS, do YSQ-S3 e dimensões da EADS-21 (n = 187)

	YSQ-S3	BSI - IGS	DERS	EADS-21		
				ANSIEDADE	DEPRESSÃO	STRESS
YRAI Total	,527(**)	,458(**)	,352(**)	,233(**)	,296(**)	,222(**)

***. p < 0,01 (bi-caudal).*

3.4. Estabilidade temporal

Foi realizado um teste-reteste do YRAI, numa amostra de 30 sujeitos da população geral e com um intervalo médio de 1 semana entre o preenchimento dos questionários. A totalidade da escala revelou uma boa estabilidade temporal ($r = ,64$, $p < 0,01$). Para os factores empíricos, os r teste-reteste variam entre ,46 para F4 - Negação de memórias da infância e ,88 para F6 – Negação da Infelicidade. De uma maneira geral, os coeficientes de correlação para um intervalo de 1 semana apresentam valores considerados bons, como pode ser observado no Quadro 8.

Os factores de segunda ordem apresentam também uma boa estabilidade temporal para um intervalo de 1 semana: o coeficiente teste-reteste do factor Evitamento comportamental/somático é de $r = ,848$ ($p < 0,01$), do factor Evitamento emocional é de $r = ,755$ ($p < 0,01$) e o factor Evitamento cognitivo apresenta um $r = ,546$ ($p < 0,02$).

Foi também possível avaliar a estabilidade temporal para um intervalo de 4 semanas, num pequeno grupo de 14 sujeitos da população geral, tendo sido obtido um ρ de Spearman de ,540 ($p < 0,05$).

Os pares de itens analisados apresentaram correlações que vão desde $r = ,38$ ($p < 0,05$) a $r = ,98$ ($p < 0,01$), para o intervalo de 1 semana e variam entre $\rho = ,576$ ($p < 0,05$) e $\rho = ,898$ ($p < 0,01$) para um intervalo de 4 semanas.

É ainda de referir que 4 itens não apresentam correlações significativas no intervalo de 1 semana: 4, 19, 20 e 22 (cf. Quadro 4).

Quadro 8. Correlações dos factores empíricos entre a primeira e a segunda passagem do YRAI (1 semana, n = 30)

<i>Factores</i>	<i>r</i>	<i>p</i>
F1 Isolamento social	,79(**)	0,00
F2 Sintomas Psicossomáticos	,86(**)	0,00
F3 Distracção pela actividade	,61(**)	0,00
F4 Negação de memórias da infância	,46(*)	0,00
F5 Racionalidade excessiva e controlo	,61(**)	0,00
F6 Negação da infelicidade	,88(**)	0,00
F7 Abuso de substâncias	,69(**)	0,00
F8 Não pensar em coisas perturbadoras propositadamente	,69(**)	0,00
F9 Auto-apaziguamento	,83(**)	0,00
F10 Supressão da raiva	,67(**)	0,00
F11 Bloqueio de emoções perturbadoras	,59(**)	0,00
F12 Problemas gastrointestinais	,72(**)	0,00

** $p < 0,01$ (bi-caudal).

3.5. Validade discriminante

Para estudar a validade discriminante do YRAI, foram comparados os valores obtidos na amostra geral (n = 231), com uma amostra clínica de 126 doentes (cf. artigo dos mesmos autores neste número da revista). No total da escala, os doentes obtiveram uma média de 120,05 (DP = 18.715), enquanto os indivíduos da população geral obtiveram uma média de 111,20 (DP = 18.011); esta diferença é significativa ($t = -4.373$, $p = .000$). As diferenças encontradas mostram que, tal como era esperado, os doentes endossam maior número de estratégias de evitamento comparativamente a indivíduos da população geral.

No que concerne aos factores empíricos do YRAI, nos factores Isolamento Social, Sintomas Psicossomáticos, Distracção pela actividade, Negação de memórias da infância, Abuso de substâncias e Problemas gastrointestinais, a amostra de doentes pontua significativamente mais alto do que a amostra da população geral. No factor Negação da infelicidade, a amostra da população geral obteve uma média superior a amostra de doentes, podendo este facto significar que algumas das estratégias de evitamento avaliadas pelo YRAI podem ser adaptativas e protectoras do indivíduo. Nos restantes factores empíricos, não foram obtidas diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos. Estes dados foram obtidos recorrendo aos 12 factores empíricos resultantes da análise factorial realizada na amostra da população geral.

Relativamente aos factores de segunda ordem obtidos a partir destes 12 factores, as pontuações das duas amostras distinguem-se significativamente no factor Evitamento comportamental/somático ($t = -6,983$, $p = ,000$) e Evitamento emocional ($t = 2,550$, $p = 0,011$). Na dimensão Evitamento comportamental/somático, a amostra de doentes pontuou mais alto que o grupo da população geral ($M = 2,708$, $DP = 0,753$ para a amostra de doentes por comparação com $M = 2,177$, $DP = 0,646$ para o grupo de normais). Na dimensão Evitamento emocional, a amostra geral pontuou mais que o grupo de doentes ($M = 3,12$, $DP = 0,540$ para amostra geral por comparação com $M = 2,96$, $DP = 0,607$ para a amostra de doentes). Não existem diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos na dimensão Evitamento cognitivo. Estes dados, a serem confirmados em novos estudos, podem significar que o recurso a determinadas estratégias de evitamento ocorre tanto em sujeitos com psicopatologia como em sujeitos da população geral. Uma leitura possível dos dados é de que o recurso a estratégias de evitamento cognitivo e emocional, pelo menos com determinada intensidade e frequência pode ser adaptativo, enquanto as estratégias de evitamento comportamental/somático parecem estar mais associadas a psicopatologia.

4. Discussão

Tratando-se do primeiro estudo numa amostra da população geral sobre as características psicométricas do YRAI, os resultados encontrados revelam tratar-se de um instrumento de auto-resposta adequado para a avaliação de diversos tipos de evitamento (comportamental, cognitivo e emocional), mesmo em indivíduos sem psicopatologia.

O YRAI revela possuir boa consistência interna e boa estabilidade temporal, quer no que se refere ao total da escala, quer no que se refere aos factores que a constituem.

Em relação à estrutura factorial do YRAI e tendo em conta que foi realizado uma análise factorial exploratória, é de destacar que emergiram 12 factores empíricos largamente sobreponíveis aos factores teóricos hipotetizados por Young (2007), e também idênticos aos 11 factores extraídos por Karaosmanoğlu (2007), numa amostra de 701 doentes turcos. Dois dos factores teoricamente propostos (Evitamento através do sono/ falta de energia; Distracção passiva), não emergiram na análise factorial realizada, tendo os seus itens sido distribuídos por outros factores empíricos. Como foi referido, a solução factorial de primeira ordem encontrada foi obtida eliminando 4 dos 40 itens que constituem o YRAI.

O modelo teórico subjacente ao desenvolvimento do YRAI (Young, 1990, Young e Lindemann, 1992; Young, Klosko e Weishaar, 2003), propõe a existência de 3 tipos de processos de evitamento em função da natureza dos mesmos: evitamento cognitivo, evitamento emocional e evitamento comportamental. A análise factorial de 2ª ordem realizada permitiu a emergência de 3 factores distintos que, em função dos factores empíricos que os constituem, foram designados pelos autores como: comportamental/somático, cognitivo e emocional. Estes resultados corroboram o modelo teórico proposto, introduzindo uma *nuança* curiosa: as dimensões de evitamento associadas a sintomas psicossomáticos, que teoricamente são propostas como integrantes da estratégia de evitamento emocional, surgem aqui agrupadas aos factores de evitamento de natureza comportamental. No entanto, e contrariamente aos outros estudos com amostras clínicas que obtiveram apenas duas dimensões de evitamento (Luck *et al.*, 2005; Karaosmanoglu, 2007), os nossos resultados aproximam-se do modelo tripartido proposto por Young (Young, 1990, Young e Lindemann, 1992; Young, Klosko e Weishar, 2003).

No que respeita à validade convergente, os resultados corroboram a hipótese de que maiores níveis de evitamento estão associados a mais psicopatologia, maior presença de EPM e maiores dificuldades de regulação emocional. No entanto, a força das associações encontradas entre estas variáveis e o total do YRAI é apenas moderada.

Resultados interessantes surgiram a partir do estudo de validade discriminante, comparando uma amostra da população geral com uma amostra de 126 doentes psiquiátricos, quanto aos resultados do total do YRAI e dos 12 factores empíricos. Se, no total da escala, os

doentes obtêm pontuações superiores aos indivíduos da população geral, já na comparação por factores é curioso constatar que há dimensões em que os doentes pontuam mais alto, outras em que não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas e, por fim, o factor Negação da infelicidade, no qual os indivíduos da população geral obtiveram pontuações mais elevadas do que os da população doente. Estes dados parecem sugerir que nem todas as dimensões de evitamento avaliadas pelo YRAI são necessariamente mal adaptativas ou disfuncionais. Isto é, algumas dimensões e estratégias de evitamento, pelo menos se utilizadas até um certo grau ou com determinada frequência, podem constituir estratégias de *coping* funcionais e adaptativas, como sugerem os resultados relativos ao evitamento cognitivo; outras, pela sua natureza, disfuncionalidade ou intensidade, parecem estar mais associadas à manutenção de psicopatologia. Comparando os grupos nas três dimensões que emergiram como factores de segunda ordem, é curioso constatar que o grupo de doentes se distingue por recorrer mais frequentemente a estratégias de evitamento comportamental/somático e menos frequentemente a estratégias de evitamento emocional, não se distinguindo os grupos no recurso a estratégias de evitamento cognitivo. Estes resultados sugerem também que podem existir tipos de estratégias de evitamento mais funcionais e protectoras, enquanto outras estarão mais associadas a psicopatologia.

Tratando-se do primeiro estudo factorial do YRAI numa amostra da população geral, os resultados encontrados deverão ser confirmados por outros estudos do mesmo tipo. Tendo em conta as limitações conhecidas da metodologia da análise factorial exploratória, futuros estudos sobre a estrutura factorial do instrumento deverão recorrer a análises factoriais confirmatórias, a fim de validar o modelo factorial subjacente ao inventário. Os resultados obtidos, nomeadamente nos estudos sobre a validade discriminante dos factores de primeira e segunda ordem encontrados levaram os autores a realizar um outro estudo numa amostra de doentes psiquiátricos (cf. artigo dos mesmos autores publicado neste número). Futuros estudos deverão também testar a hipótese de existirem associações específicas entre determinadas estratégias de evitamento e quadros específicos de psicopatologia, bem como a hipótese de existirem associações específicas entre determinados esquemas precoces mal adaptativos e determinados tipos de evitamento de esquema.

Referências Bibliográficas

- American Psychiatric Association (2002). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Perturbações Mentais— text review*. (4^a ed.) Lisboa: Climepsi.
- Apóstolo, J. L., Mendes, A. C. e Azeredo, Z. A. (2006). Adaptação para a língua portuguesa da Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS). *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 14(6), 863-871.
- Beck, A. , Rush, A., Shaw, B. e Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.
- Beck, A. T., Emery, G., e Greenberg, R. L. (1985). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. New York: Basic Books.
- Brotchie, J., Hanes, J., Wendon, P. e Waller, G. (2006). Emotional avoidance among alcohol and opiate abusers: the role of schema-level cognitive processes. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 35, 231–236.
- Calvete, E., Estévez, A., Arroyabe, E. L. e Ruiz, P. (2005). The Schema Questionnaire – Short Form Structure and Relationship with Automatic Thoughts and Symptoms of Affective Disorders. *European Journal of Psychological Assessment*, 21(2), 90–99.
- Canavarro, M. C. (1999). Inventário de sintomas psicopatológicos – B.S.I.. In Simões, M. R., Gonçalves, M., e Almeida, L. S. (Eds). *Testes e provas psicológicas em Portugal*. Vol. II, pp. 95-108. Braga: APPORT/SHO
- Cecero, J. J., Nelson, J. D. e Gillie, J. M. (2004). Tools and Tenets of Schema Therapy: Toward the Construct Validity of the Early Maladaptive Schema Questionnaire– Research Version (EMSQ-R). *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 11, 344–357.
- Cloitre, M. (1992). Avoidance of emotional processing: a Cognitive Science perspective. In Stein, D. e Young, J. E. (Eds.), *Cognitive science and clinical disorders* (pp. 20-42). London: Academic Press.
- Derogatis, L. (1982). *Brief Symptom Inventory*. Versão portuguesa de Canavarro, 1996.
- Field, A. (2005). *Discovering statistics using SPSS*. London: Sage
- Glaser, B. A., Campbell, L. F., Calhoun, G. B., Bates e J. M., Petrocelli, J. V. (2002). The early maladaptive schema questionnaire-short form: A construct validity study. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, 35 (1), 2-13.

- Gratz, K. e Roemer, L. (2004a). *Difficulties in Emotion Regulation Scale*. Versão portuguesa de Pinto Gouveia e Veloso, 2007.
- Gratz, K. e Roemer, L. (2004b) Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: development, factor structure, and initial validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26(1) 41-54.
- Hayes, S., Wilson, K., Gifford, E., Follette, V. e Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: a functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(6), 1152-1168.
- Hayes, A. e Feldman, G. (2004). Clarifying the construct of Mindfulness in the context of emotion regulation and the process of change in therapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11(3), 255-262.
- Jovev, M. e Jackson, H. J. (2004). Early maladaptive schemas in personality disordered individuals. *Journal of Personality Disorders*, 18 (5) 467-478.
- Karaosmanoglu, A. (Julho de 2007). The nature of *coping*: the perspectives of avoidance and overcompensation [Abstract]. Obtido de *V World Congress of Behavioural and Cognitive Therapies Abstracts*.
- Kashdan, T., Barrios, V., Forsyth, J. E Steger, M. (2006). Experiential avoidance as a generalized psychological vulnerability: comparisons with *coping* and emotion regulations strategies. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1301-1320.
- Lee, C. W., Taylor, G. e Dunn, J. (1999). Factor Structure of the Schema Questionnaire in a Large Clinical Sample. *Cognitive Therapy and Research*, 23 (4), 441-451.
- Luck, A., Waller, G., Meyer, C., Ussher, M. e Lacey, H. (2005). The role of schema processes in the eating disorders. *Cognitive Therapy and Research*, 29(6), 717-732.
- Pais-Ribeiro, J. L., Honrado, A. e Leal, I. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das Escalas de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS) de 21 itens de Lovibond e Lovibond. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 5(1), 229-239.
- Pestana, M. e Gajeiro, J. (2003). *Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS*. Lisboa: Sílabo.

- Petrocelli, J. V., Glaser, B. A., Calhoun, G. B. e Campbell, L. F. (2001). Early maladaptive schemas of personality disorder subtypes. *Journal of Personality Disorders*, 15 (6), 546-559.
- Pinto Gouveia, J., Castilho, P., Galhardo, A. e Cunha, M. (2006). Early Maladaptive Schemas and Social Phobia. *Cognitive Therapy and Research*, 30(5), 571-584.
- Pinto Gouveia, J., Rijo, D., Matos, M. e Dinis, A. (2008). Confirmatory factor structure analysis of the YSQ-S3 in a large Portuguese normal subjects sample. *Psicoterapia Cognitiva e Comportamental*, 14 (2), 180.
- Rijo, D. (2000). *Avaliação de Esquemas Precoces Mal-Adaptativos e Psicopatologia – Exploração de diferentes metodologias de avaliação*. Dissertação de Mestrado em Psicologia na Área de Especialização em Psicologia Clínica (Cognitiva, Comportamental e Sistémica) apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
- Spranger, S. C., Waller, G., e Bryant-Waugh, R. (2001). Schema avoidance in bulimic and non-eating disordered women. *International Journal of Eating Disorders*, 29, 302–306.
- Veloso, M. J. (2007). *Estratégias e dificuldades na regulação emocional: Implicações na expressividade emocional, qualidade de vida e psicopatologia*. Dissertação de Mestrado em Psicologia na Área de Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
- Young, J. E. (1990). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema focused approach*. Sarasota, FL: Professional Resource Exchange.
- Young, J. E. (1999). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema focused approach* (3rd ed.). Sarasota, FL: Professional Resource Exchange.
- Young, J. E. (2005). *Young Schema Questionnaire S3*, versão portuguesa traduzida e adaptada por Pinto Gouveia, Fonseca e Salvador, 2006.
- Young, J. E. (2007). *Young-Rygh Avoidance Inventory: Informal clinical scoring instructions*, acessado em Novembro de 2007, de Schema Therapy Home Page. Website: <http://www.schematherapy.com/id113.htm>
- Young, J. E., Klosko, J. S. e Weishar, M. E. (2003). *Schema therapy: a practitioner's guide*. New York, NY: Guilford Press.

- Young, J. E. e Lindemann, M. D. (1992). An integrative schema-focused model for personality disorders. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 1(6), 11-23.
- Young, J. E. e Rygh, J. (1994). *Young-Rygh Avoidance Inventory*. Versão portuguesa de Pinto Gouveia, Fonseca e Salvador, 2003.
- Waller, G., Meyer, C. e Ohanian, V. (2001). Psychometric Properties of the Long and Short Versions of the Young Schema Questionnaire: Core Beliefs Among Bulimic and Comparison Women. *Cognitive Therapy and Research*, 25 (2), 137-147.
- Welburn, K., Coristine, M., Dagg, P., Pontefract, A. e Jordan, S. (2002). The Schema Questionnaire—Short Form: Factor Analysis and Relationship Between Schemas and Symptoms. *Cognitive Therapy and Research*, 26 (4), 519-530.

Young-Rygh Avoidance Inventory: Validation and factor structure studies on a Portuguese non clinical sample

This paper presents the Young & Rygh Avoidance Inventory (YRAI) validation and factor structure studies on a non clinical sample of 231 Portuguese subjects.

The YRAI is a self-report inventory made of 40 items, selected in order to assess different types of schema avoidance processes. The authors suggest the existence of 14 different avoidance strategies that can be cognitive, emotional or behavioral. The items were chosen among the most frequent avoidance strategies being used by patients doing Schema Focused Therapy, namely people suffering from personality disorders.

The YRAI showed to possess good psychometric properties and it was possible to extract 12 avoidance factors, being the majority of these consistent with the ones theoretically proposed. A second order factor analysis revealed three major avoidance dimensions: Behavioral/Somatic, Cognitive, and Emotional, accordingly to the conceptual model developed by Young (1990, 1999)

Key-Words: Schema avoidance processes; Young-Rygh Avoidance Inventory; Schema Focused Therapy

Le Inventorie de Evitement de Young et Rygh: études de validation e la structure factoriel dans un échantillon de la population genera

Ce travail présente les études de validation de l'Inventorie de Evitement de Young et Rygh (*Young-Rygh Avoidance Inventory* – YRAI), et les études sur la structure factorielle de cet instrument sur un échantillon de 231 sujets de la population générale.

L'YRAI est composé par 40 items, lesquels ont été sélectionnés dans le but de faire l'évaluation des différents types de processus d'évitement de schéma qu'ils soient de nature cognitive, émotionnelle ou bien comportemental. Les auteurs suggèrent l'existence de 14 stratégies différentes d'évitement et les items ont été établis à partir de stratégies les plus souvent utilisées par des patients, surtout les patients avec des troubles de la personnalité.

L'YRAI est un instrument avec bonnes propriétés psychométriques et il a été possible d'extraire de cette étude un modèle factoriel de 12 facteurs, la majorité dans ces facteurs est en accord avec les facteurs théoriquement proposées. Une analyse factorielle de deuxième ordre a permis de mettre en relief trois dimensions d'évitement : Comportementale/Somatique, Cognitive et Emotionnelle, ce qui est en accord avec le modèle conceptuel proposée par Young (1990, 1999).

Mots-Clés: Évitement du Schéma ; Inventorie de l'Evitement de Young et Rygh ; Thérapie des Schémas

Inventário de Evitamento de Young-Rygh: Estudos de validação e estrutura factorial numa amostra da população clínica*

Carolina Dall'Antonia da Motta¹, Daniel Rijo¹ & José Pinto Gouveia¹

Este artigo apresenta os estudos de validação do Inventário de Evitamento de Young e Rygh (*Young-Rygh Avoidance Inventory* – YRAI), bem como os estudos da estrutura factorial do mesmo, realizados numa amostra de 126 sujeitos da população clínica.

O YRAI é constituído por 40 itens, seleccionados para avaliarem diferentes tipos de processos de evitamento de esquema, sejam estes de natureza cognitiva, emocional ou comportamental, sendo proposto pelos autores a existência de 14 estratégias de evitamento diferenciadas. Os itens foram definidos a partir das estratégias de evitamento mais comumente utilizadas por doentes que realizaram Terapia Focada nos Esquemas, sobretudo indivíduos com Perturbações da Personalidade.

O YRAI revelou possuir boas características psicométricas e foi possível extrair um modelo factorial de 12 factores, cuja maioria se sobrepõe aos teoricamente definidos. Uma análise factorial de segunda ordem permitiu extrair duas dimensões principais de evitamento: Comportamental/Somático e Cognitivo/Emocional, parcialmente de acordo com o modelo conceptual proposto (Young, 1990, 1999).

Palavras-Chave: Evitamento de Esquema; Inventário de Evitamento de Young-Rygh; Terapia Focada nos Esquemas

* Este artigo baseia-se na tese de mestrado da primeira autora intitulada “Estudos psicométricos e da estrutura factorial do YRAI”, realizada no âmbito do plano de estudos do 2º ciclo do Mestrado Integrado em Psicologia Clínica Cognitivo-Comportamental da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra. Quer a referida dissertação, quer o presente artigo foram financiados pelo Projecto “Estruturas Cognitivas Nucleares, Psicopatologia Sintomática e Perturbações da Personalidade” (POCI/PSI/60954/2004) da Fundação para a Ciência e Tecnologia.

¹ Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra. (drijo@fpce.uc.pt)

1. Introdução

Sendo reconhecido por clínicos e investigadores de diversas orientações teóricas como uma estratégia de *coping* mal adaptativa, o evitamento pode ser descrito como a relutância em permanecer em contacto com determinadas experiências privadas (i.e., sensações corporais, emoções, pensamentos, memórias, predisposições comportamentais), e está presente nas mais diversas formas de psicopatologia (Hayes Gifford, Follette e Strosahl, 1996). Pode apresentar-se sob diversas modalidades (evitamento emocional, cognitivo ou sob a forma de comportamentos de evitamento ou ainda de sintomas fisiológicos) e ser dirigido aos mais diversos estímulos ou fontes de estímulos.

Hayes *et al (idem)* conceptualizam o evitamento como uma forma de regulação emocional que pode ser eventualmente útil, mas que é problemática quando utilizada sistematicamente. Estes autores salientam que o evitamento não ocorre apenas na presença de experiências negativas, mas que pode surgir também na presença de acontecimentos positivos, como nos casos de aumento da intimidade numa relação em que uma pessoa pode sentir-se ansiosa ou querer distanciar-se, ou ainda perante sentimentos positivos que podem ser sentidos como ameaçadores por pessoas que se encontram em recuperação de um episódio depressivo. O mesmo se passa com comportamentos de índole compulsiva, obsessões, preocupações e ruminções e comportamentos aditivos, que servem como maneira de manter os “altos” e evitar os “baixos” da vida (Hayes e Feldman, 2004).

Estudos envolvendo populações clínicas e não clínicas sugerem que o evitamento não só apresenta correlações fortes com medidas de psicopatologia geral e específica, como também é um factor de vulnerabilidade e de manutenção para várias perturbações psiquiátricas (Beck, Emery e Greenberg, 1985 Hayes e Feldman, 2004 Kashdan, Barrios, Forsyth e Steger, 2006).

No caso do *abuso e dependência de substâncias*, parece existir um subgrupo de abusadores que podem ser definidos como evitantes experienciais, uma vez que o consumo de drogas é uma estratégia de modificação experiencial altamente eficaz a curto-prazo. Estes indivíduos são descritos como possuindo expectativas e crenças de que o efeito das substâncias que consomem reduzirá o stresse e aumentará o prazer sentido. Assim, consomem no intuito de manipular experiências ou emoções consideradas desagradáveis ou aversivas (Hayes *et al*, 1996; Brotchie, Hanes, Wendon e Waller, 2006).

Na área *das perturbações de ansiedade* e, por exemplo, no caso da perturbação de pânico com agorafobia, o que se teme não são os lugares em si, mas as reacções que o indivíduo terá (ou acredita vir a ter) nessas situações e, quanto mais o indivíduo adopta um estilo evitante e restritivo, maior a probabilidade de vir a desenvolver outras perturbações ansiosas ao longo do tempo. Existe ainda um crescente consenso de que, para se superar a perturbação de maneira mais eficaz, um objectivo terapêutico prioritário consiste em diminuir o evitamento para que o sujeito enfrente e aceite as sensações decorrentes do pânico. O efeito paradoxal do evitamento é compreensível no caso da perturbação obsessivo-compulsiva, quando os doentes procuram controlar os pensamentos e imagens indesejáveis e se envolvem em actividades distractoras ou rituais cada vez mais elaborados, tornando-se a perturbação obsessivo-compulsiva uma fonte de maiores restrições do que os próprios pensamentos que se procura suprimir (Hayes *et al*, 1996).

O evitamento é também um sintoma fundamental na etiologia e manutenção das *perturbações depressivas*, na medida em que a perda de motivação e o desejo intenso de evitar actividades construtivas incrementa o isolamento social do doente e a passividade do mesmo. Estabelece-se um ciclo vicioso de manutenção da sintomatologia depressiva a partir do momento em que o indivíduo deprimido se começa a ver como inadequado ou desesperado por estar isolado e inactivo.

Em situações mais intensas, particularmente em grupos de *vítimas de abuso sexual na infância*, diversos estudos sugerem que o evitamento possui um papel importante no desenvolvimento e manutenção de problemas psicológicos após a experiência da situação traumática (Cloitre, 1992; Plumb, Orsillo e Luterek, 2004).

No caso de doentes com perturbação da personalidade *borderline*, estes não só experimentam “cargas” emocionais bastante intensas, como também apresentam grande incapacidade para moderar as suas emoções e afectos negativos. Deste modo, adoptam comportamentos de evitamento auto-destrutivos e prejudiciais (abuso de substâncias, auto-mutilação, tentativas de suicídio, compras compulsivas...), para escaparem ou aliviarem os elevados níveis de afecto negativo que experimentam.

Waller (*in press*, citado em Luck, Waller, Meyer, Ussher e Lacey, 2005, p. 718), elaborou um modelo cognitivo-comportamental das perturbações do comportamento alimentar que salienta o papel dos processos esquemáticos de compensação e de evitamento.

Segundo este autor, o que diferencia as patologias alimentares restritivas das bulímicas é que, no caso da anorexia, predominam características das patologias compulsivas, enquanto no caso da bulimia nervosa, predominam características das patologias do controlo do impulso. A patologia restritiva (anorexia) é governada pela compensação do esquema, usada como estratégia de “evitamento primário do afecto”, pois este possibilita que o sujeito evite a experiência de afecto negativo que ocorre na activação do esquema. Na bulimia nervosa, por outro lado, o evitamento do esquema constitui o processo central, denominado “evitamento secundário do afecto”, uma vez que serve para que o indivíduo possa reduzir a activação que foi desencadeada. No entanto, o autor salienta que doentes restritivos podem recorrer ao evitamento secundário sempre que a compensação do esquema não é suficientemente eficaz na prevenção do evitamento primário.

A *Terapia Focada nos Esquemas* (TFE) é um modelo integrador proposto por Young e cols. a partir de 1990 (Young, 1990; Young & Lindemann, 1992; Young, Klosko e Weishar, 2003). São quatro os construtos fundamentais do modelo da TFE: Esquemas Precoces Mal-adaptativos (EPM), Processos de Manutenção de Esquema, Processos de Evitamento de Esquema e Processos de Compensação de Esquema (Para uma descrição mais detalhada do modelo, consultar artigo dos mesmos autores neste número). Os três tipos de processos esquemáticos são considerados disfuncionais, na medida em que contribuem para a auto-perpetuação dos EPM e impedem o indivíduo de obter informação que os infirme. Podem inclusive coexistir diversos processos esquemáticos num mesmo indivíduo ou em relação a um mesmo EPM.

A tentativa de activar e infirmar determinado EPM pode ser demasiado disruptiva para a organização cognitiva nuclear do sujeito, uma vez que os EPM constituem o núcleo do auto-conceito. Por este motivo, não é de estranhar que o indivíduo tenda a desenvolver um certo número de processos (volitivos e/ou automáticos) com vista a impedir a activação dos seus EPM.

Os *processos de evitamento do esquema* impedem a experiência de afecto disruptivo decorrente da activação dos EPM e em contrapartida, impedem o acesso a memórias, sentimentos e informações relacionadas com os mesmos. Deste modo, enquanto por um lado protegem o indivíduo do sofrimento experimentado quando determinado EPM é activado, por outro lado impedem a experiência e o processamento de informação capaz de infirmar o EPM

que está a ser evitado. Young (1990, 1999) identifica três tipos de evitamentos, em função da natureza dos mesmos: (a) *evitamento cognitivo*, que consiste no evitamento de cognições, pensamentos e imagens associados ao esquema; (b) *evitamento emocional*, que consiste no evitamento ou mesmo bloqueio das emoções e sentimentos associadas ao esquema, levando o indivíduo a experimentar as emoções de modo mais crónico, generalizado e difuso, com tendência para o desenvolvimento de sintomas psicossomáticos; (c) *evitamento comportamental*, que consiste no evitamento de situações ou contextos nos quais determinado EPM seria activado. Do ponto de vista terapêutico, é importante discernir quando um determinado sintoma de um doente se deve à activação do esquema ou fundamentalmente a processos de evitamento esquemático (Young, Klosko e Weishar, 2003).

Young e colaboradores desenvolveram uma série de instrumentos de auto-resposta destinados à avaliação dos principais construtos definidos no modelo da TFE. Um deles é o Young-Rygh Avoidance Inventory – YRAI (Young e Rygh, 1994; versão portuguesa revista de Pinto Gouveia, Fonseca e Salvador, 2003), concebido para avaliar as várias estratégias de evitamento utilizadas pelos sujeitos. No caso concreto do YRAI, existem poucos estudos, quer sobre as suas propriedades psicométricas, quer sobre a estrutura factorial do mesmo.

Os estudos publicados com o YRAI – Spranger, Waller, e Bryant-Waugh (2001), Luck, Waller, Meyer, Ussher e Lacey (2005), e Brotchie, Hanes, Wendon e Waller (2006) –, apresentam consideráveis limitações metodológicas, quer porque dividiram os itens em diferentes subescalas a partir da análise do conteúdo dos mesmos, quer porque, no caso de Luck *et al.* (2005), os estudos da estrutura factorial foram realizados com uma amostra de doentes com perturbações do comportamento alimentar, sendo todos os indivíduos do sexo feminino. O estudo de Brotchie *et al.* (2006), enferma do problema anterior, uma vez que tratou dados referentes a doentes alcoólicos e abusadores de opiáceos, utilizando os factores empíricos extraídos por Luck *et al.* (2005). (Para uma revisão mais detalhada destes estudos, consultar artigo dos mesmos autores neste número da Revista).

O único estudo acerca da estrutura factorial do YRAI numa amostra diversificada de doentes foi realizado por Karaosmanoglu (2007), numa amostra de 701 doentes turcos. Uma análise factorial de componentes principais do YRAI permitiu extrair onze factores distintos, denominados pelo autor da seguinte forma: Bloqueio de Pensamentos, Isolamento Social, Sentimentos de Felicidade, Indiferença, Sintomas psicossomáticos, Letargia, Racionalidade

Excessiva, Bloqueio de memórias, Bloqueio da raiva, Auto-apaziguamento e Uso de Substâncias. Uma análise factorial de segunda ordem revelou existirem 2 factores distintos: Evitamento Cognitivo e Evitamento Experiencial, este último descrito como um estilo de evitamento em que o sujeito tenta evitar sentimentos dolorosos através da mudança da experiência imediata, mediante acções comportamentais ou sensorialmente estimulantes.

Os autores deste artigo realizaram um estudo sobre as características psicométricas e a estrutura factorial do YRAI numa amostra de 231 indivíduos da população geral (publicado neste número). Este estudo revelou que o YRAI possui boa consistência interna (dos itens, factores de 1ª ordem e factores de 2ª ordem), boa estabilidade temporal e a análise factorial exploratória realizada permitiu extrair 12 factores empíricos, na sua grande maioria idênticos aos factores teóricos propostos por Young (2007). Uma análise factorial de 2ª ordem tomando os 12 factores empíricos como variáveis permitiu extrair 3 factores de 2ª ordem que foram designados, a partir dos factores que os constituem, como evitamento comportamental/somático, evitamento cognitivo e evitamento emocional. Com excepção do facto de os itens que avaliam a dimensão psicossomática terem sido agrupados aos que avaliam evitamento comportamental, estas três dimensões corroboram o modelo teórico da TFE, segundo o qual existem três grandes tipos de estratégias de evitamento.

2. Método

2.1. Objectivos

Tendo em conta as limitações apontadas aos estudos existentes sobre o YRAI, perante a ausência de estudos publicados sobre a estrutura factorial do instrumento em amostras clínicas diversificadas e de tamanho adequado, e tendo em conta os resultados obtidos pelos autores no estudo realizado com uma amostra da população geral, estes decidiram levar a cabo um estudo numa amostra clínica.

Este trabalho tem por objectivo estudar as características psicométricas do YRAI, bem como a estrutura factorial do mesmo instrumento numa amostra clínica diversificada.

2.2. Participantes

Os sujeitos que fizeram parte da **amostra de doentes** ou clínica foram aqueles que foram encaminhados pelos respectivos psicólogos ou psiquiatras colaboradores no estudo e que os acompanhavam em diversas instituições de saúde mental da cidade de Coimbra: Hospitais da Universidade de Coimbra, Hospital Psiquiátrico do Lorvão e Hospital Psiquiátrico de Sobral Cid. Desta amostra foram excluídos todos aqueles doentes cujo diagnóstico fornecido pelo respectivo clínico fazia parte das perturbações psicóticas e bipolares. Este grupo ficou constituído por 126 sujeitos: 39 (31%) indivíduos do sexo masculino e 87 (69%) do sexo feminino.

A **amostra geral**, ou não clínica, foi constituída por 73 sujeitos do sexo masculino (31,6%) e 158 do sexo feminino (68,4%), num total de 231 participantes, tendo os indivíduos referido não ter tido qualquer acompanhamento psiquiátrico ou psicológico nos últimos dois anos. Os dados descritivos das amostras são apresentados no Quadro 1.

Quadro 1. Descrição das amostras

	Doentes (n = 126)		Geral (n = 231)		t	p
	M	DP	M	DP		
Idade	32,92	11,406	26,94	10,469	6,202	0,013
Anos de Escolaridade	11,13	4,536	13,58	3,178	40,176	0,000
	N	%	N	%	χ^2	p
Sexo						
Masculino	39	31,0%	73	31,6	,016	,899
Feminino	87	69,0%	158	68,4		
Estado Civil					27,41	,000
Solteiro	63	50,0%	167	72,3		
Casado	48	38,1%	46	19,9		
Divorciado	10	7,9%	4	1,7		
Viúvo	2	1,6%	1	0,4		
União de Facto	3	2,4%	13	5,6		
Nível Socio-económico					31,965	,000
Baixo	55	43,7%	40	17,3		
Médio	30	23,8%	59	25,5		
Alto	3	2,4%	15	6,5		
Estudante	38	30,2%	117	50,6		

Como pode ver-se no Quadro 1, a média das idades do grupo de doentes é superior à média das idades do grupo da população geral. Existem também ligeiras diferenças no que concerne a anos de escolaridade, sendo que a amostra da população geral apresenta maior número de anos de escolaridade, o que estará relacionado com uma maior percentagem de estudantes existente neste grupo (que explica as diferenças encontradas na distribuição por nível socioeconómico, em que os estudantes foram classificados como uma categoria à parte). A mesma explicação parece responder pelas diferenças encontradas na distribuição por Estado Civil. Os grupos são equivalentes na distribuição por sexo.

2.3. Procedimentos e instrumentos

A recolha da informação junto dos sujeitos respeitou a ética e a deontologia inerentes à investigação. Foi facultado esclarecimento dos procedimentos e objectivos do estudo e da informação acerca do papel voluntário do participante, oralmente e/ou por escrito. As escalas foram passadas individualmente aos voluntários que constituíram a amostra, tendo sido devolvidas pessoalmente ou por via postal.

O preenchimento das escalas seguiu sempre a mesma ordem: EADS-21, YSQ-S3, DERS, YRAI e BSI. Em seguida é apresentada uma breve descrição de cada um dos instrumentos utilizados, bem como das principais características psicométricas de cada um deles.

EADS-21 – Escala de Ansiedade, Depressão e Stress (Lovibond e Lovibond, 1995; versão portuguesa de Pais-Ribeiro, Honrado e Leal, 2004)

Esta escala é constituída por 21 itens e destina-se a avaliar a depressão, a ansiedade e o stress. O participante responde, numa escala tipo *Likert*, a cada item, em função do que lhe aconteceu na semana anterior ao preenchimento: “não se aplicou nada a mim”, “aplicou-se a mim algumas vezes”, “aplicou-se a mim muitas vezes”, “aplicou-se a mim a maior parte das vezes”.

Estudos realizados por Apóstolo, Mendes e Azeredo (2006), numa amostra clínica de 101 indivíduos revelam que este instrumento tem propriedades adequadas para estudar estados emocionais, sendo o valor da consistência interna da escala total de 0,95 e os das subescalas de 0,90, 0,86 e 0,88, respectivamente para as subescalas de depressão, ansiedade e stress. Os resultados da análise factorial revelam a presença de apenas 2 factores, um para

depressão e um que agrupa os itens de stresse e ansiedade, ao contrário do previsto no modelo tripartido inicial. O estudo realizado por Pais-Ribeiro *et al.* (2004), numa amostra de estudantes, revelou valores semelhantes para a consistência interna e uma estrutura factorial tridimensional, embora a subescala de ansiedade fosse a menos robusta.

YSQ-S3 – Questionário de Esquemas de Young (Young, 2005, traduzido e adaptado por Pinto Gouveia, Rijo e Salvador, 2006)

O questionário de esquemas de Young é constituído por 90 itens destinados a avaliar a presença de 18 esquemas precoces mal adaptativos. A escala de resposta é cotada de 1 a 6, desde “Completamente falso, isto é, não tem absolutamente nada a ver com o que acontece comigo” até “Descreve-me perfeitamente, isto é, tem, tudo a ver com o que acontece comigo”. Estudos com a versão portuguesa de 123 itens (versão anterior do YSQ) revelaram que 14 factores explicavam 49,67% da variância total. Os coeficientes alfa para os 13 EPM concordantes com as definições de Young situavam-se entre ,71 e ,95 (com a excepção do esquema de Vulnerabilidade ao mal e à doença, $\alpha = ,67$) num grupo de doentes com perturbações da ansiedade (Pinto-Gouveia, Castilho, Galhardo e Cunha, 2006). Um estudo recente numa amostra de 1226 indivíduos da população portuguesa, utilizando o YSQ-S3 numa análise factorial confirmatória, forneceu bons indicadores para a aceitação de uma estrutura factorial de 18 factores correlacionados entre si, se forem eliminados apenas 6 dos 90 itens originais (Pinto Gouveia, Rijo, Matos e Dinis, 2008).

BSI – Brief Symptom Inventory (L. Derogatis, 1982; versão portuguesa de Canavarro, 1996).

Largamente utilizado em contexto clínico e de investigação, o BSI é constituído por 53 itens que avaliam sintomas fisiológicos e psicológicos sentidos ao longo de uma semana. Estes são avaliados em termos de nove dimensões de sintomatologia (Somatização, Obsessões-Compulsões, Sensibilidade Interpessoal, Depressão, Ansiedade, Hostilidade, Ansiedade Fóbica, Ideação Paranóide e Psicoticismo). O BSI permite também calcular três índices globais de psicopatologia - Índice Geral de Sintomas, Total de Sintomas Positivos e Índice de Sintomas Positivos.

Este instrumento apresenta uma boa estabilidade temporal e uma validade discriminante satisfatória ao distinguir entre sujeitos não perturbados e sujeitos perturbados emocionalmente. As subescalas apresentam boa consistência interna (α entre 0,7 e 0,8), sendo que apenas as escalas de Ansiedade Fóbica e Psicoticismo apresentam um valor ligeiramente inferior (Canavarro, 1999).

DERS – Difficulties in Emotion Regulation Scale (Gratz e Roemer, 2004a; versão portuguesa de Pinto-Gouveia e Veloso, 2007).

A Escala de Dificuldades na Regulação Emocional foi concebida para avaliar diferentes dimensões da regulação emocional. Os 36 itens que constituem a escala são respondidos numa escala de 1 a 5, de acordo com a frequência com que as afirmações se aplicaram ao respondente ao longo do último mês. Estes itens são recodificados de modo que as pontuações mais altas indiquem maiores dificuldades na regulação emocional. (Gratz e Roemer, 2004b)

Esta escala apresenta alta consistência interna ($\alpha = 0,93$ para escala total e $\alpha > 0,80$ para todas as subescalas) e estabilidade teste-reteste ($\rho_T = ,88$, $p = < ,01$ para um intervalo de 4 a 8 semanas), bem como uma adequada validade construto e preditiva de comportamentos relacionados com desregulação emocional (frequência de abuso de parceiro íntimo ou auto-infligimento deliberado). Avalia 6 factores distintos, sendo eles (1) não-aceitação da resposta emocional, (2) dificuldades em manter o comportamento dirigido ao objectivo, (3) dificuldade em controlar os impulsos, (4) falta de consciência emocional, (5) acesso limitado às estratégias de regulação emocional e (6) falta de clareza emocional. Foi traduzida e adaptada por Veloso e Pinto-Gouveia. Num estudo com uma amostra de 431 sujeitos, o *alpha* total da escala foi de 0,904, variando os valores de consistência interna das 6 subescalas entre 0,678 e 0,865; a escala apresenta também boa fidelidade teste-reteste ($r = 0,841$) (Veloso, 2007).

YRAI – Young-Rygh Avoidance Inventory (Young e Rygh, 1994; versão portuguesa revista de Pinto Gouveia, Fonseca e Salvador, 2003).

Este questionário é destinado a avaliar diversas estratégias de evitamento de esquemas, no contexto do modelo da Terapia Focada nos Esquemas. Os 40 itens que constituem a escala

podem ser respondidos numa escala tipo Likert de 1 a 6, em que o 1 corresponde ao que menos se ajusta ao caso do respondente (“Completamente falso, isto é, não tem nada a ver com o que acontece comigo”) e 6 ao maior grau de ajustamento da afirmação ao caso do respondente (“Descreve-me perfeitamente, isto é, tem tudo a ver com o que acontece comigo”), sendo que as pontuações mais altas indicam maior evitamento esquemático (Young, Klosko e Weishar, 2003).

Segundo Young (2007), a escala mede 14 tipos diferentes de evitamento, denominados Isolamento social, Sintomas psicossomáticos, Negação de memórias, Negação da infelicidade, Distracção pela actividade, Não pensar em coisas perturbadoras propositadamente, Supressão da raiva, Racionalidade Excessiva e Controlo, Abuso de Substâncias, Auto-apaziguamento (comer, comprar, etc.), Bloqueio passivo de emoções perturbadoras, Evitamento de situações perturbadoras, Evitamento através do sono/falta de energia, Distracção passiva (fantasia, sonhar acordado, ver muita TV).

A escala foi traduzida e adaptada para língua portuguesa e posteriormente revista em 2003 por Pinto Gouveia, Fonseca e Salvador, sendo que, até ao momento, não foi realizado nenhum estudo acerca das propriedades psicométricas ou da estrutura factorial deste instrumento em Portugal.

3. Resultados

3.1. Consistência interna

O teste da fiabilidade da escala completa (40 itens) na amostra de doentes revelou uma boa consistência interna (α estandardizado = ,741), e coeficientes *alpha* de Cronbach da escala variando entre ,73 e ,75 quando cada um dos itens é retirado, como se pode observar no Quadro 2. Uma vez que todos os itens apresentaram uma correlação item-total superior a ,20, todos os 40 itens que compõem a escala foram mantidos (Pestana e Gageiro, 2003). Os valores *alpha* relativos a cada um dos 12 factores empíricos são apresentados no Quadro 4.

Quadro 2. YRAI - Estatísticas item-total e alfa se item for retirado para a amostra de doentes

Item	R Item-total	Alfa (retirando item)
1	0,44	0,74
2	0,45	0,74
3	0,61	0,75
4	0,58	0,75
5	0,39	0,74
6	0,62	0,74
7	0,35	0,74
8	0,61	0,74
9	0,54	0,74
10	0,36	0,74
11	0,66	0,73
12	0,54	0,74
13	0,72	0,73
14	0,58	0,73
15	0,46	0,73
16	0,46	0,73
17	0,46	0,74
18	0,50	0,74
19	0,56	0,74
20	0,51	0,73
21	0,48	0,74
22	0,31	0,74
23	0,56	0,74
24	0,73	0,74
25	0,42	0,74
26	0,51	0,74
27	0,51	0,73
28	0,64	0,73
29	0,60	0,75
30	0,75	0,73
31	0,47	0,73
32	0,53	0,74
33	0,43	0,74
34	0,57	0,74
35	0,52	0,74
36	0,45	0,74
37	0,46	0,73
38	0,52	0,73
39	0,39	0,74
40	0,49	0,75

3.2. Estrutura factorial do YRAI

Análise factorial de 1ª ordem. As análises factoriais realizadas nesta amostra para se explorar a estrutura ortogonal ou oblíqua da escala revelaram uma baixa correlação entre os itens que saturaram num determinado factor e os restantes factores, o que indica que a escala possui uma estrutura ortogonal, ou seja, com factores pouco correlacionados entre si. Deste modo, a rotação *Varimax* foi escolhida, com o objectivo de maximizar a dispersão das saturações entre os factores e procurando que os resultados constituíssem agrupamentos mais interpretáveis (Field, 2005). O reduzido número de iterações necessárias para o cálculo da solução rodada revela também a adequação dos dados para este modelo (Pestana e Gageiro, 2003). Procedeu-se então à extracção de factores segundo o critério dos *eigenvalues* superiores a 1.

A amostra de doentes é constituída por 126 sujeitos, número inferior ao critério de amostra ideal que, para este estudo, seria uma amostra de 200 indivíduos, ou seja, 5 sujeitos para cada variável. O teste para adequabilidade da amostra KMO revela que a amostra se encontra próxima do limiar da razoabilidade para a realização da análise ($0,584 < 0,6$), obrigando a que os resultados obtidos sejam encarados com alguma cautela (Pestana e Gageiro, 2003 Field, 2005). O teste de esfericidade de Bartlett revela que existem correlações significativas entre os itens, ou seja, os dados são factorabilizáveis ($\chi^2 = 1681,495; p < 0,000$), pelo que os autores decidiram prosseguir com as análises.

Uma primeira solução factorial permitiu extrair 14 factores. Uma vez que os dois últimos factores explicavam uma percentagem muito baixa da variância, procurou-se restringir a extracção a 12 factores, de modo que se identificasse um número parcimonioso que explicasse a máxima variância e facilitasse a interpretação dos dados.

Nesta solução, apenas o item 35 (*A maior parte do tempo, procuro viver a minha vida sem grandes emoções*) se manteve isolado num factor inespecífico, provavelmente devido à sua formulação bastante geral e, por isso, foi eliminado da análise. A solução factorial final para esta amostra encontrada ficou então constituída por 12 factores, que explicam 65,044% da variância total. Os componentes e respectivas saturações são apresentados no Quadro 3.

Quadro 3. Matriz de componentes rodadas

Itens	Componentes											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
30	,809											
13	,763											
20	,703											
15		,711										
10		,709										
11		,610										
38		,600										
12	,358	,369										
8			,744									
34			-,718									
29			-,712									
21			,681									
4				,778								
3				,716								
14		,442		-,468								
1				,439								
24					,864							
28					,751							
23					,715							
31						,721						
32						,693						
27						,603						
18							,789					
6							,596					
19							,491					
5								,659				
40								,589				
22								,505				
2									,726			
9									,608			
7									,567			
16									,447			
26										,704		
36										,698		
39											,835	
33											,561	
37												,648
25												-,556
17												,546

Método de extração: Análise dos Componentes Principais.
Método de rotação: Varimax com normalização Kaiser.
a. Rotação convergiu em 21 iterações.

Como se pode observar no Quadro 3, todos os itens apresentam saturações elevadas num

único factor ($> 0,400$), sendo as únicas excepções os itens 12 e 14, que saturam em dois factores.

Através da leitura dos itens agrupados nos diferentes factores, procedeu-se a atribuição de designações de acordo com o tema comum subjacente, tendo também em conta o modo como os itens se agruparam na solução factorial obtida na amostra da população geral (cf. artigo dos mesmos autores neste número da revista), e procurando ainda atender à distribuição teórica dos itens proposta por Young (2007). O Quadro 4 apresenta os 12 factores e respectivas designações, identificando os itens que constituem cada factor. Neste quadro estão também incluídos os valores dos *alphas* de Cronbach de cada um dos factores empíricos.

Quadro 4. Factores empíricos da amostra da população clínica e respectivas consistências

Nome dos factores e respectivos itens
<p>F1 – Isolamento social ($\alpha = 0,77$) 30 - Isolo-me quando estou triste. 13 - Isolo-me quando estou zangado(a). 20 - Afasto-me das pessoas quando me sinto magoado(a).</p>
<p>F2 – Sintomas psicossomáticos ($\alpha = 0,71$) 15 - Sofro de dores musculares. 10 - Sofro de problemas gastrointestinais (p. ex. indigestão, úlcera, colite, etc). 11 - Sinto-me entorpecido(a). 38 - Sinto-me fisicamente doente quando as coisas não me correm bem. 12 - Tenho muitas vezes dores de cabeça.</p>
<p>F3 – Bloqueio de Memórias da Infância ($\alpha = 0,72$) 8 - Não sinto grande coisa quando recordo a minha infância. 34 - Sou uma pessoa com sorte por ter tido uns pais tão bons. 29 - Tive uma infância muito feliz. 21 - Não me lembro de grande coisa acerca da minha infância.</p>
<p>F4 – Negação da infelicidade ($\alpha = 0,64$) 4 - Raramente me sinto triste ou neura. 3 - Sinto-me feliz a maior parte do tempo. 14 - Não tenho tanta energia como a maioria das pessoas da minha idade. 1 - Tento não pensar em coisas que me perturbam.</p>
<p>F5 – Distracção pela actividade ($\alpha = 0,76$) 24 - Procuo estar sempre ocupado(a) para não me sentir aborrecido(a). 28 - Sinto-me melhor se me mantiver constantemente ocupado(a), sem ter muito tempo para pensar. 23 - Sinto-me melhor quando ando de um lado para o outro; não gosto de estar muito tempo parado(a).</p>

F6 – Não pensar em coisas perturbadoras intencionalmente ($\alpha = 0,61$)

- 31 - As pessoas dizem que pareço uma avestruz com a cabeça debaixo da areia (por outras palavras, tento não pensar em coisas que me desagradam).
32 - Tenho tendência a não pensar sobre as minhas perdas ou desapontamentos.
27 - Tento não pensar acerca de memórias dolorosas do meu passado.

F7 – Supressão da raiva ($\alpha = 0,61$)

- 18 - Não consigo antipatizar fortemente com ninguém.
6 - Acredito que não devo ficar zangado(a), mesmo com pessoas de quem não gosto.
19 - A minha filosofia quando alguma coisa corre mal é pô-la o mais rapidamente para trás das costas e seguir em frente.

F8 – Racionalidade excessiva e controlo ($\alpha = 0,38$)

- 5 - Valorizo mais as razões do que as emoções (guio-me mais pela cabeça que pelo coração).
40 - Não me preocupo com o que os outros pensam de mim.
22 - Faço sesta ou durmo bastante durante o dia.

F9 – Abuso de Substâncias ($\alpha = 0,50$)

- 2 - Bebo álcool para me acalmar.
9 - Fumo quando estou aborrecido (a).
7 - Uso drogas para me sentir melhor.
16 - Vejo muita TV quando estou sozinho(a).

F10 – Auto-apaziguamento ($\alpha = 0,45$)

- 26 - Quando estou aborrecido(a), como para me sentir melhor.
36 - Muitas vezes compro coisas que não preciso, para levantar o ânimo.

F11 – Bloqueio de emoções perturbadoras ($\alpha = 0,53$)

- 39 - Quando as pessoas me abandonam ou morrem, não me perturbo muito.
33 - Mesmo quando a situação parece justificar emoções fortes, muitas vezes não sinto nada.

F12 – Evitamento de situações perturbadoras ($\alpha = 0,28$)

- 37 - Tento não me meter em situações difíceis ou que me fazem sentir desconfortável.
25 - Passo a maior parte do tempo a sonhar acordado(a).
17 - Acredito que se deve usar a cabeça para controlar as emoções.
-

O Quadro 5 compara a estrutura factorial obtida neste estudo com os factores teóricos e respectivos itens propostos por Young (2007). Como pode observar-se, existe uma sobreposição considerável entre os factores e os itens que os constituem. Salienta-se o facto de alguns itens se repetirem em diferentes dimensões na solução teórica proposta pelo autor, como é o caso dos itens 9, 13 e 40. Estão destacados a itálico os itens que, na solução empírica e na proposta teórica, correspondem aos mesmos factores.

Quadro 5. Comparação entre factores hipotéticos e empíricos do YRAI

Factores hipotéticos	Factores empíricos (doentes)
Isolamento social <i>13 – 20 – 30</i>	F1 – Isolamento social <i>13 – 20 – 30</i>
Sintomas psicossomáticos <i>10 – 12 – 15 – 38</i>	F2 – Sintomas psicossomáticos <i>10 – 11 – 12 – 15 – 38</i>
Negação de memórias <i>8 – 21 – 27</i>	F3 – Negação de memórias da infância <i>8 – 21 – 29 – 34</i>
Negação da infelicidade <i>3 – 4 – 29 – 34</i>	F4 – Negação da infelicidade <i>1 – 3 – 4 – 14</i>
Distracção pela actividade <i>23 – 24 – 28</i>	F5 – Distracção pela actividade <i>23 – 24 – 28</i>
Não pensar em coisas perturbadoras propositadamente <i>1 – 31 – 32</i>	F6 – Não pensar em coisas perturbadoras propositadamente <i>31 – 32 – 27</i>
Supressão da raiva <i>6 – 13 – 18</i>	F7 – Supressão da raiva <i>6 – 18 – 19</i>
Racionalidade Excessiva e Controlo <i>5 – 17 – 19 – 35 – 40</i>	F8 – Racionalidade excessiva e controlo <i>5 – 40 – 22</i>
Abuso de Substâncias <i>2 – 7 – 9</i>	F9 – Abuso de Substâncias <i>2 – 7 – 9 – 16</i>
Auto-apaziguamento (comer, comprar, etc.) <i>9 – 26 – 36</i>	F10 – Auto-apaziguamento <i>26 – 36</i>
Bloqueio passivo de emoções perturbadoras <i>11 – 33 – 39 – 40</i>	F11 – Bloqueio de emoções perturbadoras <i>33 – 39</i>
Evitamento de situações perturbadoras <i>37</i>	F12 – Evitamento de situações perturbadoras <i>17 – 25 – 37</i>
Evitamento através do sono/falta de energia <i>14 – 22</i>	
Distracção passiva (fantasia, sonhar acordado, TV) <i>16 – 25</i>	Item omitido: 35

Análise factorial de 2ª ordem. Realizou-se também uma análise factorial de 2ª ordem para esta solução empírica, no sentido de testar o modelo teórico que propõe a existência de três grandes dimensões de evitamento subjacentes aos factores empíricos: evitamento comportamental, cognitivo e emocional. A solução obtida, explicando 55,54% da variância total, é apresentada no Quadro 6.

Quadro 6. Matriz de componentes rodadas para os factores de 2ª ordem (a)

Factores empíricos	Componentes			
	1	2	3	4
F2 Sintomas Psicossomáticos	,787			
F1 Isolamento Social	,723			
F12 Evitamento de situações perturbadoras	,668			
F4 Negação da infelicidade		,774		
F7 Supressão da raiva		,737		
F6 Não pensar em coisas perturbadoras intencionalmente		,541		
F9 Abuso de substâncias			,664	
F3 Bloqueio de memórias da infância			,585	
F10 Auto-apaziguamento			,562	
F11 Bloqueio de emoções perturbadoras			,522	
F8 Racionalidade excessiva e controlo				-,711
F5 Distracção pela actividade				,652

Método de extracção: Análise dos Componentes Principais.

Método de rotação: Varimax com normalização Kaiser.

a. Rotação convergiu em 8 iterações.

Procurando interpretar os componentes resultantes da análise de segunda ordem, o factor 1 pode ser designado como *evitamento comportamental/somático*, na medida em que agrupa factores de primeira ordem que traduzem evitamento comportamental e sintomas psicossomáticos. O factor 2 é designado por *evitamento emocional/cognitivo*, uma vez que agrupa factores cujos itens traduzem sobretudo estratégias de bloqueio emocional e apenas o factor “Não pensar em coisas perturbadoras intencionalmente” inclui itens que traduzem evitamento cognitivo. O factor 3 inclui um misto de factores de primeira ordem que parecem traduzir o evitamento por recurso ao consumo de substâncias, ao uso da comida e da aquisição de bens materiais para regulação emocional, bem como o bloqueio de emoções e memórias perturbadoras. Sendo assim, os autores decidiram designá-lo como *evitamento por consumos/bloqueio cognitivo-emocional*. Finalmente, o factor 4 parece traduzir o evitamento por recurso ao controlo excessivo e à distração por sobreocupação, pelo que foi designado como *controlo e distração*.

3.3 Validade convergente

No Quadro 8 são apresentadas as correlações entre os valores do total do YRAI e os valores totais do YSQ-S3, do BSI (Índice Geral de Sintomas, IGS) e da DERS. Quanto à

Escala de Ansiedade, Depressão e Stresse (EADS-21), foram calculadas as correlações entre o total do YRAI e os totais de cada uma das subescalas que a constituem. O valor da correlação entre o total do YRAI e o total do YSQ-S3 é moderado. As correlações entre o total do YRAI e as pontuações globais ou dimensões das restantes escalas são fracas. No entanto, todas as correlações são no sentido previsto de variação, sugerindo que, por exemplo, a maior pontuação no questionário de esquemas está associada maior pontuação no YRAI.

Quadro 8. Correlações entre o total do YRAI e o total da DERS, do BSI-IGS, do YSQ-S3 e dimensões da EADS-21 (n = 88)

	YSQ-S3	BSI - IGS	DERS	EADS-21		
				ANSIEDADE	DEPRESSÃO	STRESS
YRAI	,477(**)	,331(**)	,391(**)	,277(**)	,280(**)	,312(**)

** . $p < 0,01$ (bi-caudal).

Foram também calculadas as correlações entre os factores empíricos do YRAI e os factores ou dimensões específicas das várias escalas e questionários utilizados. Em seguida são apresentados os dados mais relevantes.

YRAI e YSQ-S3

Apesar do YRAI não ter sido construído para avaliar processos de evitamento associados a EPM específicos, é interessante constatar que foram encontradas algumas associações entre determinados EPM e determinados factores empíricos do YRAI. O EPM de Abandono apresenta um $r = 0,476$ com Factor 1 – Isolamento Social, não apresentando correlações significativas ou expressivas com nenhum dos restantes factores. O EPM de Isolamento Social apresenta um padrão de correlações idêntico com os factores do YRAI, sendo a correlação com o Factor 1 – Isolamento Social de 0,382. O EPM de Dependência/Incompetência funcional apresenta uma correlação moderada com o Factor 2 – Sintomas Psicossomáticos ($r = 0,398$). O EPM de Vulnerabilidade ao Mal e à Doença apresenta correlações moderadas com o Factor 2 – Sintomas Psicossomáticos ($r = 0,576$), com o Factor 1 – Isolamento Social ($r = 0,442$), e com o Factor 12 – Evitamento de Situações Perturbadoras ($r = 0,411$). O EPM de Auto-Sacrifício apresenta um $r = 0,406$ com o Factor 2

– Sintomas Psicossomáticos e o EPM de Inibição Emocional apresenta uma correlação de ,502 com o Factor 11 – Bloqueio de Emoções Perturbadoras. O EPM de Auto-Controlo Insuficiente apresenta também uma correlação moderada ($r = 0,417$) com o Factor 1 – Isolamento Social. O EPM de Pessimismo apresenta também correlações moderadas com os Factor 1 – Isolamento Social ($r = 0,491$) e com o Factor 2 – Sintomas Psicossomáticos ($r = 0,468$).

Todas as correlações aqui referidas são significativas ($p < 0,01$). Ainda que moderadas, as correlações referidas parecem traduzir padrões específicos de associação entre determinadas estratégias de evitamento e determinados EPM.

É também relevante observar a ausência de correlações significativas entre os EPM de Fracasso e de Grandiosidade e qualquer um dos 12 factores do YRAI. Tal facto pode significar que ambos os esquemas tendem a ser mantidos por processos de compensação e de manutenção (Young, Klosko e Weishar, 2003), mais do que por processos de evitamento.

YRAI e BSI

A maior associação encontrada foi, como seria de esperar, entre o Factor 2 - Sintomas Psicossomáticos e a dimensão Somatização do BSI ($r = 0,582$), temática comum a ambos inventários. O Factor 2 também apresenta correlações moderadas com as dimensões do BSI: Obsessão-compulsão ($r = 0,490$, $p < 0,01$), Ansiedade ($r = 0,486$, $p < 0,01$) e Depressão ($r = 0,430$, $p < 0,01$).

O Factor 7 – Supressão da Raiva, apresenta uma correlação de $-0,231$ ($p < 0,05$), com a dimensão Hostilidade do BSI. Ainda que fraca, é curioso constatar que a relação ocorre no sentido previsto.

O Factor 1 - Isolamento Social apresenta uma correlação de $0,470$ ($p < 0,01$), com a subescala de Depressão do BSI e o Factor 12 – Evitamento de Situações Perturbadoras apresenta uma correlação de $0,368$ ($p < 0,01$) com a subescala Obsessão-compulsão do BSI.

YRAI e EADS-21

As correlações significativas encontradas entre as dimensões destas escalas variam entre $r = 0,502$ (moderada) e $r = 0,218$ (fraca). As correlações mais elevadas com as três subescalas da EADS-21 (Stresse, Ansiedade e Depressão), ocorrem com os factores F1 - Isolamento Social e F2 - Sintomas Psicossomáticos.

YRAI e DERS

O Factor 1 – Isolamento Social apresenta correlações significativas que variam entre 0,350 e 0,500 com todas as dimensões da DERS, a excepção da dimensão “Falta de consciência das emoções”, com a qual não existe uma correlação significativa. Curiosamente, esta mesma dimensão da DERS apresenta uma correlação significativa, ainda que moderada ($r = -0,363$) com o Factor 4 – Negação da Infelicidade. Outra associação curiosa ocorre entre o Factor 12 – Evitamento de Situações Perturbadoras e a dimensão “Não aceitação da resposta emocional” da DERS ($r = 0,427$; $p < 0,000$).

3.4. Validade discriminante

Realizaram-se testes *t* comparando as duas amostras (geral e de doentes), de modo a avaliar a capacidade do YRAI (total e factores) para discriminar entre sujeitos com e sem psicopatologia. O Quadro 9 apresenta os valores dos testes *t*, sendo que os factores empíricos do YRAI são os que resultaram da análise factorial realizada na amostra de doentes. No total do YRAI, a amostra de doentes obteve uma pontuação média superior à da amostra da população geral. Quanto aos factores empíricos, as médias da amostra de doentes são maiores para o Factor 1 – Isolamento social, o Factor 2 – Sintomas Psicossomáticos, o Factor 5 – Distracção pela Actividade, e o Factor 12 – Evitamento de Situações Perturbadoras. No Factor 4 – Negação da Infelicidade e no Factor 7 – Supressão da Raiva, a média da amostra geral é superior à da amostra clínica. Nos restantes factores, não foram encontradas diferenças significativas entre os grupos.

Quadro 9. Estatísticas e testes t dos grupos clínico e não clínico para solução factorial obtida na amostra clínica.

Factores Empíricos	Geral (n = 231)		Doentes (n = 126)		t	p
	Média	DP	Média	DP		
F1 Isolamento Social	3,3131	1,21089	4,0291	1,34132	-5,137	,000
F2 Sintomas psicossomáticos	1,9628	0,76272	2,9381	1,12867	-8,679	,000
F3 Negação de memórias da infância	3,2132	0,66246	3,0833	0,75033	1,688	,072
F4 Negação da infelicidade	3,1861	0,69547	3,0000	0,77974	2,238	,026
F5 Distracção pela actividade	3,6580	1,20343	3,9788	1,24061	-2,381	,018
F6 Não pensar em coisas perturbadoras propositadamente	2,6724	1,01103	2,6243	1,10110	,416	,678
F7 Supressão da raiva	3,3117	1,04812	3,0397	1,15747	2,258	,025
F8 Racionalidade excessiva e controlo	2,6984	0,83577	2,8280	1,04880	-1,196	,233
F9 Abuso de substâncias	1,8539	0,69040	2,0298	0,91521	-1,884	,061
F10 Auto-apaziguamento	2,2554	1,07831	2,4603	1,25953	-1,543	,124
F11 Bloqueio de emoções perturbadoras	1,9221	0,96481	1,9563	1,08078	-,307	,759
F12 Evitamento de situações perturbadoras	3,5887	0,99840	3,9312	0,88776	-3,218	,001
YRAI Total	111,20	18,011	120,05	18,715	-4,373	,000

Relativamente aos factores de segunda ordem obtidos a partir destes 12 factores, as pontuações das duas amostras distinguem-se significativamente no factor Evitamento comportamental/somático ($t = -7,676$, $p = 0,000$) e Controlo e Distracção ($t = -2,638$, $p = 0,009$). Na dimensão Evitamento comportamental/somático, a amostra de doentes pontuou mais alto do que o grupo da população geral ($M = 3,632$ $DP = 0,870$ para a amostra de doentes por comparação com $M = 2,954$ $DP = 0,754$ para o grupo de normais). Na dimensão Controlo e Distracção, da mesma maneira, a amostra de doentes pontuou mais do que a amostra da população geral ($M = 3,40$ e $DP = 0,782$ para a amostra de doentes, por comparação com $M = 3,17$ e $DP = 0,764$ para amostra geral).

Não existem diferenças estatisticamente significativas entre as amostras nos factores Evitamento emocional/cognitivo e Consumos/Bloqueio cognitivo-emocional. Estes dados, a serem confirmados em novos estudos, podem significar que o recurso a determinadas estratégias de evitamento ocorre tanto em sujeitos com psicopatologia como em sujeitos da população geral, enquanto outras estratégias de evitamento parecem estar mais fortemente associadas a psicopatologia. Por exemplo, o recurso a estratégias de evitamento cognitivo e emocional, pelo menos com determinada intensidade e frequência, pode ser adaptativo, enquanto que as estratégias de evitamento comportamental/somático e de controlo e

distracção, a partir de determinada intensidade e/ou frequência de uso podem ser disfuncionais.

4. Discussão

Os resultados obtidos neste primeiro estudo com uma amostra clínica diversificada revelam que o YRAI é um instrumento de auto-resposta adequado para a avaliação de diversos tipos de evitamento na população clínica, constituindo-se como uma medida de auto-resposta capaz de fornecer um indicador global do grau de evitamento do sujeito ou doente, permitindo também precisar quais os tipos de estratégias de evitamento mais utilizadas pelos doentes e que devem ser alvo de trabalho terapêutico.

O inventário possui boa consistência interna, quer no que se refere ao total da escala, quer no que se refere à grande maioria dos factores empíricos que a constituem.

Em relação à estrutura factorial resultante da análise factorial exploratória realizada, é de destacar que emergiram 12 factores empíricos largamente sobreponíveis aos factores teóricos hipotetizados por Young (2007), e também com correspondência aos obtidos por Karaosmanoglu (2007). Dois dos factores teoricamente propostos - Evitamento através do sono/ falta de energia; Distracção passiva - não emergiram na análise factorial realizada, tendo os seus itens sido distribuídos por outros factores empíricos, tal como tinha acontecido com o estudo factorial exploratório do YRAI na amostra da população geral (cf. artigo dos mesmos autores neste número). Como foi referido, a solução factorial de primeira ordem encontrada foi obtida eliminando apenas 1 dos 40 itens que constituem o inventário, enquanto na análise factorial da amostra geral tinha sido necessário eliminar 4 dos itens. Cabe ainda salientar que os factores empíricos obtidos na amostra de doentes são bastante equilibrados no que se refere ao número de itens que os constituem (a maioria dos 12 factores é constituída por 3, 4 ou 5 itens cada).

Como foi anteriormente referido, o modelo teórico subjacente ao desenvolvimento do YRAI (Young, 1990; Young e Lindemann, 1992; Young, Klosko e Weishaar, 2003), propõe a existência de 3 tipos de processos de evitamento em função da natureza dos mesmos: evitamento cognitivo, evitamento emocional e evitamento comportamental. A análise factorial de 2ª ordem realizada na amostra de doentes permitiu a emergência de 4 factores distintos que, em função dos factores empíricos que os constituem, foram designados pelos

autores como: Comportamental/Somático, Cognitivo/Emocional, Evitamento por Consumos/Bloqueio Cognitivo-Emocional e Controlo e Distracção. Estes resultados apenas corroboram parcialmente o modelo teórico proposto. Tal como no estudo com a amostra normal, as dimensões de evitamento associadas a sintomas psicossomáticos, que teoricamente são propostas como integrantes da estratégia de evitamento emocional, surgem aqui agrupadas aos factores de evitamento de natureza comportamental. Os restantes factores de segunda ordem agrupam estratégias de evitamento de diversa natureza, sendo curioso constatar que o quarto factor agrupa estratégias de controlo e distracção activa, que a nossa experiência clínica mostra estarem frequentemente associadas. A solução factorial de segunda ordem é discrepante em relação aos estudos de Luck *et al.* (2005), e de Karaosmanoglu (2007), que apresentam apenas duas dimensões de segunda ordem. Tendo em conta o tamanho da amostra utilizada, é possível que esta tenha constituído uma limitação à obtenção de resultados mais favoráveis, pelo que outros estudos envolvendo amostras maiores da população clínica devem ser realizados de modo a confirmar ou infirmar estes resultados.

No que respeita à validade convergente, os resultados corroboram a hipótese de que maiores níveis de evitamento estão associados a psicopatologia mais intensa, maior prevalência de EPM e maiores dificuldades da regulação emocional, sendo que os factores do YRAI que maiores associações apresentam com medidas de psicopatologia e dificuldades de regulação emocional são os factores Isolamento social, Sintomas psicossomáticos e Evitamento de situações perturbadoras. No entanto, a força das associações encontradas entre o total do YRAI e os totais ou dimensões dos outros instrumentos utilizados para estabelecer a validade convergente é moderada.

O total do YRAI mostrou ser capaz de distinguir entre indivíduos doentes e indivíduos da população normal. Surgiram alguns dados curiosos no estudo da validade discriminante do instrumento. Alguns factores do YRAI (nomeadamente o Isolamento Social, Sintomas Psicossomáticos, Distracção pela Actividade e Evitamento de Situações Perturbadoras), apresentam valores médios mais elevados na amostra clínica, enquanto outros (nomeadamente Negação da Infelicidade e Supressão da Raiva), apresentam valores médios mais elevados na amostra da população geral, acontecendo ainda que nos restantes factores não existem diferenças significativas entre os grupos. Estes dados implicam também que

alguns factores de segunda ordem diferenciem os grupos enquanto noutros não existam diferenças estatisticamente significativas.

Importa salientar que este estudo não se encontra livre de limitações metodológicas. Para além do tamanho da amostra que, como anteriormente referido, desejavelmente deveria ser maior, o diagnóstico dos sujeitos que integraram a amostra clínica foi fornecido pelos clínicos que acompanhavam os doentes, o que impediu uma análise mais detalhada dos resultados obtidos com o YRAI em função do tipo ou grupos de psicopatologia. Futuras investigações, podendo colher informação estruturada sobre o diagnóstico clínico e a gravidade da perturbação, poderão aprofundar o estudo da associação entre (determinadas) estratégias de evitamento e quadros ou grupos específicos de psicopatologia.

Tratando-se do primeiro estudo de natureza factorial do YRAI numa amostra portuguesa da população clínica, os resultados encontrados deverão ser confirmados por outros estudos do mesmo tipo. Tendo em conta as limitações conhecidas da metodologia da análise factorial exploratória, futuros estudos sobre a estrutura factorial do instrumento deverão recorrer a análises factoriais confirmatórias, a fim de validar o modelo factorial subjacente ao inventário. Deverão também testar a hipótese de existirem associações específicas entre determinadas estratégias de evitamento e quadros específicos de psicopatologia, bem como a hipótese de existirem associações específicas entre determinados esquemas precoces mal adaptativos e determinados tipos de evitamento de esquema.

Para além de corroborar o modelo teórico de Young e colaboradores (Young, 1990; Young e Lindemann, 1992; Young, Klosko e Weishaar, 2003), que propõe a existência de determinado número de estratégias de evitamento de esquemas (na medida em que os factores empíricos de primeira ordem agrupam de forma consideravelmente consistente os itens teoricamente propostos), os resultados obtidos neste estudo permitem uma utilização do YRAI mais precisa do que aquela que tem vindo a ser feita. Disponibilizando um instrumento de investigação na sua versão portuguesa autorizada, oferece também orientações para uma utilização mais rigorosa do YRAI em contexto clínico e de investigação.

Referências Bibliográficas

- American Psychiatric Association (2002). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Perturbações Mentais— text review*. (4^a ed.) Lisboa: Climepsi.
- Apóstolo, J. L., Mendes, A. C. & Azeredo, Z. A. (2006). Adaptação para a língua portuguesa da Depression, Anxiety and Stresse Scale (DASS). *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 14(6), 863-871.
- Beck, A. T., Emery, G., & Greenberg, R. L. (1985). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. New York: Basic Books.
- Brothie, J., Hanes, J., Wendon, P & Waller, G. (2006). Emotional avoidance among alcohol and opiate abusers: the role of schema-level cognitive processes. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 35, 231–236.
- Canavarro, M. C. (1999). Inventário de sintomas psicopatológicos – B.S.I.. In Simões, M. R., Gonçalves, M., & Almeida, L. S. (Eds). *Testes e provas psicológicas em Portugal*. Vol. II, pp. 95-108. Braga: APPORT/SHO
- Cloitre, M. (1992). Avoidance of emotional processing: a Cognitive Science perspective. In Stein, D. & Young, J. E. (Eds.), *Cognitive science and clinical disorders* (pp. 20-42). London: Academic Press.
- Derogatis, L. (1982). *Brief Symptom Inventory*. Versão portuguesa de Canavarro, 1996.
- Field, A. (2005). *Discovering statistics using SPSS*. London: Sage
- Gratz, K. & Roemer, L. (2004a). *Difficulties in Emotion Regulation Scale*. Versão portuguesa de Pinto-Gouveia e Veloso, 2007.
- Gratz, K. & Roemer, L. (2004b) Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: development, factor structure, and initial validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26(1) 41-54.
- Hayes, S., Wilson, K., Gifford, E., Follette, V. & Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: a functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(6), 1152-1168.
- Hayes, A. & Feldman, G. (2004). Clarifying the construct of Mindfulness in the context of emotion regulation and the process of change in therapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 11(3), 255-262.

- Karaosmanoglu, A. (Julho de 2007). The nature of *coping*: the perspectives of avoidance and overcompensation [Abstract]. Obtido de *V World Congress of Behavioural and Cognitive Therapies Abstracts*.
- Kashdan, T., Barrios, V., Forsyth, J. & Steger, M. (2006). Experiential avoidance as a generalized psychological vulnerability: comparisons with *coping* and emotion regulations strategies. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1301-1320.
- Luck, A., Waller, G., Meyer, C., Ussher, M. & Lacey, H. (2005). The role of schema processes in the eating disorders. *Cognitive Therapy and Research*, 29(6), 717-732.
- Pais-Ribeiro, J. L., Honrado, A. & Leal, I. (2004). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das Escalas de Ansiedade, Depressão e Stresse (EADS) de 21 itens de Lovibond e Lovibond. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 5(1), 229-239.
- Pestana, M. & Gajeiro, J. (2003). *Análise de dados para ciências sociais: a complementaridade do SPSS*. Lisboa: Sílabo.
- Pinto Gouveia, J., Castilho, P., Galhardo, A. & Cunha, M. (2006). Early Maladaptive Schemas and Social Phobia. *Cognitive Therapy and Research*, 30(5), 571-584.
- Pinto Gouveia, J., Rijo, D., Matos, M. & Dinis, A. (2008). Confirmatory factor structure analysis of the YSQ-S3 in a large Portuguese normal subjects sample. *Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale*, 14 (2), 180.
- Plumb, J., Orsillo, S. & Luterek, J. (2004). A preliminary test of the role of experiential avoidance in post-event functioning. *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry*, 35, 245-257.
- Sloan, D. (2004). Emotion regulation in action: emotional reactivity in experiential avoidance. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 1257-1270.
- Spranger, S. C., Waller, G., & Bryant-Waugh, R. (2001). Schema avoidance in bulimic and non-eating disordered women. *International Journal of Eating Disorders*, 29, 302-306.
- Veloso, M. J. (2007). *Estratégias e dificuldades na regulação emocional: Implicações na expressividade emocional, qualidade de vida e psicopatologia*. Dissertação de Mestrado em Psicologia na Área de Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
- Young, J. E. (1990). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema focused approach*. Sarasota, FL: Professional Resource Exchange.

- Young, J. E. (1999). *Cognitive therapy for personality disorders: A schema focused approach* (3rd ed.). Sarasota, FL: Professional Resource Exchange.
- Young, J. E. (2005). *Young Schema Questionnaire S3*, versão portuguesa traduzida e adaptada por Pinto Gouveia, Fonseca & Salvador, 2006.
- Young, J. E. (2007). *Young-Rygh Avoidance Inventory: Informal clinical scoring instructions*, acessado em Novembro de 2007, de Schema Therapy Home Page. Website: <http://www.schematherapy.com/id113.htm>
- Young, J. E., Klosko, J. S. & Weishar, M. E. (2003). *Schema therapy: a practitioner's guide*. New York, NY: Guilford Press.
- Young, J. E. & Lindemann, M. D. (1992). An integrative schema-focused model for personality disorders. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 1(6), 11-23.
- Young, J. E. & Rygh, J. (1994). *Young-Rygh Avoidance Inventory*. Versão portuguesa de Pinto Gouveia, Fonseca e Salvador, 2003.

Young-Rygh Avoidance Inventory: Validation and factor structure studies on a Portuguese clinical sample

This paper presents the Young & Rygh Avoidance Inventory (YRAI) validation and factor structure studies on a clinical sample of 126 Portuguese subjects.

The YRAI is a self-report inventory made of 40 items, selected in order to assess different types of schema avoidance processes. The authors suggest the existence of 14 different avoidance strategies that can be cognitive, emotional or behavioral. The items were chosen among the most frequent avoidance strategies being used by patients doing Schema Focused Therapy, namely people suffering from personality disorders.

The YRAI showed to possess good psychometric properties and it was possible to extract 12 avoidance factors, being the majority of these consistent with the ones theoretically proposed. A second order factor analysis revealed two major avoidance dimensions: Behavioral/Somatic and Cognitive/Emotional, accordingly to the conceptual model developed by Young (1990, 1999).

Key-Words: Schema avoidance; Young-Rygh Avoidance Inventory; Schema Focused Therapy

Le Inventorie de Evitement de Young et Rygh: études de validation e la structure factoriel dans un échantillon de la population clinique

Ce travail présente les études de validation de l'Inventorie de Evitement de Young et Rygh (*Young-Rygh Avoidance Inventory* – YRAI), et les études sur la structure factorielle de cet instrument sur un échantillon de 126 sujets de la population clinique.

L'YRAI est composé par 40 items, lesquels ont été sélectionnés dans le but de faire l'évaluation des différents types de processus d'évitement de schéma qu'ils soient de nature cognitive, émotionnelle ou bien comportemental. Les auteurs suggèrent l'existence de 14 stratégies différentes d'évitement et les items ont été établis à partir de stratégies les plus souvent utilisées par des patients, surtout les patients avec des troubles de la personnalité.

L'YRAI est un instrument avec bonnes propriétés psychométriques et il a été possible d'extraire de cette étude un modèle factoriel de 12 facteurs, la majorité dans ces facteurs est en accord avec les facteurs théoriquement proposées. Une analyse factorielle de deuxième ordre a permis de mettre en relief deux dimensions d'évitement : Comportementale/Somatique et Cognitive/Emotionnelle, ce qui est partiellement en accord avec le modèle conceptuel proposée par Young (1990, 1999).

Mots-Clés: Évitement du Schéma ; Inventorie de l'Evitement de Young et Rygh ; Thérapie des Schémas

Avaliação da Dor: Utilização do Questionário de Auto-Resposta *The Survey of Pain Attitudes (SOPA)* e *Chronic Pain Coping Inventory- 42 (CPCI-42)* na População Portuguesa

Joana Costa & José Pinto Gouveia¹

Este estudo apresenta as características psicométricas da versão portuguesa da *The Survey of Pain Attitudes (SOPA)*: Jensen & Karoly, 2000) e da *Chronic Pain Coping Inventory-42 (CPCI-42)*: Romano, Jensen & Turner, 2003), numa amostra de 651 adultos portugueses, utentes de um Centro de Saúde. No Estudo¹, são efectuadas Análises Factorial em Componentes Principais, para cada uma das medidas. Para a *SOPA*, uma estrutura de 9 factores (Controlo- Estratégias de Auto-Controlo, Incapacidade, Emoção, Solicitação, Medicação, Cuidados Médicos, Controlo- Estratégias de Aprendizagem, Cura Médica, Dano), que explicou 61.319%; para a *CPCI-42*, foram obtidos 6 factores (Relaxamento, Prevenção, Busca de Suporte, Auto-Declarações, Persistência na Tarefa, Exercício), que explicaram 60.835%. Os factores das medidas apresentaram adequação ao modelo original, com valores de consistência interna superiores aos obtidos pelos autores das versões originais ($\alpha \leq 0,60$, para as sub-escalas *SOPA*, com excepção do Controlo- Estratégias de Aprendizagem; $\alpha \leq 0,78$, para as sub-escalas *CPCI-42*, com excepção da sub-escala Exercícios).

Um segundo estudo utilizou uma amostra adicional de 151 adultos, com o objectivo de analisar a validade convergente e divergente, das versões obtidas da *SOPA* e *CPCI-42*. Foram abordados os contributos destas medidas na explicação dos sintomas de ansiedade, depressão e de *stresse*, através de análises de regressão múltipla.

Os resultados obtidos são discutidos tendo em consideração a literatura existente.

Palavras-Chave: Crenças maladaptativas; Estratégias de *Coping*; Tratamentos multidisciplinares; Dor.

¹ Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra. (jgouveia@fpce.uc.pt)

1. Introdução

Nas últimas décadas tem sido crescente a investigação em torno da dor. Constitui uma experiência multidimensional desagradável, com componentes sensoriais e emocionais.

A caracterização da dor, em função da sua duração, permite compreender os aspectos que lhe estão subjacentes. Assim, a dor aguda é um tipo de dor que, até certo ponto, tem consequências benéficas para o organismo, sendo um sinal de alerta para ocorrência de um traumatismo ou de uma queimadura, por exemplo. Neste contexto, é um sintoma importante para o diagnóstico de várias patologias, constituindo um dos principais motivos de procura de cuidados de saúde, pela população em geral (Associação Portuguesa para o Estudo da Dor, 2006). Por outro lado, a dor crónica é definida como uma dor persistente ou recorrente, durante pelo menos 3-6 meses. A dor crónica não tem qualquer vantagem para o doente, uma vez que para além do sofrimento que provoca, pode ter repercussões na saúde física e mental.

Têm sido várias as investigações acerca dos aspectos cognitivos e afectivos na dor. Uma das características da dor é o seu carácter interruptivo e prioritário no processamento da informação. O indivíduo evita a dor, abandonando fontes de informação/ actividades que estão a competir no momento, uma vez que a dor poderá significar perigo ou ameaça para o próprio (Crombez, Eccleston, Baeyens & Eelen, 1996).

A literatura tem feito referência aos efeitos da dor crónica, no funcionamento físico, psicológico e social, tais como insónias, sintomas de ansiedade e de depressão (Associação Portuguesa para o Estudo da Dor, 2006; Bird, 2003; Caraceni, Cherny, Fainsinger, Kaasa, Poulain, Radbruch & De Conno, 2002; Ektor-Andersen, Ørbæk & Isacson, 2002; Evers, Kraaijmaat, Riel & Jong, 2002; Jensen & Karoly, 1991; Schiaffano, Shawaryn & Blum, 1998).

Não sendo objectivo principal desta investigação, uma revisão dos vários modelos explicativos da dor crónica, parece-nos pertinente a abordagem dos modelos teóricos de cariz cognitivo-comportamental. Tradicionalmente, a dor é explicada pelo modelo médico da doença, como uma experiência sensorial pura, desencadeada por um estímulo nocivo. A investigação tem reforçado a importância de factores psicológicos (por exemplo, a percepção, a cognição, o afecto) e de factores comportamentais (por exemplo, o evitamento), na

explicação da dor (Asmundson, Norton & Norton, 1999). Para os modelos de *stresse* e de *coping*, a dor é conceptualizada como acontecimento gerador de *stress*. Assim, a forma como o paciente percebe a dor e as suas implicações, constitui o aspecto central no processo de ajustamento (Strong, Ashton & Chant, 1992). Dentro desta perspectiva, o *Modelo Transaccional do Stresse e do Coping*, de Lazarus e Folkman (1984), permite a compreensão da resposta de *stresse*, centrada em três processos, referentes à avaliação primária, à avaliação secundária e, à reavaliação. Na avaliação primária o indivíduo analisa as particularidades do acontecimento *stressante* e a sua influência no bem-estar isto é, determina se a situação constitui uma ameaça. Quando o acontecimento é percebido como ameaçador, o indivíduo avalia as fontes de *coping* disponíveis, o que determina a avaliação secundária. A decisão acerca do tipo de estratégias de *coping* a utilizar, está portanto dependente destes dois processos de avaliação primária e secundária. A reavaliação ou avaliação terciária, diz respeito a uma mudança no processo de avaliação, baseada em nova informação do ambiente e/ou da pessoa. O processo de avaliação envolve, deste modo, a determinação do grau para o qual o *stressor* representa uma ameaça, enquanto a resposta de *coping* envolve os esforços cognitivos e comportamentais para lidar com as exigências dessa situação. Assim, o impacto psicológico de um *stressor*, a dor, é influenciado pelas características do indivíduo e da própria situação (Lazarus & Folkman, 1984). Neste contexto a eficácia da avaliação de controlo, isto é, a crença que o indivíduo tem das suas capacidades e dos seus recursos para lidar com a dor, assume um papel central, sendo consistente com os modelos teóricos (Jensen & Karoly, 1991).

No mesmo sentido, desde os anos 80 que a investigação na área da dor valoriza a importância em avaliar as atitudes, as crenças e as expectativas acerca da dor e dos respectivos tratamentos, como parte de uma avaliação multidimensional prévia, aos programas de tratamento (Coughlin, Badura, Fleischer & Guck, 2000; Jensen & Karoly, 1992; Jensen, Turner & Romano, 1994; Jensen, Turner & Romano, 2001; Roth & Geisser, 2002; Strong, Ashton & Chant, 1992). Esta informação é útil para a planificação e para a aderência ao tratamento, podendo influenciar a capacidade de lidar com a dor, bem como o resultado do próprio tratamento (Strong, Ashton & Chant, 1992).

Deste modo, a definição destes constructos assume relevância. As atitudes são conceptualizadas por Fisbein e Ajzen (citados por Strong, Ashton & Chant, 1992), como o

grau de sentimentos/afectos contidos num objecto. Por outro lado, a pluralidade de concepções inerentes ao conceito de crença dificulta a sua definição, a sua dimensionalidade e, a própria operacionalização. A crença tem origem na interacção entre o sujeito e o meio, encontrando-se relacionada com estados mentais que actuando em conjunto, podem antecipar/preparar para a acção (Diniz, 2004). Neste sentido, as crenças acerca da dor constituem conceptualizações feitas pelo indivíduo, acerca do que a dor é, e o que de facto significa/representa para si (Fisbein & Ajzen, citados por Strong et al., 1992; Williams & Thorn, citados por Strong et al., 1992). Representam assim, constructos cognitivos que interferem no significado do acontecimento e sobre a forma de lidar com ele (Lazarus & Folkman, 1984).

A investigação tem demonstrado também, a importância do medo da dor no funcionamento físico. Assim, em pacientes com dor crónica, a crença disfuncional de que determinada actividade irá produzir dor, mostrou-se relacionada com uma maior incapacidade funcional (Heuts, Vlaeyen, Roelofs, de Bie, Aretz, van Weel & van Schayck, 2004). Para Goubert, Crombez e Daneneels (2006), os pacientes com dor crónica, com pensamentos catastróficos e mais medo da dor, demonstraram uma incapacidade em generalizar experiências correctivas. Perante um movimento doloroso, referem que movimentos semelhantes também o são mas, face um movimento menos doloroso do que o esperado, referem crenças de que movimentos semelhantes continuarão dolorosos. Goubert et al. (2006) explicam assim por que o carácter incapacitante da dor se expande a outros domínios da vida do paciente com dor crónica.

As abordagens psicológicas relacionadas com o manejo da dor focam-se, particularmente, na forma como o indivíduo lida com este sintoma. Tradicionalmente, a investigação tem assumido o *coping* com a dor como um processo, primordialmente de ganho de controlo sobre a dor. No entanto, quando a dor provoca sofrimento e interferência na vida, não podendo ser eliminada, torna-se necessário que os esforços dos pacientes e os tratamentos fornecidos, sejam redireccionados em função das suas necessidades específicas (McCracken, Eccleston & Bell, 2005). Investigações recentes, têm sugerido a inclusão de tentativas de controlo e de aceitação do acontecimento gerador de *stresse* nesta abordagem (McCracken & Eccleston, 2003; McCracken, Eccleston & Bell, 2005). Quando aplicada à dor crónica, a aceitação diz respeito a aspectos de disposição activa para deixar estar a dor

presente, sem necessidade de a reduzir ou evitar, redireccionando os esforços do paciente a focarem-se em aspectos positivos da vida diária (McCracken, Eccleston & Bell, 2005). Os resultados de múltiplos estudos que investigaram a eficácia das estratégias de aceitação no *coping* com a dor, demonstram um melhor funcionamento diário, mais persistência na tarefa, verificando-se também menos sintomas de ansiedade e de depressão (Kabat- Zinn citado por Baer, 2006; McCracken & Eccleston, 2003; McCracken, Eccleston & Bell, 2005).

Num estudo com o objectivo de analisar a modificação das crenças e das estratégias de *coping*, ao longo de um tratamento multidisciplinar para a dor crónica, Jensen, Turner e Romano (2001) referiram a diminuição de sintomas de incapacidade, intensidade da dor e depressão. A diminuição do relato de incapacidade, mostrou-se associado a um aumento da crença de controlo da dor, o que está de acordo com Jensen, Turner e Romano (1994) e com Coughlin, Badura, Fleischer e Guck (2000). Por outro lado, a diminuição no relato de incapacidade mostrou-se também associada a uma diminuição das respostas/estratégias de *coping*, que envolvem a restrição, tais como a Prevenção e o Descanso.

Deste modo, o que o indivíduo acredita acerca da dor (as crenças de dor) e a forma como lida com ela (estratégias de *coping*), desempenham um papel importante no seu ajustamento e funcionamento psicológicos (Jensen, Keefe, Lefebvre, Romano & Turner, 2003).

1º Estudo

Um primeiro estudo analisou a validade factorial e a fidelidade (consistência interna e correlações item-total) das medidas *The Survey of Pain Attitudes (SOPA*; Jensen & Karoly, 2000) e *Chronic Pain Coping Inventory- 42 (CPCI-42*; Romano, Jensen & Turner, 2003).

2. Método

2.1. Participantes

A amostra foi constituída por 651 sujeitos (267 do sexo masculino e 384 do sexo feminino), utentes do Centro de Saúde de Torres Vedras. Os participantes foram aleatoriamente recrutados, no dia em que se dirigiam ao centro de saúde, para consulta da especialidade de Medicina Geral e Familiar. A tabela 1 mostra as características sócio-demográficas da amostra.

Os participantes apresentaram uma média de idades de 52.28 (DP= 17.28), para os homens e de 49.98 (DP= 17.17) para as mulheres, e uma média de Habilitações Literárias de sete anos de escolaridade. A maioria dos participantes era Casado/União de Facto (76.4%) e estava empregado (59.0%). O estudo das diferenças entre sexos, mostrou diferenças estatisticamente significativas para a Situação Profissional ($\chi^2(2, .019) = 7.935; p = .019$). Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas para a Idade, para o Estado Civil e para as Habilitações Literárias, entre os sexos.

Tabela 1. Caracterização demográfica da amostra por sexo

	Sexo Masculino (N=267)		Sexo Feminino (N=383)		χ^2	p
	N	%	N	%		
Estado civil					6.866	.076
Solteiro	36	5.6%	52	8.0%		
Casado/ Outro	210	32.4%	285	44.0%		
Separado/Divorciado	10	1.5%	11	1.7%		
Viúvo	10	1.5%	34	5.2%		
Profissão					7.935	.019
Empregada	159	24.5%	224	34.5%		
Desempregado	16	2.5%	47	7.2%		
Reformado	92	14.2%	111	17.1%		
	Sexo Masculino		Sexo Feminino			
	M	DP	M	DP	t	p
Idade	52.28	17.28	49.98	17.17	-.681	.094
Habilitações literárias	6.72	4.87	6.99	4.99	1.676	.496

3. Medidas

Folha de dados Demográficos e Clínicos. Foram registados o sexo, o estado civil, a idade, a situação profissional e as habilitações literárias.

The Survey of Pain Attitudes (SOPA; Jensen & Karoly, 2000), é constituída por 57 itens, que medem as crenças acerca da dor, em função de sete sub-escalas relativas ao controlo, incapacidade, dano, emoção, medicação e cuidados médicos, com um formato de resposta tipo *Likert* de 5 pontos, que varia de 0 (*Não é verdadeiro para mim*) a 4 (*É muito verdadeiro para mim*). Esta medida permite obter um resultado parcial para cada sub-escala, que varia entre 0 e 4, em que um resultado mais elevado significa uma maior prevalência de crenças desadaptativas. A fidelidade da versão original foi avaliada através do coeficiente de

consistência interna, tendo os valores variado entre .56 e .73 para as diferentes sub-escalas e, a fidelidade temporal teste-reteste variou entre .80 e .91, para as diferentes sub-escalas (intervalo de 2 semanas). A validade concorrente foi estudada pela sua relação com medidas de comportamento e estratégias de coping relacionadas com a dor (Jensen, Karoly & Huger, 1987).

The Chronic Pain Coping Inventory- 42 (CPCI-42; Romano, Jensen & Turner, 2003), é composta por 42 itens, que avaliam as estratégias utilizadas para lidar com a dor, organizadas em oito sub-escalas: prevenção, descanso, busca de assistência, relaxamento, persistência na tarefa, exercício/alongamento, busca de suporte social e auto-declarações. Apresenta um formato de resposta numa escala de sete pontos, que traduz o número de dias durante a última semana, em que utilizou uma determinada estratégia. Permite obter um resultado parcial que varia entre 0 e 7, em que um resultado mais elevado traduz uma maior utilização de determinada estratégia. A análise da fidelidade, evidenciou valores alfa de *Cronbach*, entre .71 e .89 e de correlação teste-reteste entre .79 e .81 (intervalo de 2 a 4 semanas). A validade de critério foi obtida pela comparação com medidas de dor, incapacidade e depressão, mostrando que as estratégias de *coping* mais passivas se associam a mais dor, mais incapacidade e mais sintomas de depressão (Romano, Jensen & Turner, 2003).

4. Procedimento

Foram pedidas autorizações à Sub-Coordenadora da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo e à Direcção do Centro de Saúde de Torres Vedras. A participação dos utentes da instituição foi solicitada no dia em que tinham marcação de consulta médica, sendo o recrutamento efectuado de forma aleatória. Após o consentimento informado dos utentes, foi garantida a confidencialidade dos dados, o anonimato e a liberdade de participação. Os protocolos foram administrados individualmente, numa sala da instituição, na presença do investigador. Todas dúvidas relativas às instruções ou questões do protocolo, foram esclarecidas.

5. Adaptação da medida à língua portuguesa

Os itens foram traduzidos da língua inglesa para a língua portuguesa, por um psicólogo que domina a língua inglesa escrita e falada. Foram verificados aspectos relativos à semelhança lexical e conceptual, procurando preservar o conteúdo de cada item.

Em seguida, foi efectuada a retroversão da medida, por um indivíduo de nacionalidade inglesa, que domina a língua portuguesa (escrita e falada), e comparada com a versão original.

6. Resultados

Os dados apresentam distribuição normal, analisada através do seu enviesamento em relação à média (*Skewness*) e do coeficiente de achatamento (*Kurtosis*). Foi ainda analisada a presença de *outliers*. Segundo Maroco (2007) à medida que a sub-escala da amostra aumenta, a distribuição vai assumindo a forma de distribuição normal, ainda que a distribuição da variável seja enviesada, sendo assumida a distribuição da média amostral satisfatoriamente próxima da normal.

7. Validade factorial da The Survey of Pain Attitudes

A solução inicial dos autores da medida original apresenta 7 factores (Jensen & Karoly, 2000). Os valores do *Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling* (.856) e do *Bartlett's Test of Sphericity* (11305.44,0903; $p = .000$), permitiram a realização da Análise Factorial em Componentes Principais aos 57 itens, com rotação *varimax*. Pela análise dos dados do *screen-plot* e com o critério de retenção do *eigenvalue* superior a 1, testaram-se as soluções factoriais de 9, 10 e 11 factores. Foi resolvida a solução de 9 componentes, que permitiu explicar 61.319%, com 43 itens. Os valores das comunalidades demonstraram a adequação ao modelo obtido. A tabela 2 mostra os pesos de cada item em cada componente, sendo assinalados a negrito os pesos dos itens na componente a que pertencem. A organização dos itens é semelhante à versão original, apesar da ordem dos factores não apresentar semelhanças com a de Jensen e Karoly (2000).

Tabela 2. Correspondência dos itens da SOPA aos factores obtidos na Análise Factorial em Componentes Principais

	Factores								
	1 Controlo/ Est. Auto- Controlo	2 Incap.	3 Emoção	4 Solicitação	5 Medicação	6 Cuidados Médicos	7 Cura Médica	8 Controlo/ Est. Aprend	9 Dano
.719	-.146	-.165	-.139	.122	-	-	.291	-.112	
.714	-.284	-	-	-.103	-	.362	-	-	
.708	-.206	-.155	-	-	-.175	.128	.260	-	
.677	-.212	-.166	-.161	-	-.154	.101	.285	-	
.636	-.100	-.115	-	.184	-	-.107	-	.301	
.596	-	.518	-.128	.114	-.126	-.140	-	-	
.584	-.299	-.109	-.159	-.159	-	-	-	-	
.549	-.443	.329	-	-	-	.138	-.118	-.103	
.522	-	-	-	.288	.263	-	-	.274	
.519	-.185	-	-.137	-.148	-	.213	-	-.385	
.430	-.131	-	.148	-.305	.316	-.217	-	.163	
-	.772	-	-	-	-	-	-	-	
-.261	.731	.111	-	-	-	-	-	-	
-.166	.729	-	-	-	-	-.168	-	-	
-.427	.576	-	-	-	-	-.180	-	.104	
-.290	.502	-	.217	-	-	-	-	.208	
-.121	-	.832	-	-	-	-	-	-.198	
-.224	-	.831	.193	-	-	-	-	-	
-.117	-.150	.793	.124	-	-	.111	-	-	
-	.274	.760	-	-	-	-	-	-	
-	-	.104	.852	-	.140	-	-	-	
-.173	-	.128	.824	-	.211	-	-	-	
-.287	-	.111	.736	-	.108	-	-	-	
.169	.302	-	.577	-	.261	.298	-	-	
.190	-	-	-	.791	.137	-	-	-	
-	-	-	-	.744	-	-	-	-	
-	.104	-	-	.669	.224	.105	-	-	
-	-.196	-	-	.529	-	-	.418	.155	
-	-	.187	.126	.292	-.189	-.173	.196	.253	
-	-	-	.236	-	.742	-	-	-	
-	-	-	-	.249	.620	.179	-	-	
-.176	-	-	.272	.101	.611	-	-	-	
.150	-	-	-	-	-	.799	.106	-	
-	-.305	-	-	-	.215	.687	-	-.194	
.134	-.349	-	-	-	.280	.546	-	-.293	
-	-	-	.232	.156	.354	.432	-.100	.271	
.106	.199	-	-	.113	-	-	.745	.106	
.319	-	-.105	-	-	-	-	.664	-	
-.283	-.114	-	.111	-	.393	-	.635	-	
.273	-.167	-.115	-	.280	-.182	.225	.433	-.132	
-	-	-.127	-	-	-	-.150	-.160	.727	
-.185	.401	-	-	-	-	-	-	.661	
.432	-	-.169	-.124	-	-	-	.102	.535	

De acordo com os pesos factoriais foi possível nomear os factores de Controlo/Estratégias de Auto-Controlo (Factor 1), Incapacidade (Factor 2), Emoção (Factor 3), Solicitação (Factor 4), Medicação (Factor 5), Cuidados Médicos (Factor 6), Cura Médica (Factor 7), Controlo/Estratégias de Aprendizagem (Factor 8) e, Dano (Factor 9). Os valores de consistência interna, Alfa de *Cronbach* foram superiores ou iguais a .60, à excepção do Controlo/Estratégias de Aprendizagem. A tabela 3 mostra os valores da média, desvio padrão, valores de correlação item-total e, de consistência interna, da versão obtida.

(Continua)

Tabela 3. Valores médios, de desvio padrão e de correlação item-total para cada item separadamente, e valores de correlação inter-item e de correlação alfa de Cronbach para cada factor SOPA obtido. Entre parêntesis é colocado o valor obtido na versão original. Os itens assinalados a negrito correspondem à sub-escala da medida original.

Versão portuguesa	Designação	M	DP	Item-total	α de Cronbach
Factor 1	Controlo /Estratégias de Auto-Controlo				.86 (.76)
sopa_33		1.86	1.38	.708	
Posso controlar a minha dor mudando os meus pensamentos					
sopa_47		1.90	1.40	.69	
Não tenho controlo na minha dor					
sopa_28		1.74	1.38	.70	
Sou incapaz de controlar a maior parte da minha dor					
sopa_11		1.83	1.41	.67	
A quantidade de dor que sinto, está fora do meu controlo					
sopa_5		2.10	1.39	.55	
A dor é um sinal que não me tenho exercitado suficiente					
sopa_48		1.73	1.46	.48	
Não importa como me sinto emocionalmente porque a minha dor permanece igual					
sopa_57		1.85	1.43	.56	
A minha dor não poderá impedir ninguém de levar uma vida activa					
sopa_53		1.89	1.29	.55	
Se mudar as minhas emoções, posso influenciar a minha dor					
sopa_13		2.04	1.47	.41	
A dor não tem de significar que o meu corpo está a ser lesado					
sopa_25		1.87	1.36	.4795	
Basta concentrar-me ou relaxar para aliviar a parte mais aguda da minha dor					

Versão portuguesa	Designação	M	DP	Item- total	α de Cronbach
sopa_18		1.04	1.18	.30	
Como pago aos médicos, eles irão curar a minha dor					
Factor 2		Incapacidade			.79 (.51)
sopa_45		2.14	1.39	.60	
Posso fazer tudo o que fazia antes de ter o meu problema relacionado com a dor					
sopa_49		1.96	1.37	.61	
A dor nunca me irá impedir de fazer o que realmente quero					
sopa_42		1.62	1.40	.63	
A minha dor não me impede de levar uma vida fisicamente activa					
sopa_52		2.09	1.35	.52	
Se a pessoa se torna ou não incapacitada pela dor, isso depende da atitude que tem acerca da mesma					
sopa_3		2.00	1.48	.48	
Não considero a minha dor como uma incapacidade					
Factor 3		Emoção			.85 (.75)
sopa_31		2.69	1.30	.77	
A depressão aumenta a dor que sinto					
sopa_23		2.66	1.31	.77	
O stress na minha vida aumenta a dor que sinto					
sopa_44		2.61	1.22	.64	
Existe uma relação entre as emoções e o meu nível de dor					
sopa_15		2.55	1.31	.60	
A ansiedade aumenta a dor que sinto					

Versão portuguesa	Designação	M	DP	Item-total	α de Cronbach
Factor 4	Solicitação				.81 (.71)
sopa_17		2.91	1.16	.74	
Quando estou magoado mereço que a minha família me trate com carinho e com preocupação					
sopa_9		2.77	1.31	.72	
Quando me magoo quero que a minha família me trate melhor					
sopa_22		2.64	1.36	.61	
É da responsabilidade da minha família ajudar-me quando estou com dor					
sopa_34		2.73	1.29	.49	
Preciso de cuidados mais carinhosos do que os que tenho habitualmente, quando estou com dor					
Factor 5	Medicação				.62 (.42)
sopa_56		3.30	.91	.53	
Nenhum procedimento médico pode ajudar a minha dor					
sopa_54		3.18	.93	.47	
Nunca mais volto a tomar medicação para a dor					
sopa_51		3.67	.78	.43	
Se o meu médico me prescrevesse medicação para a dor, eu iria deitá-los fora					
sopa_21		3.02	1.12	.38	
Desisti da minha busca para a completa eliminação da minha dor através dos médicos					
sopa_4		2.46	1.33	.19	
Nada relacionado com a minha dor me aborrece realmente					

Versão portuguesa	Designação	M	DP	Item- total	α de Cronbach	
Factor 6		Cuidados Médicos			.68	
sopa_50		3.27	.94	.52		
Quando encontro o médico certo, ele/ ela irão saber como reduzir a minha dor						
sopa_27		3.38	.86	.45		
A medicina é um dos melhores tratamentos para a dor crónica						
sopa_29		3.23	1.01	.50		
O trabalho do médico é encontrar tratamentos para a dor que funcionem						
Factor 7		Cura Médica			.69 (.63)	
sopa_12		2.54	1.25	.49		
Não espero uma cura médica para a minha dor						
sopa_43		2.92	1.10	.58		
A minha dor física nunca se irá curar						
sopa_40		2.99	1.04	.54		
Acredito que os médicos podem curar a minha dor						
sopa_16		3.03	1.00	.31		
Existe pouco que possa fazer para aliviar a minha dor						
Factor 8		Controlo/Estratégias Aprendizagem			.59 (.76)	
sopa_1		2.44	1.45	.50		
Existem alturas em que posso influenciar a quantidade de dor que sinto						
sopa_39		2.05	1.41	.45		
Tenho aprendido a controlar a minha dor						
sopa_41		3.05	1.17	.27		
Tenho a certeza que posso aprender a lidar com a minha dor						

Versão portuguesa	Designação	M	DP	Item- total	α de Cronbach
Factor 8					.59 (.76)
	Controlo/Estratégias Aprendizagem				
sopa_2		2.49	1.38	.27	
A dor que sinto é um sinal de que o dano está a ser provocado					
Factor 9					.60 (-)
	Dano				
sopa_24		1.02	1.14	.47	
O exercício e o movimento são bons para o meu problema					
sopa_55		1.92	1.29	.41	
O exercício pode diminuir a quantidade de dor que experiencio					
sopa_46		1.63	1.26	.37	
Se não me exercitar regularmente o meu problema de dor irá piorar					

A solução de 9 factores da *SOPA* apresenta validade factorial, indicando a distribuição obtida, uma aproximação ao padrão da versão original. A versão obtida apresenta elevada concordância com a versão original (Jensen & Karoly, 2000), com pesos factoriais dos itens elevados no factor de pertença. As sub-escalas da versão obtida têm valores de consistência interna superiores ou iguais a .60, e superiores à versão original à excepção do Controlo/Estratégias de Aprendizagem (entre .56 e .73, versão original; entre .59 e .86, versão obtida). Validade Factorial da *Chronic Pain Coping Inventory-42*.

A solução inicial dos autores da versão original apresenta 8 factores (Romano, Jensen & Turner, 2003).

A análise dos valores do *Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling* = .951 e do *Bartlett's Test of Sphericity* = 17003.74,0861 ($p = .000$), permitiu a realização da análise factorial. A Análise Factorial em Componentes Principais com rotação *varimax* foi realizada aos 42 indicadores *CPCI-42*. A partir da análise dos dados do *screen-plot*, foram testadas as soluções de 5 e 6 factores. Foi utilizada a regra do *eigenvalue* superior a 1 como critério de retenção. Retivemos a solução de 6, solução que explicou 60.835%. Os valores das comunalidades permitiram confirmar a adequação dos itens a este modelo. A tabela 4 mostra

os pesos factoriais obtidos para cada item. São apresentados a negrito os pesos factoriais dos itens no respectivo componente.

Tabela 4. Correspondência dos itens da CPI-42 aos factores obtidos na Análise Factorial em Componentes Principais

	Factores					
	Relaxamento	Prevenção	Busca de Suporte	Auto-Declarações	Persistência na Tarefa	Exercícios
cpci_24	.809	.237	.140	.125	-	-
cpci_35	.772	.237	.177	.185	-	-
cpci_39	.766	.230	.198	.160	-	-
cpci_27	.755	.193	.268	.104	-	-
cpci_9	.711	.266	.261	-	-	.119
cpci_38	.703	-	.325	.276	-.143	-
cpci_23	.632	.311	.315	.144	-	.164
cpci_8	.603	-	.323	.352	-.133	-
cpci_25	.581	.471	-	.218	-	-
cpci_37	.503	.342	.366	.272	-.217	-.147
cpci_42	.486	.285	.429	.234	-.205	-.173
cpci_20	.365	.650	.101	.255	-	-
cpci_36	.267	.647	.204	.250	-.165	-
cpci_7	.361	.643	.165	.274	-	-
cpci_26	.407	.572	.371	.162	-	-
cpci_16	.414	.563	.442	.128	-	-
cpci_22	-	.552	-	-	-	.407
cpci_40	.449	.543	.414	-	-	-
cpci_30	.350	.512	.257	.329	-.241	-.117
cpci_32	.478	.509	.195	.261	-.132	-
cpci_34	-	-.505	-.184	.170	.472	-
cpci_28	.278	-.202	.745	.224	-	-
cpci_11	.232	.166	.705	.297	-	-
cpci_4	.381	.300	.701	.193	-	-
cpci_13	.210	-	.690	.398	-	-
cpci_14	.448	.345	.680	-	-	-
cpci_5	.380	.562	.569	-	-	-
cpci_31	.404	.442	.463	.213	-.175	-.196
cpci_1	.343	-	.390	.189	-	.377
cpci_10	.152	-	.201	.754	.145	.117
cpci_17	.216	-	-	.751	.194	-
cpci_15	.179	.177	.246	.690	.109	.107
cpci_6	-	.299	.292	.676	.102	-
cpci_29	.244	.278	.103	.453	-	-
cpci_12	.343	.231	.331	.433	-.323	-.155
cpci_3	.239	.267	.331	.344	-.221	-.136
cpci_21	-	-	-	-	.841	-
cpci_2	-	-	.173	-	.787	-
cpci_41	.139	-.240	-.101	-	.696	-.131
cpci_18	-	-.122	-.134	.345	.637	.189
cpci_33	-	.224	-	-	-	.748
cpci_19	.222	-.270	-	-	-	.745

De acordo com os pesos factoriais dos itens obtidos, os factores foram nomeados: Relaxamento (Factor 1), Prevenção (Factor 2), Busca de Suporte (Factor 3), Auto-

Declarações (Factor 4), Persistência na Tarefa (Factor 5) e Exercício (Factor 6). O alfa de *Cronbach* da versão obtida, foi superior a .78, à exceção da sub-escala de Exercícios. A tabela 5 mostra os valores das médias e desvio padrão, valores de correlação item-total e dos Alfa de *Cronbach*, para cada um dos factores. Os itens assinalados a negrito têm correspondência com a medida original; os valores de consistência interna assinalados entre parêntesis correspondem aos valores obtidos na versão original da medida.

Tabela 5. Valores médios, de desvio padrão e de correlação item-total para cada item separadamente, e valores de correlação inter-item e de correlação alfa de Cronbach para cada factor CPI-42 obtido. Entre parêntesis é colocado o valor obtido na versão original. Os itens assinalados a negrito correspondem à sub-escala da medida original.

Versão portuguesa	Designação	M	DP	Item-total	α de Cronbach
Factor 1	Relaxamento				.94 (.72)
cpci_24		2.13	2.00	.79	
Coloquei-me de costas, estendi-me ao máximo e permaneci esticado durante 10 segundos					
cpci_35		2.37	2.07	.79	
Estiquei os músculos onde me doía, e permaneci esticado pelo menos durante 10 segundos					
cpci_39		2.26	2.09	.78	
Fiz exercícios de extensão das costas, durante pelo menos um minuto					
cpci_27		2.54	2.10	.77	
Exercitei-me durante pelo menos 5 minutos, para promover a minha condição física					
cpci_9		1.98	1.93	.75	
Sentei-me no chão, estiquei-me ao máximo e permaneci esticada durante 10 segundos					
cpci_38		2.83	2.14	.77	
Respirei de forma calma e profunda, para relaxar					
cpci_23		2.04	1.88	.74	
Meditei para relaxar					
cpci_8		3.11	2.13	.69	
Procurei relaxar os meus músculos					

Versão portuguesa	Designação	M	DP	Item-total	α de Cronbach
cpci_25		2.52	2.12	.66	
	Permaneci com uma parte do meu corpo (e.g. braço) numa posição especial				
cpci_37		3.30	2.34	.70	
	Fui para o quarto por mim próprio para descansar				
cpci_42		3.80	2.63	.68	
	Deitei-me no sofá				
	Prevenção				.85 (.74)
cpci_20		2.71	2.09	.68	
	Limitei a minha caminhada				
cpci_36		2.95	2.21	.67	
	Evitei a actividade				
cpci_7		2.80	2.20	.71	
	Evitei usar alguma parte do meu corpo (e.g. mão, braço, perna)				
cpci_26		2.85	2.22	.77	
	Pedi ajuda para transportar, levantar ou empurrar alguma coisa				
cpci_16		2.88	2.30	.76	
	Pedi ajuda para um trabalho de rotina ou para uma tarefa				
cpci_22		1.00	1.92	.36	
	Andei de bengala/ canadiana para a dor diminuir				
cpci_40		2.51	2.18	.71	
	Pedia a alguém que me arranjasse alguma coisa (medicamentos, comida, bebida)				
cpci_30		3.11	2.17	.68	
	Limitei o meu tempo em pé				
cpci_32		3.29	2.38	.74	
	Evitei algumas actividades físicas (levantar, empurrar, transportar)				
cpci_34		4.24	2.20	-.40	
	Continuei a realizar o meu dia a dia				
	Factor 3				.91 (.80)
	Busca de Suporte				
cpci_28		34.42	2.31	.78	
	Falei com um amigo ou membro da família para suporte				
cpci_11		3.75	2.42	.73	
	Obtive suporte de um membro da família				
cpci_4		3.85	2.34	.71	
	Obtive suporte de um amigo				

Versão portuguesa	Designação	M	DP	Item-total	α de Cronbach
cpci_13 Falei com alguém próximo de mim		3.14	2.32	.83	
cpci_14 Telefonei a um amigo para me ajudar a sentir melhor		2.30	2.48	.82	
cpci_5 Pedi a alguém para falar alguma coisa por mim		2.97	2.31	.76	
cpci_31 Fui para a cama		3.31	2.55	.69	
cpci_1 Imaginei um cenário calmo e distrair-me, para me ajudar a relaxar		2.06	1.77	.42	
Factor 4	Auto-declarações				.81 (.81)
cpci_10 Disse a mim próprio que as coisas irão melhorar		3.76	2.21	.59	
cpci_17 Disse a mim próprio que a minha dor iria melhorar		3.73	2.24	.62	
cpci_15 Pensei em todas as coisas boas que tenho		3.85	2.28	.65	
cpci_6 Lembrei-me que as coisas poderiam ser piores		4.00	2.28	.65	
cpci_29 Lembrei-me que existem pessoas que estão piores do que eu próprio		4.25	2.77	.45	
cpci_12 Descansei o mais que pude		3.92	2.89	.54	
cpci_3 Descansei		3.77	2.15	.48	
Factor 5	Persistência na Tarefa				.78 (.74)
cpci_21 Apenas não prestei atenção à dor		3.45	2.22	.66	
cpci_2 Ignorei a dor		3.67	2.17	.58	
cpci_41 Não deixei que a dor afectasse o que estava a fazer		3.76	2.24	.54	
cpci_18 Não deixei que a dor interferisse nas minhas actividades		3.67	2.30	.55	

Versão portuguesa	Designação	M	DP	Item-total	α de Cronbach
Factor 6	Exercícios				.58 (.83)
cpci_33		.39	1.20	.43	
Utilizei a auto-hipnose para relaxar					
cpci_19		.65	1.57	.43	
Pratiquei exercícios de aeróbica (exercícios que fazem o meu coração bater depressa), durante pelo menos 15 minutos					

A solução de 6 factores encontrada para a *CPCI-42* apresenta validade factorial. Consta-se uma elevada concordância entre a versão portuguesa e a versão original, nos itens que pertencem a cada uma das sub-escalas. Apenas a sub-escala relativa ao relaxamento difere da original, abrangendo itens pertencentes ao Descanso, Prevenção, Exercício/Alongamento e Relaxamento na medida original. Os valores de consistência interna encontrados para as sub-escalas são superiores a .78, à excepção da sub-escala de Exercícios. O facto desta sub-escala ser constituída por 2 itens apenas, pode ter influenciado o resultado obtido.

2º Estudo

Com o objectivo de analisar a validade convergente e divergente das versões *SOPA* e *CPCI-42* obtidas, foi realizado um segundo estudo, numa amostra diferente.

1. Método

1.1. Participantes

Participaram neste estudo 151 sujeitos, utentes do Centro de Saúde de Torres Vedras (62 do sexo masculino e 89 do sexo feminino), recrutados aleatoriamente no dia em que se dirigiam ao Centro de Saúde para obter consulta médica. Na tabela 6 são apresentadas as características sócio-demográficas da amostra.

Os participantes apresentaram uma média de idades de 55.52 (DP=16.05), para os homens e de 52.19 (DP= 15.36) para as mulheres e uma média de Habilitações Literárias de cinco anos de escolaridade. A maioria dos participantes era Casado/ União de Facto (81.1%) e estava empregado (64.7%). O estudo das diferenças entre sexos, não mostrou diferenças

estatisticamente significativas para a profissão ($\chi^2 (2,0.431)= 1.686$; $p= .431$), para as Habilitações Literárias ($t (148, .839)= -. 204$; $p= .839$) e, para a idade ($t (149, .201)= 1.285$; $p= .201$), entre os homens e as mulheres.

Tabela 6. Caracterização demográfica da amostra adicional por sexos

	Sexo Masculino (N=62)		Sexo Feminino (N=89)		χ^2	<i>p</i>
	N	%	N	%		
Estado civil					4.416	.220
Solteiro	5	3.4%	8	5.4%		
Casado/ Outro	51	34.5%	69	46.6%		
Separado/ Divorciado	3	2.0%	1	.7%		
Viúvo	2	1.4%	9	6.1%		
Profissão					1.686	.431
Empregada	37	24.7%	60	40.0%		
Desempregado	2	1.3%	4	2.7%		
Reformado	23	15.3%	24	16.0%		
	Sexo Masculino		Sexo Feminino		<i>t</i>	<i>p</i>
	M	DP	M	DP		
Idade	55.52	17.56	52.19	15.36	1.285	.201
Habilitações literárias	5.41	4.69	5.56	4.35	-.204	.839

2. Instrumentos

Participaram neste estudo 151 sujeitos, utentes do Centro de Saúde de Torres Vedras (62 do sexo masculino e 89 do sexo feminino), recrutados aleatoriamente no dia em que se dirigiam ao Centro de Saúde para obter consulta médica. Na tabela 6 são apresentadas as características sócio-demográficas da amostra.

Os participantes apresentaram uma média de idades de 55.52 (DP=16.05), para os homens e de 52.19 (DP= 15.36) para as mulheres e uma média de Habilitações Literárias de cinco anos de escolaridade. A maioria dos participantes era Casado/União de Facto (81.1%) e estava empregado (64.7%). O estudo das diferenças entre sexos, não mostrou diferenças estatisticamente significativas para a profissão ($\chi^2 (2, .431)= 1.686$; $p= .431$), para as Habilitações Literárias ($t (148, .839)= -. 204$; $p= .839$) e, para a idade ($t (149, .201)= 1.285$; $p= .201$), entre os homens e as mulheres.

3. Procedimento

Como descrito no Estudo 1, foram pedidas as autorizações formais à Coordenação e Direção da instituição. Os participantes foram recrutados aleatoriamente no dia em que tinham consulta médica. Foram fornecidas informações a respeito do objectivo do estudo e respeitados os princípios éticos implícitos à investigação. Os protocolos foram administrados individualmente, e preenchidos num dos consultórios disponíveis, na presença do investigador. Todas as dúvidas foram esclarecidas no momento da aplicação.

4. Resultados

A normalidade dos dados foi analisada tendo em conta os valores de *Skewness* (simetria da distribuição), *Kurtosis* (ponto central) e a presença de *outliers*. Procedeu-se à eliminação de *outliers* nas variáveis relativas à Ansiedade, Depressão e Stresse, uma vez que poderiam comprometer a análise dos dados. Das variáveis em estudo, apenas a sub-escala de *Stresse* apresenta uma distribuição normal.

A validade convergente das versões *SOPA* e *CPCI-42*, foi estudada através de matrizes de correlação, recorrendo ao coeficiente de correlação de *Pearson*. A tabela 7 mostra os valores das correlações obtidas.

O Controlo/ Auto-controlo (*SOPA*) correlacionou-se de forma fraca e positiva com a Persistência na Tarefa (*CPCI-42*) ($r = .231$; $p = .022$).

Foram obtidas correlações fracas e positivas entre a Incapacidade (*SOPA*) e as sub-escalas *CPCI-42* relativas ao Relaxamento ($r = .252$; $p = .011$) e à Prevenção ($r = .318$; $p = .001$). Por outro lado, foi obtida uma correlação fraca e negativa entre a Incapacidade (*SOPA*) e a Persistência na Tarefa (*CPCI-42*) ($r = -.289$; $p = .003$). Uma correlação semelhante, foi obtida entre a Solicitação (*SOPA*) e as sub-escalas *CPCI-42*, relativas ao Relaxamento ($r = -.263$; $p = .008$) e ao Exercício ($r = -.302$; $p = .002$).

Valores de correlação fracos e negativos foram ainda obtidos entre os Cuidados Médicos (*SOPA*) e as sub-escalas *CPCI-42* relativas ao Relaxamento ($r = -.363$; $p = .000$) e ao Exercício ($r = -.306$; $p = .002$). Para o Controlo/ Estratégias de Aprendizagem (*SOPA*), foram obtidas correlações fracas e negativas com o Relaxamento (*CPCI-42*) ($r = -.284$; $p = .005$) e, correlações fracas e positivas com a Persistência na Tarefa (*CPCI-42*) ($r = .246$; $p = .014$). A Cura Médica (*SOPA*) correlacionou-se de forma fraca e negativa com a Prevenção (*CPCI-42*)

($r = -.257$, $p = .011$) e de forma fraca mas positiva com a Persistência na Tarefa (*CPCI-42*) ($r = .304$; $p = .002$). Finalmente, foi obtida uma correlação fraca e negativa entre o Dano (*SOPA*) e a Persistência na Tarefa (*CPCI-42*) ($r = -.232$; $p = .020$).

Tabela 7. Valores de correlação obtidos entre as sub-escalas da SOPA e da CPCI-42

	<i>CPCI-42</i>					
	Relaxamento	Prevenção	Busca de Suporte	Auto-Declarações	Persistência na Tarefa	Exercício
<i>SOPA</i>						
Controlo/ Auto-Controlo	-.196	-.161	-.091	-.002	.231*	-.182
Incapacidade	.252*	.318**	.184	.175	-.289**	-.064
Emoção	-.077	-.038	.090	.131	.032	-.128
Solicitação	-.263**	-.046	-.104	-.037	-.078	-.302**
Medicação	.025	-.045	.131	.080	.080	-.130
Cuidados Médicos	-.363***	.018	-.073	-.087	.048	-.306**
Controlo/ Estratégias de Aprendizagem	-.284**	-.115	-.123	-.040	.246*	-.182
Cura Médica	-.101	-.257*	-.110	-.047	.304**	-.061
Dano	.139	.070	.017	-.050	-.232*	-.127

n.s. $p > .05$; * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p \leq .001$

Análises de regressão múltipla, foram realizadas para estudar o comportamento das sub-escalas da *SOPA* e da *CPCI-42*, que melhor predizem a Ansiedade, Depressão e o *Stresse*. As tabelas 8, 9 e 10 mostram os resultados das análises efectuadas. A análise de regressão linear múltipla com selecção das variáveis *stepwise*, e utilizando a Ansiedade como variável dependente, demonstrou que o Controlo/ Estratégias de Aprendizagem (*SOPA*) contribuiu para 16.1% da variância da Ansiedade ($\beta = -.415$; $t = -3.998$; $p = .000$).

Tabela 8. Variáveis predictoras da Ansiedade (sub-escala EADS-42)

V.D.	Passos	V.I.	R ²	R ² Ajustado	β	t	P
Ansiedade	1	Controlo/ Estratégias de Aprendizagem (SOPA)	.172	.161	-.415	-3.998	.000
% de variância explicada			16.1%				

V.D.= Variável Dependente; V.I.= Variável Independente

Uma segunda análise de regressão que utilizou a Depressão como variável dependente, permitiu identificar a Incapacidade (SOPA) ($\beta = .287$; $t = 2.401$; $p = .019$) e o Controlo/ Estratégias de Aprendizagem (SOPA) ($\beta = -.264$; $t = -2.209$; $p = .030$), na explicação de 21.6% da variância da Depressão.

Tabela 9. Variáveis predictoras da Depressão (sub-escala EADS-42)

V.D.	Passos	V.I.	R ²	R ² Ajustado	β	t	p
Depressão	1	Incapacidade (SOPA)	.187	.177	.287	2.402	.019
	2	Controlo/ Estratégias de Aprendizagem (SOPA)	.049	.039	-.264	-2.209	.030
% de variância explicada			21.6%				

V.D.= Variável Dependente; V.I.= Variável Independente

Finalmente, a análise de regressão que utilizou o Stresse como variável dependente, demonstrou que a Emoção (SOPA), Persistência na Tarefa (CPCI-42) e Incapacidade (SOPA), contribuíram para uma proporção significativa da variância do Stresse (23.2%). A Emoção contribuiu para 9.2% ($\beta = .317$; $t = 3.680$; $p = .000$), a Persistência na Tarefa para 10% ($\beta = -.274$; $t = -2.638$; $p = .010$) e a Incapacidade para 4% ($\beta = .230$; $t = 2.228$; $p = .029$).

Tabela 10. Variáveis preditoras do Stress (sub-escala EADS-42)

V.D.	Passos	V.I.	R ²	R ² Ajustado	β	t	p
Stress	1	Emoção (SOPA)	.104	.092	.371	3.680	.000
	2	Persistência na Tarefa (CPCI-42)	.109	.10	-.274	-2.638	.010
	3	Incapacidade (SOPA)	.049	.04	.230	2.228	.029
% de variância explicada			23.2%				

V.D.= Variável Dependente; V.I.= Variável Independente

5. Validade discriminante

A validade discriminante da versão *SOPA* e *CPCI-42* foi testada pela capacidade destas medidas distinguirem indivíduos com baixos ou elevados sintomas de Ansiedade, Depressão e *Stresse* (sub-escalas *EADS-42*). A normalidade da distribuição da variável dependente e a homogeneidade da variável em estudo, foram analisadas através do *Teste de Kolmogorov-Smirnov* e do *Teste de Shapiro-Wilk*, tendo apenas o *Stresse* apresentado uma distribuição normal. Foram formados dois grupos para cada sub-escala, recorrendo ao valor da média e, utilizados os testes de *Mann-Whitney* (para as sub-escalas de Ansiedade e Depressão) e o *teste t para amostras independentes* (para o *Stresse*). As tabelas 11 e 12 mostram os valores dos procedimentos estatísticos realizados, para a *SOPA* e para a *CPCI-42*, separadamente.

Para a Ansiedade e para a Depressão, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas para as sub-escalas *SOPA*, nos indivíduos com mais ou menos sintomas de Ansiedade ($244.000 \leq U \leq 280.500$; $p < .05$) e Depressão ($49.500 \leq U \leq 82.000$; $p < .05$).

Para o *Stresse*, as sub-escalas *SOPA* discriminaram os indivíduos com mais e menos sintomas para a Incapacidade ($t(116.995, .028) = 2.232$) e para a Emoção ($t(128.803, .000) = 4.109$), no sentido do grupo de indivíduos com mais sintomas de *Stresse* relatar mais crenças de Incapacidade ($M = 1.6557$; $DP = 1.2957$) e mais crenças de Emoção ($M = 3.30208$; $DP = 1.4492$), comparativamente ao grupo com menos sintomas ($M = 1.1920$, $DP = 1.0838$; $M = 1.85892$; $DP = 1.7862$, respectivamente para a Incapacidade e para a Emoção).

Tabela 11. Valores médios e de desvio padrão para as sub-escalas *SOPA*, em função de mais/menos Ansiedade, Depressão e Stress.

Ansiedade	<u>Grupo 1</u>	<u>Grupo 2</u>	<i>U</i>	<i>P</i>
	M	M		
Controlo (Estratégias de Auto-Controlo)	24.91	23.13	255.000	.654
Incapacidade	26.33	22.67	244.000	.362
Emoção	23.29	25.71	259.000	.527
Solicitação	24.85	24.15	279.500	.848
Medicação	22.69	26.31	244.500	.360
Cuidados Médicos	24.96	24.04	277.000	.786
Controlo (Estratégias de Aprendizagem)	24.19	24.81	280.500	.868
Cura Médica	23.19	24.85	256.500	.670
Dano	26.33	22.67	244.000	.353

Depressão	<u>Grupo 1</u>	<u>Grupo 2</u>	<i>U</i>	<i>p</i>
	M	M		
Controlo (Estratégias de Auto-Controlo)	12.33	13.62	70.000	.689
Incapacidade	12.92	14.08	77.000	.724
Emoção	12.67	13.31	74.000	.852
Solicitação	11.42	15.58	57.500	.169
Medicação	13.69	13.31	82.000	.920

Ansiedade

	<u>Grupo 1</u>	<u>Grupo2</u>		
	M	M	<i>U</i>	<i>p</i>
Cuidados Médicos	12.69	14.31	74.000	.614
Controlo (Estratégias de Aprendizagem)	10.81	16.19	49.500	.072
Cura Médica	13.21	12.81	75.500	.894
Dano	15.50	11.50	58.500	.186

Stress

	<u>Grupo</u>	<u>Mais Stress</u>	<u>Grupo</u>	<u>Menos Stress</u>	<i>t</i>	<i>p</i>
	M	DP	M	DP		
Controlo (Estratégias de Auto-Controlo)	2.75	.76	2.87	.79	-0.875	.383
Incapacidade	1.66	1.30	1.19	1.08	2.232	.028
Emoção	3.02	1.45	1.59	1.79	.109	.000
Solicitação	3.29	1.08	2.97	1.34	1.528	.129
Medicação	3.48	.55	3.40	.60	.792	.430
Cuidados Médicos	3.73	.50	3.83	.35	-1.370	.173
Controlo (Estratégias de Aprendizagem)	3.30	.90	3.52	.85	-1.450	.149
Cura Médica	2.83	1.10	2.86	1.29	-.120	.905
Dano	1.76	1.13	1.84	1.32	-.393	.695

Em relação à *CPCI-42*, não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre as sub-escalas para a Ansiedade ($114.50 \leq U \leq 135.000$; $p < .05$) e para a Depressão ($49.000 \leq U \leq 60.500$; $p < .05$).

Para o *Stress*, a sub-escala Prevenção discrimina indivíduos com mais e menos sintomas de Stress ($t(84.663; .031) = 2.200$). O grupo de indivíduos com mais sintomas de *Stress*, relatou uma maior utilização de estratégias de Prevenção ($M = 1.4038$; $DP = 1.1319$), comparativamente ao grupo com menos sintomas ($M = .9700$; $DP = .8062$).

Tabela 12. Valores médios e de desvio padrão para as sub-escalas CPCI-42, em função de mais/ menos Ansiedade, Depressão e Stress.

<i>Ansiedade</i>						
	<u>Grupo 1</u>		<u>Grupo2</u>		<i>U</i>	<i>p</i>
	M		M			
Relaxamento	17.14		16.00		117.000	.750
Prevenção	18.37		16.82		129.500	.656
Busca de Suporte	18.37		15.86		114.500	.464
Auto-Declarações	17.21		16.84		130.000	.928
Persistência na Tarefa	19.17		16.18		117.500	.391
Exercício	17.00		17.89		135.000	.811

<i>Depressão</i>						
	<u>Grupo 1</u>		<u>Grupo 2</u>		<i>U</i>	<i>p</i>
	M		M			
Relaxamento	13.55		10.58		49.000	.316
Prevenção	11.75		11.29		57.500	.872
Busca de Suporte	11.14		11.86		56.500	.797
Auto-Declarações	10.91		13.00		54.000	.487
Persistência na Tarefa	12.50		11.54		60.500	.740
Exercício	12.55		11.50		60.000	.740

<i>Stress</i>						
	<u>Grupo</u>		<u>Grupo</u>		<i>t</i>	<i>p</i>
	M	<u>Mais Stress</u> DP	M	<u>Menos Stress</u> DP		
Relaxamento	.5303	1.0853	.3055	.5158	1.318	.191
Prevenção	1.4083	1.1319	.9700	.8062	2.200	.031
Busca de Suporte	1.0391	1.3118	.8597	1.0578	.742	.460
Auto-Declarações	2.4792	2.1929	2.4914	2.2605	-.027	.978
Persistência na Tarefa	4.7500	2.8718	5.5150	2.1989	-1.486	.141
Exercício	.2292	1.0717	.1569	.5430	.427	.670

6. Discussão

Nas últimas décadas, o crescente conhecimento das trajetórias neuroanatómicas e dos mecanismos neurofisiológicos, subjacentes à dor, tem demonstrado a importância dos factores psicológicos, na avaliação e na resposta do indivíduo (Turk & Okifuji, 2002). Os avanços nesta área, têm suscitado novas formas de tratamento, sendo evidente a importância das crenças do paciente com dor crónica no seu funcionamento físico, na forma como lida com a situação e na resposta ao tratamento (Coughlin, Badura, Fleischer & Guck, 2000; Jensen & Karoly, 1992; Jensen, Turner & Romano, 1994; Jensen, Turner & Romano, 2001; Roth & Geisser, 2002; Strong, Ashton & Chant, 1992; Turk & Okifuji, 2002).

Esta investigação teve o objectivo, de analisar as qualidades psicométricas das medidas *The Survey of Pain Attitudes (SOPA; Jensen & Karoly, 2000)* e da *Chronic Pain Coping Inventory- 42 (CPCI-42; Romano, Jensen & Turner, 2003)*, que avaliam respectivamente, as crenças acerca da dor e as formas de lidar com este sintoma, numa amostra portuguesa de utentes de um Centro de Saúde. Um primeiro estudo analisou a validade factorial da *SOPA* e da *CPCI-42*.

A análise da *SOPA* utilizou uma Análise Factorial em Componentes Principais, uma vez que pretendíamos compreender a estrutura da organização dos factores neste tipo de amostra, assumindo que eram independentes entre si (Pestana & Gageiro, 2000; Tabachnick & Fidell, 2007). A primeira versão da *SOPA* (Jensen, Karoly & Huger, 1987), apresentava 24 itens, que avaliavam as crenças da dor relacionadas com o controlo, incapacidade, cuidados médicos, solicitação e medicação. A investigação desenvolvida desde então tem apresentado várias versões com um número diverso de itens. Controvérsias na estrutura das diferentes versões existentes, prendem-se com aspectos relativos ao carácter abusivo na eliminação dos itens ou, com a sua aplicabilidade/utilidade em determinados contextos (Jensen, Keef, Lefebvre, Romano & Turner, 2003; Jensen, Turner & Romano, 2000; Strong, Ashton & Chant, 1992). A solução de 9 factores obtida (Controlo/Estratégias de Auto-controlo, Incapacidade, Emoção, Solicitação, Medicação, Cuidados Médicos, Cura Médica, Controlo/Estratégias de Aprendizagem, Dano) explicou 61.319%, e obedeceu aos critérios estabelecidos pelos autores da medida original (Jensen, Turner & Romano, 2000). Deste modo, foi utilizado o mesmo método de rotação e a mesma estratégia de selecção de itens, proposta pelos autores da versão original. Os itens foram retidos se apresentassem um valor

de correlação absoluto com outro factor de pelo menos de .30 e também, se apresentassem uma diferença nos valores de correlação superior a .10 (Jensen, Turner & Romano, 2000; Strong, Ashton & Chant, 1992). A solução encontrada apresentou valores de consistência interna, alfa de *Cronbach*, superiores a .60 (excepção do Controlo-Estratégias de Aprendizagem) valores estes, superiores aos encontrados na medida original por Jensen, Turner e Romano (2000).

Jensen (2000) analisaram as características psicométricas das versões reduzidas da *SOPA* (respectivamente com 30 e 35 itens). Estes autores referem o carácter abusivo dos critérios utilizados pelos autores da versão reduzida de 30 itens (Tait & Chibnall, 1997) e o facto da eliminação completa dos itens que compõem uma determinada sub-escala, não assegurar a mensuração de todos as sub-escalas correspondentes à versão original.

Por outro lado, para analisar a validade factorial da *CPCI-42* (Romano, Jensen & Turner, 2003), foi realizada uma Análise Factorial em Componentes Principais, com rotação ortogonal, pelo método *varimax*, apesar dos autores da medida original utilizarem a rotação oblíqua. Pretendiam reduzir um amplo número de variáveis, num número menor de factores, pressupondo, à partida, que estes factores variavam, mas constituíam sub-escalas relacionadas do mesmo constructo (Romano, Jensen e Karoly *citado por* Hadjistavropoulos, MacLeo & Asmundson, 1999). Neste estudo, pretendemos compreender a estrutura de organização dos factores (explorar), maximizando o efeito de “independência” entre eles e não, confirmar a estrutura mencionada pelos autores da versão original nem os resultados por eles obtidos, uma vez que a amostra utilizada difere da original. Os autores da medida original salientaram mesmo a possibilidade de utilização de ambos os tipos de rotação, *varimax* e oblíqua, em função dos objectivos do estudo, pois os resultados não eram, à partida, muito díspares.

A solução de 6 factores obtida (Relaxamento, Prevenção, Busca de Suporte, Auto-declarações, Persistência na Tarefa e Exercícios), explicou 60.835%. Os factores da versão portuguesa, apresentaram valores de consistência interna superiores a .80, com excepção do factor relativo ao Exercício ($\alpha = .58$). Na explicação deste valor de consistência interna, poderá estar o facto desta sub-escala ser constituída por dois itens apenas. Romano et al. (2003), referiram um valor de consistência interna inferior a .70, no que respeita a esta sub-escala, justificando este resultado pela menor estabilidade da sub-escala ou, pelas flutuações

na utilização desta estratégia. De uma forma geral, os valores obtidos são superiores aos valores da medida original e superiores aos valores obtidos com os dados da aferição, mas mantendo estrutura factorial original. Para estudar a validade convergente e divergente das medidas, foi realizado um segundo estudo com uma amostra diferente.

A validade convergente foi estudada através de matrizes de correlação com o coeficiente de correlação de *Pearson*. As associações obtidas entre as sub-escalas da *SOPA* e da *CPCI-42* demonstraram valores de correlação fracos, mas consistentes com as relações descritas na literatura (Jensen, Turner & Romano, 2000; Jensen, Turner & Romano, 2001; Nielson & Jensen, 2004).

As sub-escalas *SOPA* que reflectem crenças maladaptativas, relacionaram-se com a utilização de estratégias mais passivas Assim, mais crenças acerca da incapacidade pela dor, associaram-se a mais estratégias de Relaxamento e de Prevenção, o que está de acordo com Jensen, Turner e Romano (2001), mas não com Jensen et al. (1994). A avaliação do constructo de *coping* de forma mais detalhada e compreensiva, pode estar na base da discrepância dos resultados obtidos entre os dois estudos (Jensen et al., 2001). Por outro lado, as crenças relativas ao Dano, isto é, a extensão para a qual o indivíduo acredita que a sua dor significa que está a ser lesado e que deve evitar os exercícios, relacionaram-se com uma menor Persistência na Tarefa, como forma de lidar com a dor, o que está de acordo com Jensen, Turner e Romano (2001) e com Nielson e Jensen (2004). Finalmente, os indivíduos com mais crenças a respeito da Cura Médica utilizaram menos estratégias de Prevenção e mais Persistência na Tarefa, o que está de acordo com Jensen et al. (2000). Segundo estes autores, as crenças relacionadas com a Cura Médica podem tipificar dois componentes associados, um componente adaptativo, de esperança em se sentir melhor e, um componente maladaptativo, de responsabilização dos prestadores de cuidados de saúde, no manejo da dor.

O estudo dos factores preditores da Ansiedade, Depressão e *Stresse*, evidenciou a importância com crenças maladaptativas, no ajustamento emocional. Em relação à Ansiedade, indivíduos com menos crenças acerca da sua capacidade de aprendizagem do Controlo da dor, apresentaram mais sintomas de Ansiedade, o que está de acordo com a investigação da medida e também com o Modelo Transaccional do *Stresse* de Lazarus e Folkamn (Coughlin, Badura, Fleisch & Guck, 2000; Jensen & Karoly, 1991; Jensen, Turner & Romano, 2001).

Por outro lado, indivíduos com mais crenças de Incapacidade e menos crenças acerca do Controlo/Estratégias de Aprendizagem, apresentaram mais Depressão estando, mais uma vez, de acordo com a literatura (Coudhlin et al., 2000; Engel, Schwartz, Jensen & Johnson, 2000; Jensen & Karoly, 1992; Jensen, Turner & Romano, 2000; Jensen, Turner, Romano & Lawler, 1994). A importância das crenças de incapacidade como preditores do funcionamento psicológico e da utilização dos Cuidados Médicos é clinicamente relevante, pois pode prever a resposta depressiva e o recurso aos cuidados de saúde (Jensen & Karoly, 1992). Jensen e Karoly (1992), verificaram que pacientes com dor crónica que se percebem como tendo mais incapacidade pela dor física, procuram mais ajuda profissional. Neste sentido, a avaliação do grau para o qual o indivíduo se percebe como incapacitado, poderá constituir um indicador clínico de identificação do ajustamento à situação, e eventual referência para planos de tratamento.

Finalmente, no que respeita os factores preditores do *Stresse*, mais crenças de Incapacidade, menos Persistência na Tarefa e mais crenças relacionadas com a influência da Emoção na dor, associaram-se a mais sintomas de *Stresse*, o que está de acordo com a literatura (Coughlin et al., 2000; Jensen, Turner & Romano, 2000).

Na investigação desenvolvida, a utilização de estratégias inerentes à Solicitação de suporte social, não foi preditor de sintomas de Ansiedade, Depressão ou de *Stresse*. Face a uma situação geradora de *stress*, dentro de um contexto relacional, interpessoal ou, social, aspectos inerentes à Solicitação de suporte social ou de empatia por parte de outros significativos, podem assumir prioridade face à redução da dor ou do nível de *stress* (Severeijns, Vlaeyen, & van den Hout, 2004). No estudo de Strong, Ashton e Chant (1992), as crenças relativas à Solicitação e à Incapacidade, mostraram estar associadas a uma maior frequência de utilização da catastrofização. A catastrofização é assim um construto teórico com conotação cognitiva, como parte de um estilo de *coping* amplo e interpessoal, com funções sociais implícitas (Severeijns, Vlaeyen & van den Hout, 2004; Strong, Ashton & Chant, 1992). No mesmo sentido, Keefe, Lipkus, Lefevre, Hurwitz, Clipp, Smith & Porter (2003) mostraram que pacientes com carcinoma gastrointestinal que catastrofizam acerca da dor, recebem elevado suporte social a nível instrumental.

A importância das crenças acerca da dor no ajustamento à situação salienta a sua influência no tratamento da dor crónica (Jensen, Turner, Romano & Lawler, 1994). Os

programas multidisciplinares em geral, e as teorias cognitivo-comportamentais, em particular, reforçam a importância das interações entre o acontecimento, as cognições e o comportamento, na percepção da dor. A eficácia das teorias cognitivo-comportamentais, resulta da aprendizagem de estratégias para lidar com as componentes emocional, cognitiva e comportamental da dor, diminuindo as crenças e estratégias maladaptativas, como as crenças de incapacidade (Bradley, 1996; Jensen, Nielson, Turner, Romano & Hill, 2003; Jensen, Turner & Romano, 1994; Jensen, Turner & Romano, 2001).

Finalmente, a validade discriminante da *SOPA* e da *CPCI-42*, foi analisada através de procedimentos de comparação da média amostral, para a Ansiedade, Depressão e *Stresse*. Estas medidas mostram resultados significativos para o *Stresse*. Assim, os indivíduos com mais sintomas de *Stresse* relataram mais crenças de Incapacidade e de Emoção e, maior utilização de estratégias de Prevenção isto, comparativamente aos indivíduos com menos sintomas. Aspectos inerentes às características psicopatológicas da amostra podem estar na base deste resultado, comprometendo a sua interpretação. Os valores médios obtidos para as sub-escalas de Ansiedade e Depressão (particularmente), são inferiores aos relatados em estudos com estudantes universitários (Pais-Ribeiro, Honrado & Leal, 2004a). Como se trata de uma amostra constituída por utentes do Centro de Saúde, este resultado permite-nos tecer algumas considerações a respeito da relação entre as habilitações literárias e a compreensão dos itens, na resposta enumerada pelos participantes.

A associação entre as respostas de *coping* e o ajustamento, tanto a curto como a longo termo, tem sido demonstrada em numerosas investigações de carácter transversal e longitudinal, nomeadamente no que respeita à intensidade da dor, à angústia emocional, ao funcionamento físico, à incapacidade, entre outras variáveis psicossociais, reforçando a aplicabilidade da *SOPA* e da *CPCI-42* nas abordagens multidisciplinares da dor crónica (Hadjistavropoulos et al., 1999; Tan, Nguyen, Anderson, Jensen & Thornby, 2005).

Apesar dos resultados obtidos parecerem promissores, o estudo realizado apresenta algumas limitações. De uma forma geral, a utilização de um questionário de auto-relato é um aspecto a salientar. Apesar deste tipo de avaliação ter implícitas inúmeras vantagens, como a facilidade de aplicação, rapidez, economia de tempo e a objectividade da cotação, aspectos de desajustabilidade social, podem comprometer os resultados.

A heterogeneidade da amostra utilizada é outro aspecto preponderante. Na presente investigação, não foram discriminados outros critérios de inclusão na amostra, para além de serem utentes de um Centro de Saúde e de procurarem consulta médica nesse dia. Este aspecto, associado à baixa literacia da amostra, pode ter dificultado a compreensão de alguns itens das escalas e influenciado o resultado obtido, devendo por isso ser tido em consideração em investigações futuras. Aspectos relativos aos quadros clínicos apresentados devem ser considerados em futuras investigações, com particular relevância para os quadros algícos com mais do que uma localização e a sua duração, possibilitando a caracterização em termos de dor aguda ou crónica. Aspectos relativos às características sócio-demográficas devem igualmente ser salientados, parecendo preponderante o papel de variáveis moderadoras tais como a idade, o sexo, o estatuto sócio-económico e as condições laborais, na relação entre as crenças e a resposta ao tratamento (DeGood & Tait, 2001; Derbyshire, 1997; Jablonska, Soares & Sundin, 2006; Keogh, McCracken & Eccleston, 2006).

Concretamente, no que respeita aos estudos desenvolvidos no âmbito da *SOPA* (Jensen & Karoly, 2000), existem algumas investigações, que têm salientado a importância do nível de habilitações literárias, no auto-relato da incapacidade (Roth & Geisser, 2002). Segundo estes autores, as cognições relacionadas com a dor apresentam um efeito mediador na relação entre as habilitações literárias e a incapacidade, estando um baixo nível de habilitações literárias relacionado com mais crenças de incapacidade. Neste sentido, aspectos relacionados com a compreensão/ interpretação dos itens constituintes da medida, podem ter estado na base da resposta que o paciente enumerou (Romano, Jensen & Turner, 2003).

Nos estudos desenvolvidos com a *CPCI* (Jensen, Turner, Romano & Strom, 1999) e com a *CPCI-42* (Romano et al., 2003), foram utilizadas amostras clínicas de pacientes com dor crónica, atendendo aos critérios estabelecidos pela *International Association for the Study of Pain*. Os pacientes não eram integrados no estudo se revelassem necessidade de intervenção cirúrgica ou outra intervenção médica ou, se a avaliação psicológica revelasse a existência de psicopatologia severa ou, de abuso de substâncias. Os estudos preliminares dos aspectos inerentes à validade factorial da *CPCI*, referem exactamente aspectos inerentes às semelhanças das amostras utilizadas, como preponderantes para a similaridade de resultados (Hadjistavropoulos et al., 1999; Jensen et. al, 1995).

Assim, desenvolvimentos adicionais são necessários, para analisar a organização dos itens, em amostras portuguesas. Esperamos assim que estudo tenha contribuído para uma abordagem preliminar da versão portuguesa destas medidas, possibilitando um melhor conhecimento da forma como estes construtos se organizam na nossa população.

Referências Bibliográficas

- Asmundson, G., Norton, P. & Norton, G. (1999). Beyond pain: the role of fear and avoidance chronicity. *Clinical Psychology Review*, 19, 97-119. Associação Portuguesa para o Estudo da Dor (2006). Retirado da web a 8 de Setembro de 2006 de www.aped-dor.org.
- Baer, R. (2006). *Mindfulness-Based Treatment Approaches. Clinician's Guide to Evidence Base and Applications*. San Diego: Elsevier.
- Bennett, P. (2000). *Introdução clínica à psicologia da saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Bird, J. (2004). Use of pain measurement tools with older persons. *Psychologica*, 37, 115-127.
- Bradley, L. (1996). Cognitive- Behavioral Therapy for Chronic Pain. In R.Gatchel e D. Turk. *Psychological Approaches to Pain Management. A practioner's Handbook*. New York: Guilford Press.
- Canavarro, M. (1997). *Relações Afectivas ao Longo do Ciclo de Vida e Saúde Mental*. Dissertação para a obtenção do grau de Doutor na especialidade de Psicologia Clínica pela Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação- Universidade de Coimbra.
- Caraceni, A. Cherny, N. Fainsinger, R. Kaasa, S.Poulain, P. Radbruch, L. Conno, F. & the Steering Committee of the EAPC Research Network. (2002). Pain measurement tolls and methods in clinical research in palliative working group of the European Association of Palliative Care. *Journal of Pain and Symptom Management*, 23, 239-255.
- Coughlin, A. Badura, A. Fleischer, T. & Guck, T. (2000). Multidisciplinary treatment of chronic pain patients: Its efficacy in changing patient's locus of control. *Archives of Psychiatry and Medicine Rehabilitation*, 81, 739-740.
- Crombez, G.Eccleston, C. Baeyens, F. & Eelen, P. (1996). The disruptive nature of pain: An experimental investigation. *Behaviour, Research and Therapy*, 34, 911-918.

- DeGood, D. & Tait, R. (2001). Assessment of Pain Beliefs and Pain Coping. In D. Turk e R. Melzack. *Handbook of Pain Assessment* (pp. 320-337). New York: The Guilford Press.
- Derbyshire, S. (1997). Sources of variation in assessing male and female responses to pain. *New Ideas in Psychology*, 15, 83-85.
- Derogatis, L. (1975). Brief Symptom Inventory. Baltimore, MD: Clinical Psychometric Research.
- Diniz, A. (2004). *Sobre essas coisas a que chamamos crenças*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Ektor-Andersen, J. Ørbæk, P. Isacsson, S. & Shoulder-Neck, M. (2002). *Journal of Rehabilitation Medicine*, 34, 33-39.
- Engel, J. Schwartz, L. Jensen, M. & Johnson, D. (2000). Pain in cerebral palsy: The relation of coping strategies to adjustment. *Pain*, 88, 225-230.
- Evers, A. Kraaimaat, F. Riel, P. & Jong, A. (2002). Tailored cognitive-behavioral therapy in early rheumatoid arthritis for patients at risk: A randomised controlled trial. *Pain*, 100, 141-153.
- Goubert, L, Crombez, G. & Danneels, L. (2006) The reluctance to generalized corrective experiences in low back pain patients: A questionnaire study of dysfunctional cognitions. Retirado da web a 12 de Janeiro de 2005 de www.sciencedirect.com.
- Hadjistavropoulos, H. MacLeod, L. & Asmundson, G. (1999). Validation of Chronic Pain Coping Inventory. *Pain*, 80, 471-481.
- Heuts, P., Vlaeyen, J., Roelofs, J., de Bie, R., Aretz, K., van Weel, C. & van Schayck, O. (2004). Pain-related fear and daily functioning in patients with osteoarthritis. *Pain*, 110, 228-235.
- Jablonska, B., Soares, J. & Sundin, Ö. (2006). Pain among woman: Associations with socio-economic and work conditions. *European Journal of Pain*, 10, 435-447.
- Jensen, M. & Karoly, P. (1991). Control Beliefs, Coping efforts, and adjustment to Chronic pain. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 431-438.
- Jensen, M. & Karoly, P. (1992). Pain-specific beliefs, perceived symptoms severity, and adjustment to chronic pain. *The Clinical Journal of Pain*, 8, 123-130.
- Jensen, M. & Karoly, P. (2000). *The Survey of Pain Attitudes. General description of the questionnaire*. Manuscrito Não Publicado.

- Jensen, M., Karoly, P. & Huger, R. (1987). The development and preliminary validation of an instrument to assess patient's attitudes toward pain. *Journal of Psychosomatic Research*, 31, 393-400.
- Jensen, M. Keef, F. Lefebvre, J, Romano, J. & Turner, J. (2003). One-and two-item measures of pain beliefs and coping strategies. *Pain*, 104, 453-469.
- Jensen, M, Nielson, W, Turner, J, Romano, J. & Hill, M. (2003). Readiness to self-manage pain is associated with coping and with psychological and physical functioning among patients with chronic pain. *Pain*, 104, 529-537.
- Jensen, M. Turner, J. & Romano, J. (1994). Correlates of improvements in multidisciplinary treatment of chronic pain. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 172-179.
- Jensen, M. Turner, J. & Romano, J. (2000). Pain beliefs assessment: A comparison of the short and long versions of the Survey of Pain Attitudes. *The Journal of Pain*, 1, 138-150.
- Jensen, M. Turner, J. & Romano, J. (2001). Changes in beliefs, catastrophizing, and coping are associated with improvement in multidisciplinary pain treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 655-662.
- Jensen, M. Turner, J., Romano, J. & Lawler, B. (1994). Relationship of pain-specific beliefs to chronic pain adjustment. *Pain*, 57, 301-309.
- Jensen, M. Turner, J., Romano, J. & Strom, S. (1995). The Chronic Pain Coping Inventory: Development and preliminary validation. *Pain*, 60, 203-216.
- Keef, F. Lipkus, I. Lefevre, J. Hurwitz, H. Clipp, E. Smith, J. & Portre (2003). The social context to gastrointestinal cancer pain: A preliminary study examining the relation of patient pain catastrophizing to patient perceptions of social support and caregiver stress and negative response. *Pain*, 103, 151-156.
- Keogh, E. McCracken, L. & Eccleston, C. (2006). Gender moderates the association between depression and disability in chronic pain patients. *European Journal of Pain*, 10, 413-422.
- Lazarus, R. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer.
- Lovibond, P. & Lovibond, H. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy*, 33, 335-343.

- McCracken, L. & Eccleston, C. (2003). Coping or acceptance: what to do about chronic pain? *Pain, 105*, 197-204.
- McCracken, L. & Eccleston, C. & Bell, L. (2005). Clinical assessment of behavioural coping responses: preliminary results from a brief inventory. *European Journal of Pain, 9*, 69-78.
- Maroco, J. (2007). *Análise Estatística. Com utilização do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Nielson, W. & Jensen, M. (2004). Relationship between changes in coping and treatment outcome in patients with Fibromyalgia Syndrome. *Pain, 109*, 233-241.
- Pais-Ribeiro, J. Honrado, A. & Leal, I. (2004b). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das Escalas de Ansiedade, Depressão e Stress (EADS) de 21 itens de Lovibond e Lovibond. *Psicologia, Saúde & Doenças, 5*, 229-239.
- Pais-Ribeiro, J. Honrado, A. & Leal, I. (2004a). Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de depressão ansiedade stress de Lovibond e Lovibond. *Psychologica, 36*, 235-246.
- Pestana, M. & Gageiro, J. (2000). *Análise de Dados para Ciências Sociais. A complementaridade do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Romano, J. Jensen, M. & Turner, J. (2003). The chronic pain coping inventory-42: Reliability and validity. *Pain, 104*, 65-73.
- Roth, R. & Geisser, M. (2002). Educational Achievement and chronic pain disability: Mediating role of pain-related cognitions. *The Clinical Journal of Pain, 18*, 286-296.
- Schiaffano, K. Shawaryn, M. & Blum, D. (1998). Examining the impact of illness representations on Psychological Adjustment to Chronic Illness. *Health Psychology, 17*, 262-268.
- Severeijns, R. Vlaeyen, J., van den Hout, M. (2004). Do we need a communal coping model of pain catastrophizing? An alternative explanation. *Pain, 111*, 226-229.
- Strong, J. Ashton, R. & Chant, D. (1992). The measurement of attitudes towards and beliefs about pain. *Pain, 48*, 227-236.
- Tabachnick, B. & Fidell, L. (2007). *Using Multivariate Statistics*. Pearson Education Inc: New York.
- Tait, R. & Chibnall, J. (1997). Development of a brief version of the Survey of Pain Attitudes. *Pain, 70*, 229-235.

- Tan, G. Nguyen, Q. Anderson, K., Jensen, M. & Thornby, J. (2005). Further Validation of the Chronic Pain Coping Inventory. *The Journal of Pain*, 6, 29-40.
- Turk, D. & Okifuji, A. (2002). Psychological factors in chronic pain: Evaluation and Revolution. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 678-690.

Pain Measurement: Use of The self-administered questionnaire : The Survey of Pain Attitudes (SOPA) and Chronic Pain Coping Inventory - 42 (CPCI-42) on Portuguese Population.

The study presents the psychometric characteristics of the Portuguese version of *The Survey of Pain Attitudes (SOPA)*, Jensen & Karoly, 2000) and *Chronic Pain Coping Inventory-42 (CPCI-42)*, Romano, Jensen & Turner, 2003). In Study 1, Factorial Analysis of both measures was studied in 651 Portuguese adults, who attended a Health Care Centre. For SOPA, a 9 factor's structure explained 61.319% of the variance (Control – Strategies of Self Control, Incapacity, Emotion, Solicitation, Medication; Control – Learning Strategies, Medical Healing, and Damage). Concerning *CPCI-42*, 6 factor's structure explained 60.835% (Relaxing, Prevention, Search of Support, Self declarations, Takes Persistency and Exercise). The measure factors were adequate to the original model, presenting values of internal consistency highly superiors to those obtained originally.

A second study analyse the convergent and divergent validities of the obtained versions of *SOPA* and *CPCI-42*, in a 151 adult's sample. Contributes of these measures were approached through the analysis of multiple regression, therefore explaining the symptoms of anxiety, depression and stresse. Results are discussed considering existing literature.

Key-Words: Adaptation Beliefs; Coping Strategies; Pain; Multidisciplinary Treatments.

Évaluation de la Douleur : Utilisation du Questionnaire d'Auto-Response The Survey of Pain Attitudes (SOPA) et Chronic Pain Coping Inventory- 42 (CPCI-42) dans la Population Portugaise.

Cette étude présente les caractéristiques psychométriques de la version portugaise du The Survey of Pain Attitudes (SOPA: Jensen et Karoly, 2000) et du Chronic Pain Coping Inventory-42 (CPCI-42: Romain, Jensen et Turner, 2003), dans un échantillon de 651 adultes portugais, d'usagers d'un Centre de Santé. Dans Estudo1, sont effectuées des Analyses Factoriel dans des Composantes Principales, pour chacune des mesures. Pour la SOPA, une structure de 9 (Contrôle Stratégies d'Auto-Contrôle, Incapacité, Émotion, Sollicitation, Médication, Soins Médicaux, Contrôle Stratégies d'Apprentissage, Cure Médicale, Dommages), qui a expliqué 61.319%; pour la CPCI-42, ont été obtenus 6 facteurs (Relaxation, Prévention, Recherche de Support, Auto-Declarations, Persistance dans la Tâche, Exercice), qui ont expliqué 60.835%. Les facteurs des mesures ont présenté adéquation au modèle original, avec des valeurs de consistance interne supérieures obtenus par les auteurs des versions originales ($\alpha \leq 60$, pour les sub-scales SOPA, à l'exception du Contrôle-Stratégies d'Apprentissage; $\alpha \leq 78$, pour les sub-scales CPCI-42, à l'exception de la sub-scale Exercices).

Un seconde étude il a utilisé un échantillon supplémentaire de 151 adultes, avec l'objectif d'analyser les validités convergent et divergent, des versions obtenues de la SOPA et de CPCI-42. Ont été abordées les contributions de ces mesures dans l'explication des symptômes d'anxiété, la dépression et de stress, à travers d'analyses de régression multiple.

Les résultats obtenus on discute vu la littérature existante.

Mots-Clés: Croyances mal adaptatives; Stratégies de Coping; Traitements multidisciplinaires; Douleur.

Auditory Verbal Learning Test: Dados Normativos dos 21 aos 65 anos

Sara Cavaco^{1,2,3}, Cláudia Pinto¹, Alexandra Gonçalves¹, Filomena Gomes¹, Alexandra Pereira¹ & Cristina Malaquias¹

O Auditory Verbal Learning Test (AVLT) é uma das provas neuropsicológicas mais usadas em todo o mundo, na prática clínica e de investigação. Após a adaptação da prova à população Portuguesa, foram recolhidos dados normativos numa amostra de 287 sujeitos (entre os 21 e os 65 anos) sem evidência ou história de alterações neurológicas ou psiquiátricas. Com o aumento da idade verificou-se uma pioria na evocação livre e no reconhecimento diferido. O índice de aprendizagem não variou com a idade. A influência das variáveis escolaridade e sexo foi menos consistente.

Palavras-Chave: Teste neuropsicológico; Dados normativos; Idade; Escolaridade; Memória

Agradecimentos: Este trabalho foi realizado com apoio da Fundação Bial.

Introdução

O *Auditory Verbal Learning Test* (AVLT) é uma prova breve, de administração fácil e de cotação simples que avalia diversas dimensões da aprendizagem e memória. É um instrumento de avaliação útil na prática clínica e em estudos de investigação. É conhecida a sua sensibilidade à disfunção cognitiva (ex: Bigler et al., 1989; Powell et al, 1991, Messinis et al, 2007). Powell e associados (1991) estudaram a capacidade das variáveis do AVLT em diferenciar indivíduos com alteração neurológica de indivíduos sem distúrbio neurológico.

1 Departamento de Doenças do Sistema Nervoso e Órgãos dos Sentidos, Centro Hospital do Porto-Hospital de Santo António. (sara-cavaco@uiowa.edu; saracavaco@yahoo.com)

2 Unidade Multidisciplinar de Investigação Biomédica, Universidade do Porto.

3 Division of Behavioral Neurology and Cognitive Neuroscience, University of Iowa College of Medicine.

Com base no desempenho no quinto ensaio foram identificados correctamente 74% dos sujeitos sem alteração neurológica e 68% dos doentes neurológicos. Com base no somatório dos primeiros cinco ensaios foram classificados correctamente 78% dos sujeitos sem alteração neurológica e 70% dos doentes neurológicos. Neste estudo, a capacidade discriminativa destas variáveis do AVLT foi superior à de cada um dos testes das baterias de Halstead-Reitan e de Dodrill, com excepção do índice de discriminação da bateria de Dodrill.

A versão original do AVLT foi desenvolvida por André Rey em 1941 (Rey, 1941). Desde então e ao longo dos anos este instrumento de avaliação sofreu diversas alterações, tais como: tradução e criação de novas listas de palavras, adição de ensaios de interferência, de pós-interferência, de evocação e de reconhecimento tardio (Ivnik et al., 1992; Lezak, 1983; Rey, 1964; Taylor, 1959).

O AVLT consiste na apresentação, em cinco ensaios consecutivos, de uma lista de 15 palavras. Para cada um destes ensaios é pedido ao indivíduo que evoque a lista de palavras imediatamente após a sua leitura. Após um intervalo de 10 (Mitrushina et al., 1991), 20 (Spreen & Strauss, 1998) ou 30 minutos (Ferman et al., 2005), solicita-se ao sujeito que recite a lista de palavras original. No ensaio final, é pedido ao sujeito que reconheça numa lista alargada (30 ou 50 palavras), as palavras que compunham a lista original.

Nalgumas versões da prova (Lezak, 1995; Mitrushina et al, 1999; Spreen & Strauss, 1998, Strauss et al., 2006), após os cinco ensaios de evocação imediata, é introduzido um ensaio de interferência, no qual é lida e evocada uma segunda lista, e um ensaio de pós-interferência, no qual é solicitado ao indivíduo que evoque a lista original sem que esta seja novamente lida. Estes dois ensaios permitem avaliar a susceptibilidade à interferência proactiva e retroactiva. No entanto, em concordância com os procedimentos adoptados no Benton Neuropsychological Laboratory da University of Iowa, optou-se por não incluir, na presente adaptação do AVLT, os ensaios de interferência e de pós-interferência devido à associação destes ao nível de funcionamento executivo (Torres et al., 2001). Considera-se que desta forma se obterão medidas mais puras de aprendizagem e memória.

Objectivos

Este estudo teve como objectivos: 1) adaptar para a população Portuguesa um instrumento de medida de aprendizagem e memória; 2) recolher dados normativos; e 3) explorar o papel das características demográficas dos indivíduos (sexo, idade e escolaridade) no desempenho da prova.

Metodologia

Sujeitos

Foram recrutados na comunidade 287 sujeitos Portugueses, entre os 21 e os 65 anos, sem história de doença psiquiátrica e/ou neurológica (ver Tabela 1). A maioria dos participantes residia no Norte do país. Todos os sujeitos tinham como língua materna o Português; residiram em Portugal nos últimos 5 anos e realizaram parte significativa do seu percurso escolar (mais de 50%) em Portugal. Os sujeitos seleccionados tinham pelo menos três anos de escolaridade, não tinham défices auditivos após correcção. Não foram incluídos indivíduos com história de distúrbios desenvolvimentais (ex: dificuldades de aprendizagem), de doença neurológica (ex: traumatismo crânio encefálico) ou de perturbações psicopatológicas significativas (ex: depressão grave, psicose, alcoolismo). A normalidade do funcionamento cognitivo no dia-a-dia de cada participante foi validada pela pessoa que o referenciou (ex: familiar, amigo, médico assistente). Todos os sujeitos deram consentimento informado conforme a Declaração de Helsínquia.

Procedimentos

Adaptação do instrumento

O desenvolvimento do AVLT baseou-se: numa série de 15 palavras para os ensaios de evocação e uma série de 30 palavras para os ensaios de reconhecimento. A série de reconhecimento é composta pelas palavras da lista de evocação e por outras 15 palavras. O desenvolvimento das listas teve como base palavras com elevados índices de frequência de ocorrência (Bacelar do Nascimento et al., 1987). A frequência da ocorrência dos lemas escolhidos na língua Portuguesa contemporânea encontra-se no Anexo 1.

Administração do instrumento

O AVLTL foi administrado por licenciados em psicologia como parte de uma bateria abrangente de testes cognitivos. Foram utilizadas as seguintes instruções:

a) Evocação imediata

Antes de iniciar o primeiro ensaio, o examinador deu as seguintes instruções: “Eu vou ler uma longa lista de palavras. Por favor, escute atentamente. Quando acabar de ler, por favor, diga-me todas as palavras que conseguir dessa lista. Não precisa de ser por ordem.” A leitura da lista de palavras foi pausada, ou seja, uma palavra por segundo. Foi dada uma entoação diferente à última palavra da lista, de forma a transmitir ao sujeito que a lista acabou. Depois de terminar o primeiro ensaio, o examinador deu as seguintes instruções: “Agora vou ler a mesma lista novamente, na verdade, eu vou lê-la várias vezes. Sempre que eu parar, diga-me todas as palavras que conseguir-se lembrar, incluindo as que disse anteriormente.” Antes dos ensaios 3, 4 e 5, o examinador apenas disse: “Eu vou ler a lista outra vez. Por favor, escute atentamente.”

b) Evocação diferida

Após 30 minutos, durante os quais foram realizadas outras provas neuropsicológicas essencialmente não verbais, foram dadas as seguintes instruções: “Lembra-se da lista de palavras que eu lhe li algumas vezes? Diga-me, por favor, todas as palavras que conseguir dessa lista.”

Para todos os ensaios de evocação imediata e diferida foram registadas: a ordem pela qual foi feita a evocação, a repetição de palavras (’), bem como, as intrusões (palavras não existentes na lista) e sua repetição. Foram consideradas intrusões, alterações fonémicas às palavras apresentadas (ex: Flores vs. Flor). Não houve limite de tempo para a evocação em cada ensaio, no entanto, sempre que a pessoa demorou mais de 1 minuto, o examinador disse: “quando tiver terminado diga”. Sempre que o indivíduo revelou um elevado nível de ansiedade, foi-lhe dito: “quero apenas que faça o seu melhor”.

c) Reconhecimento diferido

Após o ensaio de evocação diferida, foram dadas as seguintes instruções: “Eu vou ler uma outra lista de palavras. Esta nova lista de palavras inclui palavras da lista anterior, bem como, outras palavras que não estavam na lista anterior. Para cada uma das palavras, por favor, diga sim ou não, se essa palavra fazia ou não parte da lista anterior.”

A partir do número de palavras correctamente evocadas nos ensaios de evocação imediata e diferida, foram calculados três índices: evocação imediata (EI), aprendizagem (AP) e índice de retenção (IR). Os índices EI, AP e PR correspondem respectivamente aos índices *Total Learning* (TL), *Learning Over Trials* (LOT) e *Long-Term Percent Retention* (LTPR) apresentados por Ivnik e colegas (1992).

$$EI = \sum \text{dos ensaios 1 a 5}$$

$$AP = (\sum \text{dos ensaios 1 a 5}) - (5 * \text{ensaio 1})$$

$$IR = 100 * (\text{ensaio aos 30} / \text{ensaio 5})$$

Resultados

A distribuição de idades e níveis de escolaridade da amostra normativa é apresentada na Tabela 1. A amostra seleccionada era constituída por 199 mulheres e por 88 homens. O teste de Mann-Whitney revelou que as mulheres (idade - média=50.02, d.p.=12.27; escolaridade - média=9.42; d.p.=4.73) tinham mais idade ($p=0.005$) e menor escolaridade ($p=0.013$) do que os homens (idade - média=43.83; d.p.=14.93; escolaridade - média=10.94; d.p.=5.06).

Na presente amostra, o teste de rho de Spearman revelou que a idade e a escolaridade correlacionaram-se significativamente com quase todas as medidas do AVLT, com excepção para o índice AP (ver Tabela 2). A idade e a escolaridade explicaram até 18% da variância partilhada com as variáveis do AVLT. No entanto, a idade e a escolaridade na presente amostra normativa estavam significativamente correlacionadas ($r=-0.451$; $p<0.001$).

A amostra normativa foi dividida em três faixas etárias: 21-35, 36-50 e 51-65. Testes paramétricos (ANOVA univariada) e não paramétricos (Kruskal-Wallis) foram usados para comparar as três faixas etárias em cada uma das medidas do AVLT. Os resultados revelaram um decréscimo no número de palavras correctamente evocadas (Tabela 3) e uma redução no reconhecimento diferido (Tabela 4) com o aumento da idade. A menor capacidade de

evocação livre com a idade verificou-se quer em ensaios de evocação imediata quer de evocação diferida. No entanto, o índice de aprendizagem ao longo dos primeiros cinco ensaios foi semelhante para as três faixas etárias.

O teste de Mann-Whitney foi usado para comparar o desempenho de mulheres e de homens em cada uma das faixas etárias. Foram identificadas algumas diferenças significativas entre homens e mulheres. As mulheres das faixas etárias mais jovens, 36-50 ($p=0.039$) e 51-65 ($p=0.038$), tiveram melhor índice de reconhecimento diferido do que os homens. No grupo de indivíduos com idade entre 51-65, o índice PR foi significativamente superior ($p=0.044$) nas mulheres do que nos homens. O índice de AP não diferiu significativamente entre os dois géneros.

Foi aplicado o teste rho de Spearman para explorar as correlações entre as medidas do AVLT e a escolaridade. Nas duas faixas etárias mais jovens (21-35 e 36-50) não foram encontradas correlações significativas entre escolaridade e as variáveis do AVLT. Na faixa etária 51-65, foram apenas encontradas correlações positivas ($p<0.05$) entre escolaridade e algumas medidas de evocação imediata (ensaio 2, ensaio 4, ensaio 5 e índice EI).

Tabela 1: Características demográficas

		Faixas etárias		
		21-35	36-50	51-65
N		71	60	156
Idade - Média (d.p.)		28.11 (3.55)	44.57 (4.86)	58.60 (4.38)
Escolaridade - Média (d.p.)		13.42 (3.76)	9.87 (4.9)	8.29 (4.48)
Escolaridade	3-4	0	12	63
	5-9	14	23	34
	10-12	22	9	32
	>12	35	16	27
Sexo	Mulheres	35	47	117
	Homens	36	13	39

Tabela 2: Correlações e variância partilhada

	Idade		Escolaridade	
	r	r ²	r	r ²
1º ensaio	-0,395**	0,16	0,258**	0,07
2º ensaio	-0,305**	0,09	0,276**	0,08
3º ensaio	-0,362**	0,13	0,208**	0,04
4º ensaio	-0,377**	0,14	0,257**	0,07
5º ensaio	-0,305**	0,09	0,22**	0,05
Evocação aos 30'	-0,405**	0,16	0,257**	0,7
Reconhecimento	-0,237**	NA	0,163**	NA
EI	-0,419**	0,18	0,29**	0,08
AP	0,001	0,00	0,04	0,00
IR	-0,251**	0,06	0,139*	0,02

Notas: * $p < 0.05$; ** $p < 0.001$; NA – Não aplicável porque a variável reconhecimento não tem distribuição normal

(Continua)

Tabela 3: Dados normativos por faixa etária

		Faixas etárias			P
		21-35 anos	36-50 anos	51-65 anos	
1º ensaio	M	7,225	6,55	5,583	<0.001
	D.P.	1,742	2,332	1,618	
	A	2-11	2-13	2-11	
2º ensaio	M	9,437	8,5	7,865	<0.001
	D.P.	2,019	2,274	1,921	
	A	4-14	4-15	3-13	
3º ensaio	M	10,958	10,333	9,186	<0.001
	D.P.	2,101)	2,191	2,078	
	A	4-15	3-15	4-15	
4º ensaio	M	12,169	11,15	10,41	<0.001
	D.P.	1,978	2,146	1,866	
	A	7-15	7-15	6-15	
5º ensaio	M	12,563	12,017	11,115	<0.001
	D.P.	1,771	1,979	2,013	
	A	8-15	7-15	5-15	
Evocação aos 30'	M	11,831	11,233	9,468	<0.001
	D.P.	2,348	2,353	2,619	
	A	5-15	5-15	0-14	
EI	M	52,352	48,55	44,16	<0.001
	D.P.	7,707	8,882	7,692	
	A	31-67	33-71	21-69	
AP	M	16,225	15,8	16,244	0.851
	D.P.	6,723	6,886	6,177	
	A	1-43	0-32	-6-32	
PR	M	94,289	94,129	85,224	<0.001
	D.P.	15,492	17,865	19,166	
	A	55.56-137,5	50-171,43	0-137.5	

Notas: 1) Para cada faixa etária são apresentados a média (M), o desvio padrão (D.P.) e a amplitude (A) em cada medida do AVLT; 2) o teste de ANOVA univariada foi usado para comparar as três faixas etárias em cada uma das medidas do AVLT.

Tabela 4: Distribuição por percentis do ensaio de reconhecimento para cada faixa etária

Percentis	Reconhecimento		
	21-35	36-50	51-65
5	28	27	26
10	29	28	27
15	29	29	28
20	29	29	28
25	29	29	28
30	29	29	29
35	30	29	29
40	-	30	29
45	-	-	29
50	-	-	29
55	-	-	30

Nota: O teste de Kruskal-Wallis revelou uma diferença significativa ($p < 0.001$) entre as três faixas etárias no ensaio de reconhecimento diferido.

Discussão

Foram apresentados dados normativos da adaptação à população Portuguesa do AVLT. O AVLT é um dos instrumentos de avaliação mais usados, na prática clínica internacional, devido à sua grande utilidade na detecção e identificação de défice nos mecanismos de memória em diversas alterações neurológicas (Bigler et al., 1989; Powell et al., 1991; Guilmette & Rasile, 1995; Janowsky et al., 1989, Lucas & Sonnenberg, 1996; Schoenberg et al., 2006; Messinis et al., 2007).

No presente estudo normativo, os ensaios de evocação livre, de reconhecimento e a percentagem de retenção a longo prazo pioraram significativamente com a idade. Estes resultados são consistentes com numerosos estudos normativos em adultos (Bolla-Wilson & Bleecker, 1986; Geffen et al., 1990; Uchiyama et al., 1995; Van der Elst et al., 2005). As crianças melhoram a sua capacidade de evocação livre com a idade, enquanto os adultos pioram (Strauss et al., 2006). Os resultados relativos ao reconhecimento são menos consistentes. Nalguns estudos, foi identificada uma correlação significativa entre a idade e o reconhecimento (Knight et al., 2006), enquanto noutros não foi encontrada esta associação (Mitrushina et al., 1991). A evocação livre envolve a capacidade de iniciar e manter uma

procura sistemática de informação codificada num determinado tempo e espaço, enquanto o reconhecimento fornece pistas sobre a informação a recuperar.

O índice de aprendizagem nos primeiros cinco ensaios foi semelhante entre as três faixas etárias, os quatro níveis de escolaridade e os dois géneros. Estes resultados são consistentes com estudos que apontam para uma reduzida associação entre idade e efeito de repetição (Geffen et al., 1990; Mitrushina et al., 1991). No entanto, em estudos que abrangeram indivíduos mais idosos foi registado um efeito negativo da idade no índice de aprendizagem (Ivnik et al., 1990). O índice de aprendizagem poderá ser particularmente útil no estudo de grupos com características demográficas heterogéneas, devido à sua relativa resistência à influência da idade, da escolaridade e do género.

A relação entre educação e as variáveis do AVLT foram em geral mais fracas do que a relação com a idade. Resultados semelhantes foram encontrados por outros estudos (Query & Megran, 1983; Uchiyama et al., 1995; Van der Elst et al., 2005; Messinis et al., 2007). Na literatura, sempre que as associações com a escolaridade ou com os índices de inteligência estão presentes, estas são na direcção esperada (Schmidt, 1996). Ou seja, níveis mais elevados de educação e/ou de índices de inteligência estão associados a melhores desempenhos no AVLT.

Na presente amostra normativa, foram identificadas algumas diferenças significativas entre sexos. As mulheres demonstraram melhor desempenho do que os homens no ensaio de reconhecimento diferido. Este resultado é consistente com o encontrado por outros estudos recentes (Harris et al., 2002; Van der Elst et al., 2005). Tendencialmente as mulheres também tiveram melhor desempenho nos ensaios de evocação livre. Na literatura, alguns estudos normativos verificaram uma ligeira vantagem das mulheres nos ensaios de evocação do AVLT (Bolla-Wilson & Bleecker, 1986; Geffen et al., 1990; Schmidt, 1996; Vakil & Blachstein, 1997; Knight et al., 2006; Messinis et al., 2007), enquanto outros estudos não registaram qualquer diferença entre sexos (Savage & Gouvier, 1992).

Estão previstos estudos normativos para indivíduos com mais de 65 anos e para versões alternativas da prova. Estes estudos permitirão aplicar a prova na detecção de défices em indivíduos idosos e registar declínios cognitivos progressivos ao longo de medições repetidas.

Referências Bibliográficas

- Bacelar do Nascimento, M. F., Garcia Marques, M. L., & Segura da Cruz, M. (1987). *Português Fundamental. Vol. II – Métodos e Documentos, Tomo 1 – Inquérito de Frequência*. Lisboa: INIC, CLUL.
- Bigler, E., Rosa, L., Schultz, F., Hall S., & Harris, J. (1989). Rey Auditory Verbal Learning and Rey Osterrieth Complex Figure Design performance in Alzheimer's disease and closed head injury. *Journal of Clinical Psychology, 45*, 277–280.
- Ferman, T. J., Lucas, J. A., Ivnik, R. J., Smith, G. E., Willis, F. B., Petersen, R. C., Graff-Radford, N. R. (2005). Mayo's older African Americans normative studies: Auditory Verbal Learning Test norms for African American elders. *The Clinical Neuropsychologist, 19*, 214–228.
- Geffen, G., Moar, K. J., O'Hanlon, A. P., Clark, C. R., & Geffen, L. B. (1990). Performance measures of 16- to 86-year-old males and females on the Auditory Verbal Learning Test. *The Clinical Neuropsychologist, 4*, 45–63.
- Guilmette, T. J., & Rasile, D. (1995). Sensitivity, specificity and diagnostic accuracy of three verbal memory measures in the assessment of mild brain injury. *Neuropsychology, 9*, 338–344.
- Harris, M. E., Ivnik, R. J., & Smith, G. E. (2002). Mayo's Older Americans Normative Studies: Expanded AVLT Recognition Trial norms for ages 57 to 98. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology, 24*, 214-220.
- Ivnik, R. J., Malec, J. F., Tangalos, E. G., Petersen, R. C., Kokmen, E., & Kurland, L. T. (1990). The Auditory-Verbal Learning Test (AVLT): Norms for ages 55 and older. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology, 2*, 304–312.
- Ivnik, R., Malec, J., Smith, G., Tangalos, E., Petersen, R., Kokmen, E., et al. (1992). Mayo's older Americans normative studies: Updated AVLT norms for ages 56 to 97. *The Clinical Neuropsychologist, 6*(Suppl.), 83–104.
- Janowsky, J. S., Shimamura, A. P., Kritchevsky, M., & Squire, L. R. (1989). Cognitive impairment following frontal lobe damage and its relevance to human amnesia. *Behavioral Neuroscience, 103*(3), 548-560.

- Knight, R. G., McMahon, J., Green, T. J., & Skeaff, C. M. (2006). Regression equations for predicting scores of persons over 65 on the Rey Auditory Verbal Learning Test, the Mini-Mental State Examination, the Trail Making Test and semantic fluency measures. *British Journal of Clinical Psychology, 45*, 393–402.
- Lezak, M. D. (1983). *Neuropsychological assessment* (2nd ed.). New York: Oxford University Press.
- Lucas, M. D., & Sonnenberg, B. R. (1996). Neuropsychological trends in the Parkinsonism-Plus Syndrome: A pilot study. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology, 18*(1), 88-97.
- Messinis, L., Tsakona, I., Malefaki, S., & Papathanasopoulos, P. (2007). Normative data and discriminant validity of Rey's Verbal Learning Test for the Greek adult population. *Archives of Clinical Neuropsychology, 22*, 739–752.
- Mitrushina, M. N., Boone, K. B., & D'Elia, L. F. (1999). *Handbook of normative data for neuropsychological assessment*. New York: Oxford University Press.
- Mitrushina, M., Satz, P., Chervinsky, A., & D'Elia, L. (1991). Performance of four age groups of normal elderly on the Rey Auditory-Verbal Learning Test. *Journal of Clinical Psychology, 47*(3), 351-357.
- Powell, J. B., Cripe, L. I., & Dodrill, C. B. (1991). Assessment of brain impairment with the Rey Auditory Verbal Learning Test: A comparison with other neuropsychological measures. *Archives of Clinical Neuropsychology, 6*, 241-249.
- Query, W., & Megran, J. (1983). Age-related norms for AVLT in a male patient population. *Journal of Clinical Psychology, 39*, 136-138.
- Rey, A. (1964). *L'examen clinique en psychologie*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Savage, R. M., & Gouvier, W. D. (1992). Rey Auditory Verbal Learning Test: The effects of age and gender, and norms for delayed recall and story recognition trials. *Archives of Clinical Neuropsychology, 7*, 407–414.
- Schmidt, M. (1996). *The Rey Auditory and Verbal Learning Test: A handbook*. Los Angeles: Western Psychological Services.
- Schoenberg, M. R., Dawson, K. A., Duff, K., Patton, D., Scott, J. G. , & Adams, R. L. (2006). Test performance and classification statistics for the Rey Auditory Verbal

- Learning Test in selected clinical samples. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 21, 693–703.
- Spreen, O., & Strauss, E. A. (1998). *Compendium of neuropsychological tests: Administration, norms, and commentary* (2nd ed.). New York: Oxford University Press.
- Strauss E, Sherman, E. M. S., & Spreen, O. (2006). *A compendium of neuropsychological tests: Administration, norms, and commentary* (3rd ed.). New York: Oxford University Press.
- Taylor, E. M. (1959). *Psychological appraisal of children with cerebral defects*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Torres, I. J., Flashman, L. A., O’Leary, D. S., & Andreasen, N. C. (2001). Effects of retroactive and proactive interference on word list recall in schizophrenia. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 7(4), 481-90.
- Uchiyama, C. L., D’Elia, L. F., Dellinger, A. M., Becker, J. T., Selnes, O. A., Welsch, J. E., Chen, B. B., Satz, P., van Gorp, W., & Miller, E. N. (1995). Alternate forms of the Auditory-Verbal Learning Test: Issues of test comparability, longitudinal reliability, and moderating demographic variables. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 10, 133–145.
- Vakil, E., & Blachstein, H. (1997). A supplementary measure in the Rey AVLT for assessing incidental learning of temporal order. *Journal of Clinical Psychology*, 50, 240–245.
- Van der Elst, W., Van Boxtel, M. P. J., Van Breukelen, G. J. P., & Jolles, J. (2005). Rey’s Verbal Learning Test: Normative data for 1855 healthy participants aged 24–81 and the influence of age, sex, education, and mode of presentation. *Journal of the International Neuropsychological Society*, 11, 290–302.

Auditory Verbal Learning Test: normative data for ages 21 through 65

The Auditory Verbal Learning Test (AVLT) is one of the most widely used neuropsychological instruments in clinical practice and cognitive research. We adapted the AVLT to the Portuguese population and collected normative data. The sample consisted of 287 subjects without evidence or history of neurological or psychiatric disturbances, ranging in age from 21 through 65. Both free recall and delayed recognition were found to be

negatively related with age. The learning index did not change with age. The influence of education or gender on test performance was found to be less consistent.

Key-Words: Neuropsychological test; Normative data; Age; Education; Memory

Auditory Verbal Learning Test: Données Normatives en personnes entre 21 et 65 ans

L'Auditory Verbal Learning Test (AVLT) c'est l'un des tests neuropsychologiques plus utilisés dans le monde, dans la pratique clinique et dans la recherche. Après l'ajustement du test à la population Portugaise, données normatives ont été recueillies dans un échantillon de 287 sujets (de 21 à 65 ans) sans éléments de preuve ou histoire de perturbations neurologiques ou psychiatriques. Avec l'âge, il a baissé en rappel libre et de la reconnaissance différée. Le taux d'apprentissage n'a pas varié avec l'âge. L'influence des variables scolarité et genre a été moins cohérent.

Mots-Clés: Test neuropsychologique; Données normatives; Âge; Scolarité; Mémoire.

Trail Making Test: Dados Normativos dos 21 aos 65 anos

Sara Cavaco^{1,2,3}, Cláudia Pinto¹, Alexandra Gonçalves¹, Filomena Gomes¹, Alexandra Pereira¹ & Cristina Malaquias¹

O Trail Making Test (TMT) é uma das provas neuropsicológicas mais usadas em todo o mundo, na prática clínica e de investigação. Após a adaptação desta prova à população Portuguesa, foram recolhidos dados normativos numa amostra de 416 sujeitos, dos 21 aos 65 anos, com 4 ou mais anos de escolaridade, sem evidência ou história de alterações neurológicas ou psiquiátricas. Os dados normativos estão apresentados por faixa etária e nível de escolaridade. Testes não paramétricos revelaram que a idade, a escolaridade e o género influenciaram significativamente o desempenho no TMT.

Palavras-Chave: Teste neuropsicológico; Dados normativos; Idade; Escolaridade; Funções executivas

1. Introdução

Apresentamos dados normativos do *Trail Making Test* (TMT), uma das provas neuropsicológicas mais usadas na prática clínica (Rabin et al., 2005). O TMT tem duas partes distintas: a “A” e a “B”. O TMT fornece informação sobre atenção, exploração visual,

1 Departamento de Doenças do Sistema Nervoso e Órgãos dos Sentidos, Centro Hospital do Porto-Hospital de Santo António. (sara-cavaco@uiowa.edu; saracavaco@yahoo.com)

2 Unidade Multidisciplinar de Investigação Biomédica, Universidade do Porto.

3 Division of Behavioral Neurology and Cognitive Neuroscience, University of Iowa College of Medicine.

Agradecimentos: Este trabalho foi realizado com apoio da Fundação Bial.

coordenação olho-mão, velocidade de processamento, sequenciação e flexibilidade cognitiva. Além destas dimensões, a parte B do TMT mede funções executivas, em particular, a capacidade de alternância entre sequências (Spreen & Strauss, 1991; Mitrushina et al., 1999; Strauss et al., 2006). Bell-McGinty e colaboradores (2002) verificaram uma associação significativa entre o desempenho no TMT-B e a capacidade do indivíduo em manter a sua independência nas actividades de vida diária.

O TMT foi desenvolvido por psicólogos do exército Americano. O TMT integrou o subteste de “Performance” do *Army Individual Test Battery* (1944). Armitage (1946) incluiu o TMT num conjunto de testes para avaliar os efeitos de uma lesão cerebral nos soldados. Posteriormente esta prova integrou a Bateria Neuropsicológica de Halstead-Reitan (Reitan & Wolfson, 1993). Apesar dos procedimentos de administração e cotação variarem significativamente (ex: inclusão da letra “K”; registo do número de erros; uso de critérios para descontinuar a prova; permissão de levantar o lápis) entre centros, o TMT é considerado um instrumento de medida de função cerebral fiável, válido, rápido e sensível.

Tem sido demonstrado que as provas neuropsicológicas que requerem velocidade de processamento mental, tais como o TMT, são das mais sensíveis à disfunção cerebral (Lezak et al., 2004; Larrabee et al., 2007). Uma das propriedades do teste mais relevantes é a sua capacidade de diferenciação entre indivíduos com disfunção cerebral e sujeitos saudáveis, ou seja, permite detectar e documentar disfunções cognitivas (Reitan, 1958; Chen et al., 2001; Stuss et al., 2001; Lemiere et al., 2004; Larrabee et al., 2007). É particularmente útil na medição de défices cognitivos em doentes com disfunção dorsolateral prefrontal (Stuss et al., 2001) e no diagnóstico de demência (Amieva et al, 1998; Chen et al, 2001; Ashendorf et al., 2008). O TMT tem sido igualmente estudado em doentes com esquizofrenia (Wolwer & Gaebel, 2002).

Uma revisão da literatura revela que o desempenho individual no TMT depende significativamente das características demográficas e do nível de inteligência dos indivíduos. Tem sido consistentemente verificado que o tempo de execução da parte A e da parte B do TMT aumenta significativamente com a idade (Goul & Brown, 1970; Kennedy, 1981; Salthouse et al., 2000; Tombaugh, 2004; Zalonis et al., 2007). Também é conhecido que a baixa escolaridade e o baixo índice de inteligência estão associados a pior desempenho (Goul & Brown, 1970; Kennedy, 1981; Tombaugh, 2004; Zalonis et al., 2007). Alguns estudos

registaram uma tendência para os homens serem ligeiramente mais rápidos do que as mulheres na execução da parte A do TMT (Giovagnoli et al., 1996; Seo et al, 2006), enquanto outros não encontraram qualquer diferença entre género (Tombaugh, 2004).

2. Métodos

2.1 Sujeitos

Foram recrutados na comunidade 416 sujeitos Portugueses com idades compreendidas entre os 21 e os 65 anos (ver Tabela 1). A maioria dos participantes residia no Norte do país. Todos os sujeitos tinham como língua materna o Português; residiram em Portugal nos últimos 5 anos e realizaram parte significativa do seu percurso escolar (+ de 50%) em Portugal. Os sujeitos seleccionados tinham pelo menos quatro anos de escolaridade, não tinham défices motores significativos no membro superior dominante e não tinham défices visuais ou auditivos ou visuais após correcção. Não foram incluídos indivíduos com história de distúrbios desenvolvimentais (ex: dificuldades de aprendizagem), de doença neurológica (ex: traumatismo crânio encefálico) ou de perturbações psicopatológicas significativas (ex: depressão grave, psicose, alcoolismo). A normalidade do funcionamento cognitivo no dia-a-dia de cada participante foi validada pela pessoa que o referenciou (ex: familiar, amigo, médico assistente). Todos os sujeitos deram consentimento informado conforme a Declaração de Helsínquia.

Tabela 1: Caracterização da amostra

		Faixas etárias		
		21-35	36-50	51-65
N		134	98	184
Idade - Média (d.p.)		28.30 (3.82)	44.56 (4.63)	57.95 (4.45)
Escolaridade - Média (d.p.)		13.01 (3.78)	8.32 (4.53)	8.24 (4.32)
Escolaridade	4	2	27	74
	5-9	24	41	44
	10-12	51	14	36
	>12	57	16	30
Sexo	Mulheres	70	79	132
	Homens	64	19	52

3. Procedimentos

Os procedimentos de administração e cotação do TMT seguidos no Benton Neuropsychological Laboratory da University of Iowa foram adaptados para a população Portuguesa.

a) Parte “A”

Ao sujeito foi apresentada a folha de treino e foram dadas as seguintes instruções: “Nesta página encontram-se alguns números. Comece no número 1 e desenhe uma linha entre o 1 e o 2, o 2 e o 3, o 3 e o 4 e aí por diante por esta ordem (apontar com o lápis do 1 para o 2, para o 3 e para o 4), até chegar ao fim. Desenhe as linhas o mais rápido que puder. Pronto - Começar!”. O teste não foi administrado sempre que o indivíduo não foi capaz de realizar esta condição de treino (isto é, caso fizesse mais de 2 erros). Depois da realização com sucesso da condição de treino foi apresentada a folha de teste e foram dadas as seguintes instruções: “Esta página é como a que acabou de fazer, apenas tem mais números. Novamente, comece no número 1 e desenhe uma linha entre o 1 e o 2, o 2 e o 3, o 3 e o 4 e aí por diante por esta ordem (apontar com o lápis do 1 para o 2, para o 3 e para o 4), até chegar ao fim. Desenhe as linhas, o mais rápido que puder. Pronto - Começar!” A contagem de tempo foi iniciada imediatamente após o examinador ter dado instrução de começar. Sempre

que o sujeito fez um erro, o examinador 1) assinalou de imediato o erro com um corte na última linha desenhada pelo sujeito, 2) identificou a natureza do erro (ex: “a seguir não é este número”) e 3) conduziu o sujeito ao último círculo correcto, de forma a continuar o teste a partir daí. Não houve paragem do cronómetro durante este processo de correcção dos erros. O teste foi descontinuado após 200” ou após 4 erros, a menos que o sujeito se encontrasse a menos de 3 círculos do final.

b) Parte “B”

Imediatamente após a realização do TMT-A, foi apresentada ao sujeito a folha de treino da parte B e foram dadas as seguintes instruções: “Nesta página encontram-se alguns números e letras. Comece no número 1 e desenhe uma linha entre o 1 e o A, o A e o 2, o 2 e o B, o B e o 3, 3 e o C, e aí por diante por esta ordem (apontar com o lápis do 1, para o A, para o 2, para o B, para o 3 e para o C), até chegar ao fim. Desenhe as linhas o mais rápido que puder. Pronto - Começar!” Sempre que o sujeito não foi capaz de realizar esta condição de treino (isto é, se fizesse mais de 2 erros), o teste não foi administrado. Depois da realização com sucesso da condição de treino era apresentada a folha de teste e eram dadas as seguintes instruções: “Esta página é como a que acabou de fazer, apenas tem mais números e mais letras. Novamente, comece no número 1 e desenhe uma linha entre o 1 e o A, o A e o 2, o 2 e o B, o B e o 3, 3 e o C e aí por diante por esta ordem (apontar com o lápis do 1, para o A, para o 2, para o B, para o 3 e para o C), até chegar ao fim. Desenhe as linhas o mais rápido que puder. Pronto - Começar!” A contagem de tempo iniciou imediatamente após o examinador ter dado a instrução para começar. Sempre que o sujeito fez um erro, o examinador 1) assinalou de imediato o erro com um corte na última linha desenhada pelo sujeito, 2) identificou a natureza do erro (ex: “a seguir não é este número”, “a seguir não é um número”, “a seguir não é esta letra”) e 3) conduziu o sujeito ao último círculo correcto, de forma a continuar o teste a partir daí. Não houve paragem do cronómetro durante este processo de correcção dos erros. O teste foi descontinuado após 400” ou após 4 erros, a menos que o sujeito se encontrasse a menos de 3 círculos do final.

As medidas dependentes do TMT-A e do TMT-B são tempo de execução (em segundos) e número de erros. Com base nos tempos de execução da parte A e da parte B do TMT, foi

calculado o índice B:A. Valores mais elevados no tempo de execução, no número de erros e no índice B:A estão associados a pior desempenho.

4. Resultados

A distribuição de idades e níveis de escolaridade da amostra normativa é apresentada na Tabela 1. A amostra seleccionada era constituída por 281 mulheres e por 135 homens. O teste de Mann-Whitney revelou que as mulheres (idade - média=46.87, d.p.=12.78; escolaridade - média=9.42; d.p.=4.64) tinham mais idade ($p=0.003$) e menor escolaridade ($p=0.016$) do que os homens (idade - média=41.85; d.p.=14.41; escolaridade - média=10.6; d.p.=4.88). O TMT-B foi descontinuado em 12 indivíduos (9 mulheres e 3 homens), dos quais 10 tinham 4 anos de escolaridade.

Na presente amostra, o teste de rho de Spearman revelou que a idade e a escolaridade estavam significativamente correlacionadas ($r=-0.432$; $p<0.001$). As variáveis demográficas, idade e escolaridade, correlacionaram-se significativamente com a medida tempo do TMT-A e do TMT-B (ver Tabela 2). O índice B:A e o número de erros quer do TMT-A quer do TMT-B correlacionaram-se apenas com a escolaridade e não com a idade. Índices B:A mais elevados estavam associados a níveis de escolaridade mais baixos.

Os participantes foram agrupados por idade e por escolaridade. Dentro de cada faixa etária (21-35, 36-50 e 51-65) foram criados sub-grupos com base no número de anos de escolaridade. Para a faixa etária 21-35, os indivíduos foram agrupados em 3 níveis de escolaridade (4-9, 10-12 e >12). Enquanto que para as faixas etárias 36-50 e 51-65, os indivíduos foram agrupados em 4 níveis de escolaridade (4, 5-9, 10-12 e >12). Os dados normativos são apresentados por percentis (ver Tabelas 3 e 4).

O teste de Kruskal-Wallis revelou diferenças significativas entre os três grupos etários, quanto ao tempo de execução do TMT-A ($p<0.001$) e TMT-B ($p<0.001$). O número de erros no TMT-A ($p=0.784$) e o índice B:A ($p=0.564$) não diferiram significativamente entre as três faixas etárias. O número de erros no TMT-B ($p=0.052$) foi tendencialmente diferente entre os três grupos etários.

No grupo mais jovem (21-35 anos), o tempo de execução do TMT-B ($p=0.014$) foi significativamente diferente entre os três níveis de escolaridade. Não foram encontradas diferenças para o tempo de execução do TMT-B ($p=0.074$) e para o índice B:A ($p=0.273$).

Para a faixa etária 36-50, o tempo de execução do TMT-A ($p < 0.001$) e do TMT-B ($p < 0.001$) foi significativamente diferente entre os quatro níveis de escolaridade. Registrou-se uma tendência para o índice B:A ser diferente entre os níveis de escolaridade ($p = 0.064$). Para a faixa etária 51-65, foram encontradas diferenças significativas entre os quatro níveis de escolaridade, em relação ao tempo de execução do TMT-A ($p = 0.001$) e TMT-B ($p = 0.014$) e em relação ao índice B:A ($p = 0.001$).

Para analisar as diferenças entre homens e mulheres, os indivíduos de cada faixa etária foram divididos em dois grupos: ≤ 9 e ≥ 10 anos de escolaridade. O teste de Mann-Whitney demonstrou que os homens foram em geral mais rápidos na execução da parte A do TMT. As mulheres da faixa etária 21-35 e com ≥ 10 anos escolaridade tiveram pior tempo de execução no TMT-A ($p = 0.006$), mas tiveram melhor índice B:A. As mulheres da faixa etária 36-50 com < 10 anos escolaridade tiveram pior tempo de execução no TMT-A ($p = 0.004$). Na faixa etária 51-65 e com ≥ 10 anos escolaridade, as mulheres tiveram pior tempo de execução no TMT-A ($p = 0.009$), mas tiveram menos erros no TMT-B e um índice B:A melhor ($p = 0.003$). O tempo de execução no TMT-B foi semelhante entre mulheres e homens para cada grupo etário/nível de escolaridade.

Tabela 2: Correlações entre TMT e características demográficas

		Idade	Escolaridade
		r	r
TMT-A	Tempo	-0.511**	-0.583**
	Nº erros	0.049	-0.179**
TMT-B	Tempo	0.486**	-0.634**
	Nº erros	0.149**	-0.301**
B:A		0.072	-0.224**

Notas: ** $p < 0.001$

Tabela 3: Distribuição por percentis das medidas de tempo de execução

A) 21 aos 35 anos

Percentis	TMT-A			TMT-B			B:A		
	4-9	10-12	>12	4-9	10-12	>12	4-9	10-12	>12
1	15	13	14	40	29	32	1,53	1,06	1,34
2	15	13	14	40	29	32	1,53	1,06	1,37
3	15	15	16	40	31	33	1,53	1,19	1,49
5	16	17	17	42	35	37	1,55	1,33	1,57
10	18	17	18	45	42	42	1,69	1,40	1,61
15	18	19	20	45	46	44	1,82	1,53	1,66
20	22	20	20	57	50	47	1,94	1,60	1,77
25	25	21	21	64	53	49	2,11	1,70	1,84
30	27	22	23	65	54	51	2,28	1,82	1,85
35	29	23	23	67	58	52	2,31	1,86	1,97
40	31	24	24	69	59	54	2,35	1,89	2,02
45	32	25	25	70	60	54	2,40	1,95	2,08
50	32	28	26	73	63	55	2,50	2,20	2,15
55	33	29	27	82	65	59	2,50	2,36	2,18
60	35	30	28	85	67	64	2,62	2,48	2,32
65	37	32	29	107	71	65	2,85	2,57	2,38
70	40	36	29	134	71	69	3,31	2,74	2,47
75	44	39	30	137	75	71	3,42	3,07	2,83
80	48	43	33	145	85	75	3,64	3,13	2,98
85	49	45	34	160	95	87	4,19	3,47	3,24
90	56	48	35	164	113	94	4,76	3,74	3,57
95	60	55	37	186	128	112	4,98	4,80	4,30
97	60	57	51	198	142	122	5,05	5,69	5,95
98	60	57	76	198	146	136	5,05	6,09	6,20
99	60	57	83	198	146	139	5,05	6,10	6,27

B) 36 aos 50 anos

Percentis	TMT-A				TMT-B				B:A			
	4	5-9	10-12	4	5-9	10-12	4	5-9	10-12	4	5-9	10-12
1	25	20	22	9	61	49	50	34	1,5	1,21	1,39	1,31
2	25	20	22	9	61	49	50	34	1,75	1,21	1,39	1,31
3	25	21	22	9	61	49	50	34	1,75	1,23	1,39	1,31
5	28	25	22	9	70	51	50	34	1,78	1,29	1,39	1,31
10	38	26	24	0	93	57	50	35	1,86	1,55	1,49	1,51
15	42	29	27	1	99	61	50	39	1,91	1,65	1,62	1,60
20	45	30	30	1	109	63	50	45	2,06	1,76	1,69	1,67
25	49	32	30	2	115	70	52	48	2,12	1,80	1,69	1,77
30	50	34	30	2	121	74	54	49	2,15	1,84	1,75	1,81
35	52	35	31	4	130	77	59	54	2,30	1,96	1,81	1,99
40	54	38	35	4	135	82	68	55	2,33	2,06	1,84	2,10
45	58	39	36	5	145	86	79	55	2,38	2,13	1,85	2,14
50	60	40	37	6	150	87	83	63	2,40	2,22	1,87	2,16
55	61	43	37	7	156	90	83	71	2,82	2,25	1,93	2,17
60	62	45	37	9	167	98	84	75	3,09	2,30	2,08	2,22
65	63	47	38	0	168	105	88	78	3,31	2,46	2,20	2,42
70	63	49	39	4	177	106	90	79	3,34	2,67	2,30	2,49
75	64	52	42	6	193	127	92	81	3,44	2,97	2,35	2,66
80	75	56	49	0	210	135	97	82	3,64	3,00	2,36	2,78
85	84	58	53	3	225	150	100	83	3,75	3,24	2,98	3,09
90	92	59	55	5	273	164	103	93	3,98	4,08	3,27	3,56
95	104	61	56	7	325	179	106	114	4,74	4,34	3,37	3,90
97	111	75	56	7	336	224	106	114	5,00	6,44	3,37	3,90
98	111	79	56	7	336	237	106	114	5,00	7,06	3,37	3,90
99	111	79	56	7	336	237	106	114	5,00	7,06	3,37	3,90

C) 51 aos 65 anos

Percentis	TMT-A				TMT-B				B:A			
	4	5-9	10-12	>12	4	5-9	10-12	12	4	5-9	10-12	>12
1	26	15	26	22	48	48	49	50	1,46	1,45	1,23	0,97
2	27	15	26	22	49	48	49	50	1,50	1,45	1,23	0,97
3	28	19	26	22	50	52	50	50	1,57	1,48	1,24	0,97
5	29	26	28	22	74	60	56	51	1,61	1,56	1,34	1,16
10	33	31	30	22	97	65	59	52	1,69	1,61	1,40	1,38
15	35	33	32	24	104	71	64	54	1,81	1,68	1,42	1,41
20	36	36	35	26	110	79	70	56	1,99	1,78	1,53	1,52
25	39	37	37	27	120	83	74	58	2,05	1,92	1,61	1,69
30	48	38	39	28	130	86	74	60	2,19	2,06	1,68	1,85
35	48	39	40	28	137	89	76	67	2,30	2,12	1,70	1,97
40	52	41	44	31	144	91	82	69	2,48	2,14	1,87	2,00
45	55	43	46	35	152	96	84	74	2,61	2,19	1,93	2,05
50	59	45	48	36	163	105	86	81	2,83	2,36	2,01	2,31
55	63	48	50	39	168	107	88	81	2,91	2,43	2,15	2,40
60	66	49	51	40	180	114	107	82	3,03	2,53	2,23	2,46
65	75	50	51	45	188	118	117	87	3,27	2,55	2,30	2,52
70	82	52	53	45	203	127	121	92	3,33	2,84	2,39	2,79
75	90	54	55	48	229	140	123	103	3,56	3,03	2,57	2,88
80	96	58	58	50	249	149	128	114	3,65	3,60	2,68	3,06
85	110	59	62	52	261	178	137	122	3,81	3,70	2,83	3,34
90	118	63	67	58	302	211	152	137	4,11	4,03	3,14	3,69
95	129	67	75	66	325	220	170	145	5,79	4,36	3,64	3,73
97	133	82	78	70	345	222	190	146	6,38	4,63	3,66	3,73
98	144	90	78	70	355	222	193	146	6,48	4,73	3,66	3,73
99	155	90	78	70	360	222	193	146	6,53	4,73	3,66	3,73

Tabela 4: Distribuição por percentis da medida número de erros

A) TMT-A

Percentis	21-35			36-50				51-65			
	4-9	10-12	>12	4	5-9	10-12	>12	4	5-9	10-12	>12
75	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
80	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
85	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0
90	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	0
95	1	1	1	1	1	0	1	2	1	0	1
97	1	1	1	1	2	0	1	3	2	1	2
98	1	1	1	1	2	0	1	3	2	1	2
99	1	1	1	1	2	0	1	3	2	1	2

B) TMT-B

Percentis	21-35			36-50				51-65			
	4-9	10-12	>12	4	5-9	10-12	>12	4	5-9	10-12	>12
35	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
40	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
45	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0
50	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0
55	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0
60	1	0	0	1	1	0	0	2	1	0	0
65	1	0	0	1	1	0	0	2	1	0	1
70	1	1	0	1	1	1	0	2	1	0	1
75	2	1	1	2	1	1	0	2	1	1	1
80	2	1	1	2	1	1	0	2	1	1	1
85	2	1	1	2	2	1	1	2	2	1	1
90	3	2	2	2	2	2	2	3	2	1	2
95	3	2	2	3	3	2	2	3	3	2	2
97	3	2	2	3	4	2	2	3	4	2	2
98	3	2	3	3	4	2	2	4	4	2	2
99	3	2	3	3	4	2	2	4	4	2	2

5. Discussão

Foram apresentados dados normativos da adaptação à população Portuguesa do TMT. À semelhança da maioria dos estudos normativos (ex: Goul & Brown, 1970; Lucas et al., 2005; Zalonis et al., 2007), verificou-se um aumento no tempo de execução da parte A e da parte B do TMT com o aumento da idade e com a menor escolaridade. Registaram-se também diferenças significativas entre homens e mulheres na execução do TMT. Em geral, as mulheres foram mais lentas do que os homens na Parte A. Esta diferença entre sexos é consistente com a encontrada por outros estudos normativos (Ivnik et al., 1996; Hester et al., 2005).

Verificou-se uma diminuição do índice B:A com o aumento da escolaridade. À semelhança da série normativa de Hester e colaboradores (2005), não se registou um declínio significativo no índice B:A com o aumento da idade. Na prática clínica, para além dos tempos de execução do TMT-A e do TMT-B, é comum o cálculo do índice B:A. Este índice é usado como apoio à interpretação dos resultados. O índice B:A dá informação, de certa forma, independente da velocidade psicomotora e da velocidade de exploração visual (Corrigan & Hinkeldey, 1987; Lamberty et al., 1994; Arbuthnott & Frank, 2000). Assim, é possível estimar com mais precisão funções executivas, em particular a capacidade de alternância entre sequências. Há indicações na literatura que o índice B:A se correlaciona mais com outras medidas de alternância, do que os tempos de execução do TMT-A ou TMT-B (Lamberty et al, 1994; Arbuthnott & Frank, 2000). Um desempenho relativamente mais lento no TMT-B em relação ao TMT-A pode ser interpretado como indicativo de dificuldades na capacidade de executar e modificar o plano de acção ou de disfunção dos lobos frontais (Ameiva et al, 1998; Arbuthnott & Frank, 2000).

Apesar da sua utilidade clínica (Ashendorf et al., 2008), estudos normativos em geral negligenciaram a medida número de erros. Existem três grandes tipos de erros no TMT (Mahurin et al., 2006): 1) erros de sequenciação (prosseguir para um número ou letra incorrecta quer no TMT-A, quer no TMT-B); 2) erros perseverativos (falhas na alternância entre número e letra no TMT-B); e 3) erros de proximidade (prosseguir para um círculo incorrecto que esteja próximo quer no TMT-A, quer no TMT-B). À semelhança da série normativa apresentada por Ashendorf e colaboradores (2008), registou-se uma diminuição no número de erros na parte B do TMT com o aumento da escolaridade. Relação semelhante foi

registada no TMT-A. Ao contrário da variável tempo de execução, não foi encontrada qualquer associação entre idade e número de erros.

No presente estudo normativo, a escolaridade de cada participante correspondeu ao número de anos de escolaridade formal completados com sucesso. Esta abordagem é particularmente vulnerável a alterações no sistema educacional. Devido à forte influência da escolaridade na execução do TMT e às sucessivas alterações no sistema educacional Português (particularmente nas últimas três décadas), considera-se que as normas aqui apresentadas deverão ser actualizadas periodicamente.

Estão previstos estudos normativos para indivíduos com mais de 65 anos. Estes estudos permitirão aplicar o TMT na detecção de défices em indivíduos idosos.

Referências Bibliográficas

- Amieva, H., Sylviane, L., Auriacombe, S., Rainville, C., Orgogozo, J., Dartigues, J., & Fabrigoule, C. (1998). Analysis of error types in the Trail Making Test evidences an inhibitory deficit in dementia of the Alzheimer type. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 20, 280-285.
- Arbuthnott, K., & Frank, J. (2000). Trail Making Test, Part B as a measure of executive control: Validation using a set-switching paradigm. *Journal of Clinical & Experimental Neuropsychology*, 22(4), 518-528.
- Armitage, S. G. (1946). An analysis of certain psychological tests used for the evaluation of brain injury. *Psychology Monographs*, 60.
- Army Individual Test Battery. *Manual of directions and scoring*. Washington, DC: War Department, Adjutant General's Office, 1944.
- Ashendorf, L., Jefferson, A. L., O'Connor, M. K., Chaisson, C., Green, R. C., & Stern, R. A. (2008). Trail Making Test errors in normal aging, mild cognitive impairment, and dementia. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 23, 129-137.
- Bell-McGinty, S., Podell, K., Franzen, M., Baird, A. D., Williams, M. J. (2002). Standard measures of executive function in predicting instrumental activities of daily living in older adults. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 17, 828-834.

- Chen, P., Ratchliff, G., Belle, S. H., Cauley, J. A., DeKosky, S. T., Ganguli, M. (2001). Patterns of cognitive decline in presymptomatic Alzheimer disease: A prospective community study. *Archives of General Psychiatry*, 58(9), 853–858.
- Corrigan, J. D., & Hinkeldey, N. S. (1987). Relationships between parts A and B of the Trail Making Test. *Journal of Clinical Psychology*, 43, 402–409.
- Giovagnoli, A. R., Del Pesce, M., Mascheroni, S., Simoncelli, M., Laiacona, M., & Capitani, E. (1996). Trail Making Test: Normative values from 287 normal adult controls. *Italian Journal of Neurological Sciences*, 17, 305–309.
- Goul, W. R., & Brown, M. (1970). Effects of age and intelligence on Trail Making Test performance and validity. *Perceptual and Motor Skills*, 30, 319–326.
- Hester, R. L., Kinsella, G. J., Ong, B., & McGregor, J. (2005). Demographic influences on baseline and derived scores from the Trail Making Test in healthy older Australian adults. *The Clinical Neuropsychologist*, 19, 45–54.
- Ivnik, R. J., Malec, J. F., Smith, G. E., Tangalos, E. G. (1996). Neuropsychological tests' norms above age 55: COWAT, BNT, MAE Token, WRAT-R Reading, AMNART, STROOP, TMT, and JLO. *The Clinical Neuropsychologist*, 10, 262–278.
- Kennedy, K. J. (1981). Age effects on Trail Making Test performance. *Perceptual and Motor Skills*, 52, 671–675.
- Lamberty, G. J. P., Chatel, S. H., Bieliauskas, D. M., & Linas, A. (1994). Derived Trail Making Test indices: A preliminary report. *Neuropsychiatry, Neuropsychology, & Behavioral Neurology*, 7(3), 230–234.
- Larrabee, G. J., Millis, S. R., & Meyers, J. E.. (2007). Sensitivity to brain dysfunction of the Halstead-Reitan vs. an ability-focused neuropsychological battery. *The Clinical Neuropsychologist*, 21, 1–13.
- Lemiere, J., Decruyenaere, M., Evers-Kiebooms, G., Vandenbussche, E., Dom, R. (2004). Cognitive changes in patients with Huntington's disease (HD) and asymptomatic carriers of the HD mutation – a longitudinal follow-up study. *Journal of Neurology*, 251(8), 935–942.
- Lezak, M. D. (1983). *Neuropsychological assessment* (2nd ed.). New York: Oxford University Press.

- Lezak, M. D. (2004). *Neuropsychological assessment* (4th ed.). New York: Oxford University Press.
- Mahurin, R. K., Velligan, D. I., Hazleton, B., Davis, J. M., Eckert, S., Miller, A. L. (2006). Trail Making Test errors and executive function in schizophrenia and depression. *The Clinical Neuropsychologist*, 20, 271–288.
- Mitrushina, M. N., Boone, K. L., & D'Elia, L. (1999). *Handbook of normative data for neuropsychological assessment*. New York: Oxford University Press.
- Rabin, L. A., Barr, W. B., & Burton, L. A. (2005). Assessment practices of clinical neuropsychologists in the United States and Canada: A survey of INS, NAN, and APA Division 40 members. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 20, 33–65.
- Reitan, R. M. (1958). The validity of the Trail Making Test as an indicator of organic brain damage. *Perceptual and Motor Skills*, 8, 271–276.
- Reitan, R. M., & Wolfson, D. (1993). *The Halstead–Reitan Neuropsychological Test Battery: Theory and clinical interpretation* (2nd ed.). Tucson, AZ: Neuropsychology Press.
- Seo, E. H., Lee, D.Y., Kim, K. W., Lee, J. H., Jhoo, J. H., Youn, J. C., et al: (2006). A normative study of the Trail Making Test in Korean elders. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 21, 844-852.
- Spreen O., & Strauss, E. (1991). *A compendium of neuropsychological tests: Administration, norms, and commentary* (2nd ed.). New York: Oxford University Press.
- Strauss E., Sherman, E. M. S., & Spreen, O. (2006). *A compendium of neuropsychological tests: Administration, norms, and commentary* (3rd ed.). New York: Oxford University Press.
- Stuss, D., Stethem, L., Hugenholtz, H., & Richard, M. (1989). Traumatic brain injury: A comparison of three clinical tests, and analysis of recovery. *The Clinical Neuropsychologist*, 3, 145-156.
- Stuss, D., Bisschop, M., Alexander, M., Levine, B., & Katz, D. (2001). The Trail Making Test: A study in focal lesion patients. *Psychological Assessment*, 13(2): 230–239.
- Tombaugh, T. (2004). Trail Making Test A and B: Normative data stratified by age and education. *Archives of Clinical Neuropsychology*, 19(2), 203–214.

- Wolwer, W., & Gaebel, W. (2002). Impaired Trail-Making Test-B performance in patients with acute schizophrenia is related to inefficient sequencing of planning and acting. *Journal of Psychiatric Research, 36*(6), 407–416.
- Zalonis, I., Kararizou, E., Triantafyllou, N. I., Kapaki, E., Papageorgiou, S., Sgouropoulos, P., & Vassilopoulos, D. (2007). A normative study of the Trail Making Test A and B in Greek Adults. *The Clinical Neuropsychologist, 21*, 1–9.

Trail Making Test: normative data for ages 21 through 65

The Trail Making Test (TMT) is one of the most widely used neuropsychological instruments in clinical practice and cognitive research. We adapted the TMT to the Portuguese population and collected normative data. The sample consisted of 416 subjects without evidence or history of neurological or psychiatric disturbances, ranging in age from 21 through 65, with 4 or more years of education. The collected normative data are presented by age and education. Non-parametric tests revealed that age, education and gender significantly influenced the performance on the TMT.

Key-Words: Neuropsychological test; Normative data; Age; Education; Executive functions

Trail Making Test: Données normatives en personnes entre 21 et 65 ans

Le Trail Making Test (TTM) c'est l'un des tests neuropsychologiques plus utilisés dans le monde, dans la pratique clinique et dans la recherche. Après l'ajustement du test à la population Portugaise, données normatives ont été recueillies dans un échantillon de 416 sujets, entre les 21 et 65 ans, avec 4 années ou plus de scolarité, sans éléments de preuve ou histoire de perturbations psychiatriques ou neurologiques. Les données normatives sont présentées par âge et niveau de scolarité. Non-paramétrique tests ont révélé que l'âge, la scolarité et le genre ont une incidence significative sur la performance du TMT.

Mots-Clés: Test neuropsychologique; Données normatives; Âge; Scolarité; Fonctions exécutives

Tecnologia, aprendizagem e mudança organizacional

Ricardo Pocinho¹ & Eduardo J. R. Santos²

No mundo moderno, as Organizações procuram libertar-se dos padrões e das teorias de outrora e tentam preparar-se para enfrentar um cenário de clientes exigentes com mercados ágeis e de constante mudanças e incertezas. O tempo é o factor decisivo e isto tudo exige muito das Organizações.

As mudanças no campo da tecnologia para isso contribuem, estão a ocorrer a um ritmo avassalador capaz de alterar até a maneira de pensar, os valores tradicionais e velhos hábitos são repensados, às vezes abandonados em função desta mudança que a sociedade da informação impõe.

Os elementos da organização devem cada vez mais fazer parte do processo, aprender a partilhar o seu conhecimento, a registá-lo de forma que todos dele tenham conhecimento diminuindo assim o tempo necessário a prossecução de determinado fim.

A sociedade está sedenta de informação, hoje o mundo está a voltar os olhos para o conhecimento e a sua gestão.

As organizações devem ser capazes de aprender. E aprendendo irão desenvolver conhecimentos novos e como num circulo vicioso, estes conhecimentos farão com que surjam novos processos, novas aprendizagens, ou seja, haverá uma constante mudança e evolução, além de transformar processos antigos e ultrapassados em processos mais adaptados ao dia-a-dia da organização suportados pela tecnologia.

Palavras-Chave: Tecnologia; Partilha; Aprendizagem; Mudança organizacional

¹Instituto Psicologia Desenvolvimento Vocacional e Social – Universidade de Coimbra.
(pocinho@hotmail.com; eduardosantos@fpce.uc.pt)

² Faculdade de Psicologia e de Ciências de Educação – Universidade de Coimbra

1. Introdução

Com a habitual resistência à mudança, chegamos hoje a um ponto em que o desenvolvimento tecnológico assume proporções tais, que percebemos que a nossa adaptação é inevitável e necessária, e por isso somos levados a repensar o tema das organizações que aprendem, mas que aprendem com o impulso que a própria tecnologia permite, disponibiliza e alavanca; por essa razão, recordemos o conceito base de “Learning Organizations”.

O conceito Learning Organization, muitas vezes traduzido como "Organizações que Aprendem", foi pela primeira vez utilizado por Chris Argyris na década de 1970. No início dos anos 90, o conceito é popularizado por Peter Senge, com o seu best-seller *A Quinta Disciplina* (1990); este define, muito simplesmente, uma learning organization como aquela que obtém os resultados que realmente pretende (“create the results it truly desires”). Valoriza o trabalho em equipa e sublinha que as pessoas são o factor mais relevante para a mudança.

Outra contribuição relevante nesta área é a de David A. Garvin. No texto *Building a Learning Organization* descreve a organização que aprende como "uma organização capacitada para criar, adquirir e transferir conhecimentos e modificar seu comportamento de modo a reflectir novos conhecimentos e "insights" (1993, p.78). E acrescenta ainda que “A organização que aprende é a que dispõe da habilidade para criar e transferir conhecimentos e é capaz de modificar o seu comportamento, de modo a reflectir os novos conhecimentos e ideias” (idem). Estas organizações caracterizam-se pelo facto dos seus colaboradores estarem em permanente aumento da sua capacidade de criar resultados, os resultados que desejam alcançar. Os elementos da organização são estimulados para aumentar a sua criatividade, para conseguir os objectivos pretendidos, e por outro lado, tendo como suporte às suas actividades as evoluções tecnológicas e servindo-se delas, para o desenvolvimento das suas tarefas como elemento facilitador e com o objectivo de eliminar algumas das fases dos processos produtivos. Assiste-se à existência de um pensamento sistémico que se alarga a todos os elementos da organização, ligando as partes ao todo, com o contributo das novas tecnologias e da consequente ligação em rede. Cada um transmite o que aprende ao grupo, aprendendo também com este. Todos os níveis da organização contribuem para os bons resultados da organização, quando motivados e empenhados para aprender, sabendo que são relevantes na tomada de decisões, a internet e as redes de comunicação que assumem aqui um papel

preponderante, pois permitem num menor espaço de tempo comunicar e trocar conhecimentos com um maior número de pessoas.

A aprendizagem suportada pela tecnologia, é o caminho para o progresso das organizações, mas sem dúvida que isto exige que se esqueçam conceitos antigos, que passam a ser de pouca utilidade. As equipas são uma das bases do desenvolvimento das organizações, e assim estas têm que ser constituídas por pessoas que interajam, que partilhem sentimentos, ideias e conhecimentos; também aqui a tecnologia desempenha um papel fulcral, pois permite uma maior partilha de informações a um maior leque de pessoas. Tem que haver liberdade de expressão, confiança entre os elementos da equipa, e deste modo as organizações progredem através de elementos que aprendem juntos e de forma contínua. A noção de um todo da organização nas várias vertentes é partilhada por todos da mesma forma, o que implica assim um conceito de compromisso mais abrangente e complexo do que os compromissos que são estabelecidos individualmente. O factor essencial deste sistema, e que é o propulsor, é a forma de aprendizagem, onde a tecnologia também aqui funciona como meio apaziguador de distâncias criando o conceito de comunidades de aprendizagem, que se pode definir como um contínuo aprender a aprender, baseado num aperfeiçoamento das capacidades de toda uma equipa, numa interacção entre os elementos de modo a que estes criem os resultados pretendidos. O crescimento das organizações, em qualidade, avalia-se pela capacidade que demonstram ao aprender com as próprias experiências, possibilitando assim um desenvolvimento progressivo e permanente, partilhando deste modo a forma como os procedimentos foram elaborados, eliminando as tarefas repetitivas e promovendo as boas práticas, sendo que para além disso o tempo que deixa de ser gasto nestas tarefas passa agora a poder ser aproveitado em tarefas onde a criatividade e a imaginação são valorizadas.

As organizações de maior envergadura já perceberam que tornar vivo o interesse, a vontade de aprender e a capacidade de tomar decisões de todos seus colaboradores, bem como estimulá-los para o uso da tecnologia, trará sempre mais valias. A aquisição de novos conceitos exige que façamos uma actualização, que estejamos atentos ao desenvolvimento da sociedade e abertos às novas formas de actuar, tentando que haja aproximação ao desenvolvimento tecnológico e a tudo o que este disponibiliza. Para a evolução individual ser possível há que mudar as certezas de hoje. Uma das bases principais para o desenvolvimento de organizações que aprendem é a constituição de equipas, e da partilha de conhecimentos

entre os elementos que dessas fazem parte. Grupos de indivíduos que partilham ideias e resolvem conflitos preocupam-se e confiam uns nos outros. Entre estes estabelece-se um bom ambiente, com sentimentos de amizade e liberdade de expressão, sendo que as tecnologias aqui desempenham o papel principal pois aproximam pessoas sem que elas tenham que estar próximas. O mundo em que vivemos traduz cada vez mais a essência do conceito "comunidades colaborativas de base tecnológica".

Collins e Porras (1995, 312) dizem-nos que “ [...] é através do poder da organização humana – indivíduos trabalhando juntos por uma causa comum – que grande parte das melhores coisas do mundo são feitas”. Afirmações como esta fazem-nos regressar à polémica sobre as modificações na sociedade enquanto meio de inserção de organizações. E é neste mesmo contexto que surgem os trabalhadores e as relações de trabalho. No modelo tradicional das organizações é acentuado o controlo sobre as pessoas, que apenas constituem peças substituíveis, que asseguram o funcionamento do "engenho". O modelo actual é integrador, os resultados são obtidos com a colaboração entre todos e de todos com a tecnologia. Nessa atitude renovada, a concepção é holística, isto é, sintetiza unidades em totalidade, as partes num todo. Ao ter uma visão global, o indivíduo tem outra disponibilidade para identificar os erros, assumi-los e utilizá-los como alavanca para o seu próprio crescimento, aproveitando a tecnologia que revela esses erros aos outros evitando a sua repetição.

O ser humano, no seu trabalho, tem que estar consciente das suas responsabilidades, participar activamente na obtenção de resultados, sendo conhecedor das suas capacidades. Só assim poderá procurar outros conhecimentos e sair do um estado de ignorância passiva. E sairá em busca de conhecimentos necessários, precisos, especialmente relevantes no seu trabalho e para a organização. Não irá tentar obter quaisquer competências, soltas, mas aquelas que se vão identificar com os resultados a obter, com o desenvolvimento que pretende (no mesmo sentido vide Morin, (2002)). É comum entender-se que a contextualização do conhecimento, saber enquadrá-lo e englobá-lo, contribui muito mais para a sua progressão do que a generalização e a abstracção. Todavia, o conhecimento é complexo e variado, em constante mudança. É necessário analisar, actualizar, pesquisar e aperfeiçoar este conhecimento, de modo a tentar acompanhar sempre o mundo em evolução e consequentemente as tecnologias que permitem eliminar processos da cadeia de produção. De

acordo com esta ideologia, a aprendizagem nas organizações surge com a função de dar liberdade para pensar e raciocinar, sentir e imaginar. Função esta essencial para o indivíduo e para a sociedade da informação. Propõe-se uma actividade em que ele possa criar, à sua maneira, construindo em equipa mas sem perder a sua individualidade.

2. As organizações que aprendem o desenvolvimento tecnológico e a sua inserção no desenvolvimento regional: revisão e apresentação de conceitos

No início do século XX, já Saint-Simon tentava avaliar as várias formas de produção e as suas repercussões no desenvolvimento social. Diversos estudos avaliam os elementos potenciadores do desenvolvimento regional, e as suas consequências na sociedade. E estes estudos são feitos de forma multidisciplinar. O desenvolvimento regional é entendido na sua natureza interdisciplinar como “um processo localizado, de mudança social sustentável, que tem como propósito último o progresso permanente de uma comunidade, e de seus respectivos membros, que vivem num determinado espaço regional” segundo Boiser, citado por Mattedi e Theis (2002, 89).

Esta interdisciplinaridade aponta no sentido da existência de várias relações cooperantes entre os agentes de desenvolvimento regional. Entre estes estão diversas entidades e indivíduos, desde elementos económicos, políticos e sociais. A acção destes agentes num determinado espaço cria uma cultura e uma sociedade características. E é o comportamento destes agentes que permitirá o desenvolvimento, ultrapassando obstáculos e tomando consciência da necessidade de colaboração entre todos. São as relações entre estes agentes que vão constituir socialmente a comunidade. Putnam (1997) refere-se a estes como o capital social, e dá-lhes tanta importância como ao capital financeiro e tecnológico na obtenção de benefícios para todos.

3. A aprendizagem numa sociedade suportada pela tecnologia, enquanto alavanca do desenvolvimento

A partilha de objectivos e a colaboração entre as várias entidades envolvidas no desenvolvimento depende, entre outros factores, da aprendizagem e da competência para a actualização constantes face às modificações permanentes que ocorrem no mundo. Quaisquer dogmas e conceitos mentais instalados vão impedir transformações maiores, amparando a

subsistência dos processos tradicionais políticos e económicos. O conhecimento passou a ter uma importância preponderante nos debates económicos. Refere Demo (2000) que o conhecimento passa a ser um elemento chave no desenvolvimento de uma região, envolvendo sociedade, política, ambiente, economia e organizações. Outros autores, como Carraca (1993), acrescentam, dizendo que a riqueza de um país depende principalmente do potencial de conhecimento a que as organizações têm acesso, e da forma como organizam e transformam este conhecimento em potencial competitivo, sabendo aproveitar em cada momento o melhor que a evolução tecnológica consegue oferecer. Há regiões e organizações que têm consciência da importância da tecnologia e da aprendizagem, beneficiando da cooperação entre os seus elementos e de visões partilhadas. Putnam (1997) menciona que quanto maior for a colaboração numa comunidade, e a partilha de informação, maior é a possibilidade de se constituírem normas de reciprocidade assentes em comunicação clara, incentivadora da colectividade. Também Toledo (2002, 2) acentua a importância daquela participação e refere que é “a união de duas ou mais partes, com o objectivo de otimizar a realização de um projecto, com tendência ao atendimento e manutenção de um destino comum. Estamos falando de um destino e não, apenas, de um objectivo económico de cunho imediatista”. Assim, constitui-se um modelo de aprendizagem partilhada, definido inicialmente por Putnam (1997) como “regiões inteligentes” que, ainda que mantenham a sua identidade, enquadram-se na região e adaptam-se a esta. Esta partilha, obviamente, é hoje potenciada pela técnica e tecnologia, permitindo que com um menor esforço se atinjam mais destinatários de um conhecimento comum. Autores como Ernst e Lundwall (1997) apoiam-se em dados da OCDE para fundamentar que a aptidão para aprender é determinante no alcance do êxito económico. E não restringem esta ideia às organizações, mas também a regiões e países. Houve economistas que deram o nome a esta ideologia de learning economy, baseada num processo de interacção na aprendizagem económica com uma forte vertente social.

Outros autores vêem algumas dificuldades nestas teorias e nas reais potencialidades da aprendizagem para proporcionar desenvolvimento, como por exemplo, Demo (2000). Sem qualquer dúvida que aquelas potencialidades só poderão efectivar-se se a formação for de qualidade e a informação estimular o espírito crítico e a criatividade. Campolina e Lemos (2000) referem-se aos conceitos learning economy e learning regions enquanto conceitos sustentados na ideia de que a informação e a aprendizagem são o meio mais adequado para

alcançar a inovação e a competitividade entre entidades organizacionais e regiões. Caiden e Caravantes (1988, 30), consideram que “o desenvolvimento deveria concentrar-se não em instituições ou tecnologia, mas nas pessoas, na melhoria da sorte do homem comum, em proporcionar melhores condições para a vida das massas”. Estas ‘massas’ são precisamente o cerne, aquilo que constitui as organizações, as sociedades e os países. Também Delors (1999, 101) descreve que “o desenvolvimento tem por objecto a realização completa do homem, em toda a sua riqueza e na complexidade das suas expressões e de seus compromissos: indivíduo, membro de uma família e de uma colectividade, cidadão e produtor, inventor de técnicas e criador de sonhos”. O processo de mudança assenta na pessoa, só ela pode proporcionar a permanente inovação. Vários outros, apontam para além destes conceitos, enquanto chaves da construção das organizações que aprendem, a introdução dos meios tecnológicos, como intervenientes em todo o processo e auxiliando todos os elementos que o constituem.

4. Organizações que aprendem no seio da tecnologia: o cerne do desenvolvimento

Tanto como as pessoas, também as organizações são capazes de aprender. No decurso dos anos 90 e, mais concretamente no final daquela década, esta concepção chamou a atenção dos estudiosos do sucesso organizacional, dos que procuram novas teorias e novas formas de aprendizagem para as organizações. É precisamente a aprendizagem nas organizações que abre novos caminhos, mostra novas soluções ligadas a novas soluções que a sociedade tecnológica impõe. A iniciativa individual e a imaginação são valorizadas de modo a contribuir para o desenvolvimento das organizações.

As organizações que aprendem são as que desenvolvem a sua capacidade de mudar e de se adaptar continuamente às inovações da era do conhecimento tecnológico - é a noção que apresenta Robbins (2002, 545). Explicam, ainda, que estas organizações põem de parte ideias obsoletas, métodos tradicionais e iniciam uma partilha de ideias, um plano comum com vista a alcançar o objectivo pretendido. Por seu lado, Senge (1990) refere que a aprendizagem nas organizações conduz ao seu desenvolvimento que por sua vez conduz ao desenvolvimento da sociedade.

5. O contexto da teoria de aprendizagem organizacional

Neste contexto concebe-se a aprendizagem organizacional como um processo complexo de causa-efeito, sempre apoiado na partilha de ideias. A tecnologia é assim um elemento propulsor, pois permite que a transferência de conhecimento e a partilha de saber se façam em tempo útil.

Fiol e Lyles (1985) relacionam a aprendizagem organizacional com o aperfeiçoamento da actuação através da evolução do conhecimento. Já na década de 90, Huber (1991) refere que uma organização aprende quando ao obter mais conhecimento, modifica a sua actuação. A interacção entre elementos da organização é a base do conceito de aprendizagem organizacional de Weick e Roberts (1993).

Deste evoluir de conceitos surge a noção learning organization, já aqui traduzida como organizações que aprendem. Vai-se impondo, vai sendo estudado. Robbins (2002, 545) redige esta pequena nota sobre as organizações que aprendem - "O conceito tornou-se o principal foco de interesse dos administradores e dos cientistas da organização que procuram novas formas de responder com sucesso a um mundo de mudanças e interdependência".

De uma forma geral, todas as organizações aprendem, mas há várias formas de o fazer, e umas melhores que outras.

6. O modelo das organizações que aprendem

A noção “organizações que aprendem”, para ser compreendida na sua totalidade exige que esqueçamos as orientações que durante muito tempo nortearam as organizações. Estas baseavam-se nos resultados, nomeadamente nos lucros, não se atribuindo muita importância a todo o processo envolvente.

A implementação de novas orientações, de um novo modelo, não é um processo fácil. E só será possível se houver soluções alternativas e indivíduos com capacidade para as pôr em prática: mudando mentalidades, modelos de produção e o equipamento que serve de apoio a tudo isto; é um trabalho difícil, tem que se saber agir com arte nesta tarefa da “Gestão da Mudança”.

Nas últimas décadas, a competição entre organizações é cada vez mais vincada, podendo mesmo afirmar-se que a actualidade e o actual momento económico para isso contribui. As mudanças ocorrem rapidamente e exigem às organizações grande rapidez de adaptação. A

capacidade de reacção terá que se evidenciar. A vantagem competitiva é referida por Senge (1990), Nonaka (1999) e outros autores, como a capacidade de aprender mais depressa e de forma mais eficiente que os concorrentes. Ou seja, é o processo de desenvolvimento da aprendizagem que vai determinar as diferenças competitivas das organizações.

É dentro da organização que temos que procurar as suas potencialidades, ao nível da inovação, o conhecimento está dentro da organização. E é no grupo, na equipa e na sua capacidade de agir de acordo com esse conhecimento, que podemos avaliar o nível de empenho.

Sobre este tema Drucker (2000, 51) atenta: "...temos que aprender onde nos situar e quais são as nossas aptidões para extrair o máximo benefício disso. Devemos saber onde estão nossos defeitos, quais as aptidões que não temos, onde estamos, quais são os nossos valores [...]". Tem de haver um conhecimento da própria organização, uma autoavaliação para descobrir os seus pontos fracos e as suas capacidades positivas. Só assim poderá caminhar-se para o avanço económico, rumo ao desenvolvimento, mobilizando as suas características competitivas na adaptação às mudanças.

As mudanças a que as organizações estão sujeitas afectam a pessoa individual e a sociedade. As organizações têm necessidade de desenvolver as suas capacidades para obter, analisar e ceder adequadamente as informações que lhes chegam frequentemente. E é aqui que falamos em aprendizagem organizacional, Senge (1990) define-a como a habilidade que uma organização desenvolve para aumentar a sua capacidade através da partilha de experiências no grupo de trabalho.

A organização que aprende é uma ideia com origem na procura de "estratagemas" que fomentem o crescimento individual e em grupo, dentro de uma organização em permanente mudança, atenta às evoluções tecnológicas. A aprendizagem tem uma ligação de grande proximidade com a aptidão e a capacidade para evoluir continuamente. Sem transformação não há conhecimento, refere Bion (1970), tanto para o indivíduo, como para a organização. Argyris (1992), através dos seus estudos, comprovou a existência de dois modos pelos quais pode ocorrer a aprendizagem nas organizações. O primeiro baseia-se na identificação da falha e na conseqüente correcção da actuação. Não há nenhuma alteração ao nível da administração da organização. Quem chega de novo vai adoptar as regras e princípios de forma repetida. A aprendizagem, concebida assim, é segura para actividades pouco duradouras e possibilita que

a organização se mantenha quando não há alterações significativas. Mas, em alturas de mudança, não trará quaisquer benefícios à organização.

No segundo modo de aprendizagem são corrigidas as actividades que dão origem aos erros e simultaneamente são postas em causa as normas, princípios e políticas, para que haja uma correspondente alteração na gestão da organização.

O primeiro modo foi sendo utilizado nos modelos tradicionais de sociedade organizacional, os custos da baixa eficiência destas organizações são transferidos para o consumidor. As relações com os funcionários são tensas e conflituosas, uma vez que o processo produtivo não decorre com naturalidade e não se altera adequadamente. Assim, torna-se necessário encontrar em quem depositar a culpa. A organização vai mantendo os resultados, sem se aperceber que não evolui, que resiste à transformação e às suas exigências.

7. O desafio num ambiente de mudanças constantes

A mudança é permanente, a sociedade está em constante mudança. Para que uma organização seja eficaz, e obtenha bons resultados, é tão importante que evolua e tenha produtividade na fase da produção, como é importante que absorva as inovações e novas informações de forma proveitosa. As novidades e o conhecimento andam juntos. Há que saber utilizar os conhecimentos de modo a integrá-los no processo produtivo, para que façam parte da organização e que interfiram em todo o processo. O aperfeiçoamento da organização depende do modo em que são assimiladas as permanentes mudanças; o alheamento à tecnologia conduz ao fracasso.

E, uma vez que neste processo de aprendizagem organizacional, os indivíduos são elementos chave, há que equacionar os efeitos do processo de transformação na óptica do indivíduo. Ele tem que assumir essas mudanças e saber como mudar; desde logo, tendo conhecimento da necessidade dessa mudança e sentindo-se motivado para que ela ocorra, todos têm de estar vocacionados para entender as mudanças tecnológicas.

Relativamente às organizações, a vivência da mudança é vista na óptica da gestão. O processo tradicional era distante, quantitativo e objectivo. Actualmente, a subjectividade, a importância do indivíduo e da sua influência em todo o processo organizacional é realçada. Peter Senge (2000, 68) dá-nos algumas ideias sobre este tema referindo que as grandes mudanças vão influenciar a organização tanto interna como externamente.

Enquanto que a mudança externa se refere às alterações nos processos, nas estruturas, as mudanças no interior vão “mexer” com as pessoas. A maneira como elas agem e pensam é o que mais profundo há numa organização. Para que tudo o resto mude, tem que existir uma mudança a este nível. Estas mudanças vão interferir com o sentido, com as questões e com as ideias debatidas.

Consequentemente, são adquiridos novos conhecimentos e desenvolvidas novas capacidades. Este processo obriga a que os intervenientes tenham consciência das exigências de uma mudança, e que entendam porque é que ela ocorre. A mudança tem que ser justificada e necessária. E é preciso que os indivíduos pensem sobre o sentido dessa mudança, para que não obedeçam automaticamente. Ao pensarem, ao entenderem a mudança, irão utilizá-la da melhor forma, produzindo melhor com os novos conhecimentos.

8. A necessidade de uma nova acção gerada pela tecnologia, cria uma nova organização

As pessoas que incorporam a organização que aprende são determinantes para a sua evolução. Muitos autores usam o conceito “alavancagem” para definir este empenho dos elementos da organização. Há o entendimento que, só através da parte interior – estruturas e sistemas -, a organização tem a faculdade de entender correctamente a parte exterior e as condições externas, como a economia e a envolvência competitiva das outras organizações. Wardman (1996, p.17) chama a esta ideia o comprometimento, ou compromisso, sistémico.

Este pensamento sistémico refere-se essencialmente à aptidão que as organizações têm de escolher e alterar o seu futuro. Assim, a Organização que Aprende deverá estar comprometida com as partes que a constituem de um modo sistémico. O pensamento sistémico deve ser utilizado na organização (que aprende) para que as pessoas que a constituem se sintam livres para criar outras formas de trabalhar e de pensar. Kim (1996, p.59) acrescenta que - "o pensamento sistémico busca modificar as organizações apoiadas na resolução de problemas em Organizações que Aprendem", e fã-lo acentuando a importância de compreender um problema, e não apenas solucioná-lo.

As organizações que aprendem e que acompanham a evolução tecnológica gerem os seus processos de aprendizagem tendo consciência deles e procurando que todos os seus membros debatam e questionem. Isto é, a organização que aprende “inflama” de forma clara e activa a

aprendizagem operacional assegurando que os âmbitos fundamentais dentro da organização não sejam esquecidos. Este processo de impulsionar o conhecimento baseado na inovação atribui relevância às pequenas acções, e estas, ao actuarem no local correcto produzem alterações determinantes, fazem progredir a organização de forma significativa e contínua. Senge (1990, p.94) refere que “o pensamento sistémico é mais desafiador e, ao mesmo tempo, mais promissor do que os mecanismos usuais de lidar com os problemas”. Este autor sugere uma mudança de pensamento, um estímulo de acordo com o qual a noção de aprendizagem ganha um significado mais complexo, envolvendo uma transformação no que pensamos. Quando falamos em organizações que aprendem não obtemos grandes reacções.

Actualmente, a aprendizagem é considerada como uma obtenção de conhecimento “para dentro”; isto não é bem aprendizagem.

Senge (1990, p.47) escreve ainda que a verdadeira aprendizagem alcança o coração do que significa ser humano. Com a aprendizagem renascemos. Tornamo-nos capazes de fazer o que nunca fomos capazes de fazer. Com a aprendizagem percebemos novamente o mundo e o nosso relacionamento com ele. Através da aprendizagem aumentamos a nossa capacidade de criar, de fazer parte do processo que gera vida.

Existe em nós uma “sede” para este tipo de aprendizagem. Esta (re)construção exige que as organizações sejam capazes de criar de forma contínua a sua visão de futuro, que planeiem e implementem novas orientações para alcançar os resultados desejados. Deve a organização ser vista como um todo, único, onde cada parte é dependente e interage com as outras. A “alavancagem” na forma de actuar e de pensar obriga, assim, a uma aprendizagem constante.

Os processos são edificados com base no “princípio de alavancagem”, mas isto só será visível se entendermos a sua força e a forma como actua. Do mesmo modo, como as transformações têm que ser vistas como um processo, e não uma coisa que acontece de forma imediata, há que analisar as questões organizacionais complexas, e ver todo o sistema como o responsável pelo resultado.

As organizações do futuro serão aquelas que descobrirem a forma das pessoas se comprometerem e terem vontade de aprender, serão aquelas em que as pessoas de uma forma descomprometida, consigam alterar a sua forma de estar no ambiente de trabalho integrando a tecnologia na sua forma de trabalhar e de se relacionar com os outros e partilhando as

informações que cada um detém e que possam ser importantes para o todo que é a organização. E para que atinjam este objectivo as organizações têm que conhecer, entender e completar as ambições individuais, que muitas vezes estão para além dos bens materiais. Só assim serão distinguidas as organizações que aprendem das tradicionais, que não se adequam às mudanças, nem à modernidade. É com um processo de aprendizagem que possibilita que haja reflexão sobre a acção e sobre a aquisição de novas capacidades.

Senge (1990, p.99) afirma que o pensamento sistémico é uma disciplina para ver o todo. Referencia-nos para ver inter-relacionamentos, não momentos. Permite ver padrões de mudança e não “fotos instantâneas”. É um agregado de orientações que abrange matérias diversas que permitem perceber sistemas organizacionais.

9. A aprendizagem, a tecnologia e a mudança organizacional

Aprender acompanha-nos ao longo de toda a vida. A aprendizagem individual, a aprendizagem colectiva e o desenvolvimento organizacional são elementos de um todo, ligados entre si. E, embora tenham diferenças e características que os distinguem não podem ser analisados isoladamente, pois interagem uns com os outros. Estas relações entre os vários aspectos da aprendizagem foram sendo analisadas por vários autores: Telford e Sawrey, em 1968, referiram-se aos factores determinantes no processo de aprendizagem. A disposição, o interesse de quem aprende, a natureza e o significado do que está a ser aprendido, a predisposição para as novas tecnologias e o equilíbrio entre os tempos de descanso e de actividade e a motivação são agentes que influenciam todo o processar da aprendizagem. Caravantes e Pereira (1985, p.6) definem a aprendizagem como “o processo de aquisição da capacidade de usar o conhecimento, que ocorre como resultado da prática e da experiência crítica e que produz uma mudança relativamente permanente no comportamento”. Também Garvin (1993) afirma que “as organizações que aprendem deverão estar habilitadas a criar, alcançar e a passar informações”. Na sequência disso, deverão alterar os seus comportamentos de acordo com os novos conhecimentos e visões.

Dodgson (1993) refere que “...a aprendizagem organizacional é um caminho que as organizações poderão utilizar para pôr em ordem os seus procedimentos e métodos de modo a que estes façam parte da sua cultura”. A eficácia da organização será aperfeiçoada aproveitando as forças de trabalho da melhor forma. Ruas (1999, p.8) aponta a aprendizagem

individual e organizacional como um modo “associado à capacidade de transformação contínua, baseada no desenvolvimento individual e organizacional, mas sob a forma de um processo de aprendizagem colectiva, através da interacção entre as pessoas da organização”.

Desta forma a aprendizagem está intimamente ligada ao desenvolvimento de capacidades, tanto dos indivíduos como das organizações. Kim (1998) defende a existência de dois tipos de aprendizagem, são eles: a operacional, que reúne todas as fases de preparação e conclusão de uma tarefa concreta, é a aprendizagem ao nível dos procedimentos; e a conceptual, que se refere ao raciocinar e encontrar os motivos pelos quais se desenvolvem determinadas actividades, questionando o que é dado, o que está implementado, tanto ao nível dos procedimentos como das regras já existentes. Para além destes dois tipos, a autora acrescenta a existência de estruturas que lhes correspondem e que armazenam os conceitos, manifestadas na memória operacional, referente a aprendizagem operacional e na memória conceptual, referente a apreensão conceptual. No seu conjunto completam o modelo mental do ser humano.

A aprendizagem está intimamente relacionada com a competitividade das organizações. Ao tentarem permanecer competitivas, com produtividade, renovadoras e habilitadas para implementar novas tecnologias, a aprendizagem assoma como um meio colaborante e um elemento potenciador do desenvolvimento da organização e, como já falámos, do desenvolvimento regional.

Assim, a aptidão para aprender de uma organização é enaltecida porque está associada aos resultados objectivos do seu desempenho, conforme entende neste sentido Souza (2001).

Ao ser possível verificar e comprovar a sua eficácia no desempenho das organizações, os processos de aprendizagem ganham interesse. Não haverá aprendizagem organizacional, sem que ocorra a aprendizagem individual, mesmo que um não se identifique com o outro. A aprendizagem organizacional parece ser consequência da actividade de indivíduos que têm influência directa nas estruturas e nos resultados das organizações. Sendo que o contrário também corresponderá à verdade; de acordo com Senge (1990) que afirma que “todos os seres humanos aprendem em redes de contexto social”.

Importante é que consigamos perceber que só há desenvolvimento se houver conhecimento, e a forma como este é difundido tem repercussões na sua utilidade, sendo que

as tecnologias potenciam a sua disseminação e logo tornam mais útil a informação disponível.

Referências Bibliográficas

- Argyris, C. (1978). *Organizational learning reading*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Argyris, C., & Schon, D.A. (1978). *Organizational learning: a theory of action perspective*. Reading, MA: Addison-Wesley.
- Bion, W. R. (1970). *Experiências com grupos*. Rio de Janeiro: Imago.
- Caiden, G., & Caravantes, G. (1988). *Reconsiderando o conceito de desenvolvimento*. Caxias do Sul: EDUCS.
- Campolina, C. D., & Lemos, M. B. (2000). Vantagens comparativas da área metropolitana de Belo Horizonte no contexto nacional. *Revista da Economia do Nordeste*, Fortaleza.
- Caraça, J. (1993). *Do saber ao fazer: porquê organizar a ciência*. Lisboa: Gradiva.
- Caravantes, S, G., & Pereira, M.J.L. (1985). *Aprendizagem organizacional versus estratégia de mudanças organizacionais planejadas: um confronto crítico*. Porto Alegre: FAPERGS.
- Collins, J. C., & Porras, J. I. (1995). *Feitas para durar: práticas bem sucedidas de empresas visionárias*. Rio de Janeiro: Rocco.
- Demo, P. (2000). *Política social do conhecimento*. Petrópolis: Editora Vozes
- Dodgson, M. (1993). Organizational learning: a review of some literatures. *Organization Studies*, 357-394.
- Drucker, P. (2000). *Inovação e espírito empreendedor*. São Paulo: Pioneira.
- Ernst, D., & Lundwall, B. (1997). Information technology in the learning economy – challenges for developing countries. *Druid Working paper*: Denmark, v. 07, n.12.
- Fiol, C. M., & Lyles, M. A. (1985). Organizational learning. *Academy of Management Review*, 10(4), 803-813.
- Garvin, D. (1993) Building a learning organization. *Harvard Business Review*. July/aug.
- Huber, G. P. (1991). Organizational learning: the contributing processes and the literature. *Organization Science*, 2 (2), 88-115.
- Kim, D. H. (1996). Gestão sistêmica da qualidade: melhorando a qualidade do agir e do pensar. In K. Wardman (Ed.), *Criando organizações que aprendem*. São Paulo: Futura.

- Mattedi, M. A., & Theis, I. M. (2002). Cruzando fronteiras do conhecimento e interdisciplinaridade na pesquisa em desenvolvimento regional. *Revista REDES*, vol.7, n°2, Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 77-94.
- Morin, E. (2002). *A cabeça bem feita: repensar a forma, reformar o pensamento*. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil.
- Nonaka, I. (1999). A empresa criadora de conhecimento. In K. Starkey (Ed.), *Como as organizações aprendem*. São Paulo: Futura.
- Putnam, R. (1997). *Comunidade e democracia: a experiência da Itália Moderna*. Rio de Janeiro: FGV.
- Robbins, S. (2002). *Comportamento organizacional*. São Paulo: Prentice Hall.
- Ruas, R. (1999). Competências gerenciais e aprendizagem nas organizações: uma relação de futuro? In *Seminário internacional de competitividade baseada no conhecimento*, São Paulo, Agosto, p.33-45.
- Senge, P. (1990). *A quinta disciplina*. São Paulo: Ed. Nova Cultural.
- Souza, N. J. (1993). *Desenvolvimento econômico*. São Paulo: Atlas.
- Souza, Y. S. (1968). Aprendizagem organizacional: um estudo sobre feira e eventos como oportunidades para a cadeia coureiro-calçadista do Vale do Rio dos Sinos. In C. W. Telford & J. M. Sawrey (Eds.), *Psicologia – uma introdução aos princípios fundamentais do comportamento*. São Paulo: Cultrix.
- Toledo, F. (2002). *Parceria participativa eficaz*. Mimeo, UNISC.
- Wardman, K. T. (1996). Começando a jornada. In *Criando Organizações que Aprendem*. São Paulo: Futura.
- Weick, K. E., & Roberts, K. H. (1993). Collective mind in organizations: heedful interrelating offlight decks. *Administrative Science Quarterly*, 38/3, 357-581.

Technology, Learning and Organizational Change

In the modern world, Organizations are trying to be freed of the standards and of the past theories and to get ready to face a scenery of demanding clients with agile markets and constant changes and uncertainties. Time is the decisive factor and all this demands a lot from Organizations.

The changes in the technology field that contribute to this, are taking place on a conqueror rhythm able to alter up even the way of thinking, the traditional values and old habits are rethought, sometimes left in function of this change that the society of information imposes.

Even more the organization elements must have to make part of the process, learn to share his knowledge, to registering it in such a way that allows it to be able to all reducing so the necessary time to pursuit an end.

The society is thirsty for information, today the world is turning the eyes for the knowledge and his management.

The organizations must be able to learn. And learning they will be going to develop new knowledges and since in a vicious circle, these knowledges will do so that there appear new processes, new apprenticeships, in other words, there will be a constant change and evolution, besides transforming ancient processes and exceeded in processes more adapted to day by day of the organization supported by the technology.

Key-Words: Technology; Share; Apprenticeship; Organizacional change

Technologie, Apretissage et Changement Organisationnel

Dans le monde moderne, les organismes qui cherchent de se libérer des modèles et des théories d'hier et d'essayer de se préparer à faire face à un scénario de clients exigeants avec des marchés flexibles et constant changement et d'incertitude. Le temps est le facteur déterminant et tout cela exige beaucoup d'organismes.

Les changements dans le domaine des technologies de l'aider, se produisent à un taux plus capable de changer à la façon de penser, les valeurs traditionnelles et les vieilles habitudes sont repensées, parfois abandonnés à la lumière de ce changement que la société de l'information exige.

Les éléments de l'organisme devrait être, de plus en plus, partie du processus, apprendre à partager vos connaissances, de l'enregistrer de sorte que tous sont au courant de ce réduisant ainsi le temps nécessaire pour poursuivre un certain ordre.

La société a soif d'information, aujourd'hui, le monde est de retour à nos yeux à la connaissance et à sa gestion.

Les organismes devraient être capables d'apprendre. Et en apprentissage nouvelles connaissances seront développées et comme un cercle vicieux, cette connaissance va provoquer de nouveaux cas apparaissent, de nouveaux apprentissages, c'est-à-dire, il y aura un changement et d'évolution, et de transformer vieux, obsolète dans les processus les plus appropriés pour un quotidien de l'organisme soutenu par la technologie.

Mots-Clés: Technologie ; Partage ; Apprentissage; Changement organisationnel

Intervenções Assistidas por Animais no Contexto da Doença Mental

Débora Albasini Costa, Joaquim A. Ferreira¹ & Eduardo J. R. Santos²

A Terapia e as Actividades Assistidas por Animais são uma área que tem suscitado algum interesse por parte de diversos profissionais, nomeadamente no campo da saúde. Diversos programas são desenvolvidos com a intenção de melhorar a qualidade de vida dos sujeitos através dos animais que assumem o ‘papel’ de mediador de todo este processo. No presente artigo serão apresentados alguns estudos nos quais animais domésticos exercem uma influência positiva na saúde dos seus ‘donos’. Foi também alvo de análise, o estudo sobre o desenvolvimento destes programas no contexto da doença mental e os seus efeitos ao nível da saúde dos sujeitos.

Em suma, os animais aparecem como exercendo uma função promotora da componente física, psicológica e social que constituem a saúde do sujeito. Os programas de Terapia e Actividades Assistidas por Animais parecem ter um resultado positivo num processo de reabilitação de sujeitos que sofrem de doença mental. Contudo, esta continua a ser uma área que carece de investigação, em que a metodologia adoptada possibilite retirar conclusões válidas, que possam auxiliar na construção de um protocolo que oriente os programas de Terapia e Actividades Assistidas por Animais.

Palavras-Chave: Terapia Assistida por Animais; Actividades Assistidas por Animais; Benefícios Terapêuticos; Saúde; Doença Mental.

¹Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra - Centro de Psicopedagogia da Universidade de Coimbra.

²Instituto de Psicologia Cognitiva, Desenvolvimento Vocacional e Social (IPCDVS) da Universidade de Coimbra

Introdução

Actualmente diversos estudos têm-se dedicado à compreensão do papel dos animais na vida do ser humano. Procura-se perceber de que modo estes exercem um impacto positivo ao nível da saúde. Existem já algumas evidências que os animais de estimação podem trazer consequências positivas ao nível físico, social e psicológico. Por outras palavras, que o ter um animal pode influenciar positivamente a saúde e a qualidade de vida dos sujeitos. Foi a partir deste princípio que se desenvolveram os programas de Terapia e Actividades Assistidas por Animais³. Nestes, os benefícios de se ter um animal de estimação passam para um plano terapêutico, em que o animal assume o papel de mediador de todo este processo. Assim, a base destes programas revela-se ao nível da relação ‘homem-animal’ e consequentes benefícios daí decorrentes.

Diversos programas são desenvolvidos com a intenção de melhorar a qualidade de vida dos sujeitos, e desse modo torna-se essencial, então, promover uma reflexão sobre as particularidades no desenvolvimento e implementação de programas de Terapia e Actividades Assistidas por Animais.

É também intenção do presente artigo abordar a temática da doença mental, isto é, quais as características e vivências pessoais dos sujeitos que sofrem de doença mental, qual o impacto desta ao nível do funcionamento global dos sujeitos, e de que modo estes programas de Terapia e Actividades Assistidas por Animais podem representar uma mais valia no processo de reabilitação destes sujeitos. Ou seja, estes programas aparecem como uma abordagem complementar às terapêuticas mais tradicionais, como um meio para melhorar a saúde e o bem-estar destes sujeitos.

Deste modo, no presente artigo realizar-se-á uma resenha dos principais pressupostos teóricos sobre este tema, onde será apresentada uma definição, a pertinência e as características centrais deste tipo de intervenção. Também serão apresentados alguns estudos sobre a aplicabilidade destes programas no contexto da doença mental e potenciais benefícios daí decorrentes.

³ No presente trabalho as siglas TAA e AAA significam Terapia Assistida por Animais e Actividades Assistidas por Animais, respectivamente. Assim como IAA, refere-se às Intervenções Assistidas por Animais e as siglas T/AAA, correspondem ao termo Terapia e Actividades Assistidas por Animais.

Intervenções Assistidas por Animais: uma perspectiva histórica

Ao longo da história, os animais têm ocupado uma posição central na vida do ser humano. Acreditou-se no poder sobrenatural e espiritual dos animais que eram utilizados por vários povos de diferentes culturas, para práticas religiosas e rituais de feitiçaria. Ofender espíritos de animais foi muitas vezes acreditado como sendo fonte de doenças, lesões ou infortúnio, mas, ao mesmo tempo, a assistência dos animais como espíritos guardiões podiam ser chamados para mediar o processo da cura (Serpell, 2006). Embora estas ideias tenham sobrevivido em algumas culturas, na actualidade os animais são perspectivados de diferentes formas (Dotti, 2005; Serpell, 2006).

Importantes civilizações surgiram entre 4000 e 3000 a.c. nas margens dos grandes rios: Nilo (Egipto), Tigre e Eufrates (Mesopotâmia), Amarelo (China), Jordão (Palestina), Indo e Ganges (Índia e Paquistão). Tais civilizações dominavam técnicas como a agricultura e a domesticação dos animais, sendo que estes representavam a fonte de alimento e a força do trabalho para as comunidades primitivas (Mannion, 1999).

Assim, a domesticação dos animais remonta a alguns milénios antes de cristo. Juliano, Jayme, Fioravanti, Paulo e Athayde (2006), referem que, no norte de Israel foram encontrados esqueletos de cães enterrados ao lado de humanos, em locais arqueológicos com mais de 12000 anos. Os especialistas indicam que um enterro com estas características enfatiza o vínculo dessa pessoa com o seu animal de companhia (Gil & Guerre, 2007).

Actualmente, uma infinidade de espécies é adoptada como animal de estimação, estreitando assim, a convivência com os seres humanos e modificando o seu papel na relação ‘homem-animal’.

Na nossa herança cultural e social, é possível perceber que no passado por convivermos mais com os animais, tínhamos uma relação mais estreita com eles e a natureza. Esta história começou a deteriorar-se a partir do momento em que o ser humano evoluiu para as máquinas, havendo então, uma ‘substituição’ (Dotti, 2005).

Qual será então a função dos animais na vida moderna do ser humano? Serão apenas indicadores da beleza e diversidade da natureza, que estão apenas à disposição do homem? Ou será que estas características produzem outros efeitos, que não só de contemplação?

Na cultura ocidental, há relatos desde o séc. XVII sobre a importância dos animais na socialização e mudança do comportamento no Homem. Em 1699, John Locke (citado em

Serpell, 2006, p.12), escreveu: “*dar às crianças cães, pássaros, esquilos, ou algo semelhante*” para cuidar e tratar, funcionando como um recurso para encorajá-las a desenvolver sentimentos de responsabilidade para com os outros. Compaixão e preocupação pelo bem-estar animal tornou-se um dos temas didáticos favoritos na literatura infantil durante o séc. XVIII e XIX, onde o objectivo era incutir uma ética de bondade e de boas maneiras (Grier, 1999, citado em Serpell, 2006). No final do séc. XVIII, teorias que se debruçavam sobre a função socializante dos animais de estimação, também começaram a ser aplicadas no tratamento de pessoas que sofriam de doenças mentais. A primeira e bem documentada experiência nesta área teve lugar em Inglaterra no *York Retreat*, em 1792. Tratava-se de um centro de tratamento para pessoas que padeciam de doenças mentais (Dotti, 2005; Serpell, 2006; Pereira, Pereira & Ferreira, 2007; Zamir, 2006). Este centro empregou métodos de tratamento que eram excepcionalmente ‘iluminados’ quando comparados com outros métodos utilizados em outras instituições da altura. Os residentes eram encorajados a desenvolver trabalhos manuais, a escrever e a ler livros. Tinham permissão para passear livremente pelos corredores e jardins do centro, nos quais havia uma série de animais ‘domésticos’ como coelhos, gaivotas, falcões, patos, galinhas, entre outros (Serpell, 2006). Durante o séc. XIX, a introdução de animais em instituições que prestavam serviços de saúde em Inglaterra foi-se espalhando por todo o país. Exemplo disso foi a medida tomada pelos membros da Comissão de Caridade Britânica, em resposta ao relatório do hospital inglês *Betheem*, em 1830, em que foi sugerido que as instituições psiquiátricas deveriam ter animais domésticos, apontando os mesmos como um meio para criar uma atmosfera mais agradável e menos parecida com uma prisão (Dotti, 2005; Serpell, 2006).

Nas primeiras décadas do séc. XX, e apesar do aparente sucesso das ‘experiências’ com animais em instituições que prestavam serviços de saúde, isto é, esta primeira e preliminar experiência de Terapia Assistida por Animais, foi rapidamente substituída com os avanços na medicina científica, onde os animais foram amplamente eliminados do cenário dos hospitais psiquiátricos (Serpell, 2006). No entanto, o valor dos animais, como “ajudante” terapêutico, voltou a ocorrer em meados do séc. XX, nos escritos de um influente psicoterapeuta de crianças, Boris Levinson (Dotti, 2005; Serpell, 2006; Pereira, Pereira & Ferreira, 2007).

Conceitos

Antes de ser apresentada uma definição sobre o que é Terapia e Actividades Assistidas por Animais, é essencial salientar os obstáculos que este campo enfrenta, ao tentar alcançar um consenso partilhado pelos diversos profissionais que se interessam e se dedicam ao estudo, desenvolvimento e aplicação desta ‘ferramenta’ terapêutica.

O termo Intervenção Assistida por Animais tem sido definido como qualquer intervenção que inclui intencionalmente um animal como parte de um processo terapêutico ou de uma actividade (Kruger & Serpell, 2006). Desta forma, este conceito subdivide-se em dois grupos, um classificado como Terapia Assistida por Animais (TAA) e o outro como Actividades Assistidas por Animais (AAA). Beck e Katcher (1984), após uma revisão da literatura acerca do tema, defendem uma clara distinção entre o uso recreativo dos animais e a utilização destes no contexto da terapia, não se devendo concluir que qualquer evento que seja agradável para o paciente seja considerado um tipo de terapia. Apesar disso, o termo Terapia Assistida por Animais continua a ser aplicado a uma variedade de programas que não estão qualificados como terapia em qualquer sentido ‘clínico-científico’ da palavra.

No dicionário da Língua Portuguesa (2004), a palavra terapia aparece definida como um meio ou método usado para tratar determinada doença ou estado patológico. Assim como define recreativo como algo que diverte ou entretém. Apesar da clara distinção, existe uma certa tendência de certos programas se classificarem como TAA, quando de facto não o são.

O campo das Intervenções Assistidas por Animais, apesar da longevidade da sua prática em contextos terapêuticos e da atenção que este tipo de intervenção tem recebido, esta continua a ser uma área que ‘luta’ para se definir e ganhar credibilidade como uma ‘ferramenta’ terapêutica (Kruger & Serpell, 2006).

Muitas terminologias foram utilizadas na última metade do séc.XX para a realização de actividades com animais (Dotti, 2005). Dotti (2005), Kruger e Serpell (2006) ao reverem a literatura sobre esta temática verificaram a existência de mais de vinte definições diferentes para Terapia Assistida por Animais e doze termos para o mesmo fenómeno (Terapia com Animais, Terapia Mediada por Animais, Visitas com Animais, Zooterapia, etc.). Esta multiplicidade de termos e definições tem criado alguma confusão, quer ao nível da investigação quer da prática terapêutica assistida por animais.

Actualmente, recentes tentativas têm sido feitas para estandardizar a terminologia, mas ainda não existe, por enquanto, um consenso dentro da área em relação a um conjunto particular de definições, termos e práticas. Existe no entanto, um certo acordo de que terapia é diferente de outro tipo de actividades realizadas com animais, e esta diferença é feita pelo envolvimento de profissionais de saúde e/ou de ciências sociais e humanas devidamente credenciados, e pela necessidade de se formalizar um plano e objectivos de tratamento (Kruger & Serpell, 2006; Granger & Kogan, 2006). Deste modo, para poder tornar a Terapia e as Actividades Assistidas por Animais realidades científicas fiáveis e seguras, surgiu a necessidade de desenvolver um documento assente em parâmetros e regras estruturadas, de onde surgiu o manual de “*Standards of practice, da Delta Society*”⁴, editado em 1996 (Delta Society, n.d.).

Nesse sentido, a Delta Society (n.d.), publicou a seguinte e muito citada definição de Terapia Assistida por Animais e Actividades Assistidas por Animais:

“Terapia Assistida por Animais é uma intervenção terapêutica, orientada por objectivos pré-definidos, na qual um animal⁵ que possua determinadas características e preencha certos critérios é parte integrante do processo de tratamento”. A Terapia Assistida por Animais é dirigida por um profissional de saúde e/ou de ciências sociais, que com conhecimentos acerca da área, faz uso dos mesmos em função da sua prática profissional, isto é, o terapeuta/profissional que faz uso desta ‘ferramenta’, opera a partir do seu *background* profissional e facilita a mudança no seu paciente através da interacção deste com o animal.

⁴ Delta Society (n.d.), uma organização internacional sem fins lucrativos criada em 1977 e que é responsável pela certificação dos animais de terapia nos Estados Unidos. Tem também por objectivo promover e melhorar a saúde do ser humano e a sua qualidade de vida através da relação ‘homem-animal’.

⁵ Segundo a Delta Society, o animal de *terapia* é o mediador do processo terapêutico, nesse sentido, proporciona intervenções dirigidas por objectivos, e supervisionadas. Estas dirigem-se a indivíduos em hospitais, lares, sujeitos com necessidades educativas especiais, e outro tipo de instituições de reabilitação. Neste tipo de programas, a espécie mais frequente é o cão. Ou seja, não é um cão de *assistência*, que aparece definido pela organização Assistance Dogs International (n.d.) como, um animal que foi especificamente treinado para desempenhar determinadas tarefas, a algum sujeito com alguma incapacidade. Um exemplo é o cão-guia (para invisuais). Esta organização representa uma colisão de organizações sem fins lucrativos que treina cães de assistência, para parceiros de pessoas com alguma incapacidade.

Neste sentido pode ser usada por fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, psicólogos, professores, etc., no seu trabalho e/ou processo de tratamento.

Outra das características da TAA é a existência de um plano terapêutico⁶, onde estejam definidos objectivos específicos, a longo e a curto prazo, para cada indivíduo, as actividades a desenvolver, os materiais e contextos onde irá decorrer a intervenção, e em que o animal assumirá o papel de mediador de todo este processo. Cada sessão deve ser devidamente documentada e os seus progressos medidos e avaliados, tendo em consideração que a pessoa e a família devem ser informadas das características e procedimentos que envolvem a aplicação de programas de TAA. Devem ainda existir reavaliações periódicas, de forma a permitir reformulações do plano terapêutico, sempre que este se mostre desadequado às necessidades do indivíduo (Granger & Kogan, 2006).

Define também “Actividades Assistidas por Animais, como um meio para promover oportunidades educativas, recreativas e/ou benefícios terapêuticos, para melhorar a qualidade de vida do sujeito. Isto é, são visitas regulares, com carácter lúdico, realizadas normalmente em contexto institucional, com o fim de proporcionar momentos de bem-estar a indivíduos de qualquer idade, com ou sem patologia”. Estas podem ser realizadas por diferentes pessoas, e não apenas pelo técnico ou profissional de saúde e/ou de ciências sociais e humanas. Quando se fala em programas de AAA é importante salientar que nestes não são delineados objectivos nem realizados registos específicos para cada visita. Têm apenas como finalidade aumentar a sensação de bem-estar e reduzir a solidão, sendo implementados por uma dupla animal/voluntário⁷ junto de um indivíduo ou grupo de indivíduos. No entanto, apesar de não existir obrigatoriedade de um plano de intervenção e de registos periódicos, os voluntários devem também estar sujeitos a um treino e conhecimentos específicos da área e população-alvo. As actividades, não precisam de seguir um plano de tratamento, nem visar alcançar determinados objectivos numa sessão, apesar de estes poderem ser atingidos. Ou seja, estas actividades têm um grande potencial para se transformarem em Terapia Assistida por Animais, podendo mesmo haver resultados terapêuticos positivos. No entanto, a essência da visita é sempre espontânea.

⁶ O plano terapêutico deve ser individualizado, e incluir objectivos e metas. Delta Society (n.d.).

⁷ Segundo a Delta Society (n.d.): “Uma pessoa que promove Actividades Assistidas por Animais e que tem conhecimentos específicos acerca do animal e da população com que irão interagir”.

Existe um conjunto de diferenças passíveis de serem identificadas quando se pretende distinguir Actividade de Terapia. E, embora as AAA possam ter unicamente uma das características apresentadas a seguir, a TAA deve possuir as três, designadamente: 1) a TAA, é dirigida por um profissional de saúde e/ou de ciências sociais e humanas, como uma parte integrante da sua prática profissional. O animal que participa deve ser manuseado por um técnico⁸ ou voluntário sob direcção do profissional de saúde e/ou de ciências sociais, isto é, em função da sua especialidade; 2) a TAA é orientada por objectivos específicos, como por exemplo, melhoria na comunicação verbal, melhoria na função social, melhoria ao nível da motricidade fina, memória, entre outros. Por outras palavras, é necessário que o(s) objectivo(s) tenham sido identificados e definidos previamente, para que seja considerado TAA; 3) a TAA envolve avaliação e medição do progresso, isto é, cada sessão é devidamente documentada/registada, onde se avalia os progressos do sujeito e a sessão terapêutica na sua globalidade (Delta Society, n.d.).

Estas definições resultam de um esforço, que pretende clarificar e compreender a essência desta intervenção terapêutica que se baseia no vínculo 'homem-animal'. No entanto, tanto no contexto da prática como no da investigação, a confusão em torno do que é exactamente Terapia Assistida por Animais, Actividades Assistidas por Animais e Intervenções Assistidas por Animais, continua a ser uma realidade presente (Granger & Kogan, 2006), contribuindo para o 'baixo' estatuto da TAA/AAA, que resulta, em parte, da escassez de estudos rigorosos do ponto de vista metodológico que permitam avançar com elementos que atestem da eficácia das intervenções terapêuticas mediadas por animais.

Programas de Terapia e Actividades Assistidas por Animais

Mallon, Ross, Klee e Ross (2006) identificaram os princípios que devem guiar os programas de Terapia Assistida por Animais. Estes resultaram da longa experiência de

⁸ Técnico de terapia assistida por animais (do inglês *Handler*) é um dos membros da equipa de trabalho. Este possui uma formação específica, que envolve treino e avaliação. O técnico é responsável directo pela saúde e bem-estar do animal. É também o responsável pela ponte que se cria entre paciente-animal. Assim, deve ter alguns conhecimentos sobre as características da população com que irá trabalhar. O técnico trabalha directamente sobre orientação do profissional da instituição de saúde e/ou ciências sociais, para alcançar os objectivos e metas do processo de reabilitativo. (Delta Society, n.d., MacNamara & Butler, 2006; Granger & Kogan, 2006).

aplicação destes programas em *Green Chimneys*, uma residência temporária para crianças e adolescentes vítimas de negligência, onde há mais de 50 anos que utilizam o poder curativo das interações ‘homem-animal’ como uma componente terapêutica activa.

Segundo estes autores, os programas de TAA têm de seguir um protocolo, isto é, desenhados segundo as características individuais de cada paciente, assim como devem ser planeados em conjunto com a terapêutica já prescrita para o mesmo. Defendem ainda, que a participação dos pacientes em programas com estas características tem de ser livre e consentida.

Apesar da TAA começar a ser reconhecida como uma modalidade de tratamento como a Musicoterapia ou Arte Terapia, é importante ter em consideração que a principal diferença entre a TAA e as outras terapias de ajuda, é que neste tipo de intervenção a principal ‘ferramenta’ tem vida, respira e interage. Assim trata-se de um elemento fundamental, pois quando os animais são introduzidos num sistema de saúde, existe um conjunto de questões organizacionais que devem ser consideradas (Mallon et al., 2006).

Os programas de TAA podem ser direccionados a pessoas de diferentes faixas etárias, instituições prisionais, hospitais, casas de saúde, escolas e serviços de reabilitação (DiSalvo et al., 2006; Granger & Kogan, 2006; Hatch, 2007). É fundamental estes serem desenvolvidos e implementados por uma equipa multidisciplinar, capaz de escolher os métodos e actividades mais adequadas de serem aplicadas, respeitando sempre o bem-estar dos animais e dos pacientes, o que se irá reflectir no benefício real da qualidade de vida dos mesmos (Juliano et al., 2006).

Assim, para um correcto desenvolvimento e implementação de um programa de TAA ou AAA, será necessário um grupo de profissionais como, um veterinário, adestrador e um técnico e/ou voluntário, estes são os responsáveis pela saúde, comportamento e bem-estar do animal. Relativamente ao profissional da área de saúde e/ou de ciências sociais que irá orientar o programa, este varia consoante o processo e os objectivos reabilitativos, podendo ser um psicólogo, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, entre outras. Ou seja, o objectivo, é reunir numa só equipa um conjunto de profissionais que poderão dar ao grupo de trabalho, profissionalismo e credibilidade. Neste sentido, e depois de definido o grupo de trabalho, estes devem criar uma estrutura organizacional (por exemplo, Organização não Governamental, Cooperativa, Fundação, Associação, etc.), e registá-la, ou seja, oficializar a

organização, que cumpra os princípios, objectivos e procedimentos específicos de um programa de TAA ou AAA. É aconselhável, a criação de um estrutura que deve seguir algumas normas e padrões, desenvolvidas por um organismo responsável pela regulamentação e controlo destes programas. Na ausência do mesmo, no país onde se pretende implementar um programa do género, recomenda-se o recurso às regras e normas, por exemplo da Delta Society (Dotti, 2005). No entanto, a criação da mesma não tem carácter de obrigatoriedade, podendo estes programas apresentar muitas variações, relativamente aos profissionais que constituem a equipa. Contudo, a equipa que irá desenvolver e implementar um programa de TAA ou AAA, e o conseqüente sucesso do mesmo vai depender do nível de conhecimentos e experiência que a mesma possui na área (Granger & Kogan, 2006).

Ainda nesta sequência, aquando do desenvolvimento e implementação de uma programa de TAA, a equipa é geralmente constituída por um animal treinado (frequentemente, o cão), por um técnico de terapia assistida por animais e um profissional de saúde e/ou de ciências sociais. Esta equipa, funciona segundo objectivos e metas, e ao mesmo tempo é responsável pela avaliação do programa, para então, determinar a sua efectividade. Cada membro desta equipa, contribui de forma diferente consoante os seus conhecimentos. Assim, no caso de se tratar de um psicólogo, este trás consigo os conhecimentos e compreensão do(s) paciente(s) em questão, de igual modo, é ele que define os objectivos do plano terapêutico, o técnico trás consigo os conhecimentos e a experiência de trabalhar com o seu animal, e este trás as qualidades, desta relação entre 'homem-animal' (Granger & Kogan, 2006).

Antes de se poder desenvolver um programa e implementá-lo numa instituição que preste serviços de saúde, ou saúde mental, por exemplo, é necessário este ser aprovado pela direcção da organização. A primeira questão para a qual a instituição irá querer obter uma resposta será, como é que este projecto se relaciona com a missão, visão, valores, objectivos e necessidades da organização. De seguida, questões como, os custos envolvidos para a manutenção do programa e quem são os responsáveis pelo mesmo, são algumas das perguntas, para as quais será fundamental obter uma resposta (Mallon et al., 2006). Ou seja, é fundamental fornecer à administração, assim como aos funcionários da instituição onde se pretende desenvolver e implementar um programa T/AAA, formação e informação sobre esta 'ferramenta', e como é que esta se poderá incluir nos seus programas terapêuticos, como um

meio complementar às intervenções mais tradicionais, de forma a se proporcionar um tratamento mais holístico do(s) sujeito(s) em questão (Granger & Kogan, 2006; Gil, 2007).

Em relação aos pacientes a quem se destina a terapêutica, é fundamental avaliar as necessidades dos mesmos, isto é, o programa deve ser desenvolvido em função de objectivos, quer sejam físicos, psicológicos, sociais ou emocionais, entre outros (Dotti, 2005; DiSalvo et al., 2006). Nesta sequência, e apesar do que tem sido escrito acerca da relação ‘homem-animal’ ser universal (Mallon, 1992, cit. in Mallon et al., 2006), a realidade é que nem todas as pessoas gostam de animais. Alguns pacientes podem ser alérgicos a determinados animais, outros apresentarem fobias em relação a um animal particular, assim como podem não ter tido experiências positivas com animais (Dotti, 2005; DiSalvo et al., 2006; Mallon et al., 2006). Logo, é fundamental respeitar tanto as necessidades como os desejos de quem irá participar neste tipo de programas

Durante a aplicação de um programa de TAA ou AAA, o papel do animal é ‘receber’ a(s) pessoa(s), com quem o animal está a interagir. O processo de se sentir aceite, é o que dá à pessoa a percepção de que existe um vínculo entre ela e o animal. É primeiramente esta percepção que motiva as pessoas a participarem na terapia (DiSalvo et al., 2006).

Embora possam ser utilizados nestes programas, várias espécies de animais, nem todos os animais podem oferecer os mesmos efeitos às diferentes pessoas, e os programas oferecem muitas variações comparativamente à classe de pessoas para quem o trabalho será destinado (Dotti, 2005). Apesar da maior parte da literatura se referir aos animais domésticos de uma forma geral, o vínculo que se cria, e os benefícios terapêuticos daí decorrentes podem ser alcançados através de uma grande variedade de animais, incluindo gatos, coelhos, cavalos, répteis, aves, entre outros (Zamir, 2006). No entanto, o eleito tem sido o cão, devido às suas características peculiares, inteligência e percepção (Dotti, 2005; DiSalvo et al., 2006; Granger & Kogan, 2006; Wood, Corti & Bulsara, 2005; Hatch, 2007).

Para uma correcta selecção dos animais, o tamanho do espaço físico, a localização (meio rural ou urbano), são questões que irão determinar o tipo, tamanho e número de animais neste tipo de programas (Mallon et al., 2006). No entanto, o sucesso da terapia vai depender directamente do temperamento, grau de treino do animal, e do local onde o mesmo irá trabalhar como mediador do processo (Granger & Kogan, 2006). Assim, e depois de

seleccionado, o animal que poderá resultar melhor com determinada população, é importante lembrar sempre que cada animal possui características únicas.

Outra questão importante, coloca-se em torno dos riscos associados a esta prática, para a saúde da população-alvo (MacNamara & Butler, 2006), como é o caso das doenças transmissíveis por animais para as pessoas (zoonoses), perigo dos doentes serem mordidos ou arranhados, problemas sanitários relacionados com a higiene do animal, a escolha inadequada do tipo e carácter do animal às necessidades do paciente e a possível experiência negativa daí decorrente (DiSalvo et al., 2006; Granger & Kogan, 2006; Gil & Guerre, 2007). Em adição a estas questões, é também alvo de preocupação a saúde e o bem-estar dos animais que participam nestes programas (MacNamara & Butler, 2006; Hatch, 2007).

Granger e Kogan (2006), referem que o ‘uso’ de animais neste tipo de intervenções e consequente introdução dos mesmos em alguma estrutura/instituição deve ser precedida por uma cuidadosa e completa avaliação da saúde, comportamento e temperamento do animal, uma correcta avaliação das necessidades dos utentes, isto é, a escolha do animal deve ser compatível com as necessidades dos sujeitos, como também uma avaliação da estrutura e *setting* da instituição deve ser realizada. Ou seja, os cães de terapia, por exemplo, devem ter sido sujeitos a um treino e testes de obediência (para que siga os comandos do profissional), testes de temperamento (para verificar a forma como o mesmo reage a situações novas ou potencialmente ‘*stressantes*’) e a um controlo veterinário (que garante a saúde física do animal), para que se possa minimizar os riscos e potencializar os benefícios associados a esta prática (Ducan & Howie, 1998; DiSalvo et al., 2006; Granger & Kogan 2006; Hatch, 2007).

Segundo Gil e Guerre (2007), a efectividade da aplicação de qualquer intervenção é avaliada com o objectivo de se poder medir os benefícios reais de tal aplicação. Nesse sentido, torna-se fundamental ter em consideração um conjunto de possíveis riscos que poderiam colocar em perigo a aplicação de qualquer tipo de programas de Intervenções Assistidas por Animais. Assim, foram criados protocolos relativos à higiene dos animais, e de como estes são sujeitos a treinos e a seguir padrões de conduta estabelecidos por organizações que regulam este tipo de intervenção, como por exemplo, a Delta Society.

Ainda neste segmento, o animal envolvido num programa de T/AAA trabalha directamente sob orientação do técnico, sendo este o responsável pela saúde e bem-estar do animal. Este profissional deve estar atento aos sinais de *stress* e desconforto que o animal

possa apresentar, assim como ser capaz de interpretar correctamente o comportamento do mesmo (Ducan & Howie, 1998; Dotti, 2005; MacNamara & Butler, 2006; Hatch, 2007). O animal pode mostrar sinais de cansaço ou mesmo mudar o seu temperamento, sendo, por vezes, causado por maiores exigências de trabalho no âmbito do processo de mediação terapêutica. Por exemplo, pessoas que tenham falta de controlo nos seus movimentos (coordenação motora), podem 'irritar' ou magoar o animal. Assim, por mais que o animal seja tolerante, é imperativo estarmos sempre atentos a esses sinais (Dotti, 2005).

Mesmo nos melhores programas de T/AAA, existem sempre riscos inerentes ao ter animais em contextos institucionais. Nesse sentido, a equipa de trabalho deve redigir em conjunto com outros responsáveis da instituição, um plano de segurança tanto para os pacientes como para o(s) animal(s), isto é, devem-se guiar por protocolos de forma a minimizar os riscos (Ducan & Howie, 1998; DiSalvo et al., 2006; Mallon et al., 2006).

Encorajar intervenções bem desenhadas e cuidadosamente avaliadas é essencial para um correcto e responsável desenvolvimento, tanto actual como futuro, de programas de T/AAA. Os animais podem desempenhar um importante papel na vida de muitas pessoas. Contudo, as organizações que desejem colocar em prática este tipo de intervenções, devem desenvolver regras e princípios que guiem essa prática (Dotti, 2005; DiSalvo et al., 2006; MacNamara & Butler, 2006; Mallon et al., 2006; Gil & Guerre, 2007). Não obstante, os benefícios de se ter um animal envolvido num programa de T/AAA ser superior aos riscos, os animais podem desempenhar uma função benéfica em contextos hospitalares ou outros semelhantes, e os riscos minimizados quando existem critérios e regulamentações específicas para estas práticas (DiSalvo et al., 2006).

Os Animais como 'Ferramentas' Terapêuticas e o seu Impacto na Saúde do Ser Humano

Actualmente tem havido um crescente interesse, por parte de um grande número de disciplinas que se interessam pelo estudo da relação 'homem-animal' e qual o seu impacto na saúde do ser humano (Wood, Corti & Bulsara, 2005).

Quando se fala em saúde, a ideia de que se trata de um estado de ausência total de doença está ultrapassada. Prova disso é a definição apresentada pela Organização Mundial de Saúde, em 1985, que a definiu como sendo "um estado de completo bem-estar social, mental

e físico, e não meramente como a ausência de doença ou enfermidade” (Jardim & Pereira, 2006, p.28). Assim, e de acordo com o preconizado por esta organização, o conceito de saúde e bem-estar deverá ser considerado numa perspectiva holística e global, na qual intervêm factores pessoais e sociais (Jardim & Pereira, 2006). Nesse sentido, o conceito de qualidade de vida é central, e merece ser definido, assim este surge como a percepção subjectiva de satisfação ou felicidade com a vida em domínios que são importantes para si (Leidy, Revicki & Genesté, 1999, cit. in Ribeiro, 2006). Este conceito, implica a percepção subjectiva do bem-estar, sendo que as nossas atitudes são fundamentais. Desta forma, as nossas percepções acerca de componentes subjectivas do bem-estar poderão ser direccionadas para valências mais positivas (felicidade, contentamento, orgulho, alegria) em detrimento de valências negativas (depressão, tristeza, raiva, *stress*, vergonha, ansiedade), dependendo essencialmente de cada um, do seu *self*. Contudo, tal só é possível em interacção com outras dimensões significativas da nossa vida, tais como o amor, o trabalho e o lazer, entre outras.

Claro que poderão existir obstáculos que interferem no nosso bem-estar, como as perdas de saúde, de emprego e/ou de amor, isto é, situações várias indutoras de *stress*. No entanto, o aproveitar, as crises de vida, usando sempre o optimismo como um suporte para promover o nosso desenvolvimento pessoal, torna-se uma mais valia (Jardim & Pereira, 2006). Nesta sequência, promover o bem-estar e a qualidade de vida de quem a perde, deve ser uma preocupação constante, na medida em que o indivíduo com alguma incapacidade tem o direito de viver a vida no aproveitamento máximo das suas capacidades e potencialidades.

O suporte social tem sido definido como algo que engloba um conjunto positivo de acções, isto é, transações interpessoais que advêm dos relacionamentos sociais, e que têm sido descritas como algo que tem influência positiva tanto ao nível da saúde como do bem-estar do ser humano (McNicholas & Collis, 2006). House et al. (1988, cit. in McNicholas & Collis, 2006) distinguem uma componente estrutural e uma funcional nos relacionamentos sociais. Assim, a existência de uma rede social identificada (que pode ser formada por uma grande variedade de relacionamentos), cria no sujeito o sentimento de pertença a um grupo, o que funciona como um antídoto aos sentimentos de isolamento e solidão; os elementos que a compõem (amigos, família, entre outros) influenciam o sentido de identidade do sujeito, e o papel que o mesmo desempenha nesta, bem como as expectativas que os outros têm em relação ao mesmo. O conteúdo funcional destas relações pode ser caracterizado pela provisão

de ajuda, intimidade, suporte social, companheirismo, ou conflitos e exigências colocadas por determinadas relações. Os primeiros dois aspectos dizem respeito à estrutura das relações, enquanto que o terceiro corresponde ao nível funcional.

A saúde compreende a integração de aspectos psicológicos, físicos, sociais, ambientais e espirituais de um indivíduo num todo funcional (Sterling, 2003, citado em Friedmann & Tsai, 2006). Neste sentido, as Intervenções Assistidas por Animais, podem representar, uma de muitas formas em que os animais poderão assumir um papel efectivo, ao nível da promoção da mesma (Friedmann & Tsai, 2006).

Numa revisão da literatura acerca da relação entre ‘homem–animal’ e o impacto que este ‘vínculo’ tem na saúde do ser humano, é possível classificar estes efeitos em dois grandes grupos. Num primeiro nível os animais podem assumir um importante papel no contexto terapêutico (TAA), num segundo nível, os mesmos podem ser perspectivados como um factor que promove a saúde, de quem possui um animal de estimação. Consequentemente, os animais aparecem como exercendo uma função promotora da componente física, psicológica e social que constituem a saúde do sujeito. No entanto, é importante referir que estes indicadores de saúde não existem isolados uns dos outros, mas antes envolvem-se numa relação multidireccional, influenciado-se mutuamente (Wood, Corti & Bulsara, 2005; Friedmann & Tsai, 2006).

Embora a presença de animais em contextos terapêuticos seja comentada desde os finais do séc. XVIII, é apenas na década de 60 do século passado, que o animal passa a assumir um papel activo como auxiliar terapêutico. Foi com Boris Levinson, um psicoterapeuta de crianças, considerado o precursor da TAA, que se iniciou um processo de registo e documentação dos benefícios que o contacto com os animais, nomeadamente o cão, poderia trazer à prática da psicologia (Dotti, 2005; Pereira, Pereira & Ferreira, 2007; Gill & Guerre, 2007). Através dos estudos realizados e observações feitas ao longo do seu percurso profissional, Levinson verificou que em muitos casos a presença do seu cão como ‘co-terapeuta’, e o contacto entre animais, crianças e adultos portadores de diferentes quadros clínicos, representava uma interacção que desenvolvia nos sujeitos um sentimento de segurança, assim como facilitava a criação da aliança terapêutica (Levinson, 1997).

Para Fine (2006), a Terapia e as Actividades Assistidas por Animais são uma mais valia, na medida em que “os animais ocupam um importante papel na nossa sociedade, e

aparentemente são livres de efeitos adversos” (p. 171). Segundo Dotti (2005), no contexto da terapia, o animal assiste a mesma, e funciona como uma ponte entre o tratamento proposto e o paciente, e é nessa ponte que se dá o encontro entre os profissionais, voluntários/colaboradores e o sujeito. Deste modo, o animal representa um instrumento valioso entre o mundo isolado da pessoa e o meio social. O mesmo autor menciona ainda, que no contexto da terapia o trabalho feito regularmente estimula a recuperação do paciente e pode representar uma mais valia para os mais diversos serviços de saúde.

Edward O. Wilson introduziu o conceito de biofilia, e definiu-o como uma predisposição inata do ser humano se afiliar a outros organismos vivos. A hipótese da biofilia é invocada para explicar a necessidade que o ser humano tem de estar em contacto e interagir com a natureza (Kellert & Wilson, 1995). Sendo que os animais se constituem como um elemento da natureza, alguns autores têm referido que esta tendência de nos ligarmos a um animal, representa um legado das nossas actividades de caça e de prontidão, em que a atenção ao comportamento dos animais era fundamental à sobrevivência do Homem, pois o mesmo aprendeu a perceber o comportamento dos animais como uma sentinela que indicava a perigosidade ou segurança do meio ambiente. Assim, de acordo com esta ideia, a simples atenção dedicada a um animal é suficiente para explicar alguns dos benefícios das IAA, uma vez que situações que prendem a atenção do sujeito, desde que não sejam sentidas como ameaçadoras, tendem a exercer um efeito relaxante no mesmo (Kruger, Trachtenbrg & Serpell, 2004). Nesta sequência de ideias, combinar o potencial terapêutico dos animais, com a necessidade de exploração e contacto com o meio ambiente (organismo vivo) pode representar uma abordagem ‘forte’ para alguns pacientes.

Alguns estudos têm tentado compreender como é que a existência ou ausência de uma rede social, percebida como adequada ao indivíduo, pode influenciar a sua saúde (McNicholas & Collis, 2006). Segundo Cobb (1976, cit. in McNicholas & Collis, 2006), o suporte social, recebido das relações em que o indivíduo se envolve, pode funcionar como um factor de protecção, no surgimento de sentimentos de ansiedade e depressão associados por exemplo, a uma doença, e que o sentir-se querido, amado e membro dessa mesma rede, pode aumentar o sentimento de bem-estar e qualidade de vida no sujeito. Ou seja, o suporte que se recebe é central no desenvolvimento de estratégias de *coping*, para lidar com situações difíceis (McNicholas & Collis, 2006). A questão que se coloca é se este suporte advém só das

relações 'sujeito-sujeito', ou será que a relação que se estabelece com um animal de estimação poderá funcionar como um meio de suporte 'social'?

São muitos os autores, que nos últimos anos se têm dedicado ao estudo deste vínculo 'homem-animal' e a sua influência a um nível social e emocional nos indivíduos. Exemplo disso, é um estudo de Wood, Corti e Bulsara (2005), onde se pretendia avaliar como é que ter-se um animal de estimação poderá facilitar as interações sociais entre sujeitos que não se conhecem, ou entre vizinhos, e como é que este factor poderá criar no sujeito um sentimento de identidade e pertença para com a comunidade onde reside. Assim foram seleccionados 339 sujeitos, os quais foram entrevistados e responderam a um questionário por via telefónica. Dos sujeitos que constituíam a amostra, 59% dos mesmos possuía um animal doméstico.

Neste estudo, o grupo de indivíduos que era portador de um animal, mais especificamente um cão, foi identificado como tendo interagido mais com sujeitos desconhecidos devido aos passeios que realizavam com o seu cão, isto é, conheceram outras pessoas que partilhavam o mesmo parque, quando comparados com o grupo de sujeitos que não tinha qualquer animal, ou outra espécie de animais. Ao nível da reciprocidade, ou seja, troca de favores entre vizinhos, como por exemplo o passear, dar de comer, cuidar do animal na ausência do dono, os participantes do estudo que tinham um animal, referiram com mais frequência actos de reciprocidade, quando comparados com o grupo de sujeitos sem animais. Assim, relativamente aos donos de animais, o estudo conclui que os mesmos estão positivamente associados com alguma forma de contacto e interação social, como também apresentam uma maior percepção relativamente ao apoio e amizade da vizinhança, o que contribui para a sua rede de suporte social.

Num outro estudo de McNicholas e Collis (2000, cit. in McNicholas & Collis, 2006), chegou-se às mesmas conclusões do estudo precedente. Estes autores sugerem que os animais podem funcionar como um elemento indirecto na promoção de suporte social. Assim, concluíram que os sujeitos que têm um animal de estimação, nomeadamente o cão, se envolvem num número maior de relações sociais, funcionando o animal como um catalisador que facilita as interações entre as pessoas. Nessa medida, estas interações poderão, eventualmente, levar a relacionamentos mais profundos, e consequentemente fornecer um ou mais elementos de suporte social.

Por outro lado, o animal de estimação pode também funcionar como um elemento directo no que concerne ao suporte ‘social’, através da relação que muitas pessoas estabelecem com este. É disto exemplo, um estudo feito com mulheres que sofriam de cancro da mama, onde foi possível verificar que as mulheres que tinham um animal doméstico, consideravam que o mesmo preenchia em certa media uma função de suporte, como o conforto (através do tacto), o sentimento de se ser querido e de confiança, assim como assumiam o papel de confidente, com o qual os sujeitos podiam ‘falar’ sobre as suas emoções e sentimentos, quando não se sentiam preparados ou percepcionavam como difícil recorrer a outra pessoa (McNicholas & Collis, 2006).

Ao nível da saúde física, têm também surgido evidências de estudos em que os animais podem ajudar na diminuição dos indicadores fisiológicos do *stress*, indicadores estes que compreendem a pressão arterial e o batimento cardíaco. Assim, num estudo verificou-se que a presença de um cão durante o procedimento de um exame físico, foi efectivo na redução da pressão arterial e do batimento cardíaco das crianças que faziam parte do grupo experimental (com cão) quando comparado com as crianças do grupo de controlo (Nagengast et al., 1997, cit. in Friedmann & Tsai, 2006).

Num outro estudo, verificou-se que uma simples interacção, como ‘conversar’ com o seu animal, reduzia a pressão arterial e o batimento cardíaco nos seus donos (Friedmann, Katcher, Thomas, Lynch & Messent, 1983, cit. in Friedmann & Tsai, 2006). A presença de um animal de estimação, especialmente um cão, pode funcionar como um factor protector da saúde de quem sofre de doenças cardíacas, pois vários estudos têm indicado que quem tem um cão é mais provável que pratique exercício físico através das caminhadas que fazem com o mesmo, quando comparados com sujeitos que não têm nenhum cão ou possuem outro tipo de animal (Friedmann & Tsai, 2006).

Em suma, parece haver indícios que nos sugerem a efectividade dos benefícios secundários, que decorrem deste vínculo estabelecido ao longo da nossa evolução, isto é, entre o ser humano e os animais domésticos. É neste reconhecimento que se encontram os fundamentos para a introdução dos animais como aliados terapêuticos.

Terapia Assistida por Animais em Contexto de Doença Mental

Segundo Gil (2007), a sintomatologia das doenças mentais implicam um desvio do funcionamento normal e expressam danos na integridade do sujeito. Estas alterações funcionais têm consequências directas nas actividades diárias dos sujeitos que sofrem deste tipo de patologia. Como por exemplo, dificuldade ao nível dos cuidados diários de higiene; autonomia pessoal; no estabelecimento de relações interpessoais e consequente empobrecimento ao nível do acesso/rede social; dificuldades ao nível da motivação, iniciativa, entre outras.

Além destas consequências, o estigma associado à doença mental, ou o reconhecimento de algumas características distintas ou marcas que o indivíduo com doença mental possui e que resultam na sua desvalorização, fazem perigar todo o sentimento de identidade social ou pertença a uma determinada categoria social, pois a pessoa estigmatizada é desvalorizada pelos outros, e consequentemente estão socialmente isoladas (Monteiro & Madeira, 2007). Assim, segundo Pacheco (2005), a definição de doença inclui não somente a vivência pessoal do problema, mas também a atribuição de um significado à situação. Ou seja, este sentimento subjectivo é resultado do *self* em interacção com o contexto (cultura, valores, crenças). Uma vez que não vivemos num vácuo social, as atribuições externas à nossa situação influenciam, de certo modo, as nossas vivências e a forma como atribuímos um significado ao momento vivido.

Corrigan (2004, cit. in Monteiro & Madeira, 2007) refere que o estigma é a expressão social do *disempowerment*, pois promove a expectativa, quer do público em geral quer nas pessoas com doença mental, de que estas são incapazes de assumir responsabilidades e viver independentemente.

Serpell (2006) define a solidão como “dolorosa e desagradável” (p.15), referindo que a importância do apoio social para o ser humano foi implicitamente conhecida ao longo da história. Um animal é capaz de promover companhia e interagir com a pessoa, contribuindo para combater sentimentos de solidão e depressão, pelo que se pode deduzir que o uso da TAA pode ter um papel positivo na promoção da saúde mental.

Os animais têm sido associados a um conjunto de efeitos positivos na vida de diversos pacientes numa grande variedade de contextos terapêuticos (Barker & Dawson, 1998). Levinson (1997) reporta benefícios terapêuticos do uso da TAA com doentes psicóticos.

Referindo que ter um animal de companhia, por exemplo o cão, o cuidar, tratar, o ser responsável pelo animal ajuda o paciente a fixar-se na realidade. Referindo que houve casos de doentes psicóticos que mantiveram um certo grau de equilíbrio e nível de funcionalidade, devido a esta relação que se criou entre ‘doente’- animal, e conseqüente reforço das suas estruturas frágeis.

A Organização Mundial de Saúde definiu Reabilitação Psicossocial como “um processo que oferece aos indivíduos que estão debilitados, incapacitados ou deficientes, devido a perturbação mental, a oportunidade de atingir o seu nível potencial de funcionamento independente na comunidade. Envolve tanto o incremento de competências individuais como a introdução de mudanças ambientais”. Assim, e de acordo com o preconizado por esta organização, as estratégias de reabilitação psicossocial variam segundo as necessidades do ‘doente’, e o contexto no qual é promovida a reabilitação (hospital ou comunidade). Ainda de acordo com esta definição “a reabilitação psicossocial permite a muitas pessoas adquirir ou recuperar as aptidões práticas necessárias para viver e conviver na comunidade e ensinar-lhes a maneira de fazer face às suas incapacidades. Inclui assistência no desenvolvimento das aptidões sociais, interesses e actividades de lazer. Ensina também aptidões de vida, tais como higiene pessoal, cozinhar, fazer compras, manter a casa, etc.” (Cordo, 2003, p.14).

Para Cordo (2003), a reabilitação da pessoa que sofre de doença mental deve cumprir alguns princípios, como:

- Ajudar os doentes a melhorarem a sua qualidade de vida;
- Aumentar-lhes as probabilidades de sucesso;
- Ajudá-los a reconhecerem e a gerirem a sua doença e as suas limitações;
- Ajudá-los a (re)adquirirem as aptidões e competências possíveis e úteis;
- Ajudá-los a implementarem estratégias para melhor gerirem as suas dificuldades.

Neste sentido, muitos dos problemas que se colocam às pessoas que sofrem de perturbações mentais graves giram em torno do ‘acesso social’. Nesta sequência a provisão de apoios que podem facilitar este acesso, sem ignorar no entanto, os sintomas vividos e experienciados pelo sujeito, torna-se um factor fundamental. Assim, a reabilitação pretende, aumentar o nível de funcionalidade dos sujeitos, com a finalidade de minimizar a sua desvantagem social, conseqüência da deterioração e incapacidade produzidas pela doença (Gil & Guerre, 2007).

No contexto da reabilitação de sujeitos que sofrem de doença mental, uma abordagem multidisciplinar é considerada a ideal. Embora a componente farmacológica e a psicoterapia sejam consideradas as abordagens mais usuais, existe uma gama de opções que podem funcionar como um programa complementar às intervenções terapêuticas mais tradicionais mencionadas. Entre as quais se inclui a Terapia Assistida por Animais (Sockalingam et al., 2008). Esta intervenção, tem sido usualmente descrita como um meio para otimizar o nível de funcionamento cognitivo, físico e social de um sujeito.

Existem estudos dirigidos a diferentes grupos alvo, mas no presente trabalho, pretende-se verificar como é que a TAA poderá ser efectiva num processo de reabilitação de pessoas que sofrem de doença mental, tanto no contextos de sujeitos institucionalizados, como de sujeitos que são seguidos em regime de consulta externa.

Segundo Cordo (2003), das diversas psicopatologias hoje em dia conhecidas a mais prevalente no contexto dos sujeitos institucionalizados é a esquizofrenia. E nesse sentido, existem alguns estudos (mas não suficientes) que se têm debruçado sobre o efeito de um programa de TAA na reabilitação de pessoas diagnosticadas com esquizofrenia. Sumariamente, esta psicopatologia pode ser caracterizada por excessivas alucinações, delírios e outros comportamentos bizarros. Estas características inserem-se no quadro dos sintomas positivos, e onde a componente farmacológica tem surtido mais efeito. No entanto, esta psicopatologia, caracteriza-se também ela por uma série de sintomas negativos como a apatia (falta de energia, de interesses relativamente às actividades de rotina); alogia (é um distúrbio negativo do pensamento, com várias componentes: pobreza da fala e do conteúdo, que é vago e repetitivo); anedonia (refere-se à impossibilidade de experienciar o prazer, falta de interesses por actividades lúdicas); e embotamento afectivo (a pessoa não reage emocionalmente aos estímulos) (Pires, 2003). É neste patamar que as abordagens psicossociais, podem representar uma mais valia, e a TAA, poderá funcionar como um complemento útil neste trabalho.

A esquizofrenia é considerada um distúrbio, onde um conjunto de consequências negativas associadas às dificuldades que este tipo de doentes apresenta ao nível das emoções (percebê-las, lidar com as mesmas), resulta tanto num distanciamento emocional, como também num défice ao nível das relações sociais do indivíduo.

Um estudo desenvolvido no Japão com sujeitos com diagnóstico de esquizofrenia, tinha por objectivo determinar qual o tipo de animais preferido pelos sujeitos e qual a percepção dos mesmos relativamente a um programa de TAA. Assim desenvolveram um questionário ao qual os pacientes tinham de responder, de modo a conseguirem construir um programa de TAA segundo as normas que regulamentam e dirigem estes programas, como por exemplo existe no sistema Americano. Assim, foram seleccionados 481 pacientes com diagnóstico de esquizofrenia tanto institucionalizados como em regime ambulatorio de 5 hospitais psiquiátricos. Como resultado deste estudo, foi possível identificar que 80% dos sujeitos afirmaram gostar de animais, e consideravam que o contacto com os animais seria útil numa terapia que pretende a mudança (ou seja, no seu nível funcional). Assim, demonstraram interesse e esperança neste tipo de terapia. Os restantes 20%, referiram não gostar de animais, como também consideraram difícil a participação numa terapia mediada por animais. Salienta-se ainda que das várias espécies, a seleccionada como sendo a favorita, foi o cão. O que corrobora a ideia de esta ser a espécie mais usada no contexto da terapia. Em suma, os autores deste estudo consideram que a Terapia Assistida por Animais poderá funcionar como um contributo na reabilitação de doentes psiquiátricos, na cultura Japonesa, como já existe em outros países, onde esta técnica é mais avançada e conhecida (Iwahashi, Waga & Ohta, 2007).

Num outro estudo, foi aplicado um programa de TAA em doentes com diagnóstico de esquizofrenia institucionalizados. Os objectivos deste eram melhorar as capacidades cognitivas e sociais dos pacientes. Neste estudo não houve diferenças significativas entre o grupo de controlo e o grupo experimental. Contudo no grupo experimental houve uma ligeira diminuição ao nível da sintomatologia negativa e ao nível do contacto social. Assim como, a adesão ao processo terapêutico foi superior no grupo experimental quando comparado com o grupo de controlo (Gil, 2007).

Num estudo de Kovács, Kis, Rozsá e Rozsá (2004), tentaram avaliar qual o efeito da TAA em indivíduos institucionalizados (há mais de 10 anos) de meia-idade, com diagnóstico de esquizofrenia. O propósito era melhorar o nível de funcionalidade dos sujeitos, através deste programa. Através de uma série de exercícios, como cuidar e dar comida ao cão, os pacientes aprenderam a satisfazer as necessidades de outro ser vivo (papel de cuidador), através das actividades físicas, trabalharam a componente física da saúde. Ou seja,

desenvolveram-se uma série de actividades com graus diversos de exigência de forma a trabalhar a atenção, persistência, e a cooperação como um meio para dinamizar as interacções sociais. No entanto, uma característica, é que durante as sessões de TAA, os pacientes encontravam-se num estado relaxado, um 'espírito' positivo e as actividades eram perspectivadas como agradáveis. Este estudo demonstrou um efeito positivo da TAA na vida destes sujeitos. Todas as áreas avaliadas através do *Independent Living Skills Survey*, obtiveram progressos. Salientando-se resultados estatisticamente significativos ao nível das actividades domésticas e dos cuidados pessoais. A hipótese que os autores colocam é que, os pacientes reagiram emocionalmente bem durante as sessões de TAA, o que poderá ser uma consequência da relação 'homem-animal', o que tornou a terapia mais eficiente. Salienta-se ainda, o facto de não terem ocorrido desistências, por parte dos indivíduos, ao longo deste programa (factor motivação). Contudo, uma das limitações deste estudo foi o reduzido número de sujeitos que constituíam a amostra e falta de grupo de controlo.

Ainda num outro estudo exploratório de Kovács, Bulucz, Kis e Simon (2006), procurou-se compreender qual o efeito da TAA no desenvolvimento da comunicação não-verbal em três pacientes com diagnóstico de esquizofrenia, mas que não estavam institucionalizados.

O défice ao nível da comunicação não-verbal, representa uma das dificuldades de comunicação e interacção apresentadas em sujeitos com este quadro clínico, e neste sentido os mesmos apresentam geralmente falta de reactividade à informação não-verbal.

O objectivo centrou-se em melhorar as capacidades de comunicação verbal e não-verbal nos pacientes, a sua psicomotricidade, e a capacidade de concentração, pois os mesmos eram incentivados a cuidar e alimentar o cão, assim como foram também introduzidos alguns exercícios específicos. Para facilitar a formação e cooperação entre os elementos do grupo, foram criadas situações de *role-playing*, próximas do quotidiano dos sujeitos. Com a ajuda e presença do cão de terapia, o mesmo funcionou como um estímulo ao desenvolvimento adaptativo de capacidades de comunicação entre os sujeitos (verbal e não-verbal).

Neste estudo foram avaliadas as seguintes sub-componentes da comunicação não-verbal: a anatomia dos gestos (movimentos espontâneos ou induzidos, o espaço usado e a complexidade dos gestos); a dinâmica dos gestos (a parte do corpo que executa o toque, e qual o objectivo do mesmo); e o movimento das mãos (como um movimento ilustrativo, um símbolo ou sinal, que completa o conteúdo do discurso. As diferentes sub-componentes da

comunicação não-verbal podem desempenhar diferentes funções na vida social dos sujeitos, por exemplo, o ser-se capaz de regular/controlar os gestos é importante numa interacção interpessoal, e nesse caso, é uma competência que deve ser (re)adquirida.

Resultados: a anatomia dos gestos melhorou significativamente num dos pacientes, e parcialmente nos outros dois, uma vez que uma das consequências da esquizofrenia é a redução dos movimentos espontâneos ou induzidos e o nível de actividade, uma alteração positiva nesta área é substancial e poderá levar à diminuição da sintomatologia negativa. O espaço usado, mudou positivamente nos três pacientes, ou seja, os gestos não se limitavam só a certas partes do corpo, e a complexidade dos mesmos também aumentou. Relativamente à dinâmica dos gestos/toque, este melhorou significativamente num paciente. Salienta-se que muitos dos doentes crónicos, são geralmente pessoas socialmente isoladas, o que diminui as oportunidades de tocar e sentir o corpo de outro ser vivo. A TAA, foca-se no toque e no sentir outro objecto vivo, deste modo os pacientes podem ficar mais familiarizados com o contacto físico próximo. Esta poderá ser a explicação para este resultado, isto é, aumento do número de toques executados pelos sujeitos. Quanto ao movimento das mãos, houve uma melhoria significativa num dos sujeitos, o que poderá indicar, que uma melhoria nesta área significa que a pessoa é mais capaz de complementar o discurso com os gestos. Salienta-se o facto dos pacientes terem estado sempre motivados para este processo terapêutico.

As limitações deste estudo piloto, colocam-se ao nível do reduzido número de sujeitos que constitui a amostra e a falta de grupo de controlo, ou seja, as conclusões a que se chegam poderão derivar de múltiplos factores como, estes resultados serem uma consequência do contacto que se estabeleceu entre os pacientes, entre estes e a equipa terapêutica ou pelo facto de se ter introduzido um cão no processo terapêutico.

Contudo, estes resultados indicam que a introdução da TAA no tratamento de pacientes com esquizofrenia, pode melhorar certos aspectos da comunicação não-verbal. Como se sabe, a comunicação não-verbal desempenha um importante papel nas interacções sociais, e o seu restabelecimento/melhoria, provavelmente irá aumentar o número de interacções por parte do paciente. Consequentemente, esta mudança positiva poderá ser transferida para as interacções do quotidiano do mesmo.

Um outro estudo de Barker e Dawson (1998), procurou avaliar qual o efeito da TAA em comparação com actividades terapêuticas recreativas tradicionais nos níveis de ansiedade de pacientes que sofriam de diversas psicopatologias.

Os resultados demonstram uma significativa redução nos níveis de ansiedade após a TAA com pacientes que sofrem de desordens do humor, desordens psicóticas e outro tipo de desordens. Em relação ao grupo de controlo, apenas os pacientes com desordens do humor apresentaram uma descida significativa na média dos níveis de ansiedade. Salienta-se ainda, que a redução dos níveis de ansiedade para o grupo de doentes psicóticos foi duas vezes superior após a TAA, quando comparado com o outro grupo, das actividades recreativas

Este resultado sugere que a TAA reduz os níveis de ansiedade num maior número de pacientes em comparação com a condição sessão terapêutica recreativa.

Este resultado pode ainda ser explicado, devido ao facto de neste tipo de terapia o contacto físico como o abraçar ou acariciar um cão, reduz os níveis de *stress*, tanto a um nível fisiológico como psicológico (Barker, 1999; Barker & Dawson, 1998).

Num outro estudo conduzido no Japão, cuja amostra era constituída por 8 sujeitos idosos, com diagnóstico de demência (metade do grupo estava classificado como tendo Alzheimer, e a outra metade apresentava este quadro clínico devido a acidente vascular cerebral). Antes e depois da aplicação da terapia mediada por um animal, foram aplicadas escalas que pretendiam avaliar o nível de apatia, irritabilidade, depressão, capacidade de realizar actividades da vida diária e capacidades cognitivas. Esta terapia ocorreu durante o período de 1 hora, ao longo de 4 dias consecutivos. Os sujeitos, tiveram oportunidade de interagir, comunicar e observar os cães que participavam nesta terapia. Como resultado global desta intervenção, não se verificaram mudanças significativas na maioria das áreas. No entanto, houve mudanças significativas ao nível da apatia, após a TAA. Ainda nesta sequência, os pacientes consideraram que se divertiram e que gostaram de interagir com os cães, referindo ainda que gostavam de voltar a participar neste tipo de sessões. Contudo este estudo apresenta limitações, pois o número de sujeitos que constitui a amostra era reduzido e não havia grupo de controlo, como também o tempo dedicado a este programa terapêutico foi reduzido, podendo-se reflectir ao nível dos resultados. No entanto, este estudo abre portas para futuras pesquisas relativamente ao uso desta terapia em sujeitos com diagnóstico de demência (Motomura, Yagi & Ohya, 2004).

Num estudo de Sockalingam et al. (2008), os autores propuseram-se a apresentar um estudo de caso, para o qual foi desenvolvido um programa de TAA, para um sujeito com uma história de assalto (acontecimento traumático) e com diagnóstico de uma desordem do humor, nomeadamente Perturbação Bipolar I. Os sintomas do mesmo, quando deu entrada no serviço de psiquiatria num estado de depressão eram: falta de esperança, humor deprimido, choro persistente, rejeição, poucas verbalizações, baixa auto-estima, e falta de motivação. Em simultâneo, o sujeito sofria de ansiedade devido ao acontecimento traumático por que tinha passado, demonstrando agitação psicomotora, irritabilidade, insónia e dificuldades de concentração. Não preenchia nenhum critério de mania, nem apresentava qualquer sintoma psicótico. A medicação prescrita para o utente não estava a surtir qualquer efeito. Como consequência da sua hospitalização, o sujeito desenvolveu traços de uma personalidade dependente, incluindo nestes: falta de confiança, desamparo e incapacidade em tomar decisões. Nesta sequência tornou-se incapaz de desempenhar actividades quotidianas, sem ter alguém constantemente a apoiá-lo. Neste sentido o programa de TAA desenvolvido para o mesmo não era muito estruturado. Mas o principal objectivo, de introduzir-se um cão na vida deste sujeito, foi fazer com que o mesmo fosse responsável pelo cuidar e tratar do cão (passeá-lo, dar de comer, etc.). Ou seja, o cão ficava à sua responsabilidade, durante o período da TAA. Os resultados deste programa terapêutico foram surpreendentes numa série de áreas que precisavam de ser trabalhadas. Houve melhorias ao nível do humor, na forma como o sujeito perspectivava o seu meio envolvente, assim como aumentou a sua capacidade de comunicar com os outros. Este contacto diminuiu os níveis de ansiedade e agitação motora, assim como melhorou a sua capacidade de concentração. A sua auto-estima melhorou, pelo facto de lhe ter sido confiado um animal de companhia. O sujeito referiu ainda melhorias ao nível da sua saúde física e bem-estar, que surgiram como uma consequência do exercício praticado por ir passear o cão. Através da TAA foi possível melhorar os níveis de confiança, motivação, capacidade de tomar decisões, e consequentemente tornou-se menos dependente dos outros (no sentido de precisar sempre de aprovação). A efectividade da TAA neste paciente foi avaliada através, do que o mesmo referia sentir (reportava) do nível de satisfação com a terapia, e informação recolhida através dos enfermeiros e fisioterapeutas.

Este estudo demonstra a efectividade de um programa de TAA na reabilitação de um sujeito com diagnóstico de desordem do humor e vítima de um acontecimento traumático. Ou seja, este caso, sugere que a TAA pode funcionar como um antidepressivo e estabilizador do humor em pacientes com Perturbação Bipolar I.

Tratando-se este de um estudo de caso, é óbvio que a sua generalização para outros casos está fora de questão, no entanto, e tratando-se de um campo tão ‘desconhecido’, como é o da etiologia e desenvolvimento da doença mental, qualquer ganho, ou mais valia, na forma de tratar e reabilitar a pessoa que sofre de doença mental, aumentando os seu grau de funcionalidade é uma mais valia. Levinson (1997), refere que a prevenção e tratamento das doenças mentais se assemelha a “uma caravana que percorre o deserto da ignorância, passando em pequenos oásis de conhecimento ao longo do seu percurso”(p.26). A TAA torna-se, então uma realidade e ‘ferramenta’ terapêutica que está ao dispor de todos, dependendo dos conhecimentos e criatividade de quem a usa.

Contudo, muitos destes estudos foram realizados com amostras muito reduzidas, e muitos deles sem grupo de controlo. No entanto, salienta-se o grande envolvimento e seguimento nestes programas, um factor que é fundamental, pois a motivação representa o ‘motor’ e garante a participação num programa terapêutico reabilitativo da pessoa que sofre de doença mental.

Terapia Assistida por Animais e Aconselhamento/Psicoterapia

O incorporar os animais no contexto da psicoterapia, acrescenta uma nova ‘ferramenta’ a esta dimensão. Em primeiro lugar, é necessário a construção de um novo relacionamento, para que seja possível incluir um animal na estrutura terapêutica. Ou seja, já não se trata de uma terapia paciente-terapeuta, mas aproxima-se mais da ideia, de um trabalho em equipe, onde são três os intervenientes.

Diversos esforços têm sido feitos numa tentativa de incorporar a TAA num processo de psicoterapia. Autores como Fine (2006) e Levinson (1997), referem que a presença de um animal num consultório poderá ajudar na construção e solidificação da aliança terapêutica. Fine (2006), observou que a presença de animais pode funcionar como *ice breakers* no contexto da consulta. O mesmo observou que o seu cão, frequentemente ia ter com os seus pacientes à porta e o seu pássaro ‘falava-lhes’, ajudando deste modo na construção de uma

relação harmoniosa entre paciente-terapeuta. Refere ainda que os terapeutas que fazem uso desta terapia parecem mais amistosos e empáticos ao paciente.

Segundo Serpell (2006), e de acordo com a hipótese da biofilia, ao longo da evolução da espécie humana, o ser humano aprendeu a julgar a segurança do seu meio ambiente através dos níveis de ansiedade demonstrado nos animais. Nesse sentido, ter um animal calmo numa sessão terapêutica poderá funcionar como um sinal para o paciente, que se encontra num lugar seguro e que pode confiar no terapeuta.

De acordo com Fine (2006), existem duas hipóteses para explicar o porquê dos animais terem um efeito positivo no contexto da psicoterapia. Primeiro, o animal é percebido como estando disponível e interessado em interagir com a pessoa. Segundo, não é necessário um conjunto elaborado de habilidades sociais para conseguir despertar a atenção do cão. Referindo que nos relacionamentos interpessoais os sujeitos estão mais consciente das capacidades sociais nos outros.

Cusack (1988, citado em Lefkowitz, Paharia, Prout, Debiak & Bleiberg, 2005), refere que os animais de terapia respondem mais frequentemente aos indivíduos que se encontram mais isolados, isto é, com dificuldade em estabelecer contacto com o mundo exterior. Esta ideia, juntamente com as hipóteses levantadas por Fine, poderão indicar que o animal no contexto da psicoterapia, provavelmente irá tentar interagir com sujeitos que apresentem mais dificuldade no estabelecimento de uma relação com o terapeuta, funcionando o animal como o mediador deste processo.

Parshall (2003), uma psicóloga do aconselhamento, refere que a TAA tem sido de grande utilidade no seu trabalho. Referindo que os animais parecem possuir muitas das características que Carl Rogers descreve como sendo de extrema importância na relação terapêutica, como a aceitação e o 'calor', ou seja, que os animais, aceitam a pessoa tal como ela é, sem julgarem ou avaliarem a pessoa em função da sua doença, assim como através do toque e das trocas afectivas, é possível comunicar calor e proximidade. Referindo ainda, que da sua experiência pessoal, com animais, sentiu que estes amam incondicionalmente, e que foi através deste sentimento que pensou como é que os animais, poderiam ser 'usados' de modo a beneficiar os seus pacientes. Refere ainda, que na sua profissão, o seu cão funciona como uma ponte, facilitando o estabelecimento da aliança terapêutica, que se pretende.

Contudo, questões como: Será que no contexto da psicoterapia, os animais poderão funcionar como um auxiliar na ajuda que se pretende dar à pessoa que a ela recorre?; Se sim, então qual será a população-alvo (com que diagnósticos)?; E que tipo de animais, com que treino? Qual a minha orientação teórica (humanista, cognitivo-comportamental, dinâmica, etc.) e o incorporar um animal poderá tornar o processo terapêutico efectivo? Devem fazer parte das preocupações do terapeuta que queira implementar este tipo de intervenção mediada por um animal (Parshall 2003; Fine, 2006). Ou seja, questões que irão dar seriedade e um estatuto científico a uma área que começa a dar os seus 'frutos'.

Hoelscher e Garfat (1993, cit. in Parshall 2003) escrevem que o terapeuta deve possuir o conhecimento necessário para ser capaz de avaliar as necessidades do paciente em relação ao contacto com o animal 'terapêutico', para que se utilize tanto o animal como as actividades correctamente, avaliando-se deste modo, os resultados deste contacto. Assim, depois de estabelecidos os objectivos terapêuticos, o 'uso' do animal para a concretização desses objectivos deve ser cuidadosamente planeado (Parshall, 2003).

Eticamente, o papel de um terapeuta é providenciar a melhor prestação de cuidados possíveis ao seu paciente. Ao fazer-se uso de uma abordagem terapêutica relativamente nova como é a TAA, poderá parecer difícil julgar se o 'uso' de um animal num contexto de saúde mental constitui a melhor escolha (Parshall, 2003). Kogan et al. (1999, cit. in Parshall, 2003), escreveu que não é ético fazer só uso da TAA e excluir outro tipo de tratamentos que têm demonstrado ser bem sucedidos. Assim, pode-se concluir que a TAA tem sido reconhecida como benéfica em alguns casos, mas mais pesquisas têm de ser feitas. E nesse sentido, a TAA aparece como um complemento terapêutico a outros métodos (Parshall, 2003).

Todavia, não se pretende que os animais funcionem como um substituto das relações entre pessoas, mas antes que funcionem como um complemento às mesmas. Assim, é muito importante ter em atenção que, apesar de todos os benefícios que possa trazer este tipo de intervenção, a presença de um animal é apenas uma pequena parte do contexto terapêutico o que não inviabiliza ou substitui o papel do terapeuta responsável pela intervenção.

A integração de animais como agentes de mudança terapêutica pode fornecer aos profissionais de saúde uma alternativa eficaz na criação da relação com o paciente, na medida em que os animais tornam o ambiente mais seguro, confortável e acolhedor, e podem desempenhar um papel de facilitador social e catalisador de reacções emocionais. O interagir

com um animal pode trazer mudanças positivas no humor da pessoa, assim como o mesmo pode demonstrar emoções e acções que não seriam eticamente correctas por parte de um terapeuta, como por exemplo, ir para o colo do paciente enquanto este o acaricia, este comportamento pode ajudar o paciente a sentir-se mais calmo enquanto explora assuntos e emoções delicadas da sua vida, que poderiam ser esmagadoras sem este valioso toque terapêutico (Fine, 2006; Delta Society n.d., Kovács et al., 2004).

No entanto, e apesar de todos os benefícios conhecidos, a decisão de oferecer a alguém um programa de actividades ou terapia, através do ‘uso’ de animais, tem de presumir à partida que a pessoa necessita das mesmas e de que estas irão mudar a sua vida de forma significativa.

Conclusão

Apesar de nos últimos anos se ter assistido a um incremento dos estudos que têm apresentado resultados encorajadores para a Terapia Assistida por Animais, nomeadamente nos benefícios que pode trazer para a saúde do ser humano, a maior parte da investigação baseia-se em estudos de caso, ou em estudos em que a metodologia utilizada não permite conclusões muito fiáveis relativamente ao uso desta ‘ferramenta’. Assim, torna-se evidente que será necessário mais investigação, para que os resultados provenientes da implementação de uma programa de TAA possam ser avaliados, e consequentemente esta começar a ser perspectivada como um procedimento standardizado na área dos cuidados de saúde.

No entanto, no campo da assistência psiquiátrica, existe a necessidade da complementaridade de saberes e tratamentos existentes e aceites pela comunidade científica, associados à psicofarmacologia, psicoterapia, entre outros. Esta integração é necessária para que seja possível atender o ser humano nas suas dimensões física, social e cognitiva. Com esta integração, o objectivo prende-se no ajudar a pessoa que sofre de doença mental a mover-se com mais segurança, da dependência para a independência e autonomia de acordo com o potencial e possibilidades de cada um, contribuindo para a sua individualidade e, portanto, para o seu desenvolvimento como cidadão ‘consciente’. Numa perspectiva desenvolvimentista, a vida é um processo de crescimento e mudanças contínuas e todas as pessoas, mesmo as com doença mental severa, serão capazes de se desenvolver e modificar, sendo difícil de prever os seus limites. Quanto mais uma pessoa evolui, mais se pode

desenvolver. Devemos então ajudar as pessoas a desenvolver o máximo das suas potencialidades, oferecendo-lhes oportunidades para tal.

Podemos assim pensar, que o objectivo de uma Terapia Assistida por Animais, não será percebida como uma ‘ferramenta’ curativa, do tudo ou nada. No entanto, e como se verifica nos diversos estudos de Kovács et al. (2004), Kovács et al. (2006), Motomura, Yagi & Ohyama (2004), Sockalingam et al. (2008) e Gil (2007), os pacientes gostam de participar nestas actividades, sentem-se motivados, aderindo deste modo ao plano terapêutico, o que a médio e longo prazo pode trazer consequências no processo de (re)adaptação da pessoa que sofre de doença mental.

Um vez que, o que se pretende é uma visão integradora e holística do indivíduo, quando se fala em saúde e qualidade de vida, e estando nós a caminhar por caminhos tão desconhecidos como é o da etiologia e desenvolvimento da doença mental, qualquer abordagem que se mostre adequada à promoção da saúde e qualidade de vida do sujeito deve estar presente no repertório das possibilidades de qualquer técnico de saúde. Sem com isso abdicar de outras técnicas que se mostram também elas proveitosas.

Em suma, a Terapia e as Actividades Assistidas por Animais parecem surtir efeitos benéficos num processo reabilitativo de sujeitos com diversas psicopatologias. Contudo, esta área continua a carecer de estudos, em que a metodologia adoptada pelos mesmos possibilite efectivamente retirar e garantir conclusões produtivas e fiáveis.

Referências Bibliográficas

- Assistance Dogs International (n.d.). Consultado em Outubro, 2008, disponível em <http://www.assistencedogsinternational.org/>
- Barker, S. B. (1999). Therapeutic Aspects of the Human-Companion Animal Interaction. *Psychiatric Times*, 16 (2), 1-6.
- Barker, S. B. & Dawson, K. S. (1998). The Effects of Animal-Assisted Therapy on Anxiety Ratings of Hospitalized Psychiatric Patients. *Psychiatric Services*, 49 (6), 497-486.
- Beck, A. M. & Katcher, A. H. (1984). A New Look at Pet-Facilitated Therapy. *Journal of the American Veterinary Medical Association*, 184 (4), 414-421.

- Cordo, M. (2003). *Reabilitação de Pessoas Com Doença Mental*. Lisboa: Climepsi.Delta Society (n.d.). Consultado em Novembro, 2007, disponível em <http://www.delatasociety.org/home.htm>. *Dicionário de Língua Portuguesa* (2004). Porto: Porto Editora.
- DiSalvo, S. B., Haiduven, D., Johnson, N., Reyes, V., Hench, C., Shaw, R. et al., (2006). *American Journal of Infection Control*, 34 (5), 301-307.
- Dotti, J. (2005). *Terapia & Animais*. São Paulo: Noética.
- Ducan, S. L. & Howie, A.R. (2005). What is the Difference Between a Service Animal and a Therapy Animal. In Delta Society (Ed.). *Animals in Institutions* (pp. 29-35). Seattle: Delta Society.
- Fadiman, J. & Frager, R. (1986). *Teorias da Personalidade*. São Paulo: HARBRA.
- Fine, A. H. (2006). Incorporating Animal-Assisted Therapy into Psychotherapy: Guidelines and Suggestions for Therapists. In A. Fine (Ed.), *Handbook on Animal-Assisted Therapy. Theoretical foundations and guidelines for practice* (2nd ed.), pp. 167-206. San Diego: Academic Press.
- Friedmann, E. & Tsai, C. (2006). The Animal-Human Bond: Health and Wellness. In A. Fine (Ed.), *Handbook on Animal-Assisted Therapy. Theoretical foundations and guidelines for practice* (2nd ed., pp. 95-120). San Diego: Academic Press.
- Gil, V. (2007). Aplicación de um Programa de TAA a Personas com Diagnóstico de Esquizofrenia Residentes em una Unidade de Média e Larga Estancia. Comunicação Apresentada no Curso de Terapia Assistida por Animais, Fundação Bocalán, Lisboa.
- Gil, V. & Guerre, S. O. (2007). La Terapia Facilitada por Animales de Companhia como Programa de Reabilitación para Personas com Diagnóstico de Esquizofrenia Crónica. *Papeles del Psicólogo*, 28 (1), 1-17.
- Grander, B. P. & Kogan, L. R. (2006). Characteristics of Animal-Assisted Therapy/Activity in Specialized Settings. In A. Fine (Ed.), *Handbook on Animal-Assisted Therapy. Theoretical foundations and guidelines for practice* (2nd ed.), pp. 263-286. San Diego: Academic Press.
- Hatch, A. (2007). The View from All Four: A Look at an Animal-Assisted Activity Program from the Animal's Perspective. *Antozoos*, 20 (1), 37-50.

- Iwahashi, K., Waga, T., Ohta, M. (2007). Questionnaire on Animal-Assisted Therapy (AAT): The Expectation for AAT as a Day-Care Program for Japanese Schizophrenic Patients. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 11 (4), 291-293.
- Jardim, J. P. & Pereira, A. (2006). *Competências Pessoais e Sociais: Guia Prático para a Mudança Positiva*. Porto: Edições ASA.
- Juliano, R. S., Jayme, V. S., Fioravanti, M.C., Paulo, N.M. & Athayde, I.G. (2006). Terapia Assistida por Animais (TAA): Uma Prática Multidisciplinar para o Benefício da Saúde Humana (Versão electrónica). Consultado em Março, 2008, disponível em <http://www.vet.ufg.br>.
- Kellert, S. R. & Wilson, E. O. (1995). *The Biophilia Hypothesis*. Washington: Island Press.
- Kovács, Z., Bulucz, J., Kis, R. & Simon, L. (2006). An Exploratory Study on the Effect of Animal-Assisted Therapy on Nonverbal Communication in Three Schizophrenic Patients. *Anthrozoos*, 19 (4), 353-364.
- Kovács, Z., Kis, R., Rózsa, S. & Rózsa, L. (2004). Animal-Assisted Therapy for Middle-Aged Schizophrenic Patients Living in a Social Institution. A pilot Study. *Clinical Rehabilitation*, 18, 483-486.
- Kruger, K. A. & Serpell, J. A. (2006). Animal-Assisted Interventions in Mental Health: Definitions and Theoretical Foundations. In A. Fine (Ed.), *Handbook on Animal-Assisted Therapy. Theoretical foundations and guidelines for practice* (2nd ed.) pp. 21-38. San Diego: Academic Press.
- Kruger, K. A., Trachtenberg, S. W. & Serpell, J. A. (2004). Can Animals Help Human Heal? Animal-Assisted Interventions in Adolescent Mental Health. Philadelphia: Center for the Interaction of Animal and Society.
- Lefkowitz, C., Paharia, I., Prout, M., Debiak, D., Bleiberg, J. (2005). Animal-Assisted Prolonged Exposure: A Treatment for Survivors of Sexual Assault Suffering Posttraumatic Stress Disorder. *Society & Animal*, 13 (4), 275-295.
- Levinson, B. M. & Mallon, G. P. (1997). *Pet-Oriented Child Psychotherapy*. (Rev. Ed.). Springfield: Charles C Thomas.

- MacNamara, M. F. & Butler, K. (2006). The Art of Animal Selection for Animal- Assisted Activity and Therapy Programs. In A. Fine (Ed.), *Handbook on Animal-Assisted Therapy. Theoretical foundations and guidelines for practice* (2nd ed.) pp. 121-148. San Diego: Academic Press.
- McNicholas, J. & Collis, G. (2006). Animal as Social Supports: Insights for Understanding AAT. In A. Fine (Ed.). *Handbook on Animal-Assisted Therapy. Theoretical foundations and guidelines for practice* (2nd ed.) pp. 49-72. San Diego: Academic Press.
- Mallon, G. P., Ross, S. B., Klee, S. & Ross, L. (2006). Designing and Implementing Animal-Assisted Therapy in Health and Mental Health Organizations. In A. Fine (Ed.), *Handbook on Animal-Assisted Therapy. Theoretical foundations and guidelines for practice* (2nd ed.) pp. 149-166. San Diego: Academic Press.
- Mannion, A. M. (1999). Domestication and the Origins of Agriculture: an Appraisal. *Progress in Physical Geography*, 23 (1), 37-56.
- Monteiro, F. J. & Madeira, T. (2007). Considerações sobre Doença Mental e Comunicação Social. *Análise Psicológica*, XXV (1), 97-109.
- Motomura, N., Yagi, T. & Ohyama, H. (2004). Animal Assisted Therapy for People with Dementia. *Psychogeriatrics*, 40 (4), 40-42.
- Pacheco, J. E. (2005). A Pessoa Humana e a Doença. *Educação*, 55 (1), 31-44.
- Parshall, D. P. (2003). Research and Reflection: Animal-Assisted Therapy in Mental Health Settings. *Counseling and Values*, 48 (1), 47-56.
- Pereira, M. J., Pereira, L. & Ferreira, M. L. (2007). Os Benefícios da Terapia Assistida por Animais: Uma Revisão Bibliográfica (versão electrónica). *Saúde Colectiva*, 4 (14). Consultado em Maio, 2008, disponível em <http://www.redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/842/84201407.pdf>.
- Pires, C. M. L. (2003). *Noções de Psicopatologia*. Lisboa: Universidade Aberta.
- Ribeiro, J.P. (2003). Relação entre a Psicologia Positiva e as suas Variáveis Protectoras, e a Qualidade de Vida e Bem-Estar como Variáveis Resultado. In. Leal, I. (Ed.) *Perspectivas em Psicologia da Saúde* (pp. 231-244). Coimbra: Quarteto editora.
- Serpell, J. A. (2006). Animal-Assisted Interventions in Historical Perspective. In A. Fine (Ed.), *Handbook on Animal-Assisted Therapy. Theoretical foundations and guidelines for practice* (2nd ed.) pp. 3-20. San Diego: Academic Press.

- Sockalingam, S., Li, M., Krishnadev, U., Hanson, K., Balaban, K. & Pacione, L. R. (2008). Use of Animal-Assisted Therapy in the Rehabilitation of an Assault Victim with a Concurrent Mood Disorder. *Issues in Mental Health Nursing*, 29, 73-84.
- Wood, L., Corti, B. G. & Bulsara, M. (2005). The Pet Connection: Pets as a Conduit for Social Capital? *Social Science & Medicine*, 61, 1159-1173.
- Zamir, T. (2006). The Moral Bases of Animal-Assisted Therapy. *Society & Animal*, 14 (2), 179-199.

Animal Assisted Interventions in the area of Mental Disease

Animal Assisted Therapy and Activities is a field that has aroused some interest on the part of several professionals, especially in the health area. Several programs have been implemented with the goal of improving the quality of life, by using animals in the role of mediators in the process.

In this paper several studies will be reported, in which domestic animals have a positive influence in the health of their owners. The development of programs in the field of mental health and its effect on the well-being of the patients will also be analyzed.

In summary, animals appear to have a role in improving the physical, psychological and social well being, that represent the health of any individual. The programs of Animal Assisted Therapy and Activities seem to have a positive effect in the rehabilitation of people with mental health problems. However, this is still an area that needs more investigation, with methods which allow reliable conclusions that can aid in the building of protocols to guide programs of Animal Assisted Therapy and Activities.

Key-Words: Animal Assisted Therapy; Animal Assisted Activities; Therapeutic Benefit; Health; Mental Disease.

Interventions Assistées par des Animaux dans le champ de la Maladie Mentale

La Thérapie et les Activités Assistées par des Animaux est un domaine qui a suscité quelque intérêt de la part de plusieurs professionnels, en particulier dans le champ de la santé.

Plusieurs programmes sont développés dans le but d'améliorer la qualité de vie des sujets, avec la participation d'animaux, qui ont un rôle de médiation, dans ce procès.

Dans cet article seront présentées quelques études, dans lesquels des animaux domestiques ont une influence positive dans la santé de ses propriétaires. On analyse aussi le développement de ces programmes dans le champ de la maladie mentale et ces effets sur la santé.

En somme, les animaux exercent une fonction de promotion du bien être physique, psychologique et social, qui constitue la santé du sujet. Les programmes de Thérapie et Activités Assistés par les Animaux semblent avoir un résultat positif dans le procès de réhabilitation de personnes qui souffrent de maladie mentale. Toutefois, ce champ nécessite plus d'études, dans lesquels la méthode usée permet des conclusions valables, que puissent aider à la construction de plans pour guider les programmes de Thérapie et Activités Assistées par les Animaux.

Mots-Clés: Thérapie Assistée Par Des Animaux; Activités Assistées Par Des Animaux; Bénéfices Thérapeutiques; Santé; Maladie Mentale

2008, nº48

Índice

5 – A cor e o efeito inibitório de respostas no Rorschach de crianças

Danilo R. Silva & Leonel G. Marques

25 – Análise do Índice de Millon dos Estilos de Personalidade – edição revista (MIPS-R) por uma abordagem multivariada

Ana Sousa Ferreira, Rute Pires, Anabela Marques & Danilo R. Silva

47 – Atribuições e dimensões causais: reformulação, adaptação e validação de um questionário

Sílvia Pina Neves & Luísa Faria

77 – Estudos psicométricos da Escala de Investimento Parental na criança

Sofia Gameiro, Belisa Martinho, Maria Cristina Canavarro & Mariana Moura-Ramos

101 – Inventário Obsessivo de Coimbra : Avaliação de obsessões e compulsões

Ana Galhardo & José Pinto Gouveia

125 – Contribuição para o estudo das qualidades psicométricas de uma medida para lidar com acontecimentos geradores de stress: Abordagem preliminar da Adaptação Portuguesa da COPE

Joana Costa & José Pinto Gouveia

159 – Para a compreensão da adultez emergente em Portugal

Joaquim Armando Gomes Ferreira & Andreia Jorge

175 – Stresse, coping e desenvolvimento: Questões conceptuais e dificuldades metodológicas

Marco Ramos

197 – A dimensionalidade dos fenómenos alucinatórios e das crenças metafísicas associadas: Tradução e adaptação da *Revised Hallucination Scale* e do *Interpretations of Voices Inventory*

Rui Paixão & António Pedro Moreira

225 – A importância do aconselhamento psicológico na QDV e na QDVRS – Algumas orientações

Raquel G. F. Sousa

237 – Em alta voltagem: Líderes energizantes e o seu impacto na percepção de eficácia grupal

Ana Catarina Ramalho, Patrícia Jardim da Palma & Miguel Pereira Lopes

261 – Revisitando a violência contra a mulher: Abordagens, posturas e proposições de acção em artigos produzidos entre os anos de 1980 e 2007 e indexados em base virtual

Leila Maria Vieira Medeiros, Edélvio Leonardo Leandro, Mónica Batista de Melo, Helena Maria Almeida Cortez & Eduardo João Ribeiro dos Santos

293 – Avaliação de alegações de abuso sexual de pessoas com deficiência mental

Olga Souza Cruz & Carla Machado

2008, nº48

Secção especial

321 – Da história e da epistemologia da Psicologia: Apresentação

Pedro Urbano

333 – A propósito “ Da história e da epistemologia da Psicologia”:
Notas sobre uma dissertação de Doutoramento

Manuel Viegas Abreu

Normas

1. Os originais submetidos para publicação deverão ser dactilografados num processador de texto (Macintosh ou Windows). Os autores deverão entregar, juntamente com o ficheiro original, um exemplar impresso do artigo, cuja extensão não deverá ultrapassar as 30 páginas dactilografadas a dois espaços em folhas A4, letra TIMES, 12 pt. Nestas 30 páginas incluem-se resumos, quadros, figuras, notas de rodapé e bibliografia. Os subtítulos dos artigos devem obedecer a uma numeração hierárquica por pontos como: 1., 1.1, 1.1.1, 1.1.2...

2. Deverão anexar-se ao original duas folhas separadas onde constem os seguintes elementos: - Folha A: título do artigo; nome e enquadramento institucional do(s) autor(es); endereço completo (incluindo telefone, fax e e-mail) do autor responsável por toda a correspondência relacionada com o manuscrito;- Folha B, em português, francês e inglês: título do artigo; resumo (com um máximo de 150 palavras); palavras-chave (no máximo de 6).

3. Com excepção dos artigos escritos “a convite”, todos os restantes trabalhos recebidos serão avaliados anonimamente por especialistas na área respectiva. Por tal motivo, a identificação dos autores não deverá constar em nenhum ponto do manuscrito, para além da folha A. A primeira página de texto deverá iniciar-se com o título do artigo.

4. Os quadros e figuras deverão ser sequencialmente colocados e ordenados em numeração árabe devendo ser referenciados através dessa numeração no texto do artigo, por exemplo: “...cf. figura 10...” e não: “...na figura seguinte...”. Não podem exceder as dimensões 11 x 17 cm, correspondentes à mancha de texto e devem ser entregues os ficheiros do programa em que foram editados originalmente. Essa edição deve ser para impressão a preto e branco.

5. As referências bibliográficas serão integradas no texto de acordo com o sistema autor-data. Em caso de citações textuais, acrescentar-se-á o número da página.Exemplos: Piaget afirmou que “a inteligência.” (1966, p. 247). Mas, Zazzo (1972) considera. Diversos autores (Farr & Moscovici, 1984; Lewin et al., 1944)...

6. A lista de referências bibliográficas, a incluir no final do texto, será organizada alfabeticamente e deverá obedecer ao formato dos exemplos seguintes:

a) Livro

Reuchlin, M. (1992). *Introduction à la recherche en psychologie*. Paris: Éditions Nathan.

b) Livro traduzido

Fuller, P. (1983). *Arte e psicanálise* (M. J. Gomes, Trad.). Lisboa: Publicações Dom Quixote. (Obra original publicada em 1980). No corpo do artigo deve referir-se: Fuller (1980/1983)...

c) Capítulo de livro

Martin, R. P. (1991). *Assessment of social and emotional behavior*. In B. A. Bracken (Ed.), *The psychoeducational assessment of preschool children* (pp. 450-464). Boston: Allyn & Bacon.

d) Artigo

Schein, E. H. (1990). Organizational culture. *American Psychologist*, 45, 109-119.

e) Comunicação em reunião científica

Sternberg, R. J. (1997, Setembro). Successful intelligence: What is it, how can it be measured, and can it be taught? Comunicação apresentada na 4th European Conference on Psychological Assessment, Lisboa, Portugal.

f) Dissertação não publicada

Lima, M. P. (1997). NEO-PI-R, contextos teóricos e psicométricos: "OCEAN" ou "iceberg"? Dissertação de Doutoramento não publicada. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade de Coimbra.

g) Referências de artigos on-line

Kuhn, P.S. (1987). Alternative Paradigms. *Journal of Teaching*, 34 (3), 7-56. Consultado a 25 de Janeiro 2005, em <http://www.apa.org/journals/kuhn.html>

Para esclarecer os casos não considerados nestes exemplos, os autores deverão consultar as normas de publicação da American Psychological Association, última versão.

7. Os artigos publicados são da exclusiva responsabilidade dos respectivos autores.

A Comissão de Redacção reserva-se o direito de não publicar os originais a que a Comissão Científica não atribua nível adequado, ou que não obedecem às normas acima referidas. Os originais não publicados não serão devolvidos.

8. Os originais aceites para publicação ficam propriedade editorial da Revista.

Qualquer reprodução integral ou parcial dos mesmos apenas pode ser efectuada após autorização escrita da Comissão de Redacção.

9. Os autores receberão, gratuitamente 25 separatas e uma revista. No caso de o artigo ser escrito por mais do que um autor receberão mais uma revista.

Ficha de assinatura

[www.fpce.uc.pt/publicacoes/psychologica]

Nome _____
Nº de contribuinte _____
Morada _____
Código Postal _____
Localidade _____
Telef./Telem. _____
E-mail _____

Assinatura [3 volumes/ano]

Escolha uma opção:

Individual

Nacional 28,00 euros __

Europa 40,00 euros __

Resto do mundo 49,00 euros __

Institucional

Nacional 36,00 euros __

Europa 48,00 euros __

Resto do mundo 57,00 euros __

Preço de capa: 13,50 euros

Cheques emitidos à ordem da UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Enviar para:

Comissão de Redacção da Revista *Psychologica*
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de
Coimbra

Rua do Colégio Novo
3001-802 Coimbra - PORTUGAL

Teoria da Mente e Desenvolvimento Sócio-cognitivo ao longo da Infância e Idade Pré-escolar

Carla Martins, Ana Osório & Ana Macedo

Adaptação à Gravidez e ao Nascimento de um Filho de Mulheres Infectadas pelo VIH/SIDA

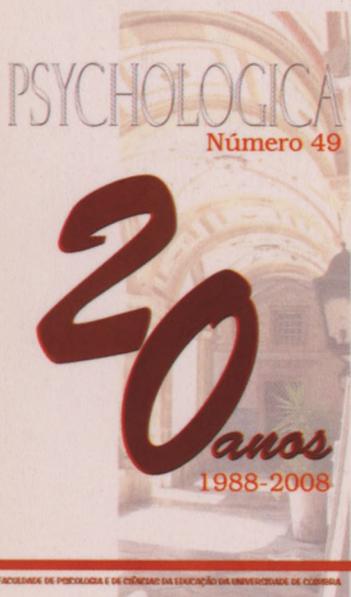
Marco Pereira & Maria Cristina Canavarro

Validação da Escala de Interação Criança-Adulto durante o Procedimento Médico – Versão Reduzida (CAMPIS-SF) no contexto da Vacinação Pediátrica

Helga Pedro & Luísa Barros

O papel de variáveis psicológicas positivas na saúde mental em crianças e adolescentes: Um estudo exploratório

Susana C. Marques, J. L. Pais-Ribeiro & Shane J. Lopez



Aconselhamento e stress: o caso limite de conflitos militares

Helena Maria Almeida Cortez, Maria Zélia B. M. Leite, Maria Anete Moura Cordeiro, Teresa Verônica Santos, Leila Maria Vieira Medeiros & Eduardo J. R. Santos

Inventário de Evitamento de Young-Rygh: estudos de validação e estrutura factorial numa amostra da população geral

Carolina Dall'Antonia da Motta, Daniel Rijo & José Pinto Gouveia

Inventário de Evitamento de Young-Rygh: estudos de validação e estrutura factorial numa amostra da população clínica

Carolina Dall'Antonia da Motta, Daniel Rijo & José Pinto Gouveia

Avaliação da Dor: Utilização do Questionário de Auto-Resposta *The Survey of Pain Attitudes (SOPA)* e *Chronic Pain Coping Inventory- 42 (CPCI-42)* na População Portuguesa (autores)

José Pinto Gouveia

Auditory Verbal Learning Test: Dados Normativos dos 21 aos 65 anos

Sara Cavaco, Cláudia Pinto, Alexandra Gonçalves, Filomena Gomes, Alexandra Pereira & Cristina Malaquias

Trail Making Test: Dados Normativos dos 21 aos 65 anos

Sara Cavaco, Cláudia Pinto, Alexandra Gonçalves, Filomena Gomes, Alexandra Pereira & Cristina Malaquias

Tecnologia, aprendizagem e mudança organizacional

Ricardo Pocinho & Eduardo J. R. Santos

Intervenções Assistidas por Animais no Contexto da Doença Mental

Débora Albasini Costa, Joaquim Armando & Eduardo J. R. Santos

