

PSICOLOGIA CLÍNICA

*Aplicações clínicas da psicologia
em famílias e indivíduos*

35.3

PSICOLOGIA CLÍNICA

*Aplicações clínicas da psicologia
em famílias e indivíduos*

35.3

PSICOLOGIA CLÍNICA, VOL. 35 N. 3, SET-DEZ/2023

PUBLICAÇÃO DO DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA
DA PONTIFÍCA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO DE JANEIRO

EDITORA-CHEFE

Jaqueline de Carvalho Rodrigues (PUC-Rio)

EDITORES ASSOCIADOS

Clarissa Pinto Pizarro de Freitas (PUCRS)

Isabela Machado da Silva (UnB)

José Alves de Souza Filho (UFPA)

Thomas Eichenberg Krahe (PUC-Rio)

EDITORES DE SEÇÃO

CLÍNICA E NEUROCIÊNCIAS

Thomas Eichenberg Krahe (PUC-Rio)

Vanessa Oliveira (Mackenzie)

FAMÍLIA, CASAL E CRIANÇA: TEORIA E CLÍNICA

Isabela Machado da Silva (UnB)

Jaqueline Moraes (PUC-Rio)

PSICANÁLISE: CLÍNICA E CULTURA

Eduardo Medeiros (PUC-Rio)

Renato da Silveira Borges Neto (PUC-Rio)

PSICOLOGIA SOCIAL

Clarissa Pinto Pizarro de Freitas (PUCRS)

José Alves de Souza Filho (UFPA)

Sabrina Cumico (Universo)

SAÚDE E DESENVOLVIMENTO HUMANO

Emmy Uehara (UFF)

Guilherme Domingos Martins (PUC-Rio)

Nadia Bossa (USP)

EDITORES JUNIORS

Guilherme Domingos Martins (PUC-Rio)

Jaqueline Moraes (PUC-Rio)

COMISSÃO EXECUTIVA

Breno Sanvicente-Vieira

J. Landeira-Fernandez

SECRETÁRIO EXECUTIVO: *Francisco Wellington Barreto*

SECRETÁRIA ADMINISTRATIVA: *Vera Lúcia L. da Silva*

REVISÃO: *Claudio R. C. Faria*

EDITORAÇÃO ELETRÔNICA: *Ingroup Tecnologia e Serviços Ltda.*

CONSELHO EDITORIAL

Adriana Wagner, UFRGS, Porto Alegre, Brasil

Alberto Konicheckis, Université Paris Descartes – Paris V, Paris, França

Ana Maria Rudge, UVA, Rio de Janeiro, Brasil

Cleonice Alves Bosa, UFRGS, Porto Alegre, Brasil

Fernando Urribarri, Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires, Argentina

Ilana Strozenberg, ECO/UFRJ, Rio de Janeiro, Brasil

Jurandir Freire Costa, UERJ, Rio de Janeiro, Brasil

Luiz Augusto M. Celes, UnB, Brasília, Brasil

Luiz Eduardo Prado de Oliveira, Université de Bretagne Occidentale,

Brest, França

Maria Consuelo Passos, UNICAP, Recife, Brasil

Maria da Graça Bompastor Borges Dias, UFPE, Recife, Brasil

Marta Gerez Ambertin, Universidad Nacional de Tucumán,

San Miguel de Tucumán, Argentina

Nelson da Silva Junior, USP, São Paulo, Brasil

Pierre Benghozi, Université Paris 8 – Vincennes St Denis, Paris, França

Renato Mezan, PUC-SP, São Paulo, Brasil

Roland Gori, Université de Provence Aix-Marseille I, Marseille, França

Silvia Helena Koller, UFRGS, Porto Alegre, Brasil

Silvia Maria Abu-Jamra Zornig, PUC-Rio, Rio de Janeiro, Brasil

Teresa Cristina Carreteiro, UFF, Niterói, Brasil

Apoio:



Departamento de Psicologia
PUC-Rio

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Central da PUC-Rio

PSICOLOGIA CLÍNICA. Rio de Janeiro. Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.
Centro de Teologia e Ciências Humanas. Departamento de Psicologia. v.35 n.3, set-dez/2023
CDD. 157.9

ISSN: 0103-5665 (impresso)

ISSN: 1980-5438 (online)

MISSÃO DO PERIÓDICO

Divulgar trabalhos originais na área da Psicologia Clínica, contribuindo para a qualidade da pesquisa, para a produção de conhecimento e para a consolidação desse campo no Brasil.

LINHA EDITORIAL

A revista *Psicologia Clínica* é uma publicação quadrimestral de trabalhos originais que se enquadrem em alguma das seguintes categorias: estudos teóricos, revisões bibliográficas, resultados de pesquisas empíricas, relatos de experiência profissional e resenhas de obras publicadas recentemente.

HOMEPAGE:

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_serial&pid=0103-5665

PERIÓDICO INDEXADO NAS BASES DE DADOS:

NACIONAIS:

INDEX PSI www.bvs-psi.org.br

LILACS/BIREME lilacs.bvsalud.org

QUALIS (A2) www.periodicos.capes.gov.br

INTERNACIONAIS:

CLASE dgb.unam.mx/index.php/catalogos/seriunam

Latindex www.latindex.unam.mx/latindex/ficha?folio=17689

PsycINFO www.apa.org/pubs/databases/psycinfo/coverage.aspx#P

Redalyc www.redalyc.org/revista.oa?id=2910

EBSCO www.ebscohost.com/titleLists/foh-coverage.htm

Departamento de Psicologia
Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro
Rua Marquês de São Vicente, 225 – Gávea
22453-900 – Rio de Janeiro – RJ
Tel.: (55 21) 3527-2109
Fax: (55 21) 3527-1187
E-mail: psirevista@puc-rio.br

SUMÁRIO

SUMMARY

EDITORIAL 443

SEÇÃO TEMÁTICA – A PSICOLOGIA CLÍNICA COM FAMÍLIAS

THEMATIC SECTION – CLINICAL PSYCHOLOGY WITH FAMILIES

SECCIÓN TEMÁTICA – LA PSICOLOGÍA CLÍNICA CON FAMILIAS

RESILIÊNCIA FAMILIAR NO CONTEXTO DO TRANSTORNO DO
ESPECTRO AUTISTA: A PERSPECTIVA DOS IRMÃOS

Family resilience in the context of Autism
Spectrum Disorder: The perspective of siblings

Resiliencia familiar en el contexto del Trastorno del
Espectro Autista: La perspectiva de los hermanos

Larissa Líbio

Cleonice Alves Bosa..... 449

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS, PSICOPATOLÓGICAS Y ADAPTATIVAS
ASOCIADAS A LA VIOLENCIA DE PAREJA DURANTE LA PANDEMIA

Variáveis sociodemográficas, psicopatológicas e adaptativas
associadas à violência por parceiro íntimo durante a pandemia

Sociodemographic, psychopathological, and adaptive variables
associated with intimate partner violence during the pandemic

Jaime Humberto Moreno Méndez

María Margarita Rozo Sánchez

Janneth Elizabeth Molina Rico

Sandra Jimena Perdomo Escobar

Dario León Rincón

Andrés Mauricio Santacoloma Suárez..... 475

O CONCEITO DE RESILIÊNCIA PARENTAL E SUAS
IMPLICAÇÕES PSICOSSOCIAIS

The concept of parental resilience and its
psychosocial implications

El concepto de resiliencia parental y sus
implicaciones psicosociales

Célia Regina Rangel Nascimento

Maria Angela Mattar Yunes 499

POR ENTRE AS TRAMAS FAMILIARES:

AVÓS JUDEUS E SEUS NETOS POR ADOÇÃO

Between the family ties:

Jewish grandparents and their grandchildren by adoption

Por entre las tramas familiares:

Abuelos judíos y sus nietos por adopción

Gizele Bakman 521

FOSTER FAMILY AND REUNIFICATION:

DECISION-MAKING SUPPORTED BY THE SARP

Família acolhedora e reunificação:

A tomada de decisão apoiada no instrumento SARP

Familia de acogida y reunificación:

Toma de decisiones apoyadas en el instrumento SARP

Rachel Fontes Baptista

Maria Helena Rodrigues Navas Zamora

João Paulo Delgado 537

SEÇÃO TEMÁTICA – AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA

THEMATIC SECTION – PSYCHOLOGICAL EVALUATION

SECCIÓN TEMÁTICA – EVALUACIÓN PSICOLÓGICA

INSTRUMENTOS E TÉCNICAS PARA A AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO
COMPARTILHADA NO AUTISMO: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

Standardized scales and structured tasks for joint attention
assessment in autism: A systematic review

Instrumentos y técnicas para la evaluación de la atención
compartida en el autismo: Revisión sistemática

Belcris Brochier Mazzitelli

Adriana Jung Serafini..... 561

ALMOST PERFECT SCALE – REVISED (APS-R):

DADOS NORMATIVOS PARA UMA AMOSTRA DE ADULTOS BRASILEIROS

Almost Perfect Scale – Revised (APS-R):

Normative data for a Brazilian adults' sample

Almost Perfect Scale – Revised (APS-R):

Datos normativos para una muestra de adultos brasileños

Marcela Mansur-Alves

Pedro S. R. Martins

Lucas Martins Lima

Carmem Beatriz Neufeld..... 589

DEPRESSÃO, ANSIEDADE E CYBERBULLYING EM ADOLESCENTES DE PERNAMBUCO

Depression, anxiety, and cyberbullying in adolescents from Pernambuco

Depresión, ansiedad y ciberacoso en adolescentes de Pernambuco

Suely de Melo Santana

Davi Italo Souza Barbosa da Silva

Artur Cordeiro de Araújo Bezerra

Juliana Maltoni

Margarida Gaspar de Matos

Carmem Beatriz Neufeld..... 631

SEÇÃO TEMÁTICA – INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA

THEMATIC SECTION – PSYCHOLOGICAL INTERVENTION

SECCIÓN TEMÁTICA – INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA

INTERVENÇÃO CLÍNICA PSICOSSOMÁTICA NA GESTAÇÃO DE ALTO RISCO

Psychosomatic clinical intervention in high-risk pregnancy

Intervención clínica psicossomática en el embarazo de alto riesgo

Taritza Basler

Tagma Marina Schneider Donelli 655

EDITORIAL

A revista *Psicologia Clínica* finaliza mais uma edição, com o tema *Aplicações clínicas da psicologia em famílias e indivíduos*. Esta edição conta com nove artigos de pesquisadores brasileiros e estrangeiros, organizados nas três seguintes seções temáticas: *A psicologia clínica com famílias*, *Avaliação psicológica e Intervenção psicológica*.

A seção *A psicologia clínica com famílias* apresenta cinco estudos e é iniciada com o artigo *Resiliência familiar no contexto do Transtorno do Espectro Autista: A perspectiva dos irmãos*, de autoria de Larissa Líbio e Cleonice Alves Bosa, ambas da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. As autoras realizaram entrevistas com irmãos de crianças com autismo e identificaram características de resiliência familiar, a partir de análises qualitativas. O segundo artigo é intitulado *Variables sociodemográficas, psicopatológicas y adaptativas asociadas a la violencia de pareja durante la pandemia*, de autoria de Jaime Humberto Moreno Méndez, María Margarita Roza Sánchez, Janneth Elizabeth Molina Rico, Sandra Jimena Perdomo Escobar, Darío León Rincón e Andrés Mauricio Santacoloma Suárez, vinculados à Universidad Católica de Colombia (Bogotá, Colombia). Neste artigo empírico, os autores identificaram que adultos com sintomas psicopatológicos e baixa escolaridade vivenciavam situações de violência com maior frequência durante a pandemia. Tais dados ainda podem ser identificados atualmente. O terceiro artigo é intitulado *O conceito de resiliência parental e suas implicações psicossociais*, escrito por Célia Regina Rangel Nascimento, da Universidade Federal do Espírito Santo, e Maria Angela Mattar Yunes, da Universidade Salgado de Oliveira. Por meio de uma revisão narrativa, as autoras discutiram sobre conceitos de resiliência, resiliência parental e resiliência familiar e seus arranjos teóricos.

O quarto artigo da seção *A psicologia clínica com famílias* tem como título *Por entre as tramas familiares: Avós judeus e seus netos por adoção*, de autoria de Gizele Bakman, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. O quinto artigo é intitulado *Foster family and reunification: Decision-making supported by the SARP*, desenvolvido por Rachel Fontes Baptista e Maria Helena Rodrigues Navas Zamora, ambas da Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, e João Paulo Delgado, da Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico do Porto (Porto, Portugal). Os dois últimos artigos são estudos de casos que discutem os fenômenos que percorrem o tema da família.

Na seção *Avaliação psicológica*, é apresentado inicialmente o artigo *Instrumentos e técnicas para a avaliação da atenção compartilhada no autismo: Uma revisão sistemática*, escrito por Belcris Brochier Mazzitelli e Adriana Jung Serafini, ambas da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre. As autoras destacaram a falta de instrumentos para avaliar a atenção compartilhada de crianças brasileiras, com adequadas propriedades psicométricas. O segundo artigo da seção é intitulado *Almost Perfect Scale – Revised (APS-R): Dados normativos para uma amostra de adultos brasileiros*, de Marcela Mansur-Alves, Pedro S. R. Martins e Lucas Martins Lima, da Universidade Federal de Minas Gerais, e Carmem Beatriz Neufeld, da Universidade de São Paulo. Os autores apresentaram normas para uso da APS-R no Brasil, além de complementar com dados de evidências de validade. O terceiro e último artigo da seção é intitulado *Depressão, ansiedade e cyberbullying em adolescentes de Pernambuco*, de autoria de Suely de Melo Santana, da Universidade Católica de Pernambuco, Davi Italo Souza Barbosa da Silva, da Universidade Frassinetti do Recife, Artur Cordeiro de Araújo Bezerra, da Universidade Católica de Pernambuco, Juliana Maltoni, da Universidade de São Paulo, Margarida Gaspar de Matos, da Universidade de Lisboa e Universidade Católica Portuguesa (Lisboa, Portugal), e Carmem Beatriz Neufeld, da Universidade de São Paulo. Os autores trouxeram dados sobre a violência digital e fatores associados, na adolescência em uma amostra do nordeste do Brasil.

Por fim, o último artigo deste número encontra-se na seção *Intervenção psicológica* e é intitulado *Intervenção clínica psicossomática na gestação de alto risco*, de autoria de Taritza Basler, da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, e de Tagma Marina Schneider Donelli, da Universidade do Vale do Rio dos Sinos. As autoras apresentaram os resultados de uma intervenção psicológica com uma gestante hipertensa, por meio do método de estudo de caso.

Espera-se que os leitores aproveitem esta edição da revista *Psicologia Clínica*, que conta com estudos de avaliação e intervenção com famílias e indivíduos. Destaca-se a diversidade de instituições, autores e países envolvidos com pesquisas de temáticas distintas. Agradecemos aos pareceristas e editores que colaboraram com a revisão dos artigos publicados na revista *Psicologia Clínica* em 2023. Boa leitura.

Jaqueline de Carvalho Rodrigues

Editora-chefe da revista *Psicologia Clínica*

Revisores de 2023

Andrea Vinuesa
Bartholomeu de Aguiar Vieira
Beatriz Curia
Bruna Coutinho
Camila Backes dos Santos
Carla Guanaes-Lorenzi
Caroline Rossato Pereira
Clarisse Rinaldi
Cristineide Leandro França
Daniel Boianovsky Kveller
Dayne Costa de Souza Pena
Douglas Bertoloto
Emmy Uehara
Fernanda Barcellos Serralta
Flavia Gaze Bonfim
Gabriela Braz
Gina Khafif Levinzon
Guilherme Domingos Martins
Janari da Silva Pedroso
Jimena de Garay
Jorge Luiz da Silva
Karine Rios
Karol Veiga Cabral
Laisa Marcorela Andreoli Sartes
Liana Fortunato Costa
Lisiane Machado de Oliveira-Menegotto
Lucas Marin Bessa
Luciana Xavier Senra
Luis Anunciação
Luisa Bertrami
Marco Antônio de Oliveira Vieira Goulart
Maria Gláucia Calzavara
Mariana Salles Kehl
Mariana Seize
Martina Kovacs
Matheus Svóboda Caruzo
Pedro Corrêa
Pedro Sobrino Laureano
Pedro Von Sohsten
Rachel Barbabela
Raquel Alcides dos Santos
Rosa Maria Tosta
Solange Epelboim
Suziani de Cássia Almeida Lemos
Talita da Silva Clerc de Freitas
Thayro Andrade Carvalho
Thicianne Malheiros da Costa
Vera Regina Röhnelt Ramires
Vicente Cassepp-Borges
Vivian de Medeiros Lago
Yaskara Palma

SEÇÃO TEMÁTICA –
A PSICOLOGIA CLÍNICA
COM FAMÍLIAS

Resiliência familiar no contexto do Transtorno do
Espectro Autista: A perspectiva dos irmãos

Variables sociodemográficas, psicopatológicas y adaptativas
asociadas a la violencia de pareja durante la pandemia

O conceito de resiliência parental e suas implicações psicossociais

Por entre as tramas familiares:
Avós judeus e seus netos por adoção

Foster family and reunification:
Decision-making supported by the SARP

RESILIÊNCIA FAMILIAR NO CONTEXTO DO TRANSTORNO DO ESPECTRO AUTISTA: A PERSPECTIVA DOS IRMÃOS

*FAMILY RESILIENCE IN THE CONTEXT OF
AUTISM SPECTRUM DISORDER:
THE PERSPECTIVE OF SIBLINGS*

*RESILIENCIA FAMILIAR EN EL CONTEXTO
DEL TRASTORNO DEL ESPECTRO AUTISTA:
LA PERSPECTIVA DE LOS HERMANOS*

*Larissa Líbio⁽¹⁾
Cleonice Alves Bosa⁽²⁾*

RESUMO

As pesquisas sobre resiliência familiar no contexto do Transtorno do Espectro Autista (TEA) priorizam a percepção dos cuidadores e demonstram a importância de compreender a perspectiva de outros membros. Este estudo buscou identificar processos de resiliência familiar e eventuais barreiras para sua realização, a partir da percepção de irmãos de indivíduos com TEA. Para isso, realizou-se um estudo de casos múltiplos com seis irmãos adolescentes, empregando-se entrevistas individuais com o uso de fotografias. Por meio da análise temática dedutiva, observou-se a ocorrência dos processos de resiliência familiar, conforme modelo de Walsh. Aspectos de fortalecimento foram evidenciados nas transformações pessoais e familiares mencionadas pelos participantes, como aprender a entender melhor o outro e ter maior união da família. Esta união é facilitada pela comunicação aberta, apoio mútuo, flexibilidade e a percepção de que os desafios do TEA são compartilhados. Entretanto, a falta de tempo exclusivo com

⁽¹⁾ Psicóloga, Mestra em Psicologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS, Brasil. <https://orcid.org/0000-0003-1669-4062> — email: larissalibio@gmail.com

⁽²⁾ Doutora em Psicologia e Professora no Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre, RS, Brasil. <https://orcid.org/0000-0002-0385-4672> — email: cleonicebosa@gmail.com

Esta pesquisa recebeu apoio financeiro da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), na forma de bolsa de estudos da primeira autora.

os pais, a limitação do suporte social e alguns papéis assumidos pelo irmão na família podem ser barreiras para a realização de alguns processos de resiliência familiar. Conclui-se que, apesar dos desafios, ter um membro com TEA propicia crescimento pessoal e familiar que depende, entre outros aspectos, de como tais experiências são compartilhadas na família.

Palavras-chave: Transtorno do Espectro Autista; resiliência familiar; família; irmãos; estudo de casos múltiplos.

ABSTRACT

Studies on family resilience in the context of Autism Spectrum Disorder (ASD) prioritize caregivers' perceptions and demonstrates the importance of understanding the perspective of other members. This study aimed to identify processes of family resilience and possible barriers to their realization, based on the perception of siblings of individuals with ASD. For this, a multiple case study was carried out with six teenage siblings, using individual interviews with photographs. Through deductive thematic analysis, the occurrence of family resilience processes was observed, according to Walsh's model. Strengthening aspects were evidenced in the personal and family transformations mentioned by the participants, such as learning to better understand each other and improving family unity. This unity is promoted by open communication, mutual support, flexibility, and the perception that the challenges of TEA are shared. However, the lack of exclusive time with the parents, the limitation of social support and some roles taken up by the sibling in the family can be barriers to the realization of some processes of family resilience. One concludes that, despite the challenges, having a member with ASD provides personal and family growth that depends, among other aspects, on how these experiences are shared in the family.

Keywords: Autism Spectrum Disorder; family resilience; family; siblings; multiple case study.

RESUMEN

La investigación sobre la resiliencia familiar en el contexto del Trastorno del Espectro Autista (TEA) prioriza las percepciones de los cuidadores y demuestra la importancia de comprender la perspectiva de los demás miembros. Este estudio buscó identificar procesos de resiliencia familiar y posibles obs-

táculos para su realización, a partir de la percepción de hermanos de personas con TEA. Para ello, se realizó un estudio de caso múltiple con seis hermanos adolescentes, utilizando entrevistas individuales con fotografías. A través del análisis temático deductivo, se observó la ocurrencia de procesos de resiliencia familiar, según el modelo de Walsh. Se evidenciaron aspectos fortalecedores en las transformaciones personales y familiares mencionadas por los participantes, como aprender a entenderse mejor y tener una mayor unidad familiar. Esta unión se ve facilitada por la comunicación abierta, el apoyo mutuo, la flexibilidad y la comprensión de que los desafíos de TEA son compartidos. Sin embargo, la falta de tiempo exclusivo con los padres, la limitación del apoyo social y algunos roles asumidos por el hermano en la familia pueden ser barreras para la realización de algunos procesos de resiliencia familiar. Se concluye que, a pesar de los desafíos, tener un miembro con TEA proporciona un crecimiento personal y familiar que depende, entre otras cosas, de cómo se compartan estas experiencias en la familia.

Palabras clave: Trastorno del Espectro Autista; resiliencia familiar; familia; hermanos; estudio de casos múltiples.

Introdução

O Transtorno do Espectro Autista (TEA) se caracteriza por comprometimentos persistentes na comunicação e interação social e em padrões de comportamentos, interesses e atividades restritos, repetitivos e incomuns (APA, 2014). Segundo o último relatório do Centers for Disease Control and Prevention (CDC), nos Estados Unidos, estima-se que 1 a cada 36 crianças apresentem o transtorno (Maenner et al., 2023). O TEA requer diferentes níveis de suporte que podem afetar diferentemente as famílias. Tais níveis se distinguem de acordo com a necessidade de apoio exigida em relação à comunicação social verbal e não verbal, interações sociais, a presença de comportamentos restritos/repetitivos, entre outros. Os níveis se dividem em: nível 1 (exige apoio), nível 2 (exige apoio substancial) e nível 3 (exigindo apoio muito substancial) (APA, 2014).

A literatura aponta que o diagnóstico produz efeitos na família, entre eles, o estresse parental (Anjos & Morais, 2021; Portes & Vieira, 2022). Apesar do foco nos cuidadores, os impactos do diagnóstico também se estendem a outros membros, como os irmãos (Iannuzzi et al., 2022). Os estudos que exploram a

experiência de viver com um irmão com TEA, por exemplo, revelam a coexistência de aspectos negativos e positivos. Prejuízos na rotina doméstica e escolar, obstáculos no lazer em família e pouca atenção dos pais refletem aspectos negativos (Cridland et al., 2016; Pavlopoulou & Dimitriou, 2020). Entre os aspectos positivos, destaca-se a possibilidade de crescimento pessoal, por meio do desenvolvimento de habilidades para lidar com as diferenças, e o fortalecimento dos vínculos familiares (Corsano et al., 2017; Gorjy et al., 2017). Tais efeitos demonstram a capacidade do sistema familiar de crescer diante de uma adversidade, revelando processos de resiliência (Bayat, 2007).

Entre os estudos que exploram a resiliência no campo da deficiência estão aqueles que utilizam o conceito de resiliência familiar (Aguiar & Morais, 2022; Rooke & Pereira-Silva, 2016). Segundo Walsh (1996), a resiliência familiar amplia o conhecimento acerca dos processos que permitem que as famílias em situações estressoras consigam se recuperar e se fortalecer. Mais do que enfrentar, administrar e se adaptar a situações estressantes, a resiliência familiar se refere ao crescimento positivo da família a partir da adversidade (Walsh, 1996, 2003). Nessa perspectiva, a resiliência envolve processos dinâmicos e relacionais, nos quais cabem fatores de risco e proteção, além de influências individuais, familiares, sociais e culturais (Walsh, 2016).

Walsh desenvolveu uma estrutura composta por elementos fundamentais para a resiliência familiar que têm potencial para diminuir o estresse em situações desafiadoras, promover crescimento e capacitar o sistema para superar adversidades prolongadas (Walsh, 1996, 2003). O primeiro processo-chave se refere aos sistemas de crenças, no qual crenças e atitudes produzem explicações e geram significado para a experiência vivenciada. Tal domínio envolve processos como dar sentido à adversidade, uma perspectiva positiva e a transcendência e espiritualidade. O segundo processo-chave se refere aos padrões organizacionais que permitem a reorganização da família e sua mobilidade na presença de flexibilidade, conectividade e coesão, e recursos sociais e financeiros. O último processo-chave remete à comunicação e resolução de problemas, e envolve informações claras e consistentes, expressão emocional aberta e resolução de problemas colaborativa (Walsh, 2003, 2016).

Há estudos que buscaram explorar a resiliência familiar no contexto do TEA (Bayat, 2007; Ilias et al., 2019). Na revisão sistemática conduzida por Guntty (2021), os estudos indicaram elementos comuns entre as famílias que podem influenciar o processo de resiliência familiar, como fatores estressores (características da criança e o suporte exigido), recursos de proteção (apoio for-

mal e informal), relacionamentos fortes, comunicação assertiva e a criação de um significado positivo sobre a deficiência. O trabalho de Bayat (2007) buscou identificar os fatores de resiliência familiar no contexto do TEA por meio de entrevistas com 175 cuidadores. O estudo utilizou o referencial teórico de Walsh e identificou fatores de resiliência familiar relacionados à capacidade das famílias de reunir recursos e estabelecer conexões entre os membros, à criação de um significado positivo para a deficiência, ao fortalecimento dos relacionamentos familiares e das crenças espirituais.

A pesquisa desenvolvida por Leone et al. (2016) também utilizou o modelo de Walsh em seu estudo com 155 cuidadoras de crianças com transtorno do neurodesenvolvimento, incluindo o TEA. Os resultados demonstraram que a resiliência foi caracterizada, em parte, pelo sistema de crenças, padrões organizacionais e processos de comunicação. Constatou-se a presença dos sistemas de crenças, por meio de percepções positivas da deficiência e da criança e padrões organizacionais marcados por um ambiente estimulante. Outros estudos internacionais, como os de Ilias et al. (2019) e Fong et al. (2021), também apresentaram evidências empíricas que apontam para a presença de fatores de resiliência familiar no contexto do TEA. Redes de apoio informal, por exemplo, podem ser associadas à maior resiliência em famílias com crianças com TEA. Para Fong et al. (2021), o apoio informal fornece empatia, conforto e promove o compartilhamento de informações, protegendo as famílias do isolamento e aumentando sua capacidade de resiliência.

Assim como ocorre no cenário internacional, os estudos sobre resiliência familiar no contexto do TEA no Brasil também contemplam as percepções dos cuidadores. A pesquisa de Semensato e Bosa (2017), por exemplo, buscou identificar indicativos de resiliência parental no processo de elaboração do diagnóstico do TEA, por meio de entrevistas com casais. Os resultados demonstraram que a elaboração do diagnóstico é permeada pelo desenvolvimento de processos de resiliência que se refletem no desenvolvimento da família. Destaca-se que a escolha de abordar famílias que convivem com um familiar com TEA ocorre devido às especificidades desse transtorno, tais como o comprometimento na interação social recíproca e a presença de comportamentos repetitivos e rígidos que podem interferir nas dimensões de resiliência familiar.

Considerando esses aspectos, observa-se que a resiliência familiar no TEA tem sido estudada, especificamente, com os cuidadores. Como mencionado por Gunty (2021), mostra-se necessário explorar tais processos na perspectiva de outros membros da família, como os irmãos. Nesse sentido, conhecer as per-

cepções dos irmãos pode contribuir para entender os impactos do diagnóstico neles e suas necessidades, além de ampliar a compreensão sobre a ocorrência dos processos de resiliência familiar nesse contexto. Dessa forma, este estudo teve como objetivo identificar processos de resiliência familiar e eventuais barreiras que podem interferir em sua realização, a partir da percepção de irmãos de indivíduos com TEA.

Método

Delineamento e caracterização dos participantes

Esta é uma pesquisa qualitativa, transversal e exploratória, de estudo de casos múltiplos (Yin, 2015). O estudo contou com seis adolescentes, entre 12 e 18 anos de idade, três do sexo feminino e três do sexo masculino. Os adolescentes eram irmãos de indivíduos com TEA e residiam com eles. Os irmãos com TEA haviam recebido o diagnóstico há, pelo menos, seis meses. Os seguintes dados foram solicitados para compreender o nível de suporte dos irmãos com TEA: presença de linguagem verbal, se frequenta a escola regular e deficiências associadas. Esses dados, bem como outros que caracterizam os participantes da pesquisa e suas famílias, estão apresentados na Tabela 1.

Tabela 1 — Caracterização dos participantes e de suas famílias

Participante:*	I1	I2	I3	I4	I5	I6
Sexo	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino
Idade	13 anos	12 anos	14 anos	15 anos	16 anos	18 anos
Raça/Cor	Branco	Parda	Branco	Branca	Branco	Branca
Escolaridade	7º ano EF	7º ano EF	9º ano EF	1º ano EM	2º ano EM	3º ano EM
Ordem de nascimento	Irmão mais novo	Irmã mais nova	Irmão mais velho	Irmã gêmea	Irmão mais velho	Irmã mais velha
Fotografia: "Como é ser irmão de alguém com TEA?"						
	Cena em que ele está ajudando o irmão numa tarefa escolar	Cena em que ela está no quarto do irmão e ele está jogando no computador	Cena dele com o irmão fazendo caretas	Cena de um porta-retrato com uma fotografia em que ela segura o irmão	Cena tentando enganar a irmã numa brincadeira	Cena do irmão comendo chocolate
Irmão com TEA						
Sexo	Masculino	Masculino	Masculino	Masculino	Feminino	Masculino
Idade	14 anos	14 anos	3 anos	15 anos	3 anos	6 anos
Diagnóstico TEA	Aos 2 anos	Aos 12 anos	Aos 2 anos	Aos 6 anos	Com 1 ano	Aos 3 anos
Deficiências associadas	Sim, deficiência intelectual	Não	Não	Sim, deficiência intelectual	Não	Não
Linguagem verbal	Sim, com limitações	Sim	Sim, iniciando	Não	Sim	Sim
Frequência escola	Sim, escola regular	Sim, escola regular	Não	Não	Não	Sim

continua...

...continuação

Participante:*	11	12	13	14	15	16
Configuração familiar						
Moradia	Moram com os pais	Pais separados. Moram com a mãe	Moram com os pais e a avó	Moram com os pais	Moram com os pais	Pais separados. Moram com a mãe
Outros irmãos	1 irmã mais velha que não reside junto	Não	Não	Não	Não	Não
Idade pais	Mãe: 41 Pai: 36	Mãe: 36 Pai: 53	Mãe: 32 Pai: 45	Mãe: 57 Pai: 62	Mãe: 45 Pai: 46	Mãe: 38
Escolaridade	Mãe: Superior completo Pai: Superior incompleto	Mãe: EM completo Pai: Superior incompleto	Mãe: EF completo Pai: EF incompleto	Mãe: Pós-graduação Pai: Pós-graduação	Mãe: Superior Completo Pai: Pós-graduação	Mãe: Superior completo
Ocupação atual	Mãe: do lar Pai: policial	Mãe: instrutora de cursos Pai: corretor	Mãe: auxiliar de serviços gerais Pai: motorista	Mãe: professora Pai: arquiteto	Mãe: bancária Pai: corretor	Mãe: empresária
Local de residência	Área rural em cidade metropolitana	Interior do estado	Interior do estado	Cidade da região metropolitana	Capital do estado	Interior do estado
Renda familiar	3 a 6 SM	Até 1 SM	3 a 6 SM	Mais de 15 SM	Mais de 15 SM	3 a 6 SM

Notas:

* = letra e número para identificar o participante, irmão adolescente da pessoa com TEA;
EF = Ensino Fundamental; EM = Ensino Médio; SM = salário-mínimo.

Instrumentos

Ficha de dados sociodemográficos da família (adaptado de Gomes, 2003): Teve como objetivo o levantamento dos dados sociodemográficos dos participantes e de suas famílias.

Ficha de dados sobre o irmão com TEA (adaptado de Gomes, 2003): Teve como objetivo o levantamento de dados acerca do diagnóstico do irmão com TEA e de suas características.

Entrevista com o uso de fotografias sobre a experiência da adolescência e os processos de resiliência familiar: Outros estudos com irmãos com TEA também têm empregado o uso de fotografias (Latta et al., 2014; Pavlopoulou & Dimitriou, 2020). Esse recurso, além de ampliar a compreensão acerca da experiência dos participantes, também facilita a comunicação com os adolescentes durante a entrevista (Latta et al., 2014). Neste estudo, os participantes foram orientados a produzir fotografias que representassem: “como é ser adolescente”, “como é ser adolescente numa família que convive com o autismo” e “como é ser irmã/irmão de um indivíduo com autismo”. Os registros fotográficos foram explorados durante a entrevista, composta por 38 perguntas, com base na revisão da literatura, acerca da experiência de adolescentes de viver com um irmão com TEA e dos processos de resiliência familiar.

Procedimentos de coleta de dados

Todos os procedimentos de coleta de dados ocorreram de forma remota. Para o recrutamento, associações pró-autismo e profissionais da área de diferentes regiões do Rio Grande do Sul foram contatados por telefone e indicaram 12 famílias que contemplavam os critérios do estudo: famílias com filhos com idades entre 12 e 18 anos, com desenvolvimento típico, que residissem com irmãos com TEA. Em contato telefônico, três famílias foram excluídas por não atenderem ao critério de idade dos filhos e três outras, por não retornarem o contato da pesquisadora, restando seis adolescentes que aceitaram participar. Após a concordância do responsável e do adolescente, foi realizado um encontro online com ambos para orientações sobre os procedimentos da pesquisa. Uma entrevista piloto foi realizada, resultando em poucas alterações ao roteiro de perguntas. Todas as entrevistas foram dirigidas pela primeira autora, que é psicóloga e tem experiência no

atendimento a adolescentes. As entrevistas foram realizadas por meio da plataforma digital Google Meet, versão institucional, e foram gravadas. Em média, cada entrevista teve duração de 1 hora e 20 minutos.

Considerações éticas

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética da instituição à qual está vinculado (CAAE 46952321.0.0000.5334) e seguiu os preceitos éticos das Resoluções nº 466/2012 e nº 510/2016, além das orientações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa para estudos em ambientes virtuais (Ministério da Saúde, 2021). Os adolescentes aceitaram sua participação por meio do Termo de Assentimento e seus responsáveis, com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, disponibilizados online. Eles foram informados sobre todos os procedimentos, riscos e direitos e foram identificados neste estudo com siglas para manter seu anonimato.

Análise dos dados

Para a caracterização dos casos, foram utilizados os dados da Ficha de dados sociodemográficos da família e da Ficha de dados sobre o irmão com TEA. As entrevistas abordaram inicialmente o conteúdo das fotografias e foram examinadas por meio da análise temática dedutiva, do tipo codebook thematic analysis (Braun & Clarke, 2006; Braun et al., 2019). Os temas foram definidos *a priori* e se referem aos processos-chave de resiliência familiar de Walsh (2003) e eventuais barreiras que podem interferir nesses processos. As entrevistas foram transcritas na íntegra e o software NVivo, versão 13, foi utilizado na organização dos dados codificados. A análise foi realizada pela primeira autora com a consultoria de uma especialista em análise qualitativa e revisada pela segunda autora.

Resultados e discussão

A análise temática gerou três categorias e subcategorias: *sistemas de crenças* (dar sentido à adversidade, perspectiva positiva, transcendência e espiritualidade); *padrões organizacionais* (flexibilidade, conectividade e coesão, recursos sociais e econômicos) e *processos comunicacionais / resolução de problemas*

(informações claras e consistentes, expressão emocional e aberta, resolução de problemas colaborativa).

Na categoria *sistemas de crenças* são apresentados os seguintes processos: *dar sentido à adversidade*; *perspectiva positiva*; e *transcendência e espiritualidade*. *Dar sentido à adversidade* envolve a construção de significados para a situação potencialmente adversa, entendendo-a como um desafio compartilhado, contextualizado, gerenciável e significativo (Walsh, 2003, 2016). Os resultados deste estudo apontam que os irmãos atribuem um significado positivo à experiência do TEA na família. Os participantes I1, I4 e I6 mencionaram que ter um irmão com TEA promoveu mudanças na família, como ilustrado por I1: “Se o [irmão] não fosse autista, a mãe não teria criado a associação [pró-autismo]. Muito provavelmente, se o [irmão] não fosse autista, esta família não seria tão unida.” Esses resultados são semelhantes aos de Sim et al. (2019) em que os participantes, que eram cuidadores, reconheceram o TEA como uma responsabilidade compartilhada que os aproximou e que impactou positivamente a família. Outros estudos apontaram para o papel das percepções positivas em relação à deficiência como um processo que estimula a resiliência familiar (Bayat, 2007; Thompson et al., 2013). Para Thompson et al. (2013), o reconhecimento do impacto positivo da deficiência num nível pessoal e familiar pode mediar a relação entre o estresse parental e o ajustamento familiar.

Os resultados também apontaram para a tentativa de contextualizar a experiência de viver com um irmão com TEA. Observou-se, por exemplo, nos relatos de I1, I3 e I6, a busca por entender o irmão numa perspectiva de desenvolvimento típico, como dito por I3: “Pra mim é um irmão normal.” I1 reporta se incomodar com o tratamento das pessoas ao irmão, por compreenderem a diferença como algo “estranho”, demonstrando uma busca do participante por entender o irmão numa perspectiva da diversidade, como exposto: “Bah, mas todo mundo é diferente, ninguém é igual. O [irmão] só tem necessidade que vocês não têm. Só isso.” (I1) Tais achados corroboram os resultados de King et al. (2006), em que se aponta que famílias com crianças com deficiência tendem a desenvolver visões de mundo mais amplas, reconhecendo as contribuições positivas do filho com deficiência e valorizando a diversidade. No presente estudo, o processo de dar sentido à adversidade foi observado tanto em famílias que receberam o diagnóstico de TEA recentemente quanto há mais tempo.

A *perspectiva positiva* envolve a afirmação de pontos fortes e o foco no potencial dos membros e da família. Nesse sentido, os resultados deste estudo demonstraram que os irmãos reconhecem diversos aspectos positivos no irmão com TEA, nos pais e na família. Todos os irmãos reconhecem qualidades dos

irmãos com TEA as quais admiram. Entre elas, mencionaram que eles são carinhosos, afetuosos e preocupados com a família. I1, I2, I4 e I6 destacaram que os irmãos são inteligentes, espertos e despreocupados com estereótipos, o que consideram positivo.

Os participantes I1, I3, I4 e I5 têm uma percepção da família pautada em admiração, orgulho e no reconhecimento de que mantêm uma boa relação e uma forte ligação, como exposto por I4: “A gente tem essa relação e é até um negócio de orgulho, tipo ‘eu tenho isso aqui, sabe?’, e eu prezo muito por isso. Até chorei antes, né.” Os irmãos também observam características positivas nos cuidadores, percebendo-os como esforçados e batalhadores, especialmente quanto ao tratamento dos irmãos. De fato, ter uma visão positiva acerca da pessoa com deficiência e dos demais membros da família contribui para o processo de resiliência familiar no contexto do TEA (Bayat, 2007; Sim et al., 2019). Na pesquisa de Sim et al. (2019) com cuidadores, foi identificado otimismo em relação ao progresso da criança e da família, além do foco em suas potencialidades. Estudos com irmãos de indivíduos com TEA também apontaram a presença de percepções positivas (Pavlopoulou & Dimitriou, 2020; Schmeer et al., 2021), entre elas a percepção do irmão com TEA como alguém inspirador, como observado no estudo de Schmeer et al. (2021).

No que se refere à *transcendência e espiritualidade*, entende-se que tanto as práticas religiosas quanto a conexão com a natureza, com a arte ou o encontro com ações comunitárias e o ativismo social podem ser fontes de conforto e aprendizado. Isso também pode levar os membros à transformação e ao crescimento pessoal (Walsh, 2003). Os participantes deste estudo não mencionaram, por exemplo, aspectos relacionados a crenças religiosas ou espirituais na família, o que contrasta com estudos com cuidadores que apontam uma forte influência da espiritualidade (Bayat, 2007; Ilias et al., 2019). A ausência dessa dimensão nos relatos dos participantes pode se justificar pela fase de desenvolvimento em que se encontram, em que tais temas podem não ser foco do interesse e envolvimento dos adolescentes.

Os participantes relataram transformações ocorridas neles e na família a partir da experiência de viver com um irmão com TEA. Entre as transformações, I2, I4, I5 e I6 destacaram uma melhor compreensão sobre as pessoas, sobre as suas diferenças e necessidades, como exposto por I6: “Aprender a compreender melhor as pessoas, não julgar, tentar entender como funciona. Claro que a gente nunca vai conseguir, mas tentar compreender como funciona o pensamento e a cabeça de cada um, sabe.” O participante I5 reflete que a convivência com a irmã o ensinou a ser mais cuidadoso com as pessoas: “Ser mais cauteloso na hora de

invadir o espaço de alguém. Eu acho que esse foi o principal ensinamento: aprender o cuidado que eu tenho que ter com as pessoas que eu não era tão cuidadoso antes.” Para Walsh (2016), a transformação obtida por meio da aprendizagem, da mudança e do crescimento a partir das adversidades é um elemento importante para a resiliência familiar.

No estudo de Bayat (2007), os participantes relataram se tornar mais compassivos, atenciosos e conscientes das diferenças individuais a partir da experiência com o TEA. Os estudos com irmãos adolescentes de indivíduos com TEA também ressaltam a possibilidade de aprendizado como um efeito da convivência com o irmão (Iannuzzi et al., 2022; Schmeer et al., 2021). Nos resultados de Iannuzzi et al. (2022), a experiência de viver com o irmão com TEA foi entendida pelos irmãos como uma oportunidade de crescimento, pela possibilidade de desenvolverem aceitação, empatia e compaixão.

Outro resultado deste estudo apontou para o envolvimento dos pais dos participantes em ações sociais, como a criação de uma associação pró-autismo e a divulgação de informações sobre o tema, conforme exposto por I1. Cabe destacar que a família desse participante reside numa área rural, onde serviços de saúde para o tratamento do filho com TEA podem se mostrar ausentes. Para esse irmão, por meio da associação pró-autismo a mãe consegue auxiliar outras famílias que também convivem com o TEA, o que se relaciona ao elemento da transcendência proposto por Walsh (2016), em que o ativismo social pode ser fonte de resiliência. Destaca-se que nesse primeiro domínio não foram identificadas barreiras que possam ter interferido nesses processos de resiliência familiar.

Na categoria de padrões organizacionais, são apresentados os seguintes processos: *flexibilidade; conectividade ou coesão; e recursos sociais e econômicos*. *Flexibilidade* refere-se à reorganização estrutural familiar que pode resultar em mudanças nos padrões de interação dos membros, nas rotinas e em seus papéis. Deve ser acompanhada pela garantia de continuidade e segurança para os membros da família, equilibrando estabilidade e mudança (Walsh, 2003). Nos relatos dos participantes foram identificadas adaptações na organização familiar para atender às necessidades dos irmãos com TEA. I5, por exemplo, refletiu que a organização da família se modifica em relação aos horários dos atendimentos da irmã. I1 e I6 apontaram para ajustes na rotina doméstica em função das dificuldades comuns ao TEA, como a hipersensibilidade sonora e a seletividade alimentar. Nesse sentido, há um maior cuidado com o excesso de ruídos sonoros e a escolha dos alimentos no preparo das refeições da família. Observou-se também, nos relatos de I3 e I5, que as famílias deixaram de frequentar espaços que o irmão com TEA demonstra dificuldade de permanecer, optando por lu-

gares de que ele goste. Para I5, a família encontrou novas formas de aproveitar os momentos de lazer: “Ela [irmã] gosta de lugares mais calmos, de natureza, e eu gosto, adoro também. Então pra mim não faz muita falta. A gente adaptou um novo jeito de aproveitar.”

Para Walsh (2016), é necessário que a família reorganize seus padrões de interação a fim de se adequar às novas condições. Nesse sentido, observa-se que alguns participantes também experimentam diferentes papéis na família, entre eles, o de cuidado com o irmão. Por exemplo, I1 e I6 relataram que, com frequência, cuidam dos irmãos quando os pais não podem e os auxiliam em tarefas escolares. Além disso, I3 e I5 contaram participar de atividades de estimulação relacionadas ao plano terapêutico dos irmãos. Os achados demonstraram que os participantes se sentem importantes e valorizados em auxiliar os pais nos cuidados com os irmãos. Outros estudos com irmãos revelam que eles tendem a compartilhar os cuidados dos irmãos com TEA com os pais (Corsano et al., 2017; Pavlopoulou & Dimitriou, 2020), reforçando os achados desta pesquisa.

As fotografias dos participantes também demonstraram os diferentes papéis assumidos por eles na família. I1, por exemplo, representou “como é ser irmão de um indivíduo com TEA”, com uma fotografia em que o auxiliava numa tarefa escolar. Já I5 apresentou uma fotografia em que tentava engajar a irmã numa brincadeira. Esse participante, inclusive, declarou se ver como “coterapeuta” (descrição utilizada pelo participante), manifestando sentir-se bem em colaborar.

Os resultados dos estudos sobre resiliência familiar no contexto da deficiência também apontam para a presença da flexibilidade. Na pesquisa de Rooke e Pereira-Silva (2016), as famílias demonstravam compartilhar papéis e funções frequentemente. Já no estudo de Choi e Yoo (2015), observou-se que os cuidadores com maior flexibilidade, coesão familiar, habilidades de comunicação e suporte social demonstraram maior adaptação e tendiam a apresentar menores índices de depressão.

De maneira geral, os resultados demonstraram abertura à mudança presente nessas famílias, tendo em vista que conseguem adaptar a rotina e compartilhar papéis. Entretanto, também se observaram barreiras que podem interferir nesse processo. I6 reportou preocupar-se com o fato de a mãe resolver sozinha as questões familiares, por entender que isso pode sobrecarregá-la, como exposto: “Ela meio que tenta trazer tudo pra ela e a gente acaba não dividindo como uma família deveria dividir, então ela toma a frente e a iniciativa de tudo.” I6 demonstrou reconhecer a importância de dividir as demandas familiares entre os membros. Cabe ressaltar que os pais de I6 são separados e ela reside com a mãe e o irmão. Nesse caso, a possível ausência de coparentalidade pode con-

tribuir para a sobrecarga materna, conforme já observado em outros estudos (Portes & Vieira, 2020).

Ainda em relação às barreiras, os resultados revelaram que alguns papéis desempenhados pelos irmãos na família podem interferir negativamente na relação entre os irmãos. I5, por exemplo, apesar de sentir-se bem por colaborar com o plano terapêutico da irmã, também indica incômodo ao perceber que seu papel como “coterapeuta” já interferiu na relação, uma vez que se via cobrado a buscar estimulá-la em todas as interações. Nos estudos com irmãos de indivíduos com TEA, em geral, há evidências de que eles tendem a assumir um papel de cuidado com os irmãos (Leedham et al., 2020). No estudo de Cridland et al. (2016), com irmãs adolescentes, elas demonstraram sentimentos conflitantes quanto ao papel de cuidadoras. Ao mesmo tempo em que se sentiam valorizadas em prestar apoio, observaram sobrecarga com essa responsabilidade.

A *conectividade ou coesão* refere-se à presença de apoio mútuo, compromisso e colaboração para enfrentar a crise juntos. Ao mesmo tempo, é fundamental que as necessidades, diferenças e limites individuais sejam preservados (Walsh, 2003). Todos os participantes mencionaram a presença de afeto e apoio mútuo nas relações com a família, como exposto por I1: “A gente tem uma ligação maior [...] todos nós somos carinhosos, todos nós somos amorosos uns com os outros, e eu acho que a nossa ligação que é importante.” Para I1, essa aproximação é resultado do cuidado compartilhado do irmão com TEA. Tal dado corrobora os achados de Bayat (2007) em que a maioria das famílias indicou uma maior aproximação entre os membros por terem um filho com deficiência.

Nas fotografias apresentadas, destaca-se a escolha dos irmãos por momentos compartilhados com os irmãos com TEA, o que pode representar a proximidade entre eles. Na fotografia de I2, ela estava no quarto com o irmão enquanto ele jogava no computador. Na de I3, ele aparecia fazendo caretas com o irmão. Já I4 utilizou uma cena da infância em que eles estão abraçados. Os dados corroboram os achados de Schmeer et al. (2021), demonstrando que os irmãos compartilhavam diariamente momentos conjuntos de lazer. Além disso, I1, I2, I5 e I6 demonstraram sentir-se conectados com os irmãos com TEA e observaram que há apoio entre eles. Por exemplo, I2 relatou como o irmão a acolheu após uma briga dela com os pais: “Eu tava chorando e ele perguntou se eu queria um abraço. Aí a gente ficou um bom tempo abraçado até eu me acalmar”. A conectividade e coesão se mostrou presente tanto em famílias cujos filhos com TEA tinham idade pré-escolar quanto naquelas em que estavam na adolescência. Nesse contexto, Ilias et al. (2019) reportaram que a experiência de

ter um filho com TEA pode levar a maior coesão familiar, servindo como um fator de proteção frente ao estresse.

Observa-se também barreiras que podem interferir nesse processo, como a falta de tempo exclusivo dos participantes com os pais, como exposto por I5: “Raramente, eu acho que no último ano a gente fez isso só uma vez, muito pouco.” Os participantes I2 e I5 relataram que gostariam de ter um momento com os pais sem os irmãos. I5 ressaltou que a impossibilidade de ter esses momentos reside na falta de alguém que fique com a irmã, o que indica que a falta de suporte familiar pode ser um obstáculo. Já I2 relacionou essa falta de tempo às demandas do irmão. Para a participante, o irmão precisa receber mais atenção devido ao seu diagnóstico. Walsh (2016) apontou que um dos elementos da conectividade é o respeito às necessidades individuais. Nesse sentido, observa-se que o fato desses irmãos não terem momentos exclusivos com os cuidadores pode interferir nesse processo, visto que suas necessidades individuais não estão sendo atendidas. No estudo de Schmeer et al. (2021), os irmãos também relatavam que os pais passavam mais tempo com o irmão com TEA do que com eles, o que gerava sentimentos contraditórios. Embora compreendessem que o irmão precisava de atenção, sentiam-se incomodados e desejavam que os pais estivessem mais próximos deles.

Algumas características do irmão com TEA são apontadas como obstáculos para momentos compartilhados em família, o que pode interferir na proximidade. Os irmãos observavam que as saídas em família eram raras e, quando aconteciam, eram rápidas, devido à dificuldade do irmão com TEA em permanecer muito tempo fora de casa, como exposto por I1: “A gente não vai muito em festas, a gente não fica muito em festas também [...] a minha mãe vai, fica no parabéns, às vezes nem come o bolo e já sai. Por causa do [irmão].” A participante I4 também sinaliza que os passeios em família são limitados a saídas de carro, devido à instabilidade de humor do irmão, das dificuldades dele para interagir socialmente e da falta de estrutura dos espaços. Aspectos semelhantes foram mencionados por cuidadores de crianças com TEA no estudo de Myers et al. (2009), no qual os pais apontavam para os passeios em lugares públicos ou momentos com a família extensa como um grande desafio, devido aos comportamentos agressivos do filho com TEA, o que levou ao isolamento da família. Em relação aos achados do presente estudo, entende-se que a presença de suporte familiar e espaços acessíveis para o irmão com TEA poderiam contribuir para que as famílias compartilhassem momentos de lazer fora do espaço doméstico.

Os *recursos sociais e econômicos* referem-se ao suporte social e financeiro, apoio prático e emocional de familiares, comunidade, instituições e demais redes

sociais (Walsh 2003, 2016). Os participantes mencionaram a importância do suporte, tanto dos profissionais que acompanham a família quanto dos familiares. I1 e I2 compreendiam que os profissionais que atendem o irmão desempenham um papel fundamental de suporte à família. Quanto ao suporte de familiares, I1, I3, I4, I5 e I6 contaram que familiares próximos costumavam auxiliar a família nos cuidados com o irmão, especialmente avós e tias. Esse suporte acontecia, por exemplo, por um cuidado alternativo, permanecendo com os irmãos na ausência dos pais, como mencionado por I3, I4 e I6, bem como por meio do apoio financeiro, como exposto por I1: “Principalmente a minha vó. Ela ajuda dando dinheiro”. (I1) No caso de I3, a avó materna reside em alguns períodos com a família e tem como ocupação cuidar dele e do irmão.

Ainda sobre o cuidado alternativo, os participantes I4 e I5 destacaram a importância do suporte da babá. Para I4, a presença da babá permite que ela e os pais saiam de casa quando se sentem sobrecarregados: “Às vezes a mãe e o pai precisam sair de casa, tipo vão dar uma arejada, daí chamam a [babá] e ela vem aqui e fica com o [irmão] e daí eles saem ou eu saio.” (I4) Os participantes também mencionaram o suporte dos amigos, como relatou I5, que, inclusive, ensinou aos amigos formas de se comunicar com a irmã: “São os três que eu mais falo, inclusive, eu ensino eles a falar com a minha irmã, porque eles frequentam aqui em casa então eu tenho que ensinar eles.” De maneira geral, as pesquisas apontam que o suporte social desempenha um papel importante como atenuante do estresse, na adaptação e no bem-estar da família que convive com o TEA (Faro et al., 2019; Fong et al., 2021). A pesquisa de Fong et al. (2021), por exemplo, realizada com 153 cuidadores de crianças e adolescentes com TEA, buscou examinar a relação entre a satisfação com o apoio informal e a resiliência familiar. Os resultados demonstraram que as redes de apoio informal podem ser associadas a maior resiliência em famílias com crianças com TEA. Para os autores, o apoio informal, por meio da família e amigos, fornece empatia, conforto e promove o compartilhamento de informações, protegendo as famílias do isolamento.

O suporte formal e informal limitado pode constituir uma barreira para a realização desse processo. I4, por exemplo, revelou que algumas situações, como crises do irmão, não são compartilhadas com os familiares, sendo gerenciadas exclusivamente pelos pais: “A família é super compreensiva, mas na hora do ‘pega pra capar’ é a gente aqui.” Outros estudos revelam que alguns comportamentos no TEA podem gerar estresse e, conseqüentemente, limitar o apoio recebido. No estudo de Schmeer et al. (2021), por exemplo, os irmãos relataram que pessoas de fora da família não apoiam ou não compreendem os

desafios vivenciados por eles. Cabe destacar que o diagnóstico do TEA, como aponta Anjos (2019), não constitui o fator que interfere negativamente na família, tendo em vista que existem diversos fatores concomitantes ao TEA que podem exercer impacto sobre os membros; entre eles, a disponibilidade da rede de apoio.

Os *processos comunicacionais / resolução de problemas* são compostos por: informações claras e consistentes, expressão emocional aberta e resolução de problemas colaborativa. *Informações claras e consistentes* referem-se à clareza das mensagens que circulam entre os membros acerca da situação de crise e das expectativas futuras e que contribuem para a construção de significado e na tomada de decisões (Walsh, 2003). A presença de um diálogo claro e direto entre os pais é mencionada por I4: “A minha mãe acha que o meu pai tá pensando em alguma coisa ou o pai acha que a mãe tá exagerando ou sei lá. Eles conversam, entendeu?” Os participantes I1, I3, I4, I5 e I6 referiram que os pais, com frequência, conversam sobre o diagnóstico do irmão e observam que a mãe é quem se mostra mais empenhada em buscar informações e compartilhá-las na família, como apontado por I1, I3 e I5. O participante I5 relatou o impacto da conversa com os pais sobre o diagnóstico da irmã: “Eles já vieram com uma base muito boa pra me apresentar o diagnóstico. E eu reagi super de boa e desde lá eu prometi comigo mesmo a me engajar pro tratamento da [irmã].”

Os participantes também relataram conversar com os pais para compreender o funcionamento dos irmãos. Nesse sentido, I6 disse compartilhar com os pais descobertas ou situações acerca do TEA que considera importantes: “Quando a gente descobre alguma coisa ou vê algum relato, a gente sempre compartilha, porque acho que compartilhar o conhecimento entre a gente pra entender ele é legal.” I4, I5 e I6 também apontaram que situações com o irmão vivenciadas fora do ambiente doméstico são compartilhadas pelos pais, o que faz com que conversem e reflitam sobre os desafios futuros, como situações de preconceito. Para Walsh (2016), quando as famílias conseguem esclarecer e compartilhar informações importantes sobre alguma situação, isso tende a facilitar a compreensão e o planejamento de intervenções futuras. Nos estudos de Ilias et al. (2019) e Sim et al. (2019), a clareza na comunicação favoreceu a interação entre os membros, aproximando-os.

Embora o diálogo aberto e claro seja um fator importante nesse processo, numa família ele se mostrou ausente, constituindo uma barreira. Observou-se que os pais de I2 não compartilhavam muitas informações sobre o diagnóstico do irmão com ela. Para I2, essa falta de clareza a impedia de entender o funcionamento do irmão. No estudo de Cardoso e Françoze (2015), explicações insu-

ficientes acerca do diagnóstico do irmão com TEA também foram observadas. Nele, os participantes também relataram dificuldade e demora para entender o funcionamento do irmão. Para Walsh (2016), mensagens ambíguas e o segredo podem interferir na compreensão da adversidade, no senso de domínio e na proximidade entre os membros da família.

A *expressão emocional aberta* refere-se ao clima de empatia, de expressão dos sentimentos, de tolerância à diferença e confiança. É um processo que inclui o compartilhamento de momentos de lazer e interações prazerosas (Walsh, 2003). Alguns irmãos relataram encontrar espaço para expressar como se sentem na família, como apontado por I1, I4 e I5. O participante I5 considerava positiva a abertura que os membros tinham um com o outro: “Acho que isso é uma coisa muito positiva da minha família, que a gente é muito aberto um com o outro, a gente consegue dialogar, criar uma intimidade muito forte. Eu acho isso muito positivo.” Para I4, os pais se mostravam sensíveis às suas necessidades e buscavam entender como ela estava: “Às vezes me perguntam ‘Ah, como é que tá?’, eles querem dar uma sondada pra ver como é que eu tô.” Ela também observava abertura no relacionamento dos pais, que costumavam expressar como se sentiam um para o outro. O estudo de Sim et al. (2019), realizado com casais, também demonstrou que os participantes se sentiam à vontade para compartilhar opiniões e sentimentos, reconhecendo a presença do suporte emocional entre eles. No estudo de Bayat (2007), o apoio entre os membros da família também foi apontado como um fator para a resiliência familiar.

Sobre as interações, todos os irmãos referiram compartilhar momentos de lazer e situações prazerosas em família, que consideraram importantes, como refeições, assistir filmes ou brincar e passear com o irmão com TEA. Por outro lado, observaram-se situações que poderiam interferir na expressão emocional e nas interações prazerosas com a família. Por exemplo, alguns irmãos tendiam a não compartilhar com a família situações que os incomodavam. I6 relatou que muitas vezes preferia compartilhar com alguma amiga, por achar a mãe muito brava. Walsh (2016) reportou que é comum que os filhos escondam seus sentimentos ou suas necessidades como forma de não sobrecarregar os pais. De fato, há evidências de que os adolescentes que têm irmãos com TEA podem apresentar esse comportamento como forma de proteger os genitores frente a tantas demandas com o irmão (Pavlopoulou & Dimitriou, 2020). Walsh (2016) afirmou que gerar espaço para o compartilhamento de sentimentos dolorosos torna-se essencial para a promoção da resiliência, assim como para respeitar as necessidades e diferenças de cada um.

A categoria *resolução de problemas colaborativa* refere-se ao envolvimento dos membros no manejo dos conflitos, utilizando a negociação e soluções criativas (Walsh, 2003). Os resultados revelaram que os participantes reconhecem o diálogo na família como um recurso para a resolução dos problemas, como apontou I1: “A gente sempre senta pra conversar e acaba resolvendo na conversa.” (I1) A participante I4 relatou que a família busca se apoiar em momentos em que observam aumento de estresse em situações com o irmão: “Rola um ‘arranca rabo’ [...] briga, fica meio estressado e depois acabam se perdendo porque sabem que não é uma coisa entre eles ou é uma coisa minha com eles, é porque a gente tá nervoso por causa do [irmão].” Verificou-se também que I1, I3, I4 e I5 costumavam ser chamados a participar de decisões familiares, como na organização doméstica ou nos cuidados com o irmão com TEA. I5, por exemplo, contou que a mudança do plano terapêutico da irmã foi feita em consenso e que ele participou dessa decisão, corroborando os achados de Pavlopoulou e Dimitriou (2020), em que as adolescentes também participavam das decisões familiares.

Os dados deste estudo também indicaram que os participantes contribuem com soluções criativas, especialmente nas demandas do irmão com TEA. Para I2, o interesse do irmão por tecnologia poderia ser utilizado como um recurso para abordar suas dificuldades nas tarefas escolares. Já I4 relatou ter criado uma tabela para monitorar o humor do irmão: “Inventei uma coisa, porque ele muda muito de humor [...] quando ele tá muito bem a gente diz que o [irmão] tá no azul, que é uma tabela por cores, e quando ele tá muito mal, ele tá no preto.” O envolvimento dos irmãos nessas decisões demonstra a presença de abertura na família para ouvi-los e considerar suas opiniões. No entanto, a não inclusão de alguns deles nessas decisões também foi constatada, o que pode constituir um obstáculo para a realização do processo de resiliência familiar.

Considerações finais

O presente estudo buscou identificar processos de resiliência familiar a partir da perspectiva de irmãos de indivíduos com TEA. Os resultados revelaram a presença de todos os processos-chave de resiliência propostos no modelo de Walsh (2003). Aspectos do fortalecimento familiar foram observados quando os irmãos identificavam transformações pessoais e na família a partir da experiência com o irmão com TEA, como novas perspectivas na forma de se relacionar com o outro e maior união na família. Essa união é facilitada pela comunicação aberta

entre os membros, o apoio mútuo, a flexibilidade nas rotinas familiares e nos papéis e a percepção de que os desafios do TEA são compartilhados por todos na família. Destaca-se o reconhecimento do TEA como uma experiência que, apesar dos desafios, também produz crescimento para o irmão e para a família.

Por outro lado, observaram-se algumas situações que interferiam nesses processos, como a falta de tempo exclusivo dos pais com esses irmãos; o não compartilhamento de algumas informações sobre o diagnóstico do irmão com TEA; a falta de espaços acessíveis e características específicas do TEA que podem dificultar momentos de lazer juntos. Embora tenha sido identificada a presença de apoio formal e informal, especialmente de mulheres da família (avós e tias), ele se mostrou limitado em situações de crise comportamentais do irmão com TEA. Além disso, a necessidade de estimular continuamente o irmão, exercendo um papel de coterapeuta, se refletiu numa possível interferência nas interações espontâneas entre eles. Observou-se, inclusive, que tal papel de coterapeuta foi identificado, principalmente, em irmãos adolescentes que tinham irmãos menores com TEA.

Destaca-se que não foram encontradas barreiras na dimensão dos sistemas de crenças, o que pode indicar que essas famílias têm conseguido ressignificar a experiência do TEA, com estratégias adaptativas. Conclui-se que, apesar dos desafios, ter um membro com TEA propicia crescimento pessoal e familiar que depende, entre outros aspectos, de como essas experiências são compartilhadas na família. Tais achados podem ser explicados, em parte, pelos níveis de escolaridade (ensino superior), o nível socioeconômico, a qualidade das relações nessas famílias e a presença de apoio social, considerados fatores de proteção. Por outro lado, ressalta-se que entre os participantes havia famílias com menores níveis de escolaridade e socioeconômicos, em que processos de resiliência também foram identificados.

Em relação aos aspectos metodológicos, o delineamento utilizado se mostrou adequado para a compreensão mais aprofundada acerca das experiências dos irmãos na família. O roteiro de entrevista foi eficaz para apreender os diferentes processos que caracterizam a resiliência familiar na perspectiva dos irmãos. O uso de registros fotográficos facilitou o desenvolvimento da entrevista com os irmãos e auxiliou no entendimento dessas experiências. Em futuros estudos, uma análise específica de imagens pode contribuir para um refinamento dos achados. Pesquisas futuras também podem incluir estudos comparativos envolvendo irmãos de indivíduos com TEA e outras deficiências ou com desenvolvimento típico, além de irmãos adultos.

A realização das entrevistas de forma online apresentou vantagens e desvantagens. A possibilidade de entrevistar participantes de diferentes regiões

geográficas pode ser considerado vantajoso. Embora os participantes e familiares tenham sido orientados previamente pela pesquisadora sobre a importância da privacidade para a realização da entrevista, observou-se em alguns casos a interferência de familiares. Entende-se que isso pode ter alguma influência sobre os resultados.

Por fim, acredita-se que este estudo contribui para subsidiar futuras intervenções familiares no contexto do TEA, pautadas em estratégias que potencializem os processos de resiliência familiar. Incluir as perspectivas e necessidades dos irmãos nessas intervenções mostra-se fundamental, tendo em vista os diferentes papéis que eles podem desempenhar nesse contexto.

Referências

- Aguiar, M. P. P. A.; Morais, N. A. (2022). Processos de resiliência familiar vivenciados por famílias com uma pessoa com deficiência. *Revista Subjetividades*, 21(3), e9191. <https://doi.org/10.5020/23590777.rs.v21i3.e9191>
- Anjos, B. B. (2019). *Investigando a resiliência em família de crianças autistas* (dissertação de mestrado). Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Centro de Ciências da Saúde da Universidade de Fortaleza (Unifor), Fortaleza, CE. <https://biblioteca.sophia.com.br/terminalri/9575/acervo/detalhe/118510>
- Anjos, B. B.; Morais, N. A. (2021). As experiências de famílias com filhos autistas: Uma revisão integrativa da literatura. *Ciencias Psicológicas*, 15(1), e-2347. <https://doi.org/10.22235/cp.v15i1.2347>
- APA – American Psychiatric Association (2014). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais* (5ª ed.). Artmed.
- Bayat, M. (2007). Evidence of resilience in families of children with autism. *Journal of Intellectual Disability Research*, 51(9), 702-714. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2007.00960.x>
- Braun, V.; Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Braun, V.; Clarke, V.; Hayfield, N.; Terry, G. (2019). Thematic analysis. In: P. Liamputtong (Ed.), *Handbook of research methods in health social sciences*, p. 843-860. https://doi.org/10.1007/978-981-10-5251-4_103
- Cardoso, M. F.; Françoço, M. F. C. (2015). Jovens irmãos de autistas: Expectativas, sentimentos e convívio. *Saúde (Santa Maria)*, 41(2), 87-98. <https://doi.org/10.5902/2236583415338>
- Choi, E. K.; Yoo, I. Y. (2015). Resilience in families of children with Down syndrome in Korea. *International Journal of Nursing Practice*, 21(5), 532-541. <https://doi.org/10.1111/ijn.12321>

- Corsano, P.; Musetti, A.; Guidotti, L.; Capelli, F. (2017). Typically developing adolescents' experience of growing up with a brother with an autism spectrum disorder. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 42(2), 151-161. <https://doi.org/10.3109/13668250.2016.1226277>
- Cridland, E. K.; Jones, S. C.; Stoyles, G.; Caputi, P.; Magee, C. A. (2016). Families living with autism spectrum disorder: Roles and responsibilities of adolescent sisters. *Focus on Autism and Other Developmental Disabilities*, 31(3), 196-207. <https://doi.org/10.1177/1088357615583466>
- Faro, K. C. A.; Santos, R. B.; Bosa, C. A.; Wagner, A.; Silva, S. S. C. (2019). Autismo e mães com e sem estresse: Análise da sobrecarga materna e do suporte familiar. *Psico*, 50(2), e30080. <https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/revistapsico/article/view/30080>
- Fong, V.; Gardiner, E.; Iarocci, G. (2021). Satisfaction with informal supports predicts resilience in families of children with autism spectrum disorder. *Autism*, 25(2), 452-463. <https://doi.org/10.1177/1362361320962677>
- Gomes, V. F. (2003). *Estresse e relações familiares na perspectiva de irmãos de indivíduos com transtornos globais do desenvolvimento* (dissertação de mestrado). Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/2790>
- Gorjy, R. S.; Fielding, A.; Falkmer, M. (2017). "It's better than it used to be": Perspectives of adolescent siblings of children with an autism spectrum condition. *Child & Family Social Work*, 22(4), 1488-1496. <https://doi.org/10.1111/cfs.12371>
- Gunty, A. L. (2021). Rethinking resilience in families of children with autism spectrum disorders. *Couple and Family Psychology: Research and Practice*, 10(2), 87-102. <https://doi.org/10.1037/cfp0000155>
- Iannuzzi, D.; Fell, L.; Luberto, C.; Goshe, B. M.; Perez, G.; Park, E.; Crute, S.; Kuhlthau, K.; Traeger, L. (2022). Challenges and growth: Lived experience of adolescents and young adults (AYA) with a sibling with ASD. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 52(6), 2430-2437. <https://doi.org/10.1007/s10803-021-05135-0>
- Ilias, K.; Cornish, K.; Park, M. S.; Toran, H.; Golden, K. J. (2019). Risk and resilience among mothers and fathers of primary school age children with ASD in Malaysia: A qualitative constructive grounded theory approach. *Frontiers in Psychology*, 9, 2275. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.02275>
- King, G. A.; Zwaigenbaum, L.; King, S.; Baxter, D.; Rosenbaum, P.; Bates, A. (2006). A qualitative investigation of changes in the belief systems of families of children with autism or Down syndrome. *Child: Care, Health and Development*, 32(3), 353-369. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2214.2006.00571.x>

- Latta, A.; Rampton, T.; Rosemann, J.; Peterson, M.; Mandleco, B.; Dyches, T.; Roper, S. (2014). Snapshots reflecting the lives of siblings of children with autism spectrum disorders. *Child: Care, Health and Development*, 40(4), 515-524. <https://doi.org/10.1111/cch.12100>
- Leedham, A. T.; Thompson, A. R.; Freeth, M. (2020). A thematic synthesis of siblings' lived experiences of autism: Distress, responsibilities, compassion and connection. *Research in Developmental Disabilities*, 97, 103547. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2019.103547>
- Leone, E.; Dorstyn, D.; Ward, L. (2016). Defining resilience in families living with neurodevelopmental disorder: A preliminary examination of Walsh's framework. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 28(4), 595-608. <https://doi.org/10.1007/s10882-016-9497-x>
- Maenner, M. J.; Warren, Z.; Williams, A. R.; Amoakohene, E.; Bakian, A. V.; Bilder, D. A.; Durkin, M. S.; Fitzgerald, R. T.; Furnier, S. M.; Hughes, M. M.; Ladd-Acosta, C. M.; McArthur, D.; Pas, E. T.; Salinas, A.; Vehorn, A.; Williams, S.; Esler, A.; Grzybowski, A.; Hall-Lande, J.; ... Shaw, K. A. (2023). Prevalence and characteristics of autism spectrum disorder among children aged 8 years – Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 sites, United States, 2020. *MMWR Surveillance Summaries*, 72(2). <https://doi.org/10.15585/mmwr.ss7202a1>
- Ministério da Saúde – Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (2021). *Ofício Circular nº 2/2021/CONEP/SECNS/MS, de 24/02/2021 – Orientações para procedimentos em pesquisas com qualquer etapa em ambiente virtual*. https://conselho.saude.gov.br/images/Oficio_Circular_2_24fev2021.pdf
- Myers, B. J.; Mackintosh, V. H.; Goin-Kochel, R. P. (2009). “My greatest joy and my greatest heart ache”: Parents' own words on how having a child in the autism spectrum has affected their lives and their families' lives. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 3(3), 670-684. <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2009.01.004>
- Pavlopoulou, G.; Dimitriou, D. (2020). In their own words, in their own photos: Adolescent females' siblinghood experiences, needs and perspectives growing up with a preverbal autistic brother or sister. *Research in Developmental Disabilities*, 97, 103556. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2019.103556>
- Portes, J. R. M.; Vieira, M. L. (2020). Coparentalidade no contexto familiar de crianças com transtorno do espectro autista. *Psicologia em Estudo*, 25. <https://doi.org/10.4025/psicoestud.v25i0.44897>
- Portes, J. R. M.; Vieira, M. L. (2022). Percepção parental sobre o filho com autismo: As repercussões na adaptação familiar. *Revista Psicologia em Pesquisa*, 16(2), e32614. <https://doi.org/10.34019/1982-1247.2022.v16.32614>
- Rooke, M. I.; Pereira-Silva, N. L. (2016). Indicativos de resiliência familiar em famílias de crianças com síndrome de Down. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 33(1), 117-126. <https://doi.org/10.1590/1982-027520160001000012>

- Schmeer, A.; Harris, V. W.; Forthun, L.; Valcante, G.; Visconti, B. (2021). Through the eyes of a child: Sibling perspectives on having a sibling diagnosed with autism. *Research in Developmental Disabilities, 119*, 104066. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2021.104066>
- Semensato, M. R.; Bosa, C. A. (2017). Crenças indicativas de resiliência parental no contexto do autismo. *Psicologia: Teoria e Pesquisa, 33*, e33416. <https://doi.org/10.1590/0102.3772e33416>
- Sim, A.; Cordier, R.; Vaz, S.; Falkmer, T. (2019). “We are in this together”: Experiences of relationship satisfaction in couples raising a child with autism spectrum disorder. *Research in Autism Spectrum Disorders, 58*, 39-51. <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2018.11.011>
- Thompson, S.; Hiebert-Murphy, D.; Trute, B. (2013). Parental perceptions of family adjustment in childhood developmental disabilities. *Journal of Intellectual Disabilities, 17*(1), 24-37. <https://doi.org/10.1177/1744629512472618>
- Walsh, F. (1996). The concept of family resilience: Crisis and challenge. *Family Process, 35*(3), 261-281. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.1996.00261.x>
- Walsh, F. (2003). Family resilience: A framework for clinical practice. *Family Process, 42*(1), 1-18. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.2003.00001.x>
- Walsh, F. (2016). Applying a family resilience framework in training, practice, and research: Mastering the art of the possible. *Family Process, 55*(4), 616-632. <https://doi.org/10.1111/famp.12260>
- Yin, R. K. (2015). *Estudo de caso: Planejamento e métodos* (trad. C. M. Herrera, 5ª ed.). Bookman.

Recebido em 29 de julho de 2022

Aceito para publicação em 02 de fevereiro de 2024

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS,
PSICOPATOLÓGICAS Y ADAPTATIVAS ASOCIADAS A LA
VIOLENCIA DE PAREJA DURANTE LA PANDEMIA

*VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS,
PSICOPATOLÓGICAS E ADAPTATIVAS ASSOCIADAS À VIOLÊNCIA
POR PARCEIRO ÍNTIMO DURANTE A PANDEMIA*

*SOCIODEMOGRAPHIC, PSYCHOPATHOLOGICAL,
AND ADAPTIVE VARIABLES ASSOCIATED WITH INTIMATE
PARTNER VIOLENCE DURING THE PANDEMIC*

Jaime Humberto Moreno Méndez ⁽¹⁾

María Margarita Rozo Sánchez ⁽²⁾

Janneth Elizabeth Molina Rico ⁽³⁾

Sandra Jimena Perdomo Escobar ⁽⁴⁾

Darío León Rincón ⁽⁵⁾

Andrés Mauricio Santacoloma Suárez ⁽⁶⁾

⁽¹⁾ PhD. Director del grupo de investigación Enlace de la Facultad de Psicología de la Universidad Católica de Colombia, Bogotá, Colombia.

<https://orcid.org/0000-0003-4087-6309> — email: jhmoreno@ucatolica.edu.co

⁽²⁾ MSc. Líder de la Línea de Psicología Clínica, de la Salud y de las Adicciones del grupo de investigación Enlace de la Facultad de Psicología de la Universidad Católica de Colombia, Bogotá, Colombia.

<https://orcid.org/0000-0002-9794-6630> — email: mmrozos@ucatolica.edu.co

⁽³⁾ PhD. Gestora Curricular Núcleo Psicobiología y Procesos Psicológicos de la Facultad de Psicología de la Universidad Católica de Colombia, Bogotá, Colombia.

<https://orcid.org/0000-0002-7539-1611> — email: jemolina@ucatolica.edu.co

⁽⁴⁾ MSc. Directora de la Especialización en Psicología Clínica de la Facultad de Psicología de la Universidad Católica de Colombia, Bogotá, Colombia.

<https://orcid.org/0000-0002-8171-8529> — email: sjperdomo@ucatolica.edu.co

⁽⁵⁾ MSc. Docente de Psicología Jurídica de la Facultad de Psicología de la Universidad Católica de Colombia, Bogotá, Colombia.

<https://orcid.org/0000-0001-7936-0348> — email: dleon@ucatolica.edu.co

⁽⁶⁾ MSc. Docente investigador de la Facultad de Psicología de la Universidad Católica de Colombia, Bogotá, Colombia.
<https://orcid.org/0000-0001-8737-431X> — email: amsantacoloma@ucatolica.edu.co

El presente manuscrito es resultado del proyecto n° CON0000407, financiado por la Universidad Católica de Colombia.

RESUMO

O objetivo deste estudo foi identificar as variáveis sociodemográficas, psicopatológicas e adaptativas em adultos colombianos associadas à violência por parceiro íntimo no período da pandemia. A amostra foi composta por 133 adultos entre 18 e 35 anos ($M=24,89$; $DP=4,16$). Foram aplicados os seguintes instrumentos: Conflict in Adolescent Dating Relationships Inventory (CADRI), versão adaptada ao espanhol para a população jovem adulta, Revised Symptom List (SCL-90-R), um questionário de autorrelato de variáveis psicológicas e a Escala de Adaptação da Relação de Casal durante a Pandemia de Covid-19, preparada para este estudo. Encontrou-se que a violência verbal foi a mais cometida e sofrida pelos participantes, principalmente por aqueles que relataram tentar suicidar-se. Os sintomas de somatização foram os mais vivenciados pela amostra (40,6%), seguidos da depressão (37,6%), do psicoticismo (36,1%) e da ansiedade fóbica (32,3%). A violência entre casais também foi mais frequente entre quem estava separado ou em união estável durante a pandemia e quem tinha menor escolaridade. Os resultados sugerem a importância de intervenções voltadas a casais com características de risco para violência, evidenciadas durante a pandemia.

Palavras-chave: violência por parceiro íntimo; pandemia; sintomas psicopatológicos; adaptação.

ABSTRACT

The aim of this study was to identify the sociodemographic, psychopathological, and adaptive variables in Colombian adults associated with intimate partner violence during the pandemic. The sample consisted of 133 adults between 18 and 35 years old ($M=24.89$; $SD=4.16$). The following instruments were applied: Conflict in Adolescent Dating Relationships Inventory (CADRI), a version adapted to Spanish for the young adult population, Revised Symptom List (SCL-90-R), a self-report questionnaire of psychological variables, and the Couple Relationship Adaptation Scale during the Covid-19 Pandemic, prepared for this study. It was found that verbal violence was the most committed and suffered by the participants, especially by those who reported attempting suicide. Somatization symptoms were the most experienced by the sample (40.6%), followed by depression (37.6%), psychoticism (36.1%), and phobic anxiety (32.3%). Domestic violence was also more frequent among those who were separated or in a stable relationship during the pandemic and among those with lower levels of education. The results suggest the importance of interven-

tions aimed at couples with characteristics at risk for violence, which were evident during the pandemic.

Keywords: intimate partner violence; pandemic; psychopathological symptoms; adaptation.

RESUMEN

El objetivo de este estudio fue identificar variables sociodemográficas, psicopatológicas y adaptativas en adultos colombianos asociadas a la violencia de pareja durante el periodo de pandemia. La muestra estuvo conformada por 133 adultos entre 18 y 35 años ($M=24,89$; $DE=4,16$). Se aplicaron los siguientes instrumentos: Conflict in Adolescent Dating Relationships Inventory (CADRI), versión adaptada al castellano para población adulta joven, Revised Symptom List (SCL-90-R), un cuestionario de autoinforme de variables psicológicas, y la Escala de Adaptación de Relación de Pareja durante la Pandemia por Covid-19, elaborada para este estudio. Se encontró que la violencia verbal fue la más cometida y sufrida por los participantes, especialmente por aquellos que reportaron intento de suicidio. Los síntomas de somatización fueron los más experimentados por la muestra (40,6%), seguidos de depresión (37,6%), psicoticismo (36,1%) y ansiedad fóbica (32,3%). La violencia entre parejas también fue más frecuente entre quienes estuvieron separados o en una relación estable durante la pandemia y quienes tenían menor educación. Los resultados sugieren la importancia de las intervenciones dirigidas a parejas con características de riesgo de violencia, destacadas durante la pandemia.

Palabras clave: violencia de pareja; pandemia; síntomas psicopatológicos; adaptación.

Introducción

La violencia de pareja (Intimate Partner Violence – IPV) es una problemática en la que puede haber agresión entre la pareja o de uno de los miembros que la conforman hacia el otro, siendo víctimas tanto los hombres como las mujeres. Se ha documentado que a nivel mundial 27% de las mujeres entre 15 y 49 años han sido víctimas de violencia por parte de su pareja (OMS, 2021). En Chile la prevalencia de IPV a lo largo de la vida es del 13,0% (Miranda et al., 2021). En Colombia, entre enero y noviembre de 2023 se reportaron 33.392 casos donde las mujeres fueron las víctimas, lo cual corresponde a 86% (Instituto Nacional

de Medicina Legal y Ciencias Forenses, 2023). Investigadores sugieren evaluar variables como el estrato socioeconómico y la edad, así como la evaluación con personas de ambos géneros involucradas en la dinámica de la violencia de pareja, por cuanto pueden dar cuenta de las relaciones inequitativas (Madalena, 2017; Petersen et al., 2019).

Una de las variables que está asociada a la presencia de violencia de pareja es el estrés en la vida cotidiana, que fue exacerbado durante la pandemia por Covid-19. Como resultado de dicha problemática, hubo personas que perdieron su empleo generando dificultades económicas al interior de la familia, y otros tuvieron que trabajar en el hogar sin devengar un ingreso que les permitiera vivir dignamente, lo que se constituye en factores predictivos de la violencia (Jackson, 2016; Reichel, 2017). En ambos casos, las parejas permanecieron más tiempo en casa por cuenta de las cuarentenas y las restricciones, lo que llevó a tener mayor contacto con la pareja y a experimentar mayor estrés, incrementando el riesgo para situaciones de conflicto (Gupta, 2020). Al respecto, Berniell y Facchini (2021) encontraron un incremento del 30% en violencia de pareja luego del encierro por la pandemia de Covid-19, siendo más fuerte esta situación en países de América Latina.

Adicional a lo anterior, se ha señalado que el distanciamiento físico fomentó el aislamiento social y expuso vulnerabilidades personales y colectivas, al tiempo que limitó el soporte accesible y familiar lo cual pudo mantener la violencia de pareja (Van Gelder et al., 2020). En este sentido, la Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2020) advirtió sobre el riesgo de violencia en las mujeres durante la pandemia de Covid-19, así como su aumento ante cualquier tipo de emergencia, incluidas las epidemias y las guerras. Al respecto, se ha documentado que el consumo abusivo de alcohol en los hombres se exagera ante la exposición a la guerra, lo que a su vez incrementa el riesgo de violentar a las mujeres (Rees et al., 2015).

Además de los factores estresantes señalados previamente, se ha documentado la asociación entre psicopatología y victimización-perpetración de violencia de pareja. Cuenca y Graña Gómez (2016) encontraron que el grupo de edad más joven (18 a 29 años) es en el que las variables psicopatológicas muestran un mayor riesgo para la agresión física en hombres y mujeres. Garrido-Antón et al. (2020) han hallado que los tipos de violencia con mayor prevalencia en las relaciones de pareja en jóvenes son el verbal-emocional y el bidireccional, los cuales utilizan como método para resolver conflictos en la relación o como comportamientos de control hacia el otro. También se ha evidenciado que las personas con trastornos de ansiedad y del estado del ánimo, así mismo el consumo de sustancias, tienen

mayor riesgo de presentar conducta suicida y de establecer relaciones violentas (Khalifeh et al., 2015; Porter et al., 2019; Reddy et al., 2020; Spencer et al., 2019; Wolford-Clevenger et al., 2016; Wolford-Clevenger & Smith, 2017).

Otro proceso mediador que está vinculado con la perpetración de IPV es la dificultad en la regulación emocional. En esta línea Branson y March (2021) identificaron padrones disfuncionales en los que interactúan los celos (producto de la percepción de amenazas para la relación), la inseguridad, la reactividad emocional, los sentimientos de insuficiencia, la hipervigilancia y las tácticas de retención, asociados al abuso en las citas cibernéticas. En otros estudios se ha hallado que los síntomas de hostilidad, desconfianza, suspicacia, falta de empatía y remordimiento por el daño causado a otro, impulsividad, agresividad y desregulación emocional se pueden constituir en factores predisponentes de la IPV (Collison & Lynam, 2021; Cuenca & Graña Gómez, 2016).

Entre las consecuencias de la pandemia en la adaptación emocional de las parejas, Sachser et al. (2021) reportaron buenos niveles de adaptación a los efectos inmediatos del confinamiento en la población alemana, tanto en salud mental como en calidad de las relaciones. También concluyeron que la calidad de la relación mejoró para los participantes más jóvenes después de que comenzaron las medidas de confinamiento, pero se deterioró para los participantes mayores.

A diferencia de lo estudio anterior, Hamadani et al. (2020) hallaron en una investigación llevada a cabo en mujeres de Bangladesh y sus familias, mayor depresión de la madre y un incremento en los síntomas de ansiedad en las parejas durante el encierro. Así mismo, Sotiropoulou et al. (2021) encontraron en la población griega un aumento de la ansiedad y un estado de ánimo deficiente solo para aquellos sin acceso a su pareja; mientras que quienes tenían una relación estable y vivían con su pareja sin niños, reportaron mayores niveles de satisfacción en la actividad sexual y mayor seguridad emocional. Carvalho et al. (2021) hallaron que, aunque los niveles de confinamiento no estaban directamente relacionados con la mayoría de las funciones sexuales, el ajuste psicológico durante el encierro predijo una reducción del funcionamiento sexual en ambos sexos.

A partir de las evidencias empíricas acumuladas, se observa una variabilidad en los factores asociados a la IPV antes y durante la pandemia. No obstante, se necesita más investigación y seguimiento en las parejas para establecer las consecuencias a largo plazo de la pandemia y así, aportar información para su prevención (Sotiropoulou et al., 2021; Wu et al., 2021). El presente estudio se planteó como objetivo identificar las variables sociodemográficas, psicopatológicas y adaptativas en adultos colombianos asociadas a la violencia de pareja en el periodo de pandemia.

Método

Participantes

Se seleccionó una muestra, con un nivel de confianza del 95% y un margen de error del 5%, mediante el programa estadístico GPower (Faul et al., 2007), de 133 adultos ($M=24,89$; $DE=4,16$) de la ciudad de Bogotá, ubicada en el interior de Colombia, cuya participación fue voluntaria, previo consentimiento informado escrito virtual. Los criterios de inclusión fueron: haber tenido o tener una relación amorosa de al menos un mes de duración en el contexto de pandemia, tener entre 18 y 35 años, y contar con el consentimiento escrito y firmado de manera virtual.

Como se puede observar en la Tabla 1, la mayoría de los participantes fueron mujeres, que reportaron ser heterosexual, con una condición económica calificada como clase media-baja. La mayor parte de la muestra tenía un nivel de escolaridad de pregrado o licenciatura, y se encontraba en unión libre.

Tabla 1 — Variables sociodemográficas de los participantes

Características de la muestra	N=133	%
Sexo		
Masculino	26	19,5
Femenino	107	80,5
Orientación sexual		
Heterosexual	122	91,7
Bisexual	8	6,0
Homosexual	3	2,3
Estrato socioeconómico*		
1 Bajo-bajo	6	4,5
2 Bajo	47	35,3
3 Medio-bajo	56	42,1
4 Medio	22	16,5
5 Medio-alto	2	1,5
Escolaridad		
Básica primaria	2	1,5
Básica secundaria	35	26,3

continua...

...continuação

Características de la muestra	N=133	%
Técnico	13	9,7
Tecnólogo	18	13,5
Pregrado/licenciatura	43	32,3
Postgrado	22	16,5
Estado civil		
Soltero	47	35,3
Separado	10	7,5
Unión libre	65	48,9
Casado	11	8,3

Nota:

* Tomado del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE, s.d.).

La estratificación socioeconómica es la clasificación de los inmuebles residenciales de un municipio. Los estratos 1, 2 y 3 corresponden a estratos bajos que albergan a los usuarios con menores recursos, los cuales son beneficiarios de subsidios en los servicios públicos domiciliarios. El estrato 4 no es beneficiario de subsidios, ni debe pagar sobrecostos, paga exactamente el valor que la empresa defina como costo de prestación del servicio. Los estratos 5 y 6 corresponden a estratos altos que albergan a los usuarios con mayores recursos económicos, los cuales deben pagar sobrecostos (contribución) sobre el valor de los servicios públicos domiciliarios. En el presente estudio no hubo participantes del estrato 6.

Instrumentos

Fue aplicado el Conflict in Adolescent Dating Relationships Inventory (CADRI), versión española (Fernández-Fuertes et al., 2006), adaptado para población adulta joven (Mañas Viejo et al., 2013). Este instrumento fue creado originalmente por Wolfe et al. (2001) y evalúa violencia física, verbal-emocional, relacional y sexual cometida hacia la pareja y recibida en los últimos 12 meses, por medio de 35 diadas de ítems que se responden con una escala Likert con cuatro opciones de respuesta: “Nunca” (0), “Rara vez” (1), “A veces” (2) y “Con frecuencia” (3). Este instrumento se utilizó en la presente investigación, en vez de otros, por las siguientes razones: (a) se cuenta con una versión en castellano de este, que en términos generales se adecúa al castellano hablado en Colombia; (b) permite informar tanto la victimización como la perpetración; y (c) contiene conductas de maltrato que son comunes en parejas jóvenes (Fernández-Fuertes et al., 2006; Wolfe et al., 2001). En la validación colombiana, para las subescalas de perpetración se halló una consistencia interna que osciló entre 0,72 y 0,83; en tanto que para las de victimización fue 0,56 y 0,84.

Además, se reportó un buen ajuste del modelo estimado en la escala de perpetración (AGFI=0,908; GFI=0,907 y RMSEA=0,015) y en la de victimización (AGFI=0,908; GFI=0,907 y RMSEA=0,015) (Redondo Pacheco et al., 2021).

También se aplicó la Lista de Síntomas SCL-90-R (Derogatis, 1988), versión española (González de Rivera et al., 1989). Este es un cuestionario que permite determinar la presencia de 90 síntomas psicopatológicos en las dos últimas semanas, por medio de cinco opciones de respuesta: “Nada en absoluto” (0), “Un poco” (1), “Moderadamente” (2), “Bastante” (3) y “Mucho o extremadamente” (4). Lo instrumento evalúa somatización, obsesiones, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ansiedad fóbica, ideación paranoide y psicoticismo, y tres índices globales de psicopatología: un índice de gravedad global, un índice de malestar positivo y el total de síntomas positivos. En la versión colombiana, las alfas de Cronbach oscilaron entre 0,74 y 0,90; en tanto que los niveles de validez según el análisis factorial confirmatorio estuvieron entre 0,50 y 0,67, con un RMSEA de 0,068 (Londoño et al., 2018).

En seguida, los participantes respondieron el Cuestionario de autoinforme de variables psicológicas (Rey Anacona, 2012), que se desarrolló para obtener información sobre el consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas, conducta sexual de riesgo, ideación suicida e intentos de suicidio e historia de abuso físico y sexual, a través de 49 ítems con diferentes opciones de respuesta. El instrumento fue revisado a nivel metodológico y de contenido por expertos y probado con una muestra de varones y mujeres colombianos. Este instrumento se ha utilizado con una muestra colombiana para la evaluación de variables psicológicas y su relación con la violencia de pareja en el contexto de pandemia (Molina Rico et al., 2022).

Finalmente, los participantes respondieron la Escala de Adaptación de la Relación de Pareja durante la Pandemia por Covid-19, la cual se validó en su contenido por 5 jueces expertos. El coeficiente de validez de contenido (CVC) de los ítems osciló entre 0,90 y 1,00. Solamente uno de los ítems tuvo un CVC=0,77, por lo cual fue necesario ajustarlo según las sugerencias hechas por los jueces. El instrumento quedó conformado por 16 ítems con cinco opciones tipo Likert que se responden a partir del enunciado: *Desde que inició la pandemia por Covid-19 en Colombia en marzo de 2020 la relación: (1) Empeoró mucho; (2) Empeoró algo; (3) Se mantuvo igual; (4) Mejoró algo; (5) Mejoró mucho.*

Procedimientos

Primeramente, se seleccionó los participantes y se diseñó una infografía para explicarles el estudio. Todos los instrumentos fueron transcritos en la plataforma de Google Forms, manteniendo todas las normas de seguridad. Después, hubo la solicitud del consentimiento informado y aplicación de los instrumentos a los participantes vía remota. La recolección de los datos se llevó a cabo entre los meses de marzo y mayo de 2021. Al final de la investigación, se les entregaron cartillas psicoeducativas virtuales en agradecimiento por su participación en el estudio, sobre estrategias de comunicación asertiva, manejo de los celos, regulación emocional, solución de problemas y proyecto de vida, como procesos fundamentales para la promoción de relaciones armónicas en la pareja. A los casos donde se detectó maltrato, se les sugirió asistir a atención psicológica individual.

Consideraciones éticas

Conforme a la Resolución 008430, de 1993, la Ley 1.090, de 2006, y la Doctrina n° 03, de 2012, del Tribunal Nacional Deontológico y Bioético de Psicología, a los adultos se les solicitó su consentimiento informado para participar en esta investigación. El estudio se llevó a cabo posterior a la aprobación del Comité de Ética de la Universidad donde trabajan los investigadores, según Acta n° 12 del 29/09/2020.

Plan de análisis

Se llevó a cabo un análisis descriptivo de frecuencias a cada una de las variables del estudio. Se realizaron pruebas de bondad de ajuste usando Kolmogorov-Smirnov, identificando que ninguna de las variables se distribuyó normalmente. Para identificar si existían diferencias estadísticamente de las variables categóricas de más de dos grupos y una de intervalo, se utilizó la prueba H de Kruskal-Wallis para muestras independientes, que es una prueba no paramétrica, por lo que no requiere normalidad en los datos, ni que las muestras estén perfectamente balanceadas; este estadístico se utiliza para probar si los datos obtenidos provienen de la misma distribución poblacional, por lo que si la significación es menor que 0,05 indica que existen diferencias estadísticamente significativas entre los grupos (Ostertagová et al., 2014).

Resultados

En cuanto al factor de adaptación que evaluaba el cambio en la relación de pareja desde que inició la pandemia por Covid-19 en el contexto colombiano, se encontraron distribuciones similares entre los participantes que reportaron que la comunicación con su pareja mejoró (39,9%) y los que empeoró (36,9%); también entre los que informaron que el tiempo libre compartido con su pareja mejoró mucho (22,6%) y los que consideran que empeoró (21,8%). Se identificó que, ante la distribución de actividades domésticas con la pareja, la mayor proporción de la muestra evaluada manifestó que se mantuvo igual (47,4%), en tanto que sólo 4,5% señaló que empeoró. La violencia verbal fue la más cometida y sufrida por los participantes en la relación de pareja (Tabla 2).

Tabla 2 — Tipos de violencia de pareja, tanto en el modo de recibir como de cometer, reportados

Categoría de la violencia	N=133	%
Física		
Cometida	26	19,5
Recibida	26	19,5
Verbal		
Cometida	111	83,5
Recibida	110	82,7
Relacional		
Cometida	29	21,8
Recibida	35	26,3
Sexual		
Cometida	38	28,6
Recibida	52	39,1

En cuanto a los síntomas psicopatológicos reportados por la muestra de adultos, los síntomas de somatización son los que más han experimentado en 40,6%, seguidos por depresión con 37,6%, psicoticismo con 36,1% y ansiedad fóbica con 32,3%. En relación con la conducta suicida, los participantes informaron que en los últimos 12 meses el 14,3% había pensado seriamente en la posibi-

lidad de suicidarse, el 7,5% había pensado en un plan, el 4,5% lo había intentado una vez y el 0,8% lo había intentado entre dos o tres veces.

Los participantes que reportaron haber intentado suicidarse una vez en los últimos 12 meses también informaron que su relación de pareja había empeorado mucho durante el periodo de pandemia en comparación con los que no habían intentado. Igualmente manifestaron que habían cometido (dos o tres veces) y recibido (una vez) más violencia física y verbal (dos o tres veces) en su relación de pareja (Tabla 3).

Tabla 3 — Comparaciones entre haber intentado suicidarse en los últimos 12 meses, y situaciones que empeoraron mucho con la pareja y haber o no cometido y sufrido violencia de pareja en adultos en el contexto de pandemia por Covid-19

Participantes que en los últimos 12 meses habían intentado suicidarse	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>H</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>
Sumatoria de situaciones que empeoraron mucho con la pareja			11,636	2	<0,001
Ninguna	64,21	3,33			
Una vez	115,08	3,49			
Dos o tres veces	130,00	2,12			
Violencia física cometida			6,369	2	0,041
Ninguna	65,71	2,82			
Una vez	86,75	3,00			
Dos o tres veces	111,50	1,41			
Violencia física recibida			10,243	2	0,006
Ninguna	65,50	2,63			
Una vez	100,75	2,81			
Dos o tres veces	54,00	4,24			
Violencia verbal recibida			7,898	2	0,019
Ninguna	64,82	5,96			
Una vez	103,67	6,12			
Dos o tres veces	121,50	6,36			

En función del estado civil, los adultos que estaban separados y en unión libre reportaron más síntomas psicopatológicos de somatización, obsesión compulsión y depresión durante el periodo de pandemia, en comparación con los que

se encontraban solteros. Igualmente manifestaron que habían recibido violencia relacional y habían cometido violencia sexual en su relación de pareja (Tabla 4).

Tabla 4 — Comparaciones entre estado civil y síntomas psicopatológicos y haber o no cometido y sufrido violencia de pareja en adultos en el contexto de pandemia por Covid-19

	Estado civil	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>H</i>	<i>gl</i>	<i>p</i>
Síntomas psicopatológicos						
Somatización				12,426	3	0,006
	Separado	81,01	9,98			
	Unión libre	76,25	9,93			
Obsesión compulsión	Casado	49,05	9,74			
				9,834	3	0,020
	Separado	77,84	12,23			
Depresión	Unión libre	58,58	12,23			
	Casado	54,55	12,05			
				10,184	3	0,017
Separado	83,20	13,50				
Unión libre	59,59	13,48				
Casado	49,73	13,22				
Violencia de pareja						
Violencia relacional recibida				10,860	3	0,013
	Separado	95,50	1,82			
	Unión libre	63,20	1,81			
Violencia sexual cometida	Casado	59,95	1,85			
				8,128	3	0,043
	Separado	88,90	1,63			
Unión libre	67,37	1,62				
Casado	74,36	1,73				

Según la Tabla 5, los participantes que tenían niveles educativos más bajos, de básica primaria, informaron haber cometido y recibido más violencia física, así como haber recibido violencia sexual en su relación de pareja, en comparación con adultos de mayor escolaridad. No hubo diferencias entre los grupos en los demás tipos de violencia recibida y cometida (Tabla 5).

Tabla 5 — Comparaciones entre grado escolar actual y haber o no cometido y sufrido violencia de pareja en adultos en el contexto de pandemia por Covid-19

Tipo de violencia	Grado escolar actual	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>H</i>	<i>p</i>
Violencia física cometida				18,22	<0,001
	Básica primaria	130,25	1,41		
	Básica secundaria	61,80	2,93		
	Técnico	68,35	2,90		
	Tecnólogo	80,39	2,85		
	Pregrado	62,84	2,89		
	Posgrado	65,91	2,90		
Violencia física recibida				13,06	0,023
	Básica primaria	127,00	2,12		
	Básica secundaria	65,09	2,65		
	Técnico	67,65	2,72		
	Tecnólogo	74,89	2,67		
	Pregrado	62,60	2,61		
	Posgrado	66,34	2,72		
Violencia verbal cometida				7,02	0,219
	Básica primaria	102,50	3,53		
	Básica secundaria	62,61	5,48		
	Técnico	46,19	5,40		
	Tecnólogo	71,06	5,39		
	Pregrado	70,88	5,45		
	Posgrado	72,14	5,39		
Violencia verbal recibida				8,68	0,122
	Básica primaria	101,25	4,24		
	Básica secundaria	58,47	6,16		
	Técnico	47,85	6,07		
	Tecnólogo	71,47	6,02		
	Pregrado	74,76	6,11		
	Posgrado	69,95	6,05		
Violencia relacional cometida				10,46	0,063
	Básica primaria	120,25	1,41		
	Básica secundaria	64,21	1,89		

continua...

...continuação

Tipo de violencia	Grado escolar actual	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>H</i>	<i>p</i>
	Técnico	62,62	1,87		
	Tecnólogo	74,72	1,83		
	Pregrado	63,28	1,86		
	Posgrado	70,14	1,87		
Violencia relacional recibida				9,09	0,122
	Básica primaria	126,75	1,41		
	Básica secundaria	65,83	1,82		
	Técnico	64,46	1,87		
	Tecnólogo	66,39	1,84		
	Pregrado	64,00	1,79		
	Posgrado	71,30	1,87		
Violencia sexual cometida				10,66	0,050
	Básica primaria	114,25	1,41		
	Básica secundaria	60,69	1,70		
	Técnico	67,92	1,67		
	Tecnólogo	79,28	1,64		
	Pregrado	68,51	1,68		
	Posgrado	59,20	1,67		
Violencia sexual recibida				15,20	0,010
	Básica primaria	130,00	0,70		
	Básica secundaria	58,37	1,63		
	Técnico	60,85	1,49		
	Tecnólogo	78,89	1,58		
	Pregrado	73,07	1,61		
	Posgrado	57,05	1,49		

Discusión

El objetivo del presente estudio fue identificar las variables sociodemográficas, psicopatológicas y adaptativas en adultos colombianos asociadas a la violencia de pareja en el periodo de pandemia. En primera instancia es importante señalar que la violencia verbal tanto cometida como sufrida fueron

las que más se presentaron en este estudio. Así, se puede decir que, durante el periodo de pandemia, las parejas de adultos jóvenes involucradas en dicho tipo de violencia tendieron a expresar su malestar en la relación a través la utilización de un lenguaje emocional dirigido a humillar, ridiculizar, amenazar o denigrar al otro miembro de la pareja. Esto es consistente con estudios previos que han concluido que esta forma de malos tratos en las parejas de adultos jóvenes refleja una práctica normalizada de agresión verbal recíproca para afrontar los conflictos en la relación (Fernández-Fuertes et al., 2006; Martín & Villa Moral, 2019; Pazos Gómez et al., 2014; Sánchez Jiménez et al., 2008) y la perpetuación de un patrón de dominación y sumisión en la interacción de los miembros de la pareja (Lorente Acosta, 2020).

Estudios han dado cuenta de la manifestación de la violencia verbal y emocional en el periodo de pandemia muy asociados a eventos altamente estresantes que se han derivado de dicha situación (Molina Rico et al., 2022; Van Gelder et al., 2020). En otros estudios se documentó que la violencia de pareja se incrementó en el contexto de pandemia debido a dificultades de adaptación ante el Covid-19, ocasionadas por el aislamiento y problemas financieros que enfrentaron las parejas, ocasionadas de la disminución de ingresos económicos y pérdida de empleo, por el estrés generado por problemas de salud de alguno de los miembros de la pareja, por el trabajo bajo presión en ocupaciones esenciales, e inclusive por la convivencia forzada (Arenas-Arroyo et al., 2021; Berniell & Facchini, 2021; Cullen et al., 2020; Gupta, 2020). La interrupción en los servicios de salud y sociales derivados de las demandas de la pandemia y la disminución del acceso al soporte de los refugios o de las líneas sociales de ayuda, dificultaron el reporte oportuno de la violencia doméstica (OPS, 2020). Al respecto, Lorente-Acosta (2020) señaló que el confinamiento promueve la victimización principalmente en las mujeres y posibilita a los hombres a agredir para mantener el control.

En cuanto a las variables sociodemográficas relacionadas con la violencia de pareja, el estado civil separado y el de unión libre tuvieron una asociación con la violencia de pareja durante el periodo de pandemia, además de problemas psicopatológicos. Estos hallazgos concuerdan con lo documentado en otras investigaciones. Al respecto, Tan et al. (2020) encontraron que jóvenes solteros y en unión libre evidenciaron mayor intensidad de síntomas psicopatológicos. En otros estudios igualmente se demostró que ambos integrantes de la pareja tenían alto riesgo de evidenciar problemas de ansiedad por el miedo a contagiarse del coronavirus, lo cual generaba altos niveles de estrés que terminaban por ex-

presar hacia la pareja en forma violenta (Babore et al., 2020; Doshi et al., 2021; Mazza et al., 2020).

Otra variable que se evidenció vinculada con los problemas de violencia de pareja fue el nivel educativo. En este sentido, se encontró que los adultos con más baja formación académica informaron haber cometido y recibido violencia física, así como haber recibido violencia sexual. Al respecto se ha documentado una relación entre bajos niveles educativos y violencia de pareja, dadas las dificultades de las víctimas para empoderarse y tener mayor autonomía en sus vidas, como también de tener mayores posibilidades de acceder a una fuerza laboral que les permita prevenir el estrés económico en la familia (Miranda et al., 2021; Valencia Londoño et al., 2021). También se ha constatado que los bajos niveles académicos dificultan asumir un comportamiento comprometido y afectuoso, y pueden reducir la conciencia del daño que generan los malos tratos en la pareja (Rayhan & Akter, 2021).

En relación con las variables psicopatológicas y su asociación con la IPV en pandemia, los adultos jóvenes evaluados que reportaron haber sufrido esta violencia, experimentaron más síntomas de somatización, depresión, psicoticismo y ansiedad fóbica. Respecto a los síntomas de ansiedad fóbica y somatización, la evidencia empírica llevada a cabo en el contexto del Covid-19 dio cuenta que estuvo asociada con el miedo a contagiarse del coronavirus, a enfermarse o morir, manifestaciones que los hacían más sensibles a tener conflictos con su relación de pareja (Budzyńska et al., 2021; Cullen et al., 2020; Mazza et al., 2020). Así mismo las pérdidas de familiares y personas cercanas derivadas del Covid-19 generaron duelos complicados en los sobrevivientes, adicionalmente se presentaron pérdidas económicas y laborales, así como los periodos de aislamiento prolongado y de dificultad para expresar las emociones y necesidades, los cuales llevaron a que las personas evidenciaran cuadros depresivos, aspectos que ponen en mayor riesgo de involucrarse en una dinámica de relación de pareja violenta (Babore et al., 2020; Eisma & Tamminga, 2020).

Adicional a lo anterior, se encontró, que los adultos que refirieron haberse intentado suicidar durante los últimos 12 meses, manifestaron que habían cometido violencia física y recibido violencia física y verbal en su relación de pareja, igualmente reportaron que su relación de pareja había empeorado mucho durante el periodo de pandemia. Estos resultados ponen en evidencia la interacción entre el control coercitivo en las relaciones de pareja y la conducta suicida (Banerjee et al., 2021; Wolford-Clevenger et al., 2016; Wolford-Clevenger & Smith, 2017). Igualmente denota el vínculo entre los niveles de adaptación de

las parejas durante el Covid-19 y la calidad de su relación (Sachser et al., 2021), la cual se constituyen factores asociados a los malos tratos en la relación.

Los anteriores hallazgos coinciden con otros estudios llevados a cabo en diferentes países en el contexto de la pandemia en los que se reportó un incremento de la conducta suicida, especialmente en víctimas de IPV (Armitage & Nellums, 2020; Banerjee et al., 2021; Pandey et al., 2021; Torales et al., 2020). Esto denota que el riesgo de suicidio ha sido otro problema de salud mental que ha impactado a diferentes latitudes a nivel mundial y que se asocia a conflictos en las relaciones de pareja.

Una proporción de participantes que no evidenciaron IPV lograron un mejor ajuste en su relación a nivel de comunicación, tiempo libre compartido y distribución de actividades domésticas, lo cual coincide con lo reportado por Sachser et al. (2021), quienes hallaron en jóvenes alemanes un mejoramiento en la calidad de la relación de pareja durante el confinamiento. No obstante, documentaron que, en otros participantes involucrados en malos tratos en relación de pareja, hubo un deterioro en el vínculo romántico. Estos hallazgos también indicarían que durante la convivencia las parejas que muestran mejor ajuste en la relación son aquellas que establecen objetivos comunes que posibilitan darle un sentido a la relación (Flores Galáz et al., 2004); en tanto, aquellas que no lo hacen, tienen dificultades para adaptarse a los cambios que demandan eventos estresantes como la pandemia (Rozo Sánchez et al., 2022).

Los hallazgos del presente estudio indicaron que los jóvenes que tienen una mejor adaptación en la comunicación y el tiempo compartido, construyen y desarrollan estrategias de solución de problemas en pareja que aquellos que reportan fallas de ajuste en su relación (Lopera Echavarría, 2016). A su vez coincide con lo planteado por Blandón-Hincapié y López-Serna (2016) en el sentido que generan nuevas formas de construir y estar en pareja en medio de situaciones de incertidumbre y transitoriedad que derivan en la salud y el bienestar de cada integrante de la relación.

Consideraciones finales

Como conclusiones se puede decir que durante la pandemia por Covid-19 los adultos experimentaron una serie de síntomas psicopatológicos y dificultades de adaptación que pueden estar asociados a situaciones de violencia en la relación de pareja. Cuanto al estado civil, se resalta una mayor relación en adultos que estaban separados y en unión libre con mayor intensidad de síntomas de soma-

tización, obsesión compulsión, depresión y ansiedad, así como perpetración y victimización de IPV. Los adultos con niveles de educación académicos más bajos informaron haber cometido y recibido violencia física y sexual que aquellos con más altos niveles educativos.

Los participantes que reportaron haber intentado suicidarse en los últimos 12 meses también informaron que su relación de pareja había empeorado mucho durante el periodo de pandemia. Igualmente manifestaron que habían cometido y recibido violencia física y verbal en su relación de pareja. La situación de pandemia puso a prueba las habilidades de adaptación de los jóvenes involucrados en una relación de pareja, en las cuáles se encontró jóvenes que lograron tener una mejoría en su relación de pareja, pero igualmente una proporción de la muestra que también reportó dificultades de ajuste.

Una limitación del estudio fue que se tuvo acceso a los participantes de manera remota, dadas las restricciones por el confinamiento presentadas al momento de aplicar los instrumentos. Además, la mayoría de los participantes fueron mujeres, dado que la muestra a la que se accedió eran estudiantes de ciencias sociales, que tienen más representación femenina. También se incluyó muestra específicamente de la ciudad de Bogotá y no de otras regiones del país donde hay diferencias culturales que podrían constituirse en otra variable sociodemográfica asociada a la IPV. Se requeriría para próximos estudios tener una muestra balanceada por género y por región, que permita tener una perspectiva más robusta de la perspectiva de la violencia de pareja por parte de hombres y de mujeres de diferentes zonas culturales de Colombia.

El panorama hallado en el presente estudio sugiere considerar, para futuras investigaciones, la necesidad de diseñar y evaluar la eficacia de programas de prevención con jóvenes dirigidos hacia el desarrollo de estrategias de afrontamiento para la gestión de las emociones, habilidades de comunicación y de solución de conflictos en la relación de pareja en periodo postpandemia. Al respecto, es importante considerar priorizar las acciones de prevención de la IPV en jóvenes de niveles educativos bajos y con menor ingreso socioeconómico, por cuanto fueron donde más se reportaron problemas de IPV.

Referencias

- Arenas-Arroyo, E.; Fernandez-Kranz, D.; Nollenberger, N. (2021). Intimate partner violence under forced cohabitation and economic stress: Evidence from the Covid-19 pandemic. *Journal of Public Economics*, 194, 104350. <https://doi.org/10.1016/j.jpubeco.2020.104350>

- Armitage, R.; Nellums, L. B. (2020). Covid-19 and the consequences of isolating the elderly. *Lancet Public Health*, 5(5), e256. [https://doi.org/10.1016/s2468-2667\(20\)30061-x](https://doi.org/10.1016/s2468-2667(20)30061-x)
- Babore, A.; Lombardi, L.; Viceconti, M. L.; Pignataro, S.; Marino, V.; Crudele, M.; Candelori, C.; Bramanti, S. M.; Trumello, C. (2020). Psychological effects of the Covid-2019 pandemic: Perceived stress and coping strategies among healthcare professionals. *Psychiatry Research*, 293, 113366. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113366>
- Banerjee, D.; Kosagisharaf, J. R.; Sathyanarayana Rao, T. S. (2021). “The dual pandemic” of suicide and Covid-19: A biopsychosocial narrative of risks and prevention. *Psychiatry Research*, 295, 113577. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113577>
- Berniell, I.; Facchini, G. (2021). Covid-19 lockdown and domestic violence: Evidence from internet-search behavior in 11 countries. *European Economic Review*, 136, 103775. <https://doi.org/10.1016/j.eurocorev.2021.103775>
- Blandón-Hincapié, A. I.; López-Serna, L. M. (2016). Comprensiones sobre pareja en la actualidad: Jóvenes en busca de estabilidad. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 14(1), 505-517. <https://revistaumanizales.cinde.org.co/rlnsj/index.php/Revista-Latinoamericana/article/view/2376>
- Branson, M.; March, E. (2021). Dangerous dating in the digital age: Jealousy, hostility, narcissism, and psychopathy as predictors of cyber dating abuse. *Computers in Human Behavior*, 119, 106711. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2021.106711>
- Budzyńska, J.; Leśniewska, M.; Koziół, I.; Milanowska, J. (2021). The impact of the Covid-19 pandemic on mental health. *Journal of Education, Health and Sport*, 11(8), 44-54. <https://doi.org/10.12775/jehs.2021.11.08.005>
- Carvalho, J.; Campos, P.; Carrito, M.; Moura, C.; Quinta-Gomes, A.; Tavares, I.; Nobre, P. (2021). The relationship between Covid-19 confinement, psychological adjustment, and sexual functioning in a sample of Portuguese men and women. *The Journal of Sexual Medicine*, 18(7), 1191-1197. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2021.04.007>
- Collison, K. L.; Lynam, D. R. (2021). Personality disorders as predictors of intimate partner violence: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 88, 102047. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.102047>
- Cuenca, M. L.; Graña Gómez, J. L. (2016). Factores de riesgo psicopatológicos para la agresión en la pareja en una muestra comunitaria. *Clínica y Salud*, 27(2), 57-63. <https://doi.org/10.1016/j.clysa.2016.04.001>
- Cullen, W.; Gulati, G.; Kelly, B. D. (2020). Mental health in the Covid-19 pandemic. *QJM: An International Journal of Medicine*, 113(5), 311-312. <https://doi.org/10.1093/qjmed/hcaa110>
- DANE – Departamento Administrativo Nacional de Estadística (s.d.). *Estratificación socioeconómica para servicios públicos domiciliarios*. <https://www.dane.gov.co/index.php/servicios-al-ciudadano/servicios-informacion/estratificacion-socioeconomica> (acceso 25/07/2024)

- Derogatis, L. R. (1988). *SCL-90-R: Cuestionario de 90 síntomas*. TEA Ediciones.
- Doshi, D.; Karunakar, P.; Sukhabogi, J. R.; Prasanna, J. S.; Mahajan, S. V. (2021). Assessing coronavirus fear in Indian population using the Fear of Covid-19 Scale. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 19(6), 2383-2391. <https://doi.org/10.1007/s11469-020-00332-x>
- Eisma, M. C.; Tamminga, A. (2020). Grief before and during the Covid-19 pandemic: Multiple group comparisons. *Journal of Pain and Symptom Management*, 60(6), e1-e4. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.10.004>
- Faul, F.; Erdfelder, E.; Lang, A.-G.; Buchner, A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, 39(2), 175-191. <https://doi.org/10.3758/bf03193146>
- Fernández-Fuertes, A. A.; Fuertes, A.; Pulido, R. F. (2006). Evaluación de la violencia en las relaciones de pareja de los adolescentes: Validación del Conflict in Adolescent Dating Relationships Inventory (CADRI), versión española. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 6(2), 339-358. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=33760208>
- Flores Galáz, M. M.; Rivera Aragón, S.; Díaz Loving, R. (2004). Validación psicométrica del inventario de negociación del conflicto en parejas de una subcultura tradicional. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 1(17), 39-55. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4539912>
- Garrido Antón, M. J.; Arribas Rey, A.; Miguel, J. M.; García Collantes, Á. (2020). La violencia en las relaciones de pareja de jóvenes: Prevalencia, victimización, perpetración y bidireccionalidad. *Logos Ciencia & Tecnología*, 12(2), 8-19. <https://doi.org/10.22335/rlct.v12i2.1168>
- González de Rivera, J. L.; Derogatis, L. R.; de las Cuevas, C.; Gracia Marco, R.; Rodríguez-Pulido, F.; Henry-Benítez, M.; Monterrey, A. L. (1989). *The Spanish version of the SCL-90-R: Normative data in the general population*. *Clinical Psychometric Research*.
- Gupta, H. (2020). "What does coronavirus mean for violence against women?", *Women's Media Centre*. <https://womensmediacenter.com/news-features/what-does-coronavirus-mean-for-violence-against-women> (acceso 25/07/2024)
- Hamadani, J. D.; Hasan, M. I.; Baldi, A. J.; Hossain, S. J.; Shiraji, S.; Bhuiyan, M. S. A.; Mehrin, S. F.; Fisher, J.; Tofail, F.; Tipu, S. M. M. U.; Grantham-McGregor, S.; Biggs, B.-A.; Braat, S.; Pasricha, S.-R. (2020). Immediate impact of stay-at-home orders to control Covid-19 transmission on socioeconomic conditions, food insecurity, mental health, and intimate partner violence in Bangladeshi women and their families: An interrupted time series. *The Lancet Global Health*, 8(11), e1380-e1389. [https://doi.org/10.1016/s2214-109x\(20\)30366-1](https://doi.org/10.1016/s2214-109x(20)30366-1)

- Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (2023). *Boletín estadístico mensual, Noviembre 2023*. https://www.medicinalegal.gov.co/documents/20143/879499/Boletin_noviembre_2023.pdf (acceso 25/07/2024)
- Jackson, A. L. (2016). The combined effect of women's neighborhood resources and collective efficacy on IPV. *Journal of Marriage and Family*, 78(4), 890-907. <https://doi.org/10.1111/jomf.12294>
- Khalifeh, H.; Oram, S.; Trevillion, K.; Johnson, S.; Howard, L. M. (2015). Recent intimate partner violence among people with chronic mental illness: Findings from a national cross-sectional survey. *British Journal of Psychiatry*, 207(3), 207-212. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.114.144899>
- Londoño, N. H.; Agudelo, D. M.; Martínez, E.; Anguila, D.; Aguirre, D. C.; Arias, J. F. (2018). Validación del cuestionario de 90 síntomas SCL-90-R de Derogatis en una muestra clínica colombiana. *Med UNAB*, 21(2), 45-59. <https://doi.org/10.29375/01237047.2807>
- Lopera Echavarría, J. D. (2016). *Sabiduría práctica y salud psíquica*. EAFIT / San Pablo.
- Lorente-Acosta, M. (2020). Violencia de género en tiempos de pandemia y confinamiento. *Revista Española de Medicina Legal*, 46(3), 139-145. <https://doi.org/10.1016/j.reml.2020.05.005>
- Madalena, M. B. A.; Costa, C. B.; Falcke, D. (2017). Violência conjugal e transtornos da personalidade: Uma revisão sistemática da literatura. *Psicologia Clínica*, 29(3), 519-542. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-56652017000300009
- Mañas Viejo, C.; Martínez Sanz, A.; Esquembre Cerdá, M. M.; Montesinos Sánchez, M. N.; Gilar Corbí, R. (2013). Exploración de la violencia en las relaciones de pareja de jóvenes universitarias/os. In: J. D. Álvarez Teruel, M. T. Tortosa Ybáñez, N. Pellín Buades (Coords.), *Diseño de acciones de investigación en docencia universitaria*. Universidad de Alicante. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5991095>
- Martín, B.; Villa Moral, M. (2019). Relación entre dependencia emocional y maltrato psicológico en forma de victimización y agresión en jóvenes. *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud*, 10(2), 75-89. <https://doi.org/10.23923/j.rips.2019.02.027>
- Mazza, M.; Marano, G.; Lai, C.; Janiri, L.; Sani, G. (2020). Danger in danger: Interpersonal violence during Covid-19 quarantine. *Psychiatry Research*, 289, 113046. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113046>
- Miranda, J. K.; Crockett, M. A.; Vera-Pavez, J. I. (2021). The co-occurrence of intimate partner violence exposure with other victimizations: A nationally representative survey of Chilean adolescents. *Child Abuse & Neglect*, 117, 105046. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2021.105046>
- Molina Rico, J. E.; Moreno Méndez, J. H.; Roza Sánchez, M. M.; Perdomo Escobar, S. J.; Santacoloma Suárez, A. M.; León Rincón, D. (2022). *Violencia de pareja en el contexto de pandemia por Covid-19: Implicaciones clínicas*. Editorial Universidad Católica de Colombia. <https://doi.org/10.14718/9786287554146.2022>

- OMS – Organización Mundial de la Salud (2021). *Violencia contra las mujeres, estimaciones para 2018 (resumen): Estimaciones mundiales, regionales y nacionales de la prevalencia de la violencia de pareja contra las mujeres y estimaciones mundiales y regionales de la prevalencia de la violencia sexual fuera de la pareja contra las mujeres*. <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240026681>
- OPS – Organización Panamericana de la Salud (2020). *Covid-19 y violencia contra la mujer: Lo que el sector y el sistema de salud pueden hacer*. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52034>
- Ostertagová, E.; Ostertag, O.; Kováč, J. (2014). Methodology and application of the Kruskal-Wallis test. *Applied Mechanics and Materials*, 611, 115-120. <https://doi.org/10.4028/www.scientific.net/AMM.611.115>
- Pandey, K.; Thurman, M.; Johnson, S. D.; Acharya, A.; Johnston, M.; Klug, E. A.; Olwenyi, O. A.; Rajaiah, R.; Byrareddy, S. N. (2021). Mental health issues during and after Covid-19 vaccine era. *Brain Research Bulletin*, 176, 161-173. <https://doi.org/10.1016/j.brainresbull.2021.08.012>
- Pazos Gómez, M.; Oliva Delgado, A.; Hernando Gómez, A. (2014). Violencia en relaciones de pareja de jóvenes y adolescentes. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 46(3), 148-159. [https://doi.org/10.1016/S0120-0534\(14\)70018-4](https://doi.org/10.1016/S0120-0534(14)70018-4)
- Petersen, M. G. F.; Zamora, J. C.; Fermann, I. L.; Crestani, P. L.; Habigzang, L. F. (2019). Psicoterapia cognitivo-comportamental para mulheres em situação de violência doméstica: Revisão sistemática. *Psicologia Clínica*, 31(1), 145-165. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-56652019000100008
- Porter, E.; Chambless, D. L.; Keefe, J. R.; Allred, K. M.; Brier, M. J. (2019). Social anxiety disorder and perceived criticism in intimate relationships: Comparisons with normal and clinical control groups. *Behavior Therapy*, 50(1), 241-253. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2018.05.005>
- Rayhan, I.; Akter, K. (2021). Prevalence and associated factors of intimate partner violence (IPV) against women in Bangladesh amid Covid-19 pandemic. *Heliyon*, 7(3), e06619. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2021.e06619>
- Reddy, P. V.; Tansa, K. A.; Raj, A.; Jangam, K.; Muralidharan, K. (2020). Childhood abuse and intimate partner violence among women with mood disorders. *Journal of Affective Disorders*, 272, 335-339. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.03.113>
- Redondo Pacheco, J.; Rey Anacona, C. A.; Moreno Méndez, J. H.; Luzardo Briceño, M. (2021). Validación colombiana del inventario de violencia en las relaciones de pareja en adolescentes (CADRI). *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 1(58), 141-152. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7822670>
- Rees, S.; Thorpe, R.; Tol, W.; Fonseca, M.; Silove, D. (2015). Testing a cycle of family violence model in conflict-affected, low-income countries: A qualitative study from Timor-Leste. *Social Science & Medicine*, 130, 284-291. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2015.02.013>

- Reichel, D. (2017). Determinants of intimate partner violence in Europe: The role of socioeconomic status, inequality, and partner behavior. *Journal of Interpersonal Violence*, 32(12), 1853-1873. <https://doi.org/10.1177/0886260517698951>
- Rey Anacona, C. A. (2012). *Estudio descriptivo comparativo de adolescentes varones y adolescentes mujeres que presentan trastorno disocial de inicio infantil y trastorno disocial de inicio adolescente: Informe de investigación* [manuscrito inédito]. Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia, Tunja.
- Rozo Sánchez, M. M.; Moreno Méndez, J. H.; Molina Rico, J. E.; Perdomo Escobar, S. J.; Santacoloma Suárez, A. M.; León Rincón, D. (2022). Adaptación en las relaciones de pareja en adultos jóvenes en el contexto de la pandemia por Covid-19. In: J. E. Molina Rico, J. H. Moreno Méndez, M. M. Rozo Sánchez, S. J. Perdomo Escobar, A. M. Santacoloma Suárez, D. León Rincón, *Violencia de pareja en el contexto de pandemia por Covid-19: Implicaciones clínicas*, p. 71-86. Editorial Universidad Católica de Colombia. <https://doi.org/10.14718/9786287554146.2022.6>
- Sachser, C.; Olaru, G.; Pfeiffer, E.; Brähler, E.; Clemens, V.; Rassenhofer, M.; Witt, A.; Fegert, J. M. (2021). The immediate impact of lockdown measures on mental health and couples' relationships during the Covid-19 pandemic: Results of a representative population survey in Germany. *Social Science & Medicine*, 278, 113954. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2021.113954>
- Sánchez Jiménez, V.; Ortega Rivera, F. J.; Ortega Ruiz, R.; Viejo Almanzor, C. (2008). Las relaciones sentimentales en la adolescencia: Satisfacción, conflictos y violencia. *Escritos de Psicología*, 2(1), 97-109. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=271020194011>
- Sotiropoulou, P.; Ferenidou, E.; Owens, D.; Kokka, I.; Minopoulou, E.; Koumantanou, E.; Pavlopoulou, I.; Apotsos, P.; Karvouni, M.; Koumantarou, E.; Mourikis, I.; Vaidakis, N.; Papageorgiou, C. (2021). The impact of social distancing measures due to Covid-19 pandemic on sexual function and relationship quality of couples in Greece. *Sexual Medicine*, 9(3), 100364. <https://doi.org/10.1016/j.esxm.2021.100364>
- Spencer, C.; Mallory, A. B.; Cafferky, B. M.; Kimmes, J. G.; Beck, A. R.; Stith, S. M. (2019). Mental health factors and intimate partner violence perpetration and victimization: A meta-analysis. *Psychology of Violence*, 9(1), 1-17. <https://doi.org/10.1037/vio0000156>
- Tan, W.; Hao, F.; McIntyre, R. S.; Jiang, L.; Jiang, X.; Zhang, L.; Zhao, X.; Zou, Y.; Hu, Y.; Luo, X.; Zhang, Z.; Lai, A.; Ho, R.; Tran, B.; Ho, C.; Tam, W. (2020). Is returning to work during the Covid-19 pandemic stressful? A study on immediate mental health status and psychoneuroimmunity prevention measures of Chinese workforce. *Brain Behavior, and Immunity*, 87, 84-92. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.04.055>
- Torales, J.; O'Higgins, M.; Castaldelli-Maia, J. M.; Ventriglio, A. (2020). The outbreak of Covid-19 coronavirus and its impact on global mental health. *International Journal of Social Psychiatry*, 66(4), 317-320. <https://doi.org/10.1177/0020764020915212>

- Valencia Londoño, P. A.; Nateras González, M. E.; Bruno Solera, C.; Paz, P. S. (2021). The exacerbation of violence against women as a form of discrimination in the period of the Covid-19 pandemic. *Heliyon*, 7(3), e06491. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2021.e06491>
- Van Gelder, N.; Peterman, A.; Potts, A.; O'Donnell, M.; Thompson, K.; Shah, N.; Oertelt-Prigione, S.; the Gender and Covid-19 working group (2020). Covid-19: Reducing the risk of infection might increase the risk of intimate partner violence. *EClinical Medicine*, 21, 100348. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2020.100348>
- Wolfe, D. A.; Scott, K.; Reitzel-Jaffe, D.; Wekerle, C.; Grasley, C.; Straatman, A. L. (2001). Development and validation of the Conflict in Adolescent Dating Relationships Inventory. *Psychological Assessment*, 13(2), 277-293. <https://doi.org/10.1037/1040-3590.13.2.277>
- Wolford-Clevenger, C.; Smith, P. N. (2017). The conditional indirect effects of suicide attempt history and psychiatric symptoms on the association between intimate partner violence and suicide ideation. *Personality and Individual Differences*, 106, 46-51. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2016.10.042>
- Wolford-Clevenger, C.; Vann, N. C.; Smith, P. N. (2016). The association of partner abuse types and suicidal ideation among men and women college students. *Violence and Victims*, 31(3), 471-485. <https://doi.org/10.1891/0886-6708.VV-D-14-00083>
- Wu, T.; Jia, X.; Shi, H.; Niu, J.; Yin, X.; Xie, J.; Wang, X. (2021). Prevalence of mental health problems during the Covid-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 281, 91-98. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.11.117>

Recebido em 19 de novembro de 2021

Aceito para publicação em 14 de março de 2024

O CONCEITO DE RESILIÊNCIA PARENTAL E SUAS IMPLICAÇÕES PSICOSSOCIAIS

*THE CONCEPT OF PARENTAL RESILIENCE
AND ITS PSYCHOSOCIAL IMPLICATIONS*

*EL CONCEPTO DE RESILIENCIA PARENTAL
Y SUS IMPLICACIONES PSICOSOCIALES*

Célia Regina Rangel Nascimento⁽¹⁾

Maria Angela Mattar Yunes⁽²⁾

RESUMO

Situações adversas desafiam as figuras parentais a manter práticas de cuidado com qualidade relacional que protejam e promovam o desenvolvimento integral dos filhos. Nesse cenário, emerge o fenômeno de resiliência parental. Para analisar o conceito, realizou-se uma revisão narrativa da literatura científica. Verificou-se que poucos estudos buscaram desenvolver definições e elementos conceituais para uma compreensão consistente sobre o construto. A literatura que desenvolveu o conceito evidenciou que a resiliência parental é definida pela capacidade dos pais de exercer e manter a parentalidade de qualidade diante de situações adversas. Essa capacidade está alicerçada em uma abordagem relacional e sistêmica que envolve recursos pessoais, familiares, comunitários e sociais. Destacaram-se como aspectos relevantes da resiliência parental as concepções positivas, as práticas protetivas com foco nas necessidades das crianças e o apoio social. Conhecer esses aspectos pode subsidiar a promoção da resiliência parental em propostas de intervenção clínica e comunitária, visando ao fortalecimento das famílias.

Palavras-chave: parentalidade; resiliência; resiliência parental;
revisão de literatura.

⁽¹⁾ Professora Doutora do Departamento de Psicologia Social e do Desenvolvimento e do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES), Vitória, ES, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0002-3175-0715> — email: celia.nascimento@ufes.br

⁽²⁾ Professora Doutora do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Salgado de Oliveira (Universo), Niterói, RJ, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0002-4653-3895> — email: mamyunes@gmail.com

Não se declararam fontes de financiamento.

ABSTRACT

Adverse situations challenge parents to maintain care practices with relational quality that protect and promote the full development of their children. The phenomenon of parental resilience emerges in this scenario. A narrative review of the scientific literature was carried out to analyze this concept. Few studies were found to have developed definitions and conceptual elements for a consistent understanding of the construct. The primary literature on the concept showed that parental resilience is defined by the ability of parents to exercise and maintain the quality of parenting before adverse situations. This ability is grounded in a relational and systemic approach to personal, family, community, and social resources. Relevant aspects of parental resilience were identified, such as positive conceptions and protective practices focusing on the needs of children and social support. An understanding of these aspects can help to boost parental resilience in clinical and community intervention proposals, aimed at strengthening the families.

Keywords: parenting; resilience; parental resilience; literature review.

RESUMEN

Las situaciones adversas desafían a las figuras parentales a mantener prácticas de cuidado con calidad relacional que protejan y promuevan el pleno desarrollo de los niños. En este escenario, surge el fenómeno de la resiliencia parental. Se realizó una revisión narrativa de la literatura científica para analizar el concepto. Se encontró que pocos estudios han tratado de desarrollar definiciones y elementos conceptuales para una comprensión consistente del constructo. La literatura que desarrolló el concepto mostró que la resiliencia parental se define por la capacidad de los padres de ejercer y mantener una parentalidad de cualidad ante las adversidades. Esta capacidad se basa en un enfoque relacional y sistémico que incluye recursos personales, familiares, comunitarios y sociales. Se destacaron cómo aspectos relevantes de la resiliencia de los padres las concepciones positivas, las prácticas protectoras centradas en las necesidades de los niños, y el apoyo social. Conocer estos aspectos puede subvencionar la promoción de la resiliencia parental en las propuestas de intervención clínica y comunitaria dirigidas al fortalecimiento de las familias.

Palabras clave: parentalidad; resiliencia; resiliencia parental; revisión de literatura.

Introdução

A busca e negociação de recursos internos e externos que possibilitem crescimento e fortalecimento diante dos desafios da vida em família remetem ao fenômeno da resiliência familiar. Focar na resiliência do sistema familiar significa destacar seus pontos fortes e potencial de desenvolvimento, em oposição aos enfoques que enfatizam os danos ou fragilidades que emergem em situações de adversidades (Walsh, 2005, 2016). A qualidade das relações parentais e seus estilos de cuidados têm papel fundamental na dinâmica familiar e no desenvolvimento dos filhos, repercutindo no funcionamento familiar e em sua capacidade de desenvolver processos de resiliência. Nessa interação, relações afetivas precoces, pautadas por cuidados que protejam e atendam às necessidades dos filhos, são vitais para o desenvolvimento saudável de crianças e adolescentes.

Em contextos e situações adversas, as figuras parentais são desafiadas em sua capacidade de manter um cuidado com qualidade relacional promotora do desenvolvimento integral e do potencial dos filhos, bem como a desenvolver estratégias para superação das dificuldades. Nesse cenário, levanta-se a questão sobre os fatores que possibilitam que os pais desenvolvam práticas consistentes e de qualidade em situações desfavoráveis. Na busca por respostas para essa questão, emerge um conceito derivado de estudos sobre resiliência em famílias, nomeado *resiliência parental*.

O objetivo deste artigo é analisar elementos conceituais de resiliência parental, considerando a relevância de suas implicações psicossociais e seus efeitos na resiliência familiar e no desenvolvimento de crianças e adolescentes. Com esse propósito, realizou-se uma revisão narrativa da literatura sobre o tema. De acordo com Rother (2007), os artigos de revisão narrativa têm por objetivo discutir o desenvolvimento e o estado atual de conhecimento de um determinado tema ou tópico de estudo por meio da pesquisa de fontes de informações bibliográficas e da análise qualitativa do material pesquisado. Contudo, diferentemente da revisão sistemática, a revisão narrativa é mais flexível e não exige um protocolo predefinido com a descrição dos passos metodológicos e o planejamento previsto naquela modalidade de revisão.

Para acessar a literatura sobre o tema, realizaram-se buscas nas bases de dados SciELO, CAPES e Biblioteca Virtual da Saúde (BVS), bem como no site de busca do Google Acadêmico, a partir do descritor “resiliência parental” e seu correspondente em inglês “parental resilience”. Os textos encontrados que de-

envolveram o conceito, excluídas dissertações e teses, foram selecionados e lidos na íntegra para compor este artigo e foram articulados com outros trabalhos que tratam do tema da resiliência e da parentalidade.

Resiliência e resiliência familiar

Para contextualizar o conceito de resiliência parental, serão abordados inicialmente aspectos relativos aos fenômenos da resiliência e da resiliência em famílias. O conceito de resiliência vem se desenvolvendo na psicologia desde a década de 1970, quando estudos longitudinais com crianças e pessoas em condições de pobreza e adversidade foram realizados por pesquisadores americanos e europeus (Brandão & Nascimento, 2019; Rutter, 1985; Walsh, 2016; Werner & Smith, 1977). Nesses estudos, foram identificadas crianças que se adaptavam positivamente às condições adversas sob as quais viviam, e teve início uma primeira onda de estudos sobre a resiliência como um construto psicológico e um fenômeno individual. Buscava-se identificar quais características dos indivíduos possibilitavam “resistir” e adaptar-se de forma positiva às circunstâncias desfavoráveis, distinguindo-se os grupos dos que se adaptavam e dos que não se adaptavam, nomeados como resilientes e não resilientes, de acordo com os critérios estabelecidos pelos investigadores (Walsh, 2005; Yunes, 2003, 2015).

Diante das controvérsias conceituais e metodológicas discutidas por grupos consolidados de pensadores, construiu-se uma segunda onda de pesquisas, que enfocou a resiliência enquanto processo, ressaltando aspectos não apenas individuais, mas relacionais, contextuais e dinâmicos de risco, proteção e resiliência (Brandão & Nascimento, 2019; Hart et al., 2016; Luthar et al., 2000; Masten, 2001). Com base no conhecimento adquirido nas fases anteriores, uma terceira onda enfatizou o desenvolvimento e a avaliação de intervenções para promoção de resiliência (Brandão & Nascimento, 2019; Hart et al., 2016). De acordo com Hart et al. (2016), essa terceira onda resultou numa compreensão mais ampla e questionadora do papel dos contextos e da cultura e contribuiu para a avaliação do que são resultados positivos que indicam resiliência em grupos culturais distintos. Atualmente, uma quarta onda de estudos sobre a natureza dinâmica e contextual da resiliência levou pesquisadores a buscar modelos de análise mais complexos e métodos mais sofisticados para preencher as lacunas deixadas por estudos das fases anteriores (Brandão & Nascimento, 2019; Hart et al., 2016; Ungar, 2018, 2021).

Apesar dos avanços dos estudos sobre resiliência, considera-se que ainda não há um consenso em relação às definições e metodologias de pesquisa e avaliação (Hart et al., 2016; Oliveira & Nakano, 2018; Yunes, 2015). Berástegui e Pittilas (2021) analisaram, contudo, que há consenso em considerar que há três dimensões do conceito de resiliência, que envolvem a presença da adversidade, recursos para lidar com seus efeitos e a adaptação positiva como resultado.

Ungar (2018, 2021) argumentou que, mesmo em áreas afins que pesquisam resiliência, há dificuldade para integrar definições e princípios para uma avaliação complexa dos processos de resiliência que atuam em sistemas inter-relacionados, como os seres humanos e os ambientes ecológicos. Com essa perspectiva, o autor buscou pontos comuns entre os princípios que definem a resiliência para diferentes sistemas e áreas de conhecimento, propondo uma síntese de sete grupos conceituais, descritos como princípios que identificam processos resilientes: (1) a resiliência ocorre em contextos de adversidade; (2) a resiliência consiste em processos e não em características estáticas; (3) o sistema de trocas na experiência da resiliência pode envolver perdas e ganhos; (4) um sistema resiliente tem abertura para acessar novas informações e interagir com outros sistemas para estabelecer relacionamentos complexos e dinâmicos; (5) um sistema resiliente promove conectividade, ampliando sua rede de relações de forma colaborativa; (6) o processo de resiliência envolve experimentação e novas aprendizagens; (7) um sistema resiliente conta com a participação de recursos diversificados para o enfrentamento de situações de crise e estresse.

O fato de que processos de resiliência ocorrem em contextos e situações adversas, ou seja, decorrem de experiências que podem causar perturbações e sofrimento, é destaque nas definições de resiliência psicológica individual, familiar e comunitária (Silva et al., 2024; Ungar, 2021). Considerada sob o escopo de processos de desenvolvimento humano, a resiliência se relaciona à capacidade de superação das situações desestabilizadoras e causadoras de estresse que resultam em transformação e adaptação, crescimento e fortalecimento dos indivíduos e grupos (Masten & Barnes, 2018; Walsh, 2016; Yunes, 2003). A respeito desse princípio, Ungar (2018) ressaltou que a resiliência envolve um padrão de adaptação, crescimento ou transformação que acontece em condições não esperadas ou não ideais, condições essas que são avaliadas como estressoras e de risco, exigindo estratégias que minimizem o impacto dessas condições.

Assim, em relação às metodologias de estudo, considera-se relevante para a compreensão dos processos de resiliência nos seres humanos a avaliação (a) da exposição ao risco, situações que aumentam a possibilidade de prejuízo ao desenvolvimento e à saúde; (b) dos fatores e processos protetivos, que minimizam

os efeitos dos riscos e favorecem seu enfrentamento, tendo efeito moderador; e (c) dos fatores e processos promotores, isto é, os que suscitam o desenvolvimento saudável em diferentes condições (Masten & Barnes, 2018; Ungar, 2019). Nos estudos sobre resiliência, diferentes termos são utilizados na referência ao risco e à proteção, entre eles fatores, mecanismos e processos. O termo fator, no caso do risco, por exemplo, parece remeter a uma compreensão mais estática de situações que podem resultar em desfecho negativo para a saúde e o desenvolvimento, enquanto mecanismos e processos remetem a um conjunto de experiências e exposições que podem levar ao desfecho negativo em função de uma situação mediadora de outros acontecimentos (Saltzman et al., 2011). Contudo, essas distinções precisam ser mais bem estudadas e descritas. Na discussão sobre resiliência familiar, Henry et al. (2015) sugeriram que a terceira onda de estudos sobre o tema tenha como foco a integração de conceitos e delimitação de terminologias, tendência também da quarta onda de estudos sobre a resiliência (Ungar, 2021).

Ampliando essa discussão, Ungar (2019) analisou que, além desses elementos, é importante identificar os resultados da resiliência, atentando para os processos que se espera que sejam influenciados pelos fatores protetivos e promotores, que podem envolver aspectos biológicos, psicológicos, sociais e contextuais. O autor destacou que todas essas dimensões, quando indicadas, aumentam a validade e a confiabilidade das pesquisas sobre o tema. Destaca-se que esses fatores e condições não devem ser predeterminados de forma generalizada, mas avaliados a partir de aspectos culturais relevantes para a população estudada. Ao considerar os resultados desenvolvimentais que indicam resiliência, Libório e Ungar (2010) enfatizaram a importância de reconhecer a diversidade cultural das vivências, bem como os recursos disponíveis que podem favorecer a resiliência em diferentes culturas e grupos sociais.

Essa avaliação sob a perspectiva sociocultural e sistêmica é de suma importância nos estudos sobre famílias. Deve-se ter o cuidado ético de não pressupor um modelo único e ideal de organização e de funcionamento familiar. É preciso considerar que o funcionamento das famílias tem bases em contextos culturais, sociais e históricos que impactam suas relações, formas e definições em cada sociedade (Walsh, 2005; Yunes, 2015).

A abordagem sistêmica considera que a família, compreendida em suas diferentes configurações, é um sistema de relações inserido num contexto mais amplo, social e cultural, que afeta o desenvolvimento de cada integrante do sistema, bem como que todos os membros contribuem para o desenvolvimento do grupo. Por ser um dos contextos de relações mais significativos dos indivíduos,

pode-se afirmar que, nesse ambiente, os recursos podem ser potencializados para o desenvolvimento da resiliência. A resiliência familiar, portanto, diz respeito ao processo pelo qual o grupo familiar se reorganiza diante de crises e situações de estresse, mantendo possibilidades de fortalecimento e crescimento do grupo e de seus membros (Walsh, 2016).

A partir de estudos clínicos e de uma perspectiva sistêmica de família, Walsh (2005, 2016) descreveu um modelo que aponta processos e dimensões-chave norteadoras de muitas reflexões acerca da resiliência familiar. Essas dimensões podem se expressar de diferentes formas, a depender das singularidades das famílias, mas são importantes indicadores de resiliência nesse contexto (Yunes, 2015) os sistemas de crenças familiares, os padrões de organização da família e os processos de comunicação intrafamiliares e extrafamiliares. Em relação às crenças, Walsh (2005) destacou os valores e convicções compartilhadas que atribuem significados às adversidades; a perspectiva positiva que favoreça a esperança e a confiança interpessoal e na possibilidade de superar as dificuldades; e o entendimento e a aceitação do que não pode ser mudado. Além disso, transcendência e espiritualidade são elementos que favorecem o propósito e sentido de vida, contribuindo para a reavaliação e transformação nas crises. Em relação aos padrões organizacionais da família, são mencionados os seguintes elementos para que a família encontre equilíbrio nas dificuldades: manter alguma estabilidade nas situações de crise, bem como ter flexibilidade e abertura para mudança; manter a conexão entre os membros, equilibrando momentos de proximidade, compromisso e autonomia dos indivíduos; buscar recursos sociais disponíveis, como apoio familiar, comunitário e institucional; e contar com recursos econômicos que possam contribuir para a superação das adversidades. Os processos de comunicação, por sua vez, pressupõem comunicação compreensível e transparente sobre as situações de crise que envolvem a família e sobre outros aspectos do seu funcionamento, abertura para a expressão emocional de seus membros e resolução cooperativa dos problemas.

Estudos embasados nesse modelo demonstraram que o funcionamento familiar e as características da família têm implicações diretas para a resiliência parental (Cousineau et al., 2019; Gavidia-Payne et al., 2015; Semensato & Bosa, 2017). Assim, pode-se considerar que os processos chave da resiliência familiar, acima mencionados, afetam práticas e concepções favoráveis a uma parentalidade competente diante de dificuldades e são, portanto, associados à resiliência no sub-sistema parental. Ao focalizar o papel das figuras parentais na resiliência familiar, Walsh (2005) considerou que os pais “são os arquitetos da família, estabelecendo as bases para uma vida familiar saudável nos arranjos estruturais, papéis e regras

que constroem” (p. 88). Nessa função, espera-se que os responsáveis parentais sejam os líderes e orientadores que encorajam os filhos no manejo das dificuldades e desafios da vida. Dessa forma, pode-se ponderar que a resiliência parental é um dos elementos balizadores da resiliência familiar.

O conceito de resiliência parental e suas singularidades

O conceito de resiliência parental ainda é novo e pouco explorado, não apenas no Brasil, mas também na literatura internacional. Poucos estudos foram identificados dentro da temática. Além dos trabalhos dos autores que serão apresentados a seguir com mais detalhes, foram encontrados outros estudos que investigaram a associação entre parentalidade e resiliência, com o uso dos termos *parentalidade resiliente*, *resiliência na parentalidade*, *resiliência nos pais*, *resiliência no cuidado parental* e *resiliência parental* (Cousineau et al., 2019; Easterbrooks et al., 2011; Ellingsen et al., 2014; Gmuca et al., 2019; Semensato & Bosa, 2017; Sim et al., 2019; Widyawati et al., 2023). Esses trabalhos, no entanto, não tiveram por objetivo apresentar definições, características e elementos conceituais para uma compreensão mais detalhada e consistente sobre o construto resiliência parental. Na literatura analisada, a discussão das dimensões da resiliência parental e suas especificidades conceituais, que a diferenciam da resiliência familiar, foi apresentada pelos seguintes pesquisadores: María José Rodrigo (2009, 2011), pesquisadora da área de Psicologia na Universidade de La Laguna, na Espanha, precursora dessa expressão (Yunes, 2015); Gavidia-Payne et al. (2015), profissionais de psicologia e pesquisadores australianos da Universidade RMIT; e Jorge Barudy e Maryorie Dantagnan (2010), profissionais chilenos da área de saúde mental. Os autores ressaltaram a necessidade de um maior número de pesquisas para ampliar o entendimento do construto. A descrição dos referidos autores acerca do conceito de resiliência parental focaliza, especificamente, duas questões: a unidade parental da família, em quaisquer arranjos, e as dimensões do cuidado e dos processos educativos exercidos pelas figuras parentais em contextos e situações adversas.

Para Rodrigo (2009), a resiliência parental é definida como um “processo dinâmico que permite aos pais desenvolverem uma relação protetora e sensível diante das necessidades dos filhos, apesar de viverem em um entorno que potencializa comportamentos de maus tratos” (p. 52). A autora considera que contribuem para a resiliência parental os seguintes fatores: concepções e condutas dos pais/cuidadores que orientam o relacionamento parental-filial;

a percepção de seu papel parental junto aos filhos; e o equilíbrio entre risco e suporte social disponível.

Por sua vez, Gavidia-Payne et al. (2015) definiram o construto como sendo a capacidade das figuras parentais de “fornecer uma educação competente e de qualidade às crianças, apesar das circunstâncias pessoais, familiares e sociais adversas” (p. 113). Os autores propuseram um modelo de estudo amplo da resiliência parental, que envolve a identificação de fatores individuais, familiares e sociais. Dentre os fatores individuais, estão os indicadores de bem-estar, saúde mental e autoeficácia das figuras parentais. Os fatores familiares se expressam no cotidiano das relações entre os membros da família, incluindo a rotina, suas crenças e, ainda, estratégias para lidar com situações adversas. Como fatores sociais, os autores apontaram a conexão social, que envolve a disponibilidade e o acesso dos pais a apoio social que favoreça a prática parental.

Numa obra que apresenta um guia para a avaliação da competência e da resiliência parental, Barudy e Dantagnan (2010) também buscaram compreender os processos implicados na resiliência parental. Os autores afirmaram que:

a resiliência é possível quando se dá um conjunto de processos mentais e sociais que possibilitam, a qualquer pessoa, ter uma vida saudável e construtiva, apesar dos eventos traumáticos do passado e das adversidades do presente. Quando se aplica aos pais e mães, se concretiza em uma prática parental saudável e competente. (p. 247)

Barudy e Dantagnan (2010) descreveram, portanto, que a resiliência parental “corresponde à capacidade de manter um processo de bom trato das crianças, independentemente das condições de vida difíceis” (p. 260). Consideraram ainda que as fontes da resiliência parental advêm da articulação entre diferentes recursos: (a) recursos ambientais macrosistêmicos disponíveis no entorno cultural e social; (b) recursos microsistêmicos, do funcionamento do próprio sistema familiar; e (c) recursos pessoais e da história de vida das figuras parentais. Além desses recursos bioecológicos, os autores defenderam que o desenvolvimento de um apego seguro na história de vida dos pais, com a família de origem ou com outros adultos de sua convivência, pode favorecer processos de resiliência e a internalização de atributos positivos que participam das expressões de resiliência parental.

O conceito de resiliência parental se apresenta na presença de estressores que levam a família a fazer reajustes em seu funcionamento, situação que afé-

ta também os pais, especialmente quando as situações estressoras são graves e crônicas (Rodrigo, 2009). O investimento das figuras parentais para lidar com as dificuldades pode resultar num menor investimento nas tarefas educativas e de cuidados. Essa situação pode levar cuidadores primários a tomarem decisões imediatistas que põem em risco ou prejudicam a criança. A literatura aponta algumas condições que impactam as famílias e o exercício da parentalidade: a presença de doença na criança ou dentre seus membros (Bolaséll et al., 2019; Cousineau et al., 2019); a deficiência mental e o transtorno mental da criança (Semensato & Bosa, 2017; Widyawati et al., 2023); a violência doméstica e conjugal (Bolze et al., 2019; Justino & Nascimento, 2020); condições de vulnerabilidade social que podem resultar em privações e dificuldades de acesso a recurso materiais e de apoio social, causando estresse e impactando o bem-estar da família e de seus membros (Silva et al., 2021; Yunes & Szymanski, 2007). Nesses cenários complexos, considera-se que os cuidadores principais que permanecem sensíveis às necessidades das crianças e desenvolvem cuidado protetor e promotor do desenvolvimento saudável são figuras parentais que apresentam resiliência parental. Gavidia-Payne et al. (2015) e Barudy e Dantagnan (2010) denominaram a parentalidade competente ou de qualidade exercida nessas condições como parentalidade resiliente, termo também utilizado por outros pesquisadores que buscaram avaliar práticas parentais e resiliência (Ellingsen et al., 2014).

Considerando a avaliação do construto, Gavidia-Payne et al. (2015) alegaram que a resiliência das figuras parentais tem sido avaliada, muitas vezes, a partir de práticas parentais associadas a desfechos positivos no desenvolvimento dos filhos, e é considerada principalmente como variável independente ou mediadora na avaliação do bem-estar infantil. Os autores chamaram a atenção para a importância de investigações que busquem compreender os processos implicados na resiliência parental, com foco nos fatores pessoais e sociais que favorecem que os pais se envolvam em práticas parentais de qualidade em situações adversas. Destacaram que a resiliência parental põe em evidência os recursos dos próprios pais e salienta seus pontos fortes, suas habilidades e conhecimentos para o exercício da parentalidade de qualidade. Barudy e Dantagnan (2010) reforçam essa compreensão ao focalizarem a resiliência parental “como um conjunto de capacidades dinâmicas e interativas apresentadas por mães e pais” (p. 248).

É importante acrescentar que, embora a resiliência parental esteja definida pelos autores focalizando pais e mães, as figuras parentais podem ser representadas por adultos cuidadores com ou sem vínculos consanguíneos, em diferentes contextos, uma vez que assumem o papel de proteger, educar e socializar as crianças e os adolescentes sob sua responsabilidade, em condição provisória ou

permanente. Esse exercício é o que Barudy e Dantagnan (2010) consideraram como uma parentalidade social, aquela que destaca o vínculo afetivo e a capacidade para o cuidado em vez do vínculo biológico. Dessa forma, o uso dos termos pai e mãe, aqui utilizados, devem ser compreendidos numa extensão mais ampla, abarcando também outros personagens que desempenham tais papéis ao longo do desenvolvimento da criança.

Fatores relevantes para a resiliência parental

A resiliência parental envolve recursos das figuras parentais para o exercício da parentalidade de qualidade ou resiliente em condições adversas. Contudo, assim como a resiliência familiar, a resiliência parental tem caráter processual, sistêmico e relacional (Yunes, 2015), e se expressa no contexto das interações e do desempenho das atividades cotidianas da família (Gavidia-Payne et al., 2015). Os recursos relevantes para a resiliência parental são, portanto, obtidos na relação com os contextos nos quais as figuras parentais estão inseridas, tanto ao longo de seu próprio desenvolvimento como no decorrer do desenvolvimento da família.

Os autores que discutiram a resiliência parental aqui apresentados partem de diferentes perspectivas teóricas e metodológicas. Contudo, apresenta-se uma análise de aspectos comuns que são enfatizados como fatores que favorecem a resiliência parental. Dois fatores foram destacados como tal: as concepções e práticas sensíveis às necessidades dos filhos e o apoio social disponível e acessado pelas figuras parentais.

Concepções e práticas sensíveis às necessidades dos filhos

Dentre os aspectos-chave para a resiliência parental, destacam-se dimensões específicas do exercício parental necessárias à qualidade das interações com os filhos. Para garantir a parentalidade de qualidade, as concepções e práticas dos cuidadores devem ser alinhadas ao reconhecimento da importância de seu papel junto aos filhos. Levar em conta as necessidades das crianças e suas potencialidades, por meio de um repertório de condutas empáticas com os filhos, colabora para o exercício da parentalidade de qualidade, mesmo em situações desfavoráveis (Rodrigo, 2009; Yunes, 2015). A parentalidade de qualidade é identificada por Gavidia-Payne et al. (2015) em práticas de cuidado que envolvem, além de aten-

ção e respostas positivas dos pais, equilíbrio entre afeto e disciplina, bem como preparo da criança para tolerar frustrações.

Corroborando essas ideias, Barudy e Dantagnan (2010) alegaram que pais competentes e resilientes podem ser descritos como os que atendem aos requisitos de priorizar estar presentes para seus filhos; exercer cuidados e práticas educativas com afetividade, autoridade e flexibilidade; e ter capacidade para enfrentar problemas e para se comunicar e participar de redes sociais de apoio. Os autores consideraram ainda duas capacidades parentais básicas envolvidas nos bons tratos com os filhos: a capacidade de apego e a empatia. O apego diz respeito à vinculação afetiva parental que favorece que os pais ofereçam respostas emocionais e comportamentais sensíveis às necessidades de cuidado e proteção dos filhos. A empatia se refere à capacidade de ter atenção e reconhecer as emoções e vivências internas das crianças sob seus cuidados e responder de forma compreensiva e adequada.

Rodrigo (2009, 2011, s.d.), por sua vez, avaliou que as características de uma parentalidade resiliente envolvem o reconhecimento pelos pais de seu papel central junto aos filhos e concepções centradas na criança e em suas necessidades emocionais e afetivas (empatia e perspectivismo). A autora ressaltou que reconhecer que aquilo que acontece na família afeta a criança é fundamental para uma parentalidade consciente e positiva. Além disso, outros elementos são elencados: reciprocidade nas interações com os filhos (confiança e comunicação); atitude crítica e reflexiva sobre sua prática educacional; potencial para avaliação e seleção dos desafios possíveis de serem enfrentados; percepções sobre suas capacidades de influenciar ou conduzir as mudanças familiares. Tais características foram identificadas em estudos com famílias espanholas em situação de risco psicossocial. As mães resilientes demonstraram concepções que levavam em conta as necessidades das crianças e interagem com mais empatia e reciprocidade na relação com os filhos, enquanto mães com perfil abusivo tendiam a considerar mais suas próprias necessidades e interagem de forma mais coercitiva ou negligente com seus filhos (Rodrigo, 2009, 2011).

Os fatores relevantes para a resiliência parental aqui analisados remetem à descrição da parentalidade positiva, que abarca as mesmas disposições descritas pelos autores citados nessa revisão. A parentalidade positiva quando exercida por cuidadores em situações adversas também é descrita como uma parentalidade resiliente (Ellingsen et al., 2014) e, por consequência, fortalece aspectos essenciais da resiliência parental.

De acordo com Martín Quintana e Rodrigo (2013) a parentalidade positiva emerge como um conceito da Recomendación Rec (Council of Europe,

2006), que orienta, desde então, as políticas europeias de apoio às famílias e ao exercício positivo da parentalidade. Com base no documento, Rodrigo, Máiquez Chavez et al. (2015) definiram que:

Parentalidade positiva é aquela que promove laços afetivos saudáveis, protetores e estáveis, proporcionando um ambiente educacional estruturado em rotinas e hábitos, por meio dos quais se transmite, de forma flexível, valores e regras; que fornece estimulação, suporte e oportunidades de aprendizagem; que é baseada no reconhecimento das conquistas e capacidades de filhos e filhas e em seu acompanhamento na vida cotidiana, em um ambiente livre de violência física, verbal e emocional. (p. 12)

Rodrigo, Máiquez Chavez et al. (2015) também detalharam conceitualmente o construto da parentalidade positiva, descrevendo suas características e seus impactos no desenvolvimento das crianças, considerando seis aspectos: (1) *Demonstração de afeto e sentimentos* como amor, alegria e aceitação, requisitos que atendem à necessidade dos filhos de vinculação e proteção e que contribuem para o desenvolvimento de segurança e pertencimento; (2) *Estruturação do ambiente*, envolvendo o estabelecimento de hábitos e rotina, funcionamento familiar que atende à necessidade das crianças de ter limites e supervisão, que deve ser moderado em função de sua maturidade e é relevante para o desenvolvimento das regras e valores; (3) *Estimulação*, que envolve proporcionar apoio e orientação para a aprendizagem nos diferentes contextos, requisito que atende à necessidade de participação da criança nas atividades familiares e de outros ambientes, promovendo o desenvolvimento cognitivo, emocional e social; (4) *Reconhecimento*, que se refere à demonstração de interesse e consideração pela criança, o que atende a sua necessidade de ser valorizada e promove o desenvolvimento do autoconceito, da autoestima e do respeito ao outro; (5) *Capacitação*, que tem relação com a capacidade dos pais de se modificar ao longo do desenvolvimento da criança, ajustando sua relação com ela, de modo a promover o potencial da criança para a autonomia e a autorregulação; (6) *Não violência*, que envolve o estabelecimento de relações sem qualquer tipo de violência com os filhos, preservando seus direitos e sua dignidade, o que contribui para o desenvolvimento de relações saudáveis e do respeito próprio.

A parentalidade positiva é compreendida como um conjunto de práticas que diminuem problemas comportamentais e emocionais nas crianças; previnem maus-tratos e abuso na relação com os filhos; e contribuem no manejo de situa-

ções de estresse e adversidades e favorecem os processos de resiliência dos filhos (Ellingsen et al., 2014; Özyurt et al., 2018; Seay et al., 2014). Destaca-se, contudo, que a parentalidade não ocorre de forma isolada e descontextualizada do ambiente social e cultural na qual está inserida (Rodrigo, Amorós Martí et al., 2015). A presença de muitos fatores de risco e pouco apoio é uma condição que pode dificultar a prática parental de qualidade. Esse desequilíbrio pode desviar o foco da atenção dos cuidadores para a resolução de problemas imediatos e diminuir sua sensibilidade e sua reflexão sobre os processos mais efetivos de cuidado parental (Rodrigo, s.d.). Assim, especialmente quando as condições de vida trazem desafios que concorrem com o cuidado e a proteção no ambiente familiar, ressalta-se a importância da presença de parcerias e apoio, além de ações que favoreçam processos de aprendizagem e reflexão sobre as práticas parentais (Rodrigo et al., 2010; Rodrigo et al., 2009). Nessa perspectiva, o apoio social é evidenciado como um fator relevante para a resiliência parental.

Apoio social

Sluzki (2006) apontou que a rede social significativa de uma pessoa não se limita ao núcleo familiar, e pode incluir vínculos interpessoais de seus diferentes contextos de interação. O conhecimento dessa rede é importante para uma perspectiva interventiva junto à pessoa, por repercutir tanto no seu adoecimento como no seu bem-estar e nas suas possibilidades de transformação. No caso de pais e mães, a rede social, quando funciona como apoio, pode contribuir para a garantia dos cuidados em momentos de dificuldade. Assim, ao se considerar a promoção da resiliência parental, a rede de apoio social assume relevância (Rodrigo, 2009).

Todos os autores apresentados como centrais nesta revisão consideram que o apoio social é um importante fator para a resiliência parental (Barudy & Dantagnan, 2010; Gavidia-Payne et al., 2015; Rodrigo, 2009). O apoio ou suporte social não tem uma definição ou formas de avaliação que sejam consenso entre pesquisadores, mas pode-se dizer, de forma geral, que o apoio social é um construto multidimensional, que pode envolver a assistência material, informação, proteção e acolhimento afetivo oferecidos por pessoas, grupos e instituições, que são percebidos de forma significativa pela pessoa que os recebe (Gonçalves et al., 2011; Macedo et al., 2018; Ornelas, 1994).

Conforme já demonstrado, o caráter relacional da resiliência tem sido destacado por diferentes pesquisadores que associam essas relações e víncu-

los significativos às redes de apoio social disponíveis para indivíduos e grupos (Juliano & Yunes, 2014; Walsh, 2016). Essa compreensão tem respaldo também dentre os princípios sugeridos por Ungar (2018, 2021), que considera a conectividade e a abertura para acessar novas informações e interagir com outros sistemas como aspectos que identificam os sistemas resilientes. Walsh (2016) destacou que influências positivas nas redes de relações socioafetivas podem compensar ou minimizar o impacto das condições de vida adversas e favorecer a resiliência familiar. Considera-se, portanto, que o apoio social é um importante recurso para o funcionamento familiar e para a parentalidade de qualidade, ao diminuir o efeito de condições de risco e potencializar a resiliência familiar e parental (Barudy & Dantagnan, 2010; Gavidia-Payne et al., 2015; Seibel et al., 2017). Ao propor um modelo para o estudo dos processos que compõem a resiliência parental, Gavidia-Payne et al. (2015) consideraram a conexão social como um dos aspectos fundamentais a ser avaliado.

O apoio informal de pessoas próximas, como familiares, amigos e comunidade, e o apoio formal, de instituições e profissionais, foram analisados por Rodrigo (2009, 2011), com vistas a compreender os fatores implicados na resiliência parental de famílias que enfrentavam diferentes processos de risco psicossocial. Identificou-se que as mães resilientes tinham uma rede de apoio social na qual se destacava o apoio informal, ou seja, advindo de pessoas próximas e da comunidade. Por outro lado, para as famílias que vivenciavam situações de maior risco psicossocial, com potencial de causar prejuízos ao desenvolvimento dos filhos, foi constatado que o apoio dentro da própria família ou entre pessoas mais próximas era menor. Nesses casos, as famílias contavam mais com o apoio formal, oferecido por instituições e profissionais especializados. A autora identificou ainda que, para as mães consideradas resilientes, havia maior equilíbrio entre os fatores de risco e proteção, o que favoreceu uma avaliação mais positiva e construtiva de suas dificuldades e uma disposição para um cuidado de maior qualidade. Rodrigo (2009) ressaltou que, para promover a resiliência parental das famílias em situações de adversidade, é fundamental buscar o equilíbrio entre risco e apoios disponíveis, o que também é verificado em outros estudos.

Sim et al. (2019) identificaram que as mães sírias refugiadas e expostas a traumas de guerra que percebiam maior suporte social apresentavam índices maiores de resiliência psicológica e de parentalidade resiliente, independentemente do nível educacional e da quantidade de filhos. No estudo de Widyawati et al. (2023) com mães de crianças indonésias com déficits de desenvolvimento, o apoio de familiares e cônjuges foi analisado como fator protetivo

relevante, contribuindo para a redução do estresse e para o enfrentamento de dificuldades, favorecendo a resiliência parental.

Um aspecto importante a ser ressaltado acerca das expressões de resiliência familiar e parental é que, além de ser evidente que o apoio às famílias que vivenciam condições adversas é elemento de proteção, é importante haver, por parte das famílias, a abertura e disposição ativa para buscar e receber o suporte (Gavidia-Payne et al., 2015; Walsh, 2016). Rodrigo (2009) apontou ainda a importância do investimento no fortalecimento da rede de apoio informal da família, para que esta não fique numa condição de dependência dos profissionais e para que se sinta protagonista e capaz na resolução de suas dificuldades. A confiança dos pais em suas próprias habilidades e competências é também avaliada como um aspecto relevante da resiliência parental (Gavidia-Payne et al., 2015; Rodrigo, 2009). A partir dos apoios recebidos, as figuras parentais são fortalecidas e é estimulada a percepção de que são capazes de promover mudanças para enfrentar de forma mais eficiente suas dificuldades, o que favorece a postura resiliente (Rodrigo, 2009), na qual o senso de autoeficácia e a criatividade podem fazer diferença.

Considerações finais

O conceito de resiliência parental contribui para a compreensão dos processos de resiliência da unidade parental na família que vivencia condições e contextos que põem em risco as práticas de cuidado e proteção dos pais para com os filhos. Considera-se que, em situações adversas, a parentalidade de qualidade e os bons-tratos com os filhos, envolvendo cuidado, afeto e proteção, são expressões da resiliência parental. Por sua vez, esta envolve recursos pessoais, familiares, comunitários e sociais das figuras parentais. Como ressaltado na discussão sobre a parentalidade positiva, as práticas protetoras e as concepções que consideram as necessidades das crianças são aspectos relevantes para estilos e práticas parentais de qualidade, presentes no processo de resiliência parental. Acrescenta-se que, em condições adversas, a disponibilidade de uma rede de apoio social e o acesso a ela se destacam como recursos essenciais para o exercício da parentalidade, pois possibilitam o equilíbrio entre risco e proteção, contribuindo para fortalecer a confiança parental nas suas próprias competências, condições necessárias para a parentalidade resiliente.

Destaca-se que o presente texto não teve como pretensão esgotar as discussões da escassa literatura sobre o tema da resiliência parental. O propósito do ma-

terial apresentado almejou analisar o conceito e suas vicissitudes. Todavia, deve-se considerar que um dos limites deste estudo foi não ter detalhado trabalhos empíricos que articulam a parentalidade e a resiliência, o que poderia elucidar como a resiliência parental se expressa no cotidiano. Contudo, considerando que poucos estudos têm buscado desenvolver o conceito como construto específico, com distinções explícitas em relação à resiliência psicológica dos pais ou à resiliência familiar, pode-se dizer que as ideias aqui elaboradas contribuem para a análise das complexidades do conceito de resiliência parental. Ademais, este trabalho amplia a discussão e o conhecimento de aspectos que envolvem resiliência e parentalidade em condições adversas. Acrescenta-se que conhecer processos implicados nas práticas protetivas de cuidado parental em condições desafiadoras pode subsidiar propostas de intervenção clínica e comunitária, visando ao fortalecimento dos pais e das famílias.

É importante acrescentar que, ao se buscar compreender os aspectos implicados na resiliência parental, os autores citados não tiveram como meta propor modelos ideais ou “receitas” para os cuidadores ou para profissionais que trabalham ou intervêm com as famílias. O espaço familiar é um contexto complexo, em que “a família vivida é muitas vezes totalmente diferente da pensada” (Yunes et al., 2001, p. 53). A idealização da família (seja pela própria pessoa ou pela sociedade) não comporta os conflitos, oscilações, contradições e dores que também são vivenciados nesse contexto, no qual adultos cuidadores se desenvolvem e buscam promover o desenvolvimento de seus filhos. Tratar da parentalidade em contextos desfavoráveis é ainda mais desafiador e pode soar ideológico sem uma perspectiva ecológica e sistêmica, que compreenda a família e a unidade parental num contexto relacional e em sua inserção sociocultural.

O foco em uma abordagem positiva é aquele que identifica e promove as capacidades e pontos fortes das figuras parentais para lidar com os desafios e dificuldades, sem deixar de priorizar e atender à função de cuidado e proteção junto aos filhos. Essa perspectiva contribui para o desenvolvimento de políticas e ações de promoção e cuidado das famílias em condições que as fragilizam. Acrescenta-se que o enfoque na resiliência põe em evidência também a necessidade de ações no sentido de diminuir, quando possível, as adversidades pelas quais passam as famílias. Hart et al. (2016) chamaram a atenção para a importância de que os estudos em resiliência estejam implicados na compreensão e promoção das mudanças dos fatores adversos que fragilizam os indivíduos e grupos quando ocorrem em função das injustiças sociais. Barudy e Dantagnan (2010) afirmaram que bons cuidados são resultado também de recursos econômicos e serviços que a sociedade tem disponíveis para dar suporte às famílias. Nesse sentido, Rodrigo, Máiquez

Chavez et al. (2015) apontaram que criar condições para a parentalidade positiva também envolve eliminar os obstáculos que dificultam a vivência das famílias.

Assim, é urgente investir em pesquisas científicas que investiguem as relações parentais e familiares sob o escopo de resiliência em diferentes contextos e condições de vida social e cultural. A produção de conhecimento nessa temática é essencial para a geração de programas e ações de intervenção psicoeducacional positiva para apoiar cuidadores e responsáveis por famílias com crianças e adolescentes em diferentes situações de vulnerabilidade socioambiental.

Referências

- Barudy, J.; Dantagnan, M. (2010). *Los desafíos invisibles de ser madre o padre: Manual de evaluación de las competencias y la resiliencia parental*. Gedisa. <https://dokumen.pub/los-desafios-invisibles-de-ser-manual-de-evaluacion-de-las-competencias-y-la-resiliencia-parental-1nbsped-9788497844130.html>
- Berástegui, A.; Pitillas, C. (2021). What does it take for early relationships to remain secure in the face of adversity?. In: M. Ungar (Ed.), *Multisystemic resilience: Adaptation and transformation in contexts of change*, p. 271-290. Oxford Academic. <https://doi.org/10.1093/oso/9780190095888.003.0016>
- Bolaséll, L. T.; Silva, C. S.; Wendling, M. I. (2019). Resiliência familiar no tratamento de doenças crônicas em um hospital pediátrico: Relato de três casos. *Pensando Famílias*, 23(2), 134-146. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-494X2019000200011
- Bolze, S. D. A.; Schmidt, B.; Bossardi, C. N.; Gomes, L. B.; Bigras, M.; Vieira, M. L.; Crepaldi, M. A. (2019). Táticas de resolução de conflitos conjugais e parentais em famílias sul-brasileiras. *Ciencias Psicológicas*, 13(1), 67-81. <https://doi.org/10.22235/cp.v13i1.1810>
- Brandão, J. M.; Nascimento, E. (2019). Resiliência psicológica: Da primeira fase às abordagens baseadas em trajetória. *Memorandum: Memória e História em Psicologia*, 36. <https://doi.org/10.35699/1676-1669.2019.6875>
- Council of Europe (2006). *Recomendación Rec (2006)19 del Comité de Ministros a los Estados Miembros sobre políticas de apoyo a la parentalidad positiva*. <https://www.caib.es/sacmicrofront/archivopub.do?ctrl=MCRST263ZI121295&cid=121295>
- Cousineau, T. M.; Hobbs, L. M.; Arthur, K. C. (2019). The role of compassion and mindfulness in building parental resilience when caring for children with chronic conditions: A conceptual model. *Frontiers in Psychology*, 10, 1602. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.01602>

- Easterbrooks, M. A.; Chaudhuri, J. H.; Bartlett, J. D.; Copeman, A. (2011). Resilience in parenting among young mothers: Family and ecological risks and opportunities. *Children and Youth Services Review*, 33(1), 42-50. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2010.08.010>
- Ellingsen, R.; Baker, B. L.; Blacher, J.; Crnic, K. (2014). Resilient parenting of children at developmental risk across middle childhood. *Research in Developmental Disabilities*, 35(6), 1364-1374. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2014.03.016>
- Gavidia-Payne, S.; Denny, B.; Davis, K.; Francis, A.; Jackson, M. (2015). Parental resilience: A neglected construct in resilience research. *Clinical Psychologist*, 19(3), 111-121. <https://doi.org/10.1111/cp.12053>
- Gmuca, S.; Xiao, R.; Urquhart, A.; Weiss, P. F.; Gillham, J. E.; Ginsburg, K. R.; Sherry, D. D.; Gerber, J. S. (2019). The role of patient and parental resilience in adolescents with chronic musculoskeletal pain. *The Journal of Pediatrics*, 210, 118-126.e2. <https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2019.03.006>
- Gonçalves, T. R.; Pawlowski, J.; Bandeira, D. R.; Piccinini, C. A. (2011). Avaliação de apoio social em estudos brasileiros: Aspectos conceituais e instrumentos. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(3), 1755-1769. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000300012>
- Hart, A.; Gagnon, E.; Eryigit-Madzwamuse, S.; Cameron, J.; Aranda, K.; Rathbone, A.; Heaver, B. (2016). Uniting resilience research and practice with an inequalities approach. *Sage Open*, 6(4). <https://doi.org/10.1177/2158244016682477>
- Henry, C. S.; Morris, A. S.; Harrist, A. W. (2015). Family resilience: Moving into the third wave. *Family Relations*, 64(1), 22-43. <https://doi.org/10.1111/fare.12106>
- Juliano, M. C. C.; Yunes, M. A. M. (2014). Reflexões sobre rede de apoio social como mecanismo de proteção e promoção de resiliência. *Ambiente & Sociedade*, 17(3), 135-154. <https://doi.org/10.1590/S1414-753X2014000300009>
- Justino, Y. A. C.; Nascimento, C. R. R. (2020). Relação entre pai e filho adolescente em famílias que vivenciaram a violência conjugal. *Revista da SPAGESP*, 21(1), 92-109. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-29702020000100008
- Libório, R. M. C.; Ungar, M. (2010). Resiliência oculta: A construção social do conceito e suas implicações para práticas profissionais junto a adolescentes em situação de risco. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 23(3), 476-484. <https://doi.org/10.1590/S0102-79722010000300008>
- Luthar, S. S.; Cicchetti, D.; Becker, B. (2000). The construct of resilience: A critical evaluation and guidelines for future work. *Child Development*, 71(3), 543-562. <https://doi.org/10.1111/1467-8624.00164>
- Macedo, J. P.; Dimenstein, M.; Sousa, H. R.; Costa, A. P. A.; Silva, B. Í. B. M. (2018). A produção científica brasileira sobre apoio social: Tendências e invisibilidades. *Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia*, 11(2), 258-278. <https://doi.org/10.36298/gerais2019110206>

- Martín Quintana, J. C.; Rodrigo, M. J. (2013). La promoción de la parentalidad positiva. *Educação, Ciência e Cultura*, 18(1), 77-88. <https://revistas.unilasalle.edu.br/index.php/Educacao/article/view/1090>
- Masten, A. S. (2001). Ordinary magic: Resilience process in development. *American Psychologist*, 56(3), 227-238. <https://doi.org/10.1037/0003-066x.56.3.227>
- Masten, A. S.; Barnes, A. J. (2018). Resilience in children: Developmental perspectives. *Children*, 5(7), 98. <https://doi.org/10.3390/children5070098>
- Oliveira, K. S.; Nakano, T. C. (2018). Avaliação da resiliência em psicologia: Revisão do cenário científico brasileiro. *Psicologia em Pesquisa*, 12(1), 73-83. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1982-12472018000100009
- Ornelas, J. (1994). Suporte social: Origens, conceitos e áreas de investigação. *Análise Psicológica*, 12, 333-339. <https://hdl.handle.net/10400.12/3103>
- Özyurt, G.; Dinsever, Ç.; Çaliskan, Z.; Evgin, D. (2018). Can positive parenting program (Triple P) be useful to prevent child maltreatment? *Indian Journal of Psychiatry*, 60(3), 286-291. https://doi.org/10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_92_17
- Rodrigo, M. J. (2009). Una mirada integradora de la resiliencia parental: Desde el contexto hasta la mente de las madres y los padres en riesgo psicosocial. *Psicologia da Educação*, (28), 51-71. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-69752009000100004
- Rodrigo, M. J. (2011). La resiliencia parental en situaciones de riesgo psicosocial: Implicaciones para la práctica profesional. In: A. T. Almeida & N. Fernandes (Eds.), *Intervenção com crianças, jovens e famílias: Estudos e práticas*. Almedina.
- Rodrigo, M. J. (s.d.). *Educación parental para promover la competencia y resiliencia en las familias en riesgo psicosocial*. <https://www.corplascondes.cl/descargas/educacion/youth-planet/Bibliografia/02.pdf>
- Rodrigo, M. J.; Amorós Martí, P.; Arranz Freijo, E.; Hidalgo Garcia, M. V.; Máiquez Chavez, M. L.; Martín Quintana, J. C.; Martínez González, R. A.; Ochaita Alderete, E. (2015). *Guía de buenas prácticas en parentalidad positiva: Un recurso para apoyar la práctica profesional con familias*. Federación Española de Municipios y Provincias. https://familiasenpositivo.org/system/files/guia_de_buenas_practicas_2015.pdf
- Rodrigo, M. J.; Máiquez Chavez, M. L.; Martín Quintana, J. C. (2010). *Parentalidad positiva y políticas locales de apoyo a las familias: Orientaciones para favorecer el ejercicio de las responsabilidades parentales desde las corporaciones locales*. Federación Española de Municipios y Provincias. https://observatoriodelainfancia.es/oia/esp/documentos_ficha.aspx?id=2938
- Rodrigo, M. J.; Máiquez Chavez, M. L.; Martín Quintana, J. C.; Rodríguez Ruiz, B. (2015). La parentalidad positiva desde la prevención y la promoción. In: M. J. Rodrigo, M. L. Máiquez Chavez, J. C. Martín Quintana, S. Byrne & B. Rodríguez Ruiz (Coords.), *Manual práctico de parentalidad positiva*, p. 25-44. Síntesis. <https://www.sintesis.com/libro/manual-practico-de-parentalidad-positiva>

- Rodrigo, M. J.; Martín Quintana, J. C.; Cabrera Casimiro, E.; Máiquez Chavez, M. L. (2009). Las competencias parentales en contextos de riesgo psicosocial. *Psychosocial Intervention*, 18(2), 113-120. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=179814021003>
- Rother, E. T. (2007). Revisão sistemática X revisão narrativa. *Acta Paulista de Enfermagem*, 20(2), v-vi. <https://doi.org/10.1590/S0103-21002007000200001>
- Rutter, M. (1985). Resilience in the face of adversity: Protective factors and resistance to psychiatric disorder. *British Journal of Psychiatry*, 147(6), 598-611. <https://doi.org/10.1192/bjp.147.6.598>
- Saltzman, W. R.; Lester, P.; Beardslee, W. R.; Layne, C. M.; Woodward, K.; Nash, W. P. (2011). Mechanisms of risk and resilience in military families: Theoretical and empirical basis of a family-focused resilience enhancement program. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 14(3), 213-230. <https://doi.org/10.1007/s10567-011-0096-1>
- Seay, A.; Freysteinson, W. M.; McFarlane, J. (2014). Positive parenting. *Nursing Forum*, 49(3), 200-208. <https://doi.org/10.1111/nuf.12093>
- Seibel, B. L.; Falceto, O. G.; Hollist, C. S.; Springer, P. R.; Fernandes, C. L. C.; Koller, S. H. (2017). Rede de apoio social e funcionamento familiar: Estudo longitudinal sobre famílias em vulnerabilidade social. *Pensando Famílias*, 21(1), 120-136. <https://lume.ufrgs.br/handle/10183/185176>
- Semensato, M. R.; Bosa, C. A. (2017). Crenças indicativas de resiliência parental no contexto do autismo. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 33, e33416. <https://doi.org/10.1590/0102.3772e33416>
- Silva, A. R.; Yunes, M. A. M.; El Achkar, A. M. N. (2024). Resiliência comunitária em contextos de pandemias e epidemias: Uma revisão integrativa. *Revista Eletrônica do Mestrado em Educação Ambiental*, 41(1), 317-340. <https://doi.org/10.14295/remea.v41i1.15251>
- Silva, Í. C. P.; Cunha, K. C.; Ramos, E. M. L. S.; Pontes, F. A. R.; Silva, S. S. C. (2021). Family resilience and parenting stress in poor families. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 38, e190116. <https://doi.org/10.1590/1982-0275202138e190116>
- Sim, A.; Bowes, L.; Gardner, F. (2019). The promotive effects of social support for parental resilience in a refugee context: A cross-sectional study with Syrian mothers in Lebanon. *Prevention Science*, 20(5), 674-683. <https://doi.org/10.1007/s11121-019-0983-0>
- Sluzki, C. E. (2006). *A rede social na prática sistêmica: Alternativas terapêuticas* (3ª ed.). Casa do Psicólogo.
- Ungar, M. (2018). Systemic resilience: Principles and processes for a science of change in contexts of adversity. *Ecology & Society*, 23(4), 34. <https://doi.org/10.5751/ES-10385-230434>
- Ungar, M. (2019). Designing resilience research: Using multiple methods to investigate risk exposure, promotive and protective processes, and contextually relevant outcomes for children and youth. *Child Abuse & Neglect*, 96, 104098. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.104098>

- Ungar, M. (2021). *Multisystemic resilience: Adaptation and transformation in contexts of change*. Oxford Academic. <https://doi.org/10.1093/oso/9780190095888.001.0001>
- Walsh, F. (2005). *Fortalecendo a resiliência familiar* (trad. M. F. Lopes). Roca.
- Walsh, F. (2016). Resiliência familiar. In: F. Walsh, *Processos normativos da família: Diversidade e complexidade* (4ª ed.), p. 399-427. Artmed.
- Werner, E. E.; Smith, R. S. (1977). *Kauai's children come of age*. University of Hawaii Press.
- Widayawati, Y.; Scholte, R. H. J.; Kleemans, T.; Otten, R. (2023). Parental resilience and quality of life in children with developmental disabilities in Indonesia: The role of protective factors. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 35(5), 743-758. <https://doi.org/10.1007/s10882-022-09878-1>
- Yunes, M. A. M. (2003). Psicologia positiva e resiliência: O foco no indivíduo e na família. *Psicologia em Estudo*, 8(spe), 75-84. <https://doi.org/10.1590/S1413-73722003000300010>
- Yunes, M. A. M. (2015). Dimensões conceituais da resiliência e suas interfaces com risco e proteção. In: S. G. Murta, C. Leandro-França, K. B. Santos, & L. Polejack (Eds.). *Prevenção e promoção em saúde mental: Fundamentos, planejamento e estratégias de intervenção*, p. 93-112. Sinopsys.
- Yunes, M. A. M.; Arrieche, M. R. O.; Tavares, M. F. A.; Faria, L. C. (2001). Família vivida e pensada na percepção de crianças em situação de rua. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, 11(21), 47-56. <https://doi.org/10.1590/S0103-863X2001000200006>
- Yunes, M. A. M.; Szymanski, H. (2007). O estudo de uma família “que supera as adversidades da pobreza”: Caso de resiliência familiar? *Psicodebate*, 7, 119-140. <https://doi.org/10.18682/pd.v7i0.431>

Recebido em 25 de fevereiro de 2021

Aceito para publicação em 09 de fevereiro de 2024

POR ENTRE AS TRAMAS FAMILIARES: AVÓS JUDEUS E SEUS NETOS POR ADOÇÃO

*BETWEEN THE FAMILY TIES: JEWISH GRANDPARENTS
AND THEIR GRANDCHILDREN BY ADOPTION*

*POR ENTRE LAS TRAMAS FAMILIARES:
ABUELOS JUDÍOS Y SUS NIETOS POR ADOPCIÓN*

Gizele Bakman ⁽¹⁾

RESUMO

Este artigo apresenta uma pesquisa realizada com avós judeus que têm netos por adoção, que buscou perceber como eles construíram suas famílias, visto que é considerado judeu aquele que nasce de ventre judeu, tornando, em princípio, o laço sanguíneo uma marca importante na transmissão do judaísmo. A adoção, aceita pela lei judaica, ainda não é tão comumente realizada nessa comunidade. Foram entrevistados dez avós e três avôs. As inspirações metodológicas manejadas foram a Cartografia e a História Oral. O pertencimento ao judaísmo fez parte das narrativas por meio de uma identidade judaica que se apresenta multifacetada. Mesmo quando a família não se percebia ligada ao judaísmo praticante, os netos por adoção, em sua maioria, realizaram cerimônias religiosas, rituais desempenhados para fortalecer valores, como continuidade e pertencimento. Um fator importante na adoção é a realização do projeto parental dos filhos. Para os avós judeus por adoção, os laços familiares são tecidos na convivência e no afeto, embalados e reforçados pelas tradições do povo judeu, seus costumes e valores.

Palavras-chave: família; avós; adoção; judaísmo.

⁽¹⁾ Psicóloga e psicoterapeuta individual, de família e casal. Doutora em Psicologia Social pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ), Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

<https://orcid.org/0000-0002-8861-3762> — email: gizele.bakman@gmail.com

Não se declararam fontes de financiamento.

ABSTRACT

This article presents an investigation carried out with Jewish grandparents who have grandchildren by adoption, which sought to understand how they built their families, since it is considered a Jew one who is born from a Jewish womb, making, in principle, the blood bond an important mark in the transmission of Judaism. Adoption, accepted by Jewish law, is not yet commonly done in this community. Interviews were conducted with ten grandmothers and three grandfathers. The methodological inspirations employed were Cartography and Oral History. Belonging to Judaism was part of the narratives through a Jewish identity that is multifaceted. Even when the family was not perceived to be linked to practicing Judaism, the grandchildren by adoption, for the most part, performed religious ceremonies, rituals carried out to strengthen values, such as continuity and belonging. An important factor in adoption is the realization of the children's parental project. For Jewish grandparents by adoption, family ties are woven in coexistence and affection, wrapped and reinforced by the traditions of the Jewish people, their customs and values.

Keywords: family; grandparents; adoption; Jewishness.

RESUMEN

Este artículo presenta una investigación realizada con abuelos judíos que tienen nietos por adopción, que buscó entender cómo construían sus familias, ya que es considerado judío el que nace de vientre judío, haciendo, en principio, el lazo sanguíneo como una marca importante en la transmisión del judaísmo. La adopción, aceptada por la ley judía, todavía no se realiza comúnmente en esta comunidad. Se entrevistaron diez abuelas y tres abuelos. Las inspiraciones metodológicas manejadas fueron la Cartografía y la Historia Oral. La pertenencia al judaísmo formó parte de las narrativas a través de una identidad judía que se presenta multifacética. Aún cuando la familia no se percibía ligada al judaísmo practicante, los nietos por adopción, en su mayoría, realizaron ceremonias religiosas, rituales desempeñados para fortalecer valores, como continuidad y pertenencia. Un factor importante en la adopción es la realización del proyecto parental de los hijos. Para los abuelos judíos por adopción, los lazos familiares se tejen en la convivencia y el afecto, envueltos y reforzados por las tradiciones del pueblo judío, sus costumbres y valores.

Palabras clave: familia; abuelos; adopción; judaísmo.

Introdução

O que é uma família? Quem é família? Perguntas aparentemente simples, mas que suscitam diferentes embates nos dias de hoje, seja nas bancadas políticas, nas querelas judiciais, nos textos acadêmicos ou nas conversas de botequim. É um assunto que perpassa nossas vidas, pessoais e profissionais. Como incluir numa definição algo que abarca tão diversas experiências? Como colocar palavras numa vivência tão banal, mas cujas descrições têm consequências? O que torna alguém família? Seria família aquela que está escrita nas certidões? Inserida nas fotos? Presente nos momentos de dor? Dividindo alegrias? Buscando sonhos?

Diante de tantas possibilidades, Sarti (2003) sugere pensar "... a noção de família como uma 'categoria nativa', ou seja, de acordo com o sentido a ela atribuído por quem a vive, considerando-o como um *ponto de vista*" (Sarti, 2003, p. 26, grifo da autora). Para acolher essa ideia, e na intenção de enriquecer essa discussão, foi realizada uma pesquisa de doutorado que entrevistou avós judeus com netos por adoção (Bakman, 2019), na busca do sentido atribuído por eles a ser família e dos elementos que contribuem para a construção dos laços entre seus membros.

A adoção é um tema atual e importante no Brasil, visto que há um número grande de crianças e jovens institucionalizados, sob responsabilidade do Estado, à espera de serem reinseridos na vida familiar. A adoção é uma das formas possíveis, e cada vez mais comum, de se formar famílias, tornando-se um cenário profícuo, como nos aponta Ramírez-Gálvez (2011), para inúmeras reflexões:

A adoção de crianças mostrou-se um universo rico de interpretações sobre concepção de família, sobre o que significa pertencer ou configurar uma família, como também sobre os valores colocados em jogo com relação ao sangue, à transmissão genética, acerca do que se tolera ou não quando o filho é "um estranho". (Ramírez-Gálvez, 2011, p. 63)

Os laços familiares por adoção põem em evidência a importância dada, em nossa sociedade ocidental, à herança por laços de sangue. Herança que carrega consigo bem mais do que características fenotípicas ou carga genética, mas também o acesso a patrimônios menos visíveis, como traços de personalidade,

de caráter, de pertencimento a uma determinada linhagem, e que alcança, assim, certo campo de direitos.

A adoção é uma prática antiga que, como a família, em cada tempo e lugar assume diferentes nuances, mas que tem alcançado, felizmente, maior visibilidade na contemporaneidade. Credito essas mudanças, nas camadas médias, das quais trato nesta pesquisa, ao trabalho das Varas de Família e aos grupos de apoio no fomento de uma forte e presente cultura da adoção (Rinaldi, 2010), bem como às famílias homoparentais e monoparentais (Machin, 2016), que, em busca de construir suas tramas familiares fora dos modelos hegemônicos, têm derrubado os muros dos preconceitos e permitido maior inserção dos filhos por adoção, nos mais diversos contextos.

Todos e qualquer um inventam, na densidade social da sociedade, na conversa, nos costumes, no lazer – novos desejos e novas crenças, novas associações e novas formas de cooperação. Cada variação, por minúscula que seja, ao propagar-se e ser imitada, torna-se quantidade social, e assim pode ensejar outras invenções e novas imitações, novas associações e novas formas de cooperação. Nessa economia afetiva, a subjetividade não é efeito ou superestrutura etérea, mas força viva, quantidade social, potência psíquica e política. (Pelbart, 2011, p. 138-139)

Para buscar um olhar diferente, esta pesquisa foi realizada, não a partir do par filho/filha–pai/mãe, bastante focalizado em textos e pesquisas sobre adoção, mas pelo olhar de membros da família extensa, mais precisamente dos avós¹. Eles não estão diretamente relacionados à tomada de decisão de serem avós, ou mesmo avós por adoção, mas são afetados diretamente por essas escolhas, pois são partes integrantes do convívio, das relações, dos cuidados e dos afetos em família (Paixão & Morais, 2016; Ramos, 2014).

A escolha por avós pertencentes à comunidade judaica justifica-se porque tradicionalmente, no judaísmo, há uma valorização da herança pelos laços de sangue, já que, segundo a lei tradicional do Velho Testamento, aceita pelos judeus nos últimos 3.300 anos, qualquer pessoa que nasce de ventre judeu é judia. Tal definição é baseada numa lei religiosa, mas mais do que isso, se tornou algo potente, uma verdade, fortalecida por ser a herança sanguínea um forte valor na sociedade ocidental que nos rodeia.

A adoção é aceita pela religião judaica²: a criança é vista como um judeu convertido, com algumas diferenças nessa trajetória. A conversão para adultos é

um procedimento longo de estudos e obrigações, que tem regras rígidas e é concluída pela passagem por um tribunal rabínico. Nas crianças adotadas pequenas, sua inserção acontece de forma mais “natural”. Ela realiza as cerimônias religiosas, que são comuns a todos os demais integrantes da religião, mas espera-se uma forma de confirmação dela dessa escolha ao entrar na maioridade religiosa, para dar continuidade à sua vida adulta como judia.

Os valores religiosos permeiam fortemente o campo das relações familiares, a construção de sua cultura e sua noção de pertencimento. Assim, ao abordar o judaísmo, a intenção da pesquisa não foi promover uma discussão religiosa ou identitária, mas por meio dela acionar importantes forças que ora se entrelaçam, ora se superpõem, ora se confundem, em muitas vidas e grupos, como sangue, cultura, relações, herança, pertencimento, família, grupo, identidade, comunidade, convivência e afeto. É importante frisar que a busca pelas famílias por adoção não teve o sentido de contrapor laços biológicos a laços adotivos, numa lógica binária ou de exclusão, mas sim destacar as tensões que poderiam se tornar visíveis nessa configuração e ajudar a compreender o que está em jogo quando se considera pessoas como família.

Método

Delineamento da pesquisa

As inspirações metodológicas manejadas nesta pesquisa foram a Cartografia e a História Oral, unidas pela valorização e pelo reconhecimento das entrevistas como um recurso primordial, que abre e aponta caminhos, levanta ideias e produz saberes. A Pesquisa Cartográfica confia na potência dos encontros estabelecidos no processo de pesquisar. Há uma aposta na construção coletiva do conhecimento entre pesquisadores(as) e pesquisados(as) (Kastrup & Passos, 2014). Como método de pesquisa-intervenção, este procedimento não se faz de modo prescritivo, e tem como diretriz estar sempre atento ao percurso, considerando os efeitos do pesquisar.

A História Oral, por sua vez, é uma metodologia que pretende amplificar as vozes dos entrevistados e levá-las ao espaço público do discurso e da palavra. São as vozes das memórias, do tempo das lembranças, que “... nos conta menos sobre *eventos* que sobre *significados*” (Portelli, 1997, p. 31, grifos do autor), que diz respeito a versões do passado, moldadas de diversas formas pelo meio social, mas lembradas de forma pessoal.

As entrevistas são, então, a mola mestra que faz funcionar o todo da pesquisa. Elas exigem dos participantes uma interação na experiência, uma entrega, uma cumplicidade, em que as emoções precisam estar presentes, permitindo as trocas. “*Fazer passar os afetos: é isso que parece gerar brilho*” (Rolnik, 2014, p. 47, grifo da autora).

Participantes

Na pesquisa foram entrevistadas dez famílias, dez avós e três avôs, com idades entre 69 e 80 anos, com netos por adoção entre 4 e 45 anos, pertencentes às camadas médias do Rio de Janeiro. Nove dessas famílias também têm outros netos por laços de sangue. A maior presença de entrevistadas mulheres é comum em outras pesquisas com avós (Barros, 1987; Schneider et al., 2005), e geralmente é explicada pela longevidade e pelo interesse de falar de suas vidas.

Procedimentos das entrevistas

As entrevistas duraram de 1 a 5 horas e foram gravadas com gravador digital. Tiveram lugar nas casas dos entrevistados, o que proporcionou à pesquisadora penetrar na vida dos participantes de forma bastante íntima. Por meio da mobília, das fotos, dos ruídos e dos quitutes oferecidos em cada residência, fui compondo meu mapa cartográfico e dando materialidade ao campo. Fui conhecendo meus entrevistados, suas famílias e suas histórias. Fui me tornando parte. “Se a mobilidade e a contingência acompanham nosso viver e nossas interações, há algo que desejamos que permaneça imóvel, ao menos na velhice: o conjunto dos objetos que nos rodeiam. (...) falam à nossa alma em sua doce língua natal (...)” (Bosi, 1994, p. 441).

As conversas foram densas, narrando tocantes histórias de vida, com passagens de superação, de conquistas, mas também de perdas, de conflitos e de decepções. Ouvi histórias sobre eles próprios, seus antepassados, filhos e netos. Discorremos sobre o passado, o presente e o futuro. Falamos também do cotidiano, que faz nossas vidas acontecerem a cada dia, fio por fio. Os diários de campo foram parte fundamental da pesquisa porque, além de colocar neles toda a minha emoção, a experiência e as nuances, me permitiram também ter sempre um atalho de volta a cada um desses encontros, que me fazia estar de novo sentada

naqueles sofás, ouvindo aquelas vozes, usufruindo das lições de vida e da circulação de afetos – por vezes rindo, outras com os olhos mareados. Assim, aprendi que os diários são:

(...) peças vivas, portais, que quase por magia permitem o acesso a um fluxo contínuo de afetos e pensamentos. Um encontro que nunca fecha, que sempre acontece novamente e permite novos olhares e outras escutas. Um recontar de muitas e infinitas histórias. (Bakman, 2019, p. 154)

Estes encontros também semearam minhas memórias familiares: me levaram às minhas próprias lembranças, às histórias da minha família, às saudades dos meus avós maternos, sua casa, seus cheiros, acionados tanto pelas semelhanças, como pelas diferenças, mas especialmente pela circulação de afeto, pela intimidade construída, pelo encontro entre as gerações: eu como ouvinte, participando, buscando, mas, especialmente, desfrutando dessas vidas e desses territórios. “(...) é sempre pelo compartilhamento de um território existencial que sujeito e objeto da pesquisa se relacionam e se codeterminam”. (Alvarez & Passos, 2010, p. 131).

Resultados e discussão

Ao iniciar a pesquisa, então, trazia muitas interrogações sobre o familiar: Como os laços familiares são tramados quando há adoção? Como a religião adentra (ou não) essa tessitura? Qual o lugar dos avós nas famílias nos dias atuais? Como se faz o ser família por cada grupo? O que um olhar geracional nos diz sobre nosso tempo e nossas relações? Apesar de família ser um tema aparentemente antigo e corriqueiro, tenho a certeza de estar num território que se expande em inúmeras direções e possibilidades, um terreno ainda fértil para muitos e importantes questionamentos. Partia de uma necessidade de compreender, expandir e firmar ideias a respeito desse amplo e rico leque de experiências.

Nas entrevistas, antes de ligar o gravador, como no telefonema, me apresentava e explicava a pesquisa, pedia que lessem e assinassem o TCLE (Termo de Consentimento Livre e Esclarecido)³. A minha primeira intervenção “oficial” era: “Me conta sobre sua vida” – uma pergunta aberta, que permitia aos avós fazer

seus relatos, partindo dos pontos que desejavam, mesmo sabendo, pelo contato telefônico e pela apresentação inicial, quais eram os temas da minha pesquisa: seus netos por adoção e sua família.

Os avós me contaram a respeito de seus pais, seus avós e sua família extensa. Falaram de conquistas pessoais e profissionais, mas também de dificuldades diversas. Descreveram seus cotidianos familiares com filhos e netos, que emergiram entremeados às vivências do judaísmo em suas vidas. Traçaram suas próprias histórias, geralmente, desde o passado, tocando no presente e visando o futuro.

Falar da família do passado mostrou-se imprescindível para descrever o viver em família e para adensar a narrativa de suas experiências pessoais. A transmissão da cultura, da história e das tradições é central no povo judeu, que, mesmo espalhado pelo mundo, manteve na tradição oral, durante longo tempo, um importante pilar. O que torna a história dos antepassados vital para dar sentido à continuidade de sua cultura e da memória do seu povo. *“Chamamos de tradição... o conjunto de representações, imagens, saberes teóricos e práticos, comportamentos, atitudes etc. que um grupo ou uma sociedade aceita em nome da continuidade necessária entre o presente e o passado.”* (Hervieu-Léger, 1993, p. 127, grifos da autora).

Uma importante discussão presente nos estudos sobre adoção é justamente o lugar da história da criança, das informações sobre sua origem e de sua família biológica (Fonseca, 2012), tema conectado ao âmbito desta pesquisa, no que diz respeito à sua inserção numa cultura e religião que são, possivelmente, diferentes dos contextos de onde nasceu ou viveu os primeiros dias, meses ou anos de vida. O direito ao acesso às informações nos processos de adoção está garantido à criança ou jovem, quando atinge a maioridade, desde a Lei Nacional de Adoção nº 12.010/2009 (Brasil, 2009), conhecida como Nova Lei da Adoção.

Num enorme contraste com a importância do passado, falar ou saber da história dos netos anterior à adoção não era necessário ou desejado pelos avós entrevistados. Muitos mostraram que pouco sabiam a respeito. A ausência de circulação de informações ou comentários sobre as origens das crianças e suas famílias naturais pode ser compreendida por diferentes ângulos: pela dificuldade de falar de um passado que geralmente tem marcas de abandono, miséria ou maus tratos (Paiva, 2004), fruto da desigualdade social do nosso país; pela real falta de informações a respeito; por não ser um assunto abordado dentro da própria família; ou justamente por ser “um assunto de família”, que deve ficar protegido de olhares mais estrangeiros, como o meu.

Apesar do silêncio ter sido a tônica relativa à história dos netos por adoção nesta pesquisa, há nos dias de hoje cada vez mais um movimento de não negar o passado das crianças. O segredo e a ideia de revelação, que assombravam as famílias por adoção, pertencem a tempos mais distantes. Hoje, felizmente, as famílias cuidam de lidar com respeito e dar integração às histórias das crianças e jovens nascidos em outras famílias. Um passado que também precisa ser incluído e valorizado, mesmo que seja ainda difícil para parte dos envolvidos.

Na maioria das famílias da pesquisa, a adoção foi alternativa à infertilidade, como é relatado na literatura da área (Reppold & Hutz, 2003; Rinaldi, 2014; Schettini et al., 2006). A possibilidade de ver o filho(a) alcançar seu projeto de parentalidade é o motivo que torna a adoção bem recebida pelos avós pesquisadores. “O desejo por um filho biológico e o desejo de adoção não são, *a priori*, incompatíveis: eles se unem, de fato, no desejo de parentalidade, qualquer que seja o modo de acesso a essa parentalidade”⁴ (Nizard, 2009, p. 61). Assim, constituir uma família com filhos é um valor que fica acima da imposição ou desejo de que sejam gerados biologicamente. Para os avós, ter netos é ter e dar continuidade.

As dinâmicas dos pais por adoção, nas famílias pesquisadas, são bem distintas: há mãe que adotou sozinha, casal homoparental e casal heteroparental. Desses, há casais com filho único, com filho biológico nascido após a adoção, com filhos maiores de outro casamento de um dos cônjuges. São uma amostra que reflete a multiplicidade das famílias que buscam a adoção nas Varas de Família.

As diferenças físicas entre os membros é outro traço marcante nas famílias por adoção, e o fato não foi indagado por mim de forma direta. Foram relatados, por vezes, quando eu perguntava se eles haviam vivido algum tipo de preconceito em relação ao neto por adoção. Assim, não formaram um todo consistente na pesquisa, o que me impede de estender e entender o assunto com o devido cuidado. São fios importantes à espera de novas investidas. É interessante esclarecer que, na maior parte das famílias pesquisadas, só tive conhecimento de como eram as crianças fisicamente ao ver suas fotos (por vezes, no final da entrevista).

(...) retratos antigos e recentes são retirados de gavetas ou apontados em lugares expostos na casa, trazendo aos relatos um tom mais concreto como se, através dessa amostragem, eu, enquanto pesquisadora, pudesse ser apresentada a todos esses familiares dos quais ouvi falar durante algumas horas. (Barros, 1989, p. 35)

Importante salientar que, apesar de haver um imaginário social dos judeus como um bloco homogêneo, com determinadas características físicas, há judeus de origens diversas e biótipos variados, com liturgias e costumes diferentes, espalhados em diversas comunidades pelo mundo e em Israel: há judeus oriundos da Europa, da Península Ibérica, dos Países Árabes, do Continente Africano; judeus brancos, negros, altos, gordos, loiros, morenos – uma múltipla heterogeneidade.

O judaísmo é um complexo e intrincado mundo, onde identidade, religião, cultura e povo se entrecruzam fortemente. Segundo Grin e Gherman (2016), há uma interessante discrepância entre o que a própria comunidade quantifica, cerca de 90 mil, e os dados censitários⁵, o que aponta para uma diferença entre os que se declaram judeus e os que professam a religião, reforçando quão complexa é a questão dessa identidade.

A complexidade do judaísmo está em ser um pouco de tudo que não é: não é religião, não é filosofia, não é cultura, não é etnia, não é estado, não é terra. É tudo ao mesmo tempo. (...). A definição, no entanto, seja nos estatutos, seja na memória popular, é que somos uma família. (Bonder, 2001, p. 13)

Em seu aspecto religioso, há diferentes correntes, como as ortodoxas, mas também linhas que consideram o judaísmo uma herança cultural e histórica, uma ética, uma forma de viver, uma tradição, sem o cumprimento de preceitos religiosos. Mas em todos os grupos há uma forte valorização da inserção comunitária. Há uma enorme gama de instituições que proporcionam tal pertencimento: escolas, clubes, organizações de mulheres, de idosos, grupos de jovens, de universitários, centros culturais, sinagogas – espaços onde a vida, a educação e a cultura judaicas se misturam, com cunho religioso ou não.

A família foi descrita pelos entrevistados, principalmente, por seus aspectos positivos. Roudinesco (2003) afirma que, apesar de todas as mudanças ocorridas nos últimos anos, a família continua a ser reivindicada como o único valor seguro ao qual ninguém quer renunciar. Segundo a autora, a família “(...) é amada, sonhada e desejada por homens, mulheres e crianças de todas as idades, de todas as orientações sexuais e de todas as condições” (Roudinesco, 2003, p. 198). Apesar das mudanças nos padrões de relacionamento, estabelecidas pelas melhores condições socioeconômicas, do aumento das distâncias geográficas, da valorização da individualidade, ainda é possível perceber a valorização da família como rede de apoio, sustento, cooperação.

Os encontros familiares tornaram-se menos frequentes por múltiplas razões: as pessoas têm menos tempo, moram mais longe e podem se comunicar por diversas outras vias – mas não se tornaram menos importantes. Ao contrário: segundo os avós pesquisados, é onde as relações se constroem, se fortalecem e se perpetuam.

Para acionar as tensões entre pertencimento, religião e consanguinidade, perguntei aos meus entrevistados se eles consideravam seus netos por adoção judeus. A maior parte dos avós mostrou-se surpresa diante de tal questionamento, como se não houvesse dúvida sobre isso, ou como se nunca tivessem se interrogado a esse respeito. Era algo que sabiam e que *sentiam* a respeito de seus netos; mas, questionados por mim, foram em busca de respostas para explicar as *certezas* de que seus netos eram judeus: são criados num lar judaico, numa família judia, que se reúnem nas festas, realizaram cerimônias religiosas e, além disso, vários frequentam (ou frequentaram) as escolas judaicas, os movimentos juvenis e/ou as sinagogas, como os demais integrantes da comunidade.

Nizard (2017), em sua pesquisa com famílias judias com adoção realizada na França e em Israel, apontou para uma direção semelhante, pois os pais por adoção das crianças estão convencidos de que elas, ao se tornarem seus filhos, tornam-se judeus como eles, pois são parte de si, mesmo que tal fato não seja reafirmado pela lei religiosa mais estrita. Segundo os avós, não depende de vínculos biológicos a incorporação do neto à genealogia familiar; por isso, não faz diferença se chegaram por adoção ou não. O pertencimento ao judaísmo, para eles, se promove pela educação, pelas práticas religiosas, pela inserção comunitária, ou simplesmente “pela casa”. Segundo Nizard (2010, p. 2), estamos, assim, diante de “(...) uma linhagem simbólica que passa pelo conhecimento, o estudo, o ensino e a transmissão das leis”⁶.

Os netos por adoção das famílias pesquisadas, em sua quase totalidade, realizaram cerimônias religiosas, mesmo quando a família não se considera ligada ao judaísmo praticante. Rituais realizados para fortalecer valores como continuidade e pertencimento, como ocorre em parte significativa da comunidade judaica carioca, que os perpetua por tradição, e não por religião, por costume e celebração. Assim, como visto por Nizard (2004), a conversão, que é originalmente um ato religioso, se torna uma forma de fortalecer a adoção, ligando a criança a um passado e construindo uma segurança para seu futuro, dando-lhe um status e uma legitimidade.

Portanto, pelo olhar dos avós não são os rituais que tornam os netos judeus, mas por serem judeus devem passar pelos rituais, como todos os demais integrantes da família. Essa inversão, se podemos chamar assim, é uma potente

pista para entender o que se configura, nesta pesquisa, como uma família judia. Os avós desejam, mas não impõem, que seus netos por adoção sejam judeus, mas se for de sua escolha, preferem que todos os seus familiares sejam judeus, porque valorizam o judaísmo, seus princípios, costumes e o sentimento de pertencimento que ele provoca entre seus membros. Sem uma forma prescrita porque, como já explicitado, quando se fala em judaísmo, o que se tem é uma paleta de possibilidades.

Há três famílias que se destacaram das demais nesse aspecto: Uma em que a adoção ocorreu recentemente e o neto já é adolescente, praticante de outra religião, mas mesmo assim há um desejo de que ele conheça as raízes judaicas da família para poder “fazer parte” (sic). Outra, embora a avó considere que o neto não se sinta judeu, pelas dificuldades sociais que teve no ambiente escolar, é mediante os encontros do *Shabat*, o ritual judaico das sextas-feiras à noite, que a família se reúne e que os laços continuam a ser tecidos entre todos. E uma terceira família, em que o avô não considera o neto judeu, pois não vive num lar judeu: seu filho é casado com uma mulher não judia, e afastou-se da vida comunitária. Como é comum certa tensão e paradoxo no que tange à identidade judaica, relatou com orgulho que esse mesmo filho mantém a tradição de fazer um completo e perfeito jantar de Páscoa judaica em sua casa.

É interessante salientar que, em muitas dessas famílias, são justamente os netos por adoção que mantêm com os avós uma relação mais estreita e frequente. Porque se articulavam dois aspectos importantes: ser neto e ser o menor, ser neto e ter sido o primeiro, ser neto e estar mais por perto, ser neto e precisar de apoio, ser neto e ser o caçula, ser neto e ter afinidades em comum, ser o único e esperado neto! Então, as condições de apego podem variar no tempo, na distância, mas não estão atreladas à natureza dos laços.

Conclusão

As linhas tecidas nas conversas com os avós entrevistados mostraram-se imbricadas de tal forma que falar de um tema é falar de muitos outros. Origem, memória, legado, tradição, identidade, cotidiano, afetos, afinidades e convivência são alguns dos fios que se cruzam nas conversas e se esparramam de forma não linear, formando um rizoma (Deleuze & Guattari, 1997) ao se falar sobre a vida em família – um emaranhado onde, por vezes, uma ponta se faz mais visível e outra mais furtiva, que, num momento seguinte, pode se sobressair ou se cruzar. Afirmar que as tramas familiares se apresentam como

um rizoma é apontar um diagrama onde não há unidade, nem hierarquias, mas multiplicidade, um entremeado que cresce e transborda, tornando-se, assim, de difícil desmonte ou totalização, pois família é ação que se faz ao viver, sentir e prosseguir, sempre em movimento.

Familiar é verbo. Para os avós desta pesquisa, ser família é, principalmente, cuidar e se preocupar com o outro, manter uma relação de afeto e apoio. Família é ter e cultivar espaços para se reunir, compartilhar histórias e semear valores. Dessa forma, os encontros familiares mostraram-se uma espécie de pilar – o cerne onde é tecida a costura das relações na família extensa.

Os avós pesquisados mostram-se fundamentais na montagem desta trama, porque são eles, justamente, os responsáveis pelos (re)encontros familiares, geralmente à mesa⁷, na continuidade das tradições, familiares e religiosas, mas especialmente na sementeira dos afetos. Eles são os guardiões das memórias, os contadores das lembranças, os detentores dos segredos culinários, que vão tecendo as histórias, que se entremeiam desde seus próprios avós e bisavós, e enlaçam netos e bisnetos.

O afeto e a convivência são os principais fios presentes na tessitura das tramas familiares das famílias pesquisadas, independentemente da natureza dos laços. Costuras que acontecem pelo (re)viver e conviver, estes sim, fios determinantes na teia que se realiza entre seus membros. O judaísmo é um fio que adensa a experiência do viver junto. Ele se entremeia na costura por meio de uma herança que vem ao longo dos anos sendo cultivada, ampliada e transformada, mas que mantém a importância das histórias pessoais, das lembranças, dos costumes, que dão fortes sensações de continuidade e pertencimento.

A despeito de ter encontrado, na pesquisa, uma ideia uniforme do que é ser família, elas são sempre verbo, ação e mudança. Não é possível, *nem desejado*, que se restrinja ou prescreva um modelo estanque, duro, que deve ser seguido, e sim valorizar e compreender o que é vivido por cada um, em seu meio, em sua própria trajetória. Não há como totalizar essa experiência numa única e simples definição.

Assim, novamente, afirmo que há muitas famílias na palavra família. Então, o que há dentro da palavra famílias para os avós judeus por adoção desta pesquisa? Afeto, aceitação, cotidiano, convivência, continuidade, comunidade, comida, cultura, dificuldades, encontros, festas, proximidade, religião, tradição, união, valores... Parece muito, mas talvez se resuma num cheiro gostoso, num som (re)conhecido, num gesto caloroso, num baú cheio de lembranças, antigas, novas, vividas ou inventadas.

Preciso terminar agradecendo às avós, aos avôs, e indiretamente às suas famílias, que me receberam em suas casas e em suas vidas, me presenteando com

suas lembranças e afetos. Além de aprender com eles sobre ser família, objeto da minha pesquisa, também pude voltar a ser neta, pular nos sofás, comer os biscoitos, ouvir as risadas, sentir os doces e saudosos cheiros da minha infância.

Referências

- Alvarez, J.; Passos, E. (2010). Cartografar é habitar um território existencial. In: E. Passos, V. Kastrup, L. da Escóssia (Orgs.), *Pistas do método da cartografia: Pesquisa-intervenção e produção de subjetividade*, p. 131-149. Sulina. https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/6828599/mod_resource/content/3/Pistas%20do%20metodo%20da%20cartografia%201_Livro.pdf (acesso 27/07/2024)
- Bakman, G. (2019). *Por entre as tramas familiares: Avós judeus e seus netos por adoção* (tese de doutorado). Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social, Instituto de Psicologia, Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). <https://www.bdt.d.uerj.br/handle/1/15035>
- Barros, M. M. L. (1987). *Autoridade e afeto: Avós, filhos e netos na família brasileira*. Zahar.
- Barros, M. M. L. (1989). Memória e família. *Estudos Históricos*, 2(3), 29-42. <https://periodicos.fgv.br/reh/article/view/2277>
- Bonder, N. (2001). Sentados à mesa no século XXI. In: N. Bonder, B. Sorj, *Judaísmo para o século XXI: O rabino e o sociólogo*, p. 13-22. Zahar. <https://static.scielo.org/scielobooks/twgn7/pdf/bonder-9788579820403.pdf> (acesso 27/07/2024)
- Bosi, E. (1994). Memória e sociedade: Lembrança de velhos (3ª ed.). Companhia das Letras.
- Brasil (2009). *Lei 12.010, de 03/08/2009 – Dispõe sobre adoção* (“Nova lei da adoção”). https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/lei/L12010.htm
- Deleuze, G.; Guattari, F. (1997). *Mil platôs*. Editora 34. https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/6513185/mod_resource/content/1/Mil%20plato%CC%82s%20capitalismo%20e%20esquizofrenia%20Vol%201%20by%20Gilles%20Deleuze%20%28z-lib.org%29.pdf (acesso 27/07/2024)
- Fonseca, C. (2012). Mães “abandonantes”: Fragmentos de uma história silenciada. *Revista Estudos Feministas*, 20(1), 13-32. <https://doi.org/10.1590/S0104-026X2012000100002>
- Grin, M.; Gherman, M. (2016). Judaísmo e o censo de 2010. In: M. Grin, M. Gherman, *Identidades ambivalentes: Desafios aos estudos judaicos no Brasil*, p. 165-176. 7 Letras.
- Hervieu-Léger, D. (1993). *La religion pour mémoire*. Cerf.
- Kastrup, V.; Passos, E. (2014). Cartografar é traçar um plano comum. In: E. Passos, V. Kastrup, S. Tedesco, *Pistas do método da cartografia: A experiência da pesquisa e o plano comum*, vol. 2, p. 15-41. Sulina.

- Machin, R. (2016). Homoparentalidade e adoção: (Re)afirmando seu lugar como família. *Psicologia & Sociedade*, 28(2), 350-359. <https://doi.org/10.1590/1807-03102016v28n2p350>
- Nizard, S. (2004). La conversion des enfants adoptés au milieu juif: Quels enjeux?. *Diasporas*, (3), 114-130. <https://doi.org/10.3406/diasp.2003.909>
- Nizard, S. (2009). Les étapes d'une prise de décision: Du désir de procréation à la décision d'adopter. *Revue des Sciences Sociales*, (41), 52-61. <https://doi.org/10.3406/revss.2009.1196>
- Nizard, S. (2010). Les pères juifs adoptifs sont-ils des mères juives?. *Revue Plurielles*, (15), 53-63. <https://revueplurielles.fr/wp-content/uploads/2024/01/pl15.pdf>
- Nizard, S. (2017). Applying for adoption: How are Jewish families perceived?. In: M. Gross, S. Nizard, Y. Scioldo-Zurcher (Eds.), *Gender, Families and transmission in the contemporary Jewish context*, p. 113-123. Cambridge Scholars Publishing.
- Paiva, L. D. (2004). *Adoção: Significados e possibilidades*. Casa do Psicólogo.
- Paixão, F. J. D.; Morais, N. A. (2016). A experiência de adolescentes criados por avós. *Clinica & Cultura*, 5(1), 65-86. <https://periodicos.ufs.br/clinicaecultura/article/view/5045>
- Pelbart, P. P. (2011). *Vida capital: Ensaios de biopolítica*. Iluminuras.
- Portelli, A. (1997). O que faz a história oral diferente. *Projeto História*, 14, 25-39. <https://revistas.pucsp.br/index.php/revph/article/view/11233>
- Ramírez-Gálvez, M. (2011). Inscrito nos genes ou escrito nas estrelas? Adoção de crianças e uso de reprodução assistida. *Revista de Antropologia*, 54(1), 47-87. <https://doi.org/10.11606/2179-0892.ra.2011.38583>
- Ramos, A. C. (2014). Sobre avós, netos e cidades: Entrelaçando relações intergeracionais e experiências urbanas na infância. *Educação & Sociedade*, 35(128), 781-809. <https://doi.org/10.1590/S0101-73302014000300001>
- Reppold, C. T.; Hutz, C. S. (2003). Reflexão social, controle percebido e motivações à adoção: Características psicossociais das mães adotivas. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 8(1), 25-36. <https://doi.org/10.1590/S1413-294X2003000100004>
- Rinaldi, A. A. (2010). A “nova cultura da adoção”: O papel pedagógico dos grupos de apoio à adoção no município do Rio de Janeiro. *Juris Poiesis*, 13(13), 13-35. https://www.alessandrarinaldi.com.br/wp-content/uploads/2018/10/nova_cultura_adocao.pdf (acesso 27/07/2024)
- Rinaldi, A. A. (2014). A arte de lutar contra a natureza: Motivos que movem a adoção no município do Rio de Janeiro. In: C. Ladvoat, S. Diuana (Eds.). *Guia de adoção: No jurídico, no social, no psicológico e na família* (1ª ed.), p. 25-51. Roca.
- Rolnik, S. (2014). *Cartografia sentimental: Transformações contemporâneas do desejo* (2ª ed.). Sulina.
- Roudinesco, E. (2003). *A família em desordem*. Zahar.
- Sarti, C. (2003). Famílias enredadas. In: A. R. Acosta, M. A. F. Vitale (Orgs.), *Família: Redes, laços e políticas públicas*, p. 21-36. IEE/PUC. https://www.mprj.mp.br/documents/20184/277884/acosta_anarojas_vitale_mariaamaliafaller_familiasenredadas.pdf (acesso 27/07/2024)

- Schettini, S. S. M.; Amazonas, M. C. L. A.; Dias, C. M. S. B. (2006). Famílias adotivas: Identidade e diferença. *Psicologia em Estudo*, 11(2), 285-293. <https://doi.org/10.1590/S1413-73722006000200007>
- Schneider, B.; Mietkiewicz, M.-C.; Bouyer, S. (2005). Introduction. Grands-parents et grands-parentalités. In: B. Schneider, M. C. Mietkiewicz, S. Bouyer (Org.), *Grands-parents et grands-parentalités*, p. 7-26. Èrès.

Notas

- ¹ Para facilitar o fluxo da leitura, se usará “avós” ou o masculino das palavras como plural genérico, abrangendo masculino e feminino, segundo as normas da língua.
- ² As informações relativas às leis de adoção são provenientes de uma conversa com um rabino reformista, da leitura de jornais religiosos, de informações provenientes da minha própria inserção comunitária e de alguns sites:
https://pt.chabad.org/library/article_cdo/aid/2510683/jewish/Adoo-Procedimentos-e-Complicaes.htm
<https://www.jewishvirtuallibrary.org/adoption>
<https://www.jewishencyclopedia.com/articles/852-adoption>
<https://www.jlaw.com/Articles/maternity4.html>
- ³ A pesquisa foi inscrita no Plataforma Brasil (CAE 57974016.0.0000.5282) e todos os entrevistados assinaram o TCLE, exigência da Resolução 510/2016 do CNS.
- ⁴ No original: “Le désir d’un enfant biologique et le désir d’adoption n’étant pas a priori incompatibles, ils se rejoignent en effet dans le désir de parentalité, quel que soit le mode d’accession à cette parentalité”.
- ⁵ A população judaica no Brasil é de cerca de 107 mil, o que corresponde a 0,06% da população brasileira: <https://sidra.ibge.gov.br/tabela/137> (na dimensão “Religião”, selecione “Judaísmo”, então clique “Visualizar”).
- ⁶ No original: “(...) une lignée symbolique qui passe par la connaissance, l’étude, l’enseignement, la transmission de la loi”.
- ⁷ Comida é um ingrediente muito presente na cultura judaica. É uma marca indelével, pelos pratos típicos de cada festividade, pela abundância, pelas recordações a elas vinculadas de costumes, melodias, anedotas, entes queridos, lugares perdidos no tempo: afetos, traduzidos em cheiros e gostos.

Recebido em 22 de março de 2021

Aceito para publicação em 21 de março de 2024

FOSTER FAMILY AND REUNIFICATION: DECISION-MAKING SUPPORTED BY THE SARP

*FAMÍLIA ACOLHEDORA E REUNIFICAÇÃO:
A TOMADA DE DECISÃO APOIADA NO INSTRUMENTO SARP*

*FAMILIA DE ACOGIDA Y REUNIFICACIÓN:
TOMA DE DECISIONES APOYADAS EN EL INSTRUMENTO SARP*

Rachel Fontes Baptista ⁽¹⁾

Maria Helena Rodrigues Navas Zamora ⁽²⁾

João Paulo Delgado ⁽³⁾

RESUMO

No Brasil, a família acolhedora é uma política pública com a função de garantir cuidados provisórios e proteção às crianças e adolescentes com direitos negligenciados. A partir de intervenção judicial, esses meninos e meninas saem do ambiente violador e seguem para outra família, não adotiva, que os apoiará no processo de reunificação familiar. Entretanto, se observa a carência de instrumentos científicos estruturados para subsidiar a tomada de decisão relativa ao retorno. Este estudo objetiva, por meio da utilização de um instrumento adaptado para o sistema de acolhimento familiar, o SARP, avaliar a qualidade das relações entre crianças e seus responsáveis, em dois casos, no intuito de refletir a respeito da tomada de decisão sobre a reunificação. A discussão dos casos se apoiou, principalmente, em autores da psicanálise e psicologia do desenvolvimento. Como resultado, foi observada a necessidade de maior investimento em

⁽¹⁾ Doutora em psicologia pela Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-Rio). Psicóloga clínica, assistente técnica e perita judicial (SEJUD/TJRJ), Rio de Janeiro, RJ, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0003-0143-409X> — email: rachelbta@gmail.com

⁽²⁾ Doutora em psicologia pela Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-Rio). Professora da PUC-Rio, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0003-2929-3268> — email: zamoramh@gmail.com

⁽³⁾ Doutor em ciências da educação pela Universidade de Santiago de Compostela. Professor na Escola Superior de Educação do Instituto Politécnico do Porto, Porto, Portugal.
<https://orcid.org/0000-0001-6977-8214> — email: pdelgado@ese.ipp.pt

O terceiro autor teve financiamento para este trabalho por meio do instituto público Fundação para a Ciência e a Tecnologia (FCT), no âmbito do projeto UIDB/05198/2020 do Centro para a Investigação e Inovação em Educação (inED). <https://doi.org/10.54499/UIDB/05198/2020>

políticas públicas inclusivas para subsidiar o contexto do acolhimento, assim como em instrumentos que possam amparar a tomada de decisão. Conclui-se que permanece o desafio de se priorizar avaliações consistentes no âmbito do acolhimento familiar.

Palavras-chave: família acolhedora; reunificação; tomada de decisão.

ABSTRACT

In Brazil, the foster family is a public policy with the role of ensuring temporary care and protection for children and adolescents with neglected rights. After judicial intervention, these boys and girls leave the violating environment and go to a non-adoptive family, which will support them in the process of family reunification. However, there is a lack of structured scientific instruments to support decision-making regarding return. This study aims, through the use of an instrument adapted for the foster care system, the SARP, to evaluate the quality of relationships between children and their guardians, in two cases, with the aim of reflecting on decision-making regarding reunification. The discussion of the cases was mainly based on authors from psychoanalysis and developmental psychology. As a result, the need for greater investment in inclusive public policies to support the reception context was observed, as well as in instruments able to support decision-making. It is concluded that the challenge of prioritizing consistent assessments in the context of family care remains.

Keywords: foster family; reunification; decision making.

RESUMEN

En Brasil, la familia de acogida es una política pública con la finalidad de garantizar atención y protección temporal a niños y adolescentes con derechos vulnerados. Luego de la intervención judicial, estos niños abandonan el entorno violador y se dirigen a otra familia, no adoptiva, que los apoyará en el proceso de reunificación familiar. Sin embargo, faltan instrumentos científicos estructurados que respalden la toma de decisiones sobre el retorno. Este estudio tiene como objetivo, mediante el uso de un instrumento adaptado al sistema de acogimiento familiar, el SARP, evaluar la calidad de las relaciones entre los niños y sus tutores, en dos casos, con el objetivo de reflexionar sobre la toma de decisiones en materia de reunificación. La discusión de los casos se basó principalmente en autores del psicoanálisis y de la psicología del desarrollo. Como resultado, se observó la

necesidad de una mayor inversión en políticas públicas inclusivas que apoyen el contexto de acogida, así como en instrumentos que puedan apoyar la toma de decisiones. Se concluye que persiste el desafío de priorizar evaluaciones consistentes en el contexto del cuidado familiar.

Palabras clave: familia acogedora; reunificación; toma de decisiones.

Introduction

Foster care is a form of protection, in the shape of a public policy, which is legally subsidized in Brazil (MDS, 2009; Pinheiro et al., 2024). In this model of childcare, through judicial intervention, the child leaves his or her environment and begins to live, temporarily, with another family, called a foster family, that does not envisage adoption. This arrangement, present in many countries, is intended to protect children with violated rights within a family environment, promoting and emphasizing their reunification and reintegration when possible (Baptista et al., 2019). In this sense, after the foster care period, the evidence converges on the need to return to a family (LaBrenz et al., 2020; Lindner & Hanlon, 2024).

Although Brazilian legislation sets a maximum time limit for remaining in foster care (Brasil, 1990), the decision to reunify can be made within a variable timeframe. Therefore, it is not always clear how and when the return will take place, since coming back to the original environment is only part of the process (Chartier & Blavier, 2021; LaBrenz et al., 2020). Thus, it is necessary to look carefully at some relevant factors in the return assessment cycle (Esposito et al., 2022; Jones & Jonson-Reid, 2023). Physiological, cognitive, emotional, and social aspects must be taken into account. In addition, it is essential to pay attention to the specifics of each case and encourage the protagonism of the subjects involved (Delgado & Baptista, 2020).

In order to think about reunification responsibly, the systemic assessment of the nucleus and the foster care environment has been validated (Vallejo-Slocker et al., 2024). However, there are gaps in this decision-making process regarding the best conditions for return (Poremba, 2021). The literature emphasizes the limitations of assessments relating to vulnerable children and the lack of validated scientific instruments (LaBrenz et al., 2023). The use of appropriate instruments, clear decision-making criteria and trained professionals are necessary to minimize damage in the reunification process (Sacur & Diogo, 2021).

In order to think about reunification responsibly, the systemic assessment of the environment of origin and that of foster care has been validated (Vallejo-Slocker et al., 2024). However, there are gaps in this decision-making process regarding the best conditions for return (Poremba, 2021). The literature emphasizes the limitations of assessments relating to children in vulnerability and the lack of validated scientific instruments (LaBrenz et al., 2023). The use of appropriate instruments, clear decision-making criteria and trained professionals are necessary to minimize setbacks in the reunification process (Sacur & Diogo, 2021).

When it comes to foster care, investment in reunification has proven fragile, as the process needs to begin even before the first intervention in the family of origin. In this sense, assessing family relationships can minimize the movement of children through the foster care system and their consequent re-victimization. A reunification with little support, which does not take into account the changes in the family of origin context, may cause more damage, with subsequent re-entry into the protection system (Hutz et al., 2019; Salvagni & Pedroza, 2021).

Another important aspect to be addressed is the quality of the assessment of relevant data during the foster care process and after family reunification (Esposito et al., 2022). In Brazil, what is observed is that follow-up after return lasts for no more than six months. After that, cases tend to get lost in the Rights Guarantee System (CONANDA, 2006), and families may be left without consistent support. Therefore, basing decisions on appropriate instruments can be an important way of considering the positive and negative points of reunification in a systematic way.

A consistent evaluation process uses multiple tools, valuing the ecological dimensions of family relationships (Koller et al., 2019). Active listening, support for conscious parenting and the enhancement of individual qualities and parenting skills must be considered (Everest Media, 2022). This practice, recognized in other countries, is part of a context that is not only preventive but also protective.

On the way back, finding the most appropriate time for a child to return to their environment or be referred to another resource is a challenge for professionals (Vanderfaillie et al., 2023). In practice, the assessment of certain aspects may exceed the abilities of social workers, not least because of the work overload. The time allotted by law may also be too short to reach a conclusion (Baptista,

2018). Thus, evaluation tools that include objective and subjective variables can support some opinions, strengthening decisions.

Based on the demand pointed out and the scarcity of suitable scientific instruments for evaluating the reunification process, this study aims, through the use of a scientifically validated instrument adapted for the foster care system, to evaluate the quality of relationships between children and their guardians, in two monitored cases, in order to support judicial decision-making on the reunification of children to their original environment. The quality of the parental and family relationship here can be translated into the ability of the guardians to meet the children's main needs in three areas: physical/biological, cognitive, and emotional/social (Lago & Bandeira, 2015), using the Parental Relationship Assessment System (SARP – Sistema de Avaliação do Relacionamento Parental) instrument.

This article is based on the post-doctoral report by the first author of this manuscript and the doctoral study by Lago (2012), which culminated in the construction of the instrument. The SARP went through several theoretical and empirical stages in its development and is not meant as an instrument exclusive to psychologists or even as a scale validated specifically for the legal context. It is an instrument that can be adapted to other contexts and situations in which there is a need to assess the parental relationship, close relationships with other caregivers or even with non-family caregivers, as long as the necessary adaptations are made (Lago, 2012; Lago & Bandeira, 2015). Therefore, this article highlights the importance of having assessment techniques available in the Brazilian legal context, in order to contribute to decision-making regarding the return of children to their family environment.

Method

Design

Based on the above, a qualitative study was carried out with two families in a family foster care service located in a municipality in the state of Rio de Janeiro. It should be emphasized that the research was not restricted to making a closed and definitive assessment, but was dedicated to elucidating dynamic aspects of the content, considering the socio-cultural determinants involved. The SARP is a flexible tool, with the possibility of collecting multiple pieces of information. In this way, it was possible to offer differentiated listening spaces suited to the

age groups chosen. The possibility of giving participants a voice, in a unique way, allowed them to express not only situations relating to family dynamics, but also feelings and questions beyond what was proposed (Maltais et al., 2019).

Participants

A sample of nine respondents was used – four children aged between five and twelve, and five adults. The adults answered the anamnesis interview and the semi-structured SARP interview. Drawing, writing and verbalization were used with the children. Speeches were recorded and then discarded.

For reasons of professional confidentiality, the respondents were named in alphanumeric sequence, with children in lower case and adults in upper case, as follows: E1, E2, E3, e4, e5, e6 (Family 1) and E7, E8 and e9 (Family 2). The participants were named as parents (guardian and non-guardian). In Family 1, E2 and E3 and in Family 2, E7 and E8 were elected as guardians. Families of origin and foster families are included in the same block. Thus, in the organization, they were named Family 1 and Family 2. Family 1 was made up of a biological father and mother ($n=2$), a son and daughter in their care ($n=2$), a foster carer ($n=1$) and a girl in foster care ($n=1$). Family 2 was made up of an affective mother ($n=1$), a foster family ($n=1$) and a child ($n=1$).

Data collection procedures

The identification of the location, names of professionals and families has been suppressed. The work program consisted of two major stages. The first concerned approaching the families and raising their awareness about taking part in the project. The second concerned the collection itself. The fieldwork began with prior contact with the coordinators of the foster family service. It was chosen based on the team's willingness to participate and on selecting families that fit the research profile: children aged between 5 and 12 in foster care. The meetings were scheduled in advance and took place in a private room.

The foster care service's professional partners made it possible for the researcher (first author) to get involved, facilitating contact with the families. With this mediation, it was possible to minimize problems such as the feeling of invasion, which is quite common when talking about losing or keeping custody of children.

Instruments

The research was based on the adapted use of the Technical Manual of the SARP instrument. Created to help in situations involving custody disputes in the courts, it could be adapted based on the materials published by those responsible for preparing the instrument. In this study, the SARP was adapted to assess relationships between families of origin and foster families, showing whether the children's main needs were being met in order to analyze the possibility of family reunification. This assessment can contribute to more careful decision-making, insofar as social workers are equipped for their work of supporting judicial decisions with data on the healthy development of children, such as affective aspects, care, protection, education, leisure and safety. It is worth highlighting the importance of listening to other participants in order to score the SARP and draw up the report. A representative of the family of origin and a representative of the foster family were elected to be the children's main guardians on the scale.

The SARP consists of an anamnesis, an interview, a child assessment protocol and a scale. There are three techniques applied to family members and children. The interviews and anamneses were directed at family members and guardians, while the children's protocol was answered by the children, and the scale was scored by the first author after listening to everyone involved, including the technicians. The information collected in the interviews was recorded, transcribed and systematized in the scales. At the end, the contents of the reports were discarded.

The anamnesis consists of data relating to the child, in which the informant tells the family's previous history. They are asked about the couple's history, the birth of the children and the child's development. The SARP interview script contains data on the informant, the child and items relating to the child. It asks about their routine, support network, setting limits, communication between guardians, and post-separation and intervention adjustments. The protocols for children are based on storytelling with real-life situations with which they can identify. They also give them the chance to better understand their tastes, routine, important aspects of life, family, care, worries and plans for the future.

Ethical procedures

The research was approved by the Ethics Committee of the Estácio de Sá University (UNESA), with a Free and Informed Consent Form for the adults

and a Term of Assent for the children. The terms were approved, the pre-test was carried out and the instrument was adapted and applied. All the terms were presented to the interviewees and signed before data collection began.

Results

The option of presenting the results in itemized format, as shown in the instrument, was due to the intention of bringing out the content in a specific way, which is important for the subsequent holistic view of each case. By repeating some observations, it was possible to see their significance in the general context of decision-making.

Family 1

Family 1 was made up of E1 and E2 (parents), E3 (foster carer), e4 and e5 (siblings) and e6 (foster child). The child in foster care had been removed from her family of origin due to neglect. The girl started foster care at the age of four years and three months and had been with her foster carer for a year and four months.

A brief history

The case was studied on the basis of interviews with the girl, her main carers, parents, siblings, as well as the foster care staff. The approaches were based on active listening and on-site observation at different times. Initially, there was a moment of sensitization, in which the researcher brought the families together for an “icebreaker”. The interviewees then appeared separately for data collection.

According to the narrative presented, the child in care is the youngest child of a couple with three children, who are expecting their fourth. It should be noted that these are black people, as are the majority of those in the Brazilian protection system. The girl was tracheostomized and gastrostomized, as well as having a diagnosis of chronic non-progressive encephalopathy. The reason for the complication has not been confirmed, but there is a hypothesis of neonatal asphyxia.

At the age of two months, she was hospitalized for approximately four months. Her parents accompanied her to hospital to learn how to look after the child at home. After her return, she had to go back to hospital a few times due to respiratory problems, dehydration and malnutrition. At the end of the last hospitalization, by court order, she was sent to institutional care, where she remained for a few months.

Sometime later, she was hospitalized again with similar symptoms and stayed there for about a year, when she returned to the foster home. At the time, a nurse volunteered to look after her, as the institutional conditions were unfavorable for her to develop well. This was an exception in the foster care process, as families are usually trained before they meet the child.

In foster care, the girl was accompanied by a speech therapist and physiotherapist, due to her multiple disabilities. She was unfettered at the age of four and, at the time of the research, at the age of five, she was in the process of becoming literate and could formulate complete sentences. She was a quiet sleeper, was withdrawn when hugged and kissed and had a greater affinity with her father, her main caregiver during hospitalization. Her cognitive development was progressing, as was her social and emotional interaction, given that she had spent a long time alternating between foster care and hospital.

The first contact with her family of origin, after her referral to foster care, took place after a month. Subsequently, there was a period when the mother was prevented from visiting her daughter by court order. It is worth noting that the reason for the court decision did not come up in the interviews. According to the foster mother, the child had no reference to her biological mother as such.

Relationship between family of origin and foster family

The relationship between the family of origin and the foster family basically took place by telephone and weekly meetings in a location other than the homes of either family. The family of origin showed a willingness to broaden their contact with the foster child. However, the foster carer was clearly concerned about this, as the child was physically fragile and needed specialized care.

Affective and emotional characteristics

In general, the foster child's siblings showed affection and care for the little girl, who played animatedly with them. The data collected indicated feelings of cohesion between the siblings, the parents and the foster carer. The father recounted details of his daughter's hospitalization and revealed his constant concern to accompany the child, both in hospitals and in the institution where she was sheltered. The foster mother showed a desire to adopt the child, even calling herself a mother, although this was not an option from a legal standpoint. She made her commitment and care clear from the time she was in hospital, when she met the girl in the pediatric ward where she worked.

Basic care

After being removed from foster care, the parents showed little knowledge of and participation in the girl's daily routine. It was possible to observe that they had some difficulty with the physical care of their children who were not in care. However, the father, the sole financial provider, reported concern about organizing the children's daily routine.

With regard to basic family care, it was clear that the father was responsible for making decisions. According to the reports, he tried to reconcile work with the children's school schedules, as well as being responsible for deciding where to live and other issues, such as his wife's medical treatment, food, and travel, among others.

Protection against real risks

The data collected did not make it possible to assess the family of origin's protection against real risks, since the girl was in foster care and only met family members under supervision. The interviews showed that the foster carer was very concerned about the child's protection and daily care. At the time, her direct support network was restricted to a niece who was trained to look after the foster child in her absence. The foster carer showed concern for the girl's integrity, monitoring her activities intensively.

System of norms and values

The family of origin had more influence over the older children, since the youngest was in foster care and previously institutionalized most of the time. Regarding the foster carer, according to the interview and occasional observation, it was clear that there were rules and stipulated combinations regarding schedules, food, limits and the monitoring of these. When asked about the rigidity of the limits, she revealed that she was flexible, since she was a “mother”, allowing the other caregiver to act in a more imposing way.

Emotional security and identity development

It was not possible to assess the emotional security offered by the family of origin. However, the data collected and on-site observations revealed that the girl’s main references in her family of origin were her father and sister. During the visit, and based on the father’s and the foster carer’s accounts, it was possible to recognize the affective bonds between the girl and her family of origin. However, it seemed that the foster mother and the caregiver (her niece) were her main references for emotional security at the time.

Education and leisure

Inclusion in school required support from the caregiver. In the context, the family of origin participated partially in the activities. As far as possible, the foster child met up with her siblings for recreational activities, but the foster carer was mainly responsible for providing opportunities for leisure and fun.

Family 2

Family 2 was made up of E7 (affective mother), E8 (foster carer) and e9 (foster child). The child had been removed from her family of origin due to rights violations. At the time, she had been in foster care for four months.

A brief history

The case study was based on interviews and on-site observation. The time taken to raise awareness among the interviewees was relatively comfortable, with everyone joining in. The previously scheduled meetings took place as expected.

According to the reports, the foster child, a boy, was 10 years old at the time of the data collection, having been handed over by his biological mother to his affective mother – friends at the time – at around one year old, with a few clothes and a meal. The biological mother never made contact again. With her paternity unclear, she was waiting for confirmation from a close male figure. Both participants interviewed from the family of origin were black.

When the child was handed over, the affectionate mother's family consisted of her, a partner, and two daughters aged 11 and 14. The girls' father became legally responsible for the child and the girls treated him like a brother. The youngest, in particular, was significantly responsible for looking after the boy, as both adults were away for many hours a day.

The foster child went to nursery school during early childhood and the youngest daughter, who was twelve at the time, was in charge of taking him there. He stayed in the afternoon, but it was not possible to identify who looked after him in the morning. At the age of four, he changed schools due to a change of address. Later, due to the new address, he moved to another full-time school.

At the time of the interviews, the affectionate mother said that the boy's main childhood vaccinations were missing and reported difficulties when he had to be hospitalized, since her former partner, who was the foster child's legal guardian, had left the family. From then on, the Guardianship Council was called in and his family began to be looked at more closely.

The affectionate mother reported a marked change in the boy's behavior around the age of ten. Although he had been a "very easy-going" child, he began to disobey and respond aggressively to people. According to her, his sisters began to distance themselves from him because of this change. The verbal aggression was accompanied by physical aggression towards some of his schoolmates, as well as defiant behavior in the community where he lived.

Relationship between family of origin and foster family

The relationship between the family of origin and the foster family took place over the phone and during weekly meetings. The boy had been in foster care for four months and the foster mother and her new partner had the main care responsibilities at the moment. It was possible to identify the foster carer's concern not to create expectations in the boy about reunification.

Affective and emotional characteristics

Both families showed affection for the boy, but the care they gave him varied greatly according to the reality in which he was living. The family of origin was close to drug trafficking, which caused the affectionate mother great concern. The possibility of setting adequate limits for the boy's safety seemed fragile, as she worked all day. There were signs of intra-family conflicts within the foster family, especially between the foster child and the foster mother's new partner; however, there were positive expressions of affection towards the boy. The family of origin reported a desire for reunification and the foster family reported a desire to continue taking the boy in for as long as necessary. However, this desire was questioned by the team.

Basic care

The reports provided show the fragility of the affective mother's involvement in daily care activities, a fact observed from an early age. The affective mother's concern to meet her child's basic needs existed, but it seemed to be hampered by factors related to emotional instability.

After his removal, when cared for by the foster carer, the boy seemed to be able to count on the more direct and continuous participation of an adult for the main activities of daily life. In addition, his circulation space was delimited, limiting his entry into places unsuitable for his age. The foster carer showed knowledge of the boy's habits and tried to meet his basic needs satisfactorily. Her emotional involvement also seemed favorable.

Protection from real risks

The data collected shows the affectionate mother's concern to protect the boy and her difficulty in dealing with his defiant behavior. In this way, his physical and emotional integrity seemed to be compromised in the home environment, since various risk factors were present and seemed important.

In the foster family, the concern and protection against real risks seemed adequate, and the boy's physical and emotional integrity was preserved. The family support network seemed satisfactory, but not directly involved. There were complaints of violence at school from other classmates and the foster carer made herself available to try to mediate the situation in that environment. Monitoring of daily activities seemed adequate.

System of norms and values

The establishment of limits by the affective mother seemed fragile. According to the interviews, there were rules, but they were poorly enforced. The difficulty of dealing with the boy's defiant behavior was repeatedly revealed and, as a consequence, stress in the relationship was evident.

The existence and adequacy of the rules stipulated in relation to timetables, routines and limits seemed to be well placed by the foster carer, despite the fact that it was difficult to comply with them in some respects. In this respect, rewards and sanctions were reported for non-compliance with agreements. There was a concern to transmit educational values, especially those relating to respect.

Emotional security

The boy's expressions of affection towards his mother seemed consistent and reciprocal. In addition to his concern for her physical integrity, he showed an interest in returning home, although he was aware that he could only do so with her treatment. Communication between the two seemed satisfactory, despite the fact that, at the time, foster care meant that contact was more distant.

The expression of affection between the foster carer and the person being fostered seemed reasonable given the short time they had been there. She, referred

to as mother, was asked for help in times of difficulty and confidential questions. He reported feeling trusted by the foster carer.

Identity development

The boy's sense of acceptance of the two reference persons (mother and foster carer), in terms of the construction of his identity, was not evaluated. However, the child reported difficulties in dealing with some male family figures.

The feelings of acceptability and belonging towards his affectionate mother seemed to be established. However, the hostility in the current school environment seemed to cause the boy discomfort. His degree of autonomy and independence seemed reasonable by the standards of his age group.

Education and leisure

The study conditions offered to the boy prior to entering foster care seemed fragile, as there was insufficient supervision and inconsistency in his school attendance. Participation in school activities, events and other social aspects were also affected by his defiant behavior. Regarding recreational activities, the leisure opportunities offered in his initial nucleus seemed restricted, and the child asked for new opportunities. When he was taken in, the boy was enrolled in school and attending regularly. However, he reported difficulties with his homework and asked for tutoring. Leisure time was offered more frequently, but he reaffirmed his desire for greater diversification.

Discussion

Through two case studies, this study sought to highlight the importance of analyzing various aspects of family reunification, using the SARP instrument as a support technique during the assessment. Whether due to the need for speed in resolving cases placed in foster care (Brasil, 1990), the lack of follow-up after reunification, or the need to listen to the children, among other factors, it seems unquestionable that the decision-making process regarding reunification requires consistent investigations. In the specific case of reintegration, longitudinal assessment and access to data on the trajectory after reunification seems to be

non-existent (CNJ, 2020; MDS, 2018). Another relevant aspect covered in this research was listening to the children. Even with obstacles relating to the fulfillment of their right to be heard or the need for instruments to assist in this context, they need to be prioritized in this regard (Hayes et al., 2024; Hutz et al., 2019; Melo & Sani, 2019).

There are three important aspects to consider in the first family: the multiple neglects suffered by the girl at both family and institutional level, the desire of the family of origin to get their child back, even though they did not seem to be able to, and the foster family's desire to adopt her. The scenario in question points to a situation that is difficult to resolve. According to Brazilian legislation and various children's scholars, foster care strives to maintain bonds and keep the measure short, as well as reuniting the child with a stable and safe family (Dias, 2021). However, in the case in question, given the multiple forms of neglect suffered by the girl, her return was postponed.

In Family 1, the foster child's parents should have been able to take care of her or have some alternative that could support them. However, mostly because of their condition of poverty, isolation and social exclusion, they failed to take care of her and were subjected to the judicialization of her life. In this case, the social condition may have facilitated the child's removal, as well as making it difficult for them to return. This family was marked by conditions of poverty and misery, even on an intergenerational level; they too had been neglected. The need for multiple supports to overcome these conditions was a demand that was never met (CONANDA, 2006).

With regard to the ability of the guardians to meet the children's main needs, it was clear that the foster family was in a better position in some respects, as it had more educational and economic resources. However, in terms of affective-emotional characteristics, the family of origin seemed to fulfill its role, even with its difficulties (Silva & Alberto, 2019). It is known that the caregiver needs to meet the child's demands beyond food or physical comfort for proper development (Dias, 2021; King et al., 2023; Papalia & Martorell, 2021). Dias (2021) corroborates this and refers to the notion of the "good enough mother", whose care is based on the physical and emotional support that is essential for healthy human maturation. Winnicott (2021) also stresses the importance of the continuity and stability of this care, so that the child develops a sense of trust and can become a subject. In this sense, we must recognize the survival value of the affection that exists between children and their caregivers.

In the case of the girl who was taken in, her bond with both families was evident. However, in order to decide on reunification, affection alone may not

be enough to support the decision, since she had multiple health demands that the family of origin did not seem to be able to meet at the time. It's worth pointing out that in this process, the intention is not to equalize the living conditions of the two families, but to empower the first family to receive the child back. However, in this case, the family of origin was cut off from inclusive public policies, highlighting a scenario of inequalities and the call for a decision that could prioritize the best interests of the child. Despite legislation supporting the non-separation of families due to poverty, this condition seemed to be an obstacle to reunification. Added to this was the fact that the foster mother had expressed her desire to adopt.

Observing the second family exposed a common reality in Brazil: children living in places where drug trafficking and its repression operate, leaving them very vulnerable. In addition, substance abuse was an important factor in the case. Another relevant aspect of the case was the physical and emotional instability of the family of origin, identified as an important risk factor in the boy's life trajectory.

In relation to Family 2, the study showed significant differences between the family of origin and the foster family in terms of protection against the real risks faced by the foster child. It became clear that there was a need to work to ensure better supervision of the child by the family of origin, protecting him from situations of violence and providing extra attention for basic and school care. These factors reaffirmed the vulnerable situation of many families in foster care, a fact also found in the previous case.

According to studies related to child abuse (Kimber et al., 2024; Rizvi et al., 2023; WHO, 2018) the unintentionality of the action does not prevent it from being unprotective or life-threatening. The lack of supervision of daily activities, for whatever reason, contributed to the judicial intervention and subsequent removal of the boy from his core group.

The Safety Methodology Reference Guide (Florida Office of Child Welfare, 2014) suggests that operators of the protection system ask themselves questions related to emotional security in parenting, think about protective actions with monitoring for the family, and identify and implement adaptations based on their needs. Also, according to Structured Decision Making (Los Angeles County Office of Child Protection, 2017), both safety and risk assessment need to be prioritized in cases. These bodies corroborate monitoring as necessary to observe the permanence or absence of strengths and weaknesses in the family of origin. In the same vein, the CQI Process (Annie E. Casey Foundation, 2019) suggests regular meetings, reassessment of investigations

and feedback on work, as well as discussing lessons learned in each case to advance public policies. However, it should be noted that there is a gap between what should be done and what can actually be done under concrete conditions in Brazil and in the municipality in question.

The school appears to be strategic for protection when it presents itself as a place to belong and strengthen emotional ties, and problematic when it exacerbates the crisis. Despite this, the need for networking is emphasized as fundamental in the process of family reunification, and this institution is a potential ally in combining efforts towards the emotional restructuring of the boy, whose multiple psychological demands tormented him.

The patterns of vulnerability found in both families of origin were very evident. Considered risk factors, they counteract the value of their affection for their children, i.e., the desire to have their children back in their original environment may not be enough to bring about reunification. Finally, it should be noted that the SARP tool provided an ecological view of each situation, seeing the sensitive points of the cases and gathering important data to be considered when making judicial decisions, especially from the point of view of the children in foster care.

Final considerations

Family reunification has been a challenge in the context of foster care. The decisions made by judges regarding the return of children are generally based on the opinions of the experts involved. These rulings can directly affect children's destinies, both in terms of their development and new forms of emotional attachment to their families. To the extent that social operators are equipped to assess specific demands, they can help to provide a better basis for decisions.

Based on this demand, some variables linked to children's needs were studied in a specific context. It was necessary to assess whether the caregivers and their social environment were able to fill these previously identified gaps. In this sense, by using the SARP instrument, the three areas analyzed (physical/biological, cognitive and emotional/social) were able to provide support for a more consistent assessment, with an understanding of the parental and family relationship. It should be noted that reunification depends on the assessment of personal, social and environmental factors and, above all, on the achievement of protective practices in which the best interests of the child can be prioritized.

Another important aspect identified in this study was the possibility provided by the instrument to listen to and contribute to children and their families. Their participation and involvement in decisions relating to their lives is fundamental. Through attentive listening, possible partners could be identified, who could then be trained to guide the children's return. We also looked at personal skills, crisis coping strategies and, above all, worked with a focus on real families, identifying their limitations and potential.

The solution of finding a simple and quick way of reunification seems distant and unrealistic. It is important to look at these cases individually, properly monitored, with enough time for a detailed and collaborative assessment. In this sense, the main contributions of this article are related to the possibility of improving the dynamics of case assessment, making it more practical, effective and oriented towards scientifically-backed decision-making.

The study had limitations due to the small number of families within the research profile and the impossibility of collecting data on some specific dimensions. It therefore points to the need for continuity in this line of research, in order to expand and disseminate new methodologies for working with foster families.

References

- Annie E. Casey Foundation (2019). *Better decisions for better results: How two counties are improving the quality and consistency of child protection investigations*. Annie E. Casey Foundation. <https://aecf.org/resources/better-decisions-for-better-results> (acesso 02/08/2024)
- Baptista, R. F. (2018). *Infâncias em famílias acolhedoras: Perspectivas e desafios da reintegração familiar* (tese de doutorado). Departamento de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro (PUC-Rio). <https://doi.org/10.17771/PUCRio.acad.35712>
- Baptista, R.; Zamora, M. H.; Santos, E. (2019). Foster care and reintegration: Different Portuguese similarities. *International Journal of Advanced Engineering Research and Science*, 6(8), 38-44. <https://journal-repository.com/index.php/ijaers/article/view/180>
- Brasil (1990). Lei 8.069, de 13/07/1990 – *Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências*. https://planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8069.htm
- Chartier, S.; Blavier, A. (2021). Should the reintegration of children in foster care into their biological families be the only goal of the legislation governing foster care? Factors influencing the relations between parents and their children living in foster care. *Children and Youth Services Review*, 121, 105741. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2020.105741>

- CNJ – Conselho Nacional de Justiça (2020). *Diagnóstico sobre o Sistema Nacional de Adoção e Acolhimento 2020*. <https://bibliotecadigital.cnj.jus.br/xmlui/handle/123456789/89>
- CONANDA – Conselho Nacional dos Direitos da Criança e do Adolescente (2006). *Resolução 113, de 19/04/2006*. <https://gov.br/mdh/pt-br/aceso-a-informacao/participacao-social/conselho-nacional-dos-direitos-da-crianca-e-do-adolescente-conanda/resolucoes/resolucao-no-113-de-19-04-06-parametros-do-sgd.pdf>
- Delgado, P.; Baptista, R. (2020). A mediação socioeducativa no acolhimento familiar na perspectiva da educação social. *Laplage em Revista*, 6(3), 64-74. https://researchgate.net/publication/343440493_A_mediacao_socioeducativa_no_acolhimento_familiar_na_perspetiva_da_educacao_social
- Dias, E. O. (2021). *A teoria do amadurecimento de D. W. Winnicott* (4ª ed.). DWWeditorial.
- Esposito, T.; Caldwell, J.; Chabot, M.; Delaye, A.; Trocmé, N.; Hélie, S.; Fallon, B. (2022). Reunification trajectories in Quebec: Acknowledging chronic family challenges to support stability. *Child Abuse & Neglect*, 130, 105437. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2021.105437>
- Everest Media (2022). *Summary of Jane Nelsen & Lynn Lott's Positive Discipline for Teenagers* (revised 3rd ed.). Everest Media.
- Florida Office of Child Welfare (2014). *Safety Methodology Reference Guide*. <https://www.myflfamilies.com/sites/default/files/2023-06/ReferenceGuide.pdf> (acesso 06/08/2024)
- Hayes, C.; Bhaskara, A.; Tongs, C.; Bisht, A.; Buus, N. (2024). What purpose do voices serve if no one is listening? A systematic review of children and young people's perspectives on living in the foster care system. *Child & Youth Care Forum*. 53(3), 525-562. <https://doi.org/10.1007/s10566-023-09779-0>
- Hutz, C. S.; Bandeira, D. R.; Trentini, C. M.; Rovinski, S. L. R.; Lago, V. M. (2019). *Avaliação psicológica no contexto forense*. Artmed.
- Jones, D.; Jonson-Reid, M. (2023). Child protective services reports after reunification: An examination of the risk of being rereported to child protective services after returning home from foster care. *Child Maltreatment* (Epub ahead of print). <https://doi.org/10.1177/10775595231208705>
- Kimber, M.; Baker-Sullivan, E.; Stewart, D. E.; Vanstone, M. (2024). Improving health professional recognition and response to child maltreatment and intimate partner violence: Protocol for two mixed methods pilot randomized controlled trials. *JMIR Research Protocols*, 13, e50864. <https://doi.org/10.2196/50864>
- King, L. S.; Guyon-Harris, K. L.; Valadez, E. A.; Radulescu, A.; Fox, N. A.; Nelson, C. A.; Zeanah, C. H.; Humphreys, K. L. (2023). A comprehensive multilevel analysis of the Bucharest Early Intervention Project: Causal effects on recovery from early severe deprivation. *American Journal of Psychiatry*, 180(8), 573-583. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.20220672>

- Koller, S. H.; Paludo, S. S.; Morais, N. A. (2019). *Ecological engagement: Urie Bronfenbrenner's method to study human development*. Springer. <https://doi.org/10.1007/978-3-030-27905-9>
- LaBrenz, C. A.; Fong, R.; Cubbin, C. (2020). The road to reunification: Family- and state system-factors associated with successful reunification for children ages zero-to-five. *Child Abuse & Neglect*, 99, 104252. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.104252>
- LaBrenz, C. A.; Jenkins, L.; Huang, H.; Ryan, S. D.; Panisch, L. S.; Kim, Y.; Baiden, P. (2023). State-level policies and reunification: A multi-level survival analysis. *Child Abuse & Neglect*, 146, 106502. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2023.106502>
- Lago, V. M. (2012). *Construção de um sistema de avaliação do relacionamento parental para situações de disputa de guarda* (tese de doutorado). Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). <https://hdl.handle.net/10183/56830>
- Lago, V. M.; Bandeira, D. R. (2015). *Sistema de Avaliação do Relacionamento Parental – SARP*. Casa do Psicólogo.
- Lindner, A. R.; Hanlon, R. (2024). Outcomes of youth with foster care experiences based on permanency outcome – Adoption, aging out, long-term foster care, and reunification: A systematic review. *Children and Youth Services Review*, 156, 107366. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2023.107366>
- Los Angeles County Office of Child Protection (2017). *Examination of using structured decision making and predictive analytics in assessing safety and risk in child welfare*. https://cwlibrary.childwelfare.gov/discovery/fulldisplay?docid=alma991000836459707651&vid=01CWIG_INST:01CWIG
- Maltais, C.; Cyr, C.; Parent, G.; Pascuzzo, K. (2019). Identifying effective interventions for promoting parent engagement and family reunification for children in out-of-home care: A series of meta-analyses. *Child Abuse & Neglect*, 88, 362-375. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2018.12.009>
- MDS – Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome (2009). *Orientações técnicas: Serviços de acolhimento para crianças e adolescentes*. https://mds.gov.br/webarquivos/publicacao/assistencia_social/Cadernos/orientacoes-tecnicas-servicos-de-acolhimento.pdf
- MDS – Ministério do Desenvolvimento Social (2018). *Censo SUAS 2017*. [https://aplicacoes.mds.gov.br/sagirmsp/ferramentas/docs/Censo%20SUAS%202017%20\(1\).pdf](https://aplicacoes.mds.gov.br/sagirmsp/ferramentas/docs/Censo%20SUAS%202017%20(1).pdf)
- Melo, M. F.; Sani, A. I. (2019). A participação da criança na justiça: Mito ou realidade?. *Sociedade e Infancias*, 3, 133-151. <https://doi.org/10.5209/soci.63787>
- Papalia, D. E.; Martorell, G. (2021). *Desenvolvimento humano* (14ª ed.). McGraw Hill Brasil.
- Pinheiro, A.; Andrade, C. Y.; Braga, H.; Valente, J.; Navarro, N. (Orgs.) (2024). *Acolhimento familiar: Contribuições do IV Simpósio Internacional de Acolhimento Familiar*, parte 1. Caderno de Pesquisa NEPP, 94. Unicamp. <https://www.nepp.unicamp.br/biblioteca/periodicos/issue/view/194/CadPesqNepp94>

- Porembe, R. (2021). *Foster care system & experience: The processes, professionals involved & experiences that can occur: Learning through the experiences of a social worker*. Independently published.
- Rizvi, M. B.; Connors, G. P.; Rabiner, J. (2023). *New York State child abuse, maltreatment, and neglect*. StatPearls. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK565843>
- Sacur, B. M.; Diogo, E. (2021). The EU strategy on the rights of the child and the European child guarantee: Evidence-based recommendations for alternative care. *Children*, 8(12), 1181. <https://doi.org/10.3390/children8121181>
- Salvagni, J. M.; Pedroza, R. L. S. (2021). Acolhimento familiar, articulação de rede e reintegração familiar: Reflexões a partir da prática. *Revista Desenvolvimento Social (RDS)*, 27(2), 170-196. <https://doi.org/10.46551/issn2179-6807v27n2p170-196>
- Silva, A. C. S.; Alberto, M. F. P. (2019). Fios soltos da rede de proteção dos direitos das crianças e adolescentes. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 39, e185358. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003185358>
- Vallejo-Slocker, L.; Idoiaga-Mondragon, N.; Axpe, I.; Willi, R.; Guerra-Rodríguez, M.; Montserrat, C.; del Valle, J. F. (2024). Systematic review of the evaluation of foster care programs. *Psychosocial Intervention*, 33(1), 1-14. <https://doi.org/10.5093/pi2023a14>
- Vanderfaellie, J.; Borms, D.; Teunissen, M. S. L.; Gypen, L.; Van Holen, F. (2023). Reasons used by Flemish foster care workers in family reunification decision making. *Children and Youth Services Review*, 144, 106741. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2022.106741>
- WHO – World Health Organization (2018). *INSPIRE Handbook: Action for implementing the seven strategies for ending violence against children*. <https://www.who.int/publications/i/item/inspire-handbook-action-for-implementing-the-seven-strategies-for-ending-violence-against-children>
- Winnicott, D. (2021). *Da pediatria à psicanálise: Escritos reunidos*. Ubu.

Recebido em 19 de setembro de 2023

Aceito para publicação em 22 de abril de 2024

SEÇÃO TEMÁTICA – AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA

Instrumentos e técnicas para a avaliação da atenção
compartilhada no autismo: Uma revisão sistemática

Almost Perfect Scale – Revised (APS-R):
Dados normativos para uma amostra de adultos brasileiros

Depressão, ansiedade e cyberbullying em adolescentes de Pernambuco

INSTRUMENTOS E TÉCNICAS PARA A AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO COMPARTILHADA NO AUTISMO: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA

*STANDARDIZED SCALES AND STRUCTURED TASKS FOR JOINT
ATTENTION ASSESSMENT IN AUTISM: A SYSTEMATIC REVIEW*

*INSTRUMENTOS Y TÉCNICAS PARA LA EVALUACIÓN DE LA
ATENCIÓN COMPARTIDA EN EL AUTISMO: REVISIÓN SISTEMÁTICA*

Belcris Brochier Mazzitelli ⁽¹⁾

Adriana Jung Serafini ⁽²⁾

RESUMO

A atenção compartilhada é descrita como confiável preditora do transtorno do espectro autista e está relacionada ao posterior desenvolvimento da linguagem. Essa revisão teve por objetivo identificar instrumentos e técnicas que avaliam a atenção compartilhada em crianças de zero a 71 meses de idade. As buscas foram realizadas nas plataformas PubMed, PsycINFO, SciELO, Lilacs e Scopus, e relatadas com base nas orientações da PRISMA. Dos 669 trabalhos selecionados, 15 artigos foram incluídos na revisão. Foram encontradas 12 medidas avaliativas da atenção compartilhada: oito instrumentos padronizados e quatro tarefas estruturadas. Apenas dois dos instrumentos contam com tradução para o português, mas sem estudos psicométricos populacionais. A revisão contribuiu como um apanhado de instrumentos e técnicas para a avaliação da atenção compartilhada, além de sugerir mais estudos sobre essa habilidade e sobre suas medidas de avaliação.

Palavras-chave: atenção compartilhada; autismo; avaliação psicológica.

⁽¹⁾ Psicóloga graduada pela Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA), Porto Alegre, RS, Brasil.

<https://orcid.org/0009-0003-6939-2946> — email: belcrismazzitellipsi@gmail.com

⁽²⁾ Psicóloga. Professora do Departamento de Psicologia e do Programa de Pós-graduação em Psicologia e Saúde da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA), Porto Alegre, RS, Brasil.

<https://orcid.org/0000-0002-9273-5594> — email: adrianaj@ufcspa.edu.br

Não se declararam fontes de financiamento.

ABSTRACT

Joint attention is a reliable early sign of autism spectrum disorder and is related to later language development. This review aimed to identify measurements for assessing joint attention in children aged zero to 71 months. The searches were carried out on PubMed, PsycINFO, SciELO, Lilacs and Scopus, and reported based on PRISMA guidelines. From the 669 selected papers, 15 articles were included in the review. Twelve joint attention measurements were found: eight standardized scales and four structured tasks. Only two of the standardized scales have a Portuguese translation, but none with populational psychometric studies. This review contributed as an overview of measurements for the assessment of joint attention and suggests further studies on this skill and on its measurement techniques.

Keywords: joint attention; autism; psychological assessment.

RESUMEN

La atención compartida se considera un predictor de confianza del trastorno del espectro autista y se relaciona con el desarrollo posterior del lenguaje. Esta revisión tuvo como objetivo identificar instrumentos y técnicas para evaluar la atención compartida en niños de cero a 71 meses. Las búsquedas se realizaron en las plataformas PubMed, PsycINFO, SciELO, Lilacs y Scopus, y se informaron según las pautas de PRISMA. De los 669 artículos seleccionados, se incluyeron 15 artículos en la revisión. Se encontraron 12 medidas evaluativas de atención compartida, ocho instrumentos estandarizados y cuatro tareas estructuradas. Solo dos de los instrumentos tienen traducción al portugués, pero sin estudios de psicometría poblacional. La revisión contribuyó como una colección de instrumentos y técnicas para la evaluación de atención compartida; además, sugiere más estudios sobre esta habilidad y sus medidas de evaluación.

Palabras clave: atención compartida; autismo; evaluación psicológica.

Introdução

O Transtorno do Espectro Autista (TEA) é um transtorno do neurodesenvolvimento que afeta a comunicação e a interação social, além de se caracterizar por padrões restritos e repetitivos de comportamentos, interesses ou atividades (APA, 2014). É bem documentado na literatura que os primeiros sinais de TEA podem aparecer antes mesmo dos 12 meses de vida, e aos 36 meses

a diferença entre uma criança com o transtorno de uma criança com desenvolvimento típico é expressiva (APA, 2014; Estes et al., 2015; Ozonoff et al., 2015). Estudos apontam alguns sinais específicos como preditores do TEA que podem servir como alerta para o desenvolvimento atípico, como reduzida atenção e comunicação social, expressos em indicadores prejudicados de orientação para o nome, interação interpessoal, atenção compartilhada e gestos comunicativos (APA, 2014; Zwaigenbaum et al., 2015). Dentre esses, o comprometimento da atenção compartilhada é reconhecido como um dos sinais de alerta mais característicos do transtorno (Zanon et al., 2015; Zaqueu et al., 2015; Zwaigenbaum et al., 2015).

A atenção compartilhada (AC) é a habilidade de coordenar a atenção com um parceiro social para um terceiro elemento. A AC é, portanto, uma relação triádica, em que, mesmo que exista um terceiro elemento – seja um objeto ou uma situação do ambiente – o foco ainda se encontra no compartilhamento de experiências com o parceiro. Além disso, é um comportamento com intenção comunicativa que busca a interação social (Charman et al., 1997; Mundy et al., 1990).

Apesar de estudos divergirem sobre os componentes da AC, essa habilidade é usualmente dividida em responder à atenção compartilhada (RAC) e iniciar a atenção compartilhada (IAC). RAC diz respeito à criança seguir o foco atencional do companheiro de socialização, como o olhar ou o apontar desse. Pode ser percebida como uma forma de comunicação receptiva e fornece *inputs* sociais fundamentais ao desenvolvimento das relações e da linguagem. IAC refere-se a situações em que a criança inicia a interação com intenção de buscar a atenção do companheiro social para seu foco de interesse, como mostrar, pedir e apontar. IAC pode ser vista como uma forma inicial de comunicação expressiva e seu aparecimento é correlato com a posterior comunicação social e expressão gestual (Bottema-Beutel, 2016; Bruyneel et al., 2019).

No desenvolvimento típico, a AC costuma aparecer ao final do primeiro ano de vida do bebê, aproximadamente dos 9 aos 12 meses (Zaqueu et al., 2015), se mostrando estável a partir dos 18 meses (Bruyneel et al., 2019). Seu desenrolar é fortemente relacionado à aquisição posterior de outras habilidades comunicativas (Bottema-Beutel, 2016; Siposova & Carpenter, 2019), constituindo uma boa preditora do desenvolvimento da linguagem e, portanto, uma competência fundamental, em especial do autismo, já que dificuldades na linguagem e comunicação são parte da base do transtorno.

Para além de sua importância no desenvolvimento da linguagem, dificuldades nessa habilidade podem privar a criança com autismo da aprendizagem de inúmeras informações sociais ao longo de seu crescimento, visto que sua orienta-

ção de atenção, em geral, não está voltada às pessoas, mas sim aos objetos (Bruyneel et al., 2019). Assim, torna-se indispensável que profissionais que trabalham com desenvolvimento infantil tenham conhecimento acerca do assunto e sobre como avaliar a habilidade social e comunicacional que é a AC (Robins et al., 2016). Ademais, estando estabelecida a suspeita de TEA, a criança tem a oportunidade de ser encaminhada para avaliações mais completas e intervenções precoces – com ou sem o diagnóstico concluído.

Diversos autores defendem que as medidas de AC são fundamentais nas avaliações precoces, pois intervenções podem ser realizadas imediatamente, o que define um melhor prognóstico em comparação com crianças que começam os tratamentos mais velhas (Eapen et al., 2016; Robins et al., 2016). Além disso, avaliar a AC nos anos iniciais reduz os custos gerados pelos tratamentos às famílias e ao Estado a longo prazo (Cidav et al., 2017), evita a cascata de prejuízos acumulados ao longo do tempo (Eapen et al., 2016; Robins et al., 2016) e possibilita maior qualidade de vida às crianças e suas famílias (Ozturk et al., 2016).

No entanto, ainda que diversos estudos reforcem a importância do diagnóstico precoce por meio do rastreio do desenvolvimento, o TEA costuma ser diagnosticado apenas após os 36 meses da criança (Maenner et al., 2020; Oliveira et al., 2017). No Brasil, a busca pelo diagnóstico (e, posteriormente, pelo tratamento) do TEA é descrita como uma “saga” vivenciada pelas famílias (Oliveira et al., 2017). Mesmo que seja possível perceber avanços nas diretrizes de saúde pública e nos direitos dessa população com TEA no Brasil (Oliveira et al., 2017), o diagnóstico durante os anos pré-escolares ainda é raro (Gomes et al., 2015). Esse problema poderia começar a ser resolvido com a aplicação mais planejada de instrumentos de rastreio nos contextos de consulta de rotina das crianças, por exemplo. Essa prática é recomendada pela American Academy of Pediatrics, que indica o rastreio de sinais de TEA entre os 18 e 24 meses de idade com instrumentos padronizados para essa finalidade (Johnson & Myers, 2007).

Revisões de literatura anteriores sobre instrumentos de diagnóstico e de rastreio do TEA (Backes et al., 2014; Seize & Borsa, 2017) apontam para a preocupante escassez de ambas medidas avaliativas para uso no Brasil e recomendam a realização de mais estudos. Medidas que contem com a avaliação da AC podem ser ferramentas úteis nesse sentido, por mensurarem esse marcador precoce e confiável no diagnóstico de TEA e de possíveis dificuldades na linguagem.

O presente estudo é uma revisão sistemática da literatura que tem por objetivo identificar instrumentos e técnicas que estão sendo utilizados na avaliação da AC de crianças de 0 a 5 anos (0 a 71 meses), com suspeita ou diagnóstico de

TEA. A faixa etária foi delimitada com o intuito de ampliar os achados da busca, que acabaria restrita caso a escolha se desse por uma variação menor. Como objetivos secundários, buscaram-se a área de interesse da AC na publicação, o país ao qual a filiação dos autores era relacionada, o ano de publicação dos artigos e o periódico em que foram publicados.

Método

Esta revisão sistemática foi baseada em parte das recomendações PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses) para revisões bem relatadas (Moher et al., 2009). Foram realizadas buscas por artigos dentro de um período de cinco anos (19/07/2015 a 19/07/2020), nas línguas inglesa e portuguesa, nas bases de dados SciELO, Lilacs, PsycINFO, PubMed e Scopus. As estratégias de busca foram adaptadas para cada base de acordo com suas características. Foram feitas duas buscas distintas na base PubMed e uma única para as demais bases. As buscas foram realizadas por dois pesquisadores independentes no dia 19/07/2020 para todas as bases.

Na plataforma PubMed foi possível aplicar filtros para a idade estabelecida no estudo; nas demais bases, essa delimitação foi inserida como um grupo de descritores para infância e, posteriormente, de forma manual nas demais etapas de inclusão e exclusão dos trabalhos. Na base PubMed os descritores foram definidos em três grandes grupos de interesse: autismo, atenção compartilhada e avaliação psicológica; nas demais bases um quarto grupo de interesse foi acrescentado: infância.

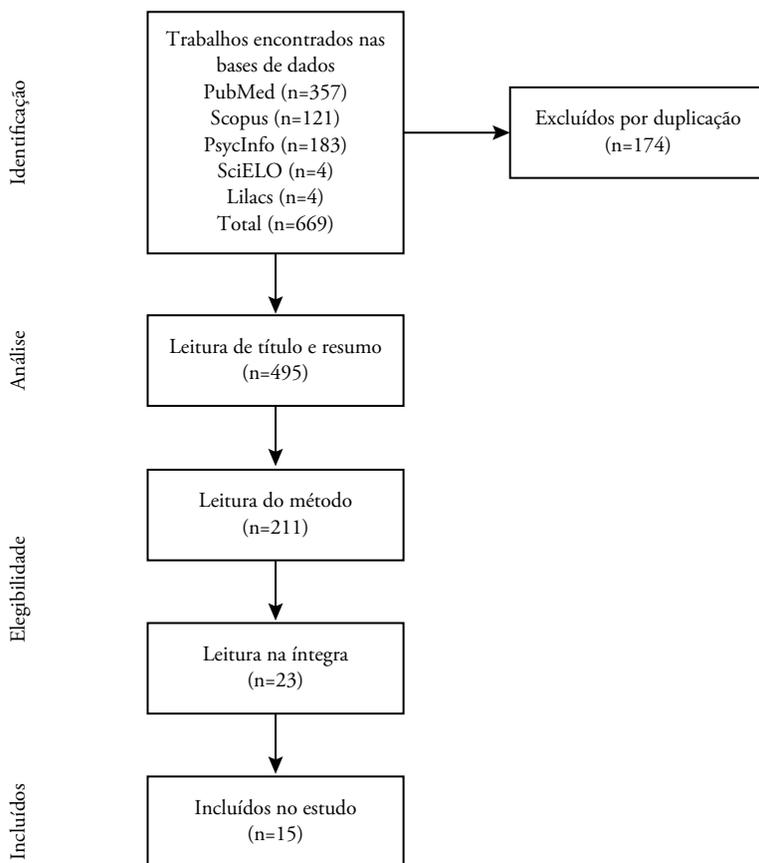
Termos MeSH adequados foram utilizados como descritores (*autistic disorder* e *autism spectrum disorder* para termos do grupo “autismo”; *attention, social behavior, language development* e *interpersonal relations* para termos do grupo “atenção compartilhada”; *psychometrics* para termos do grupo “avaliação psicológica”) nas plataformas PubMed e PsycINFO. Naquelas que não faziam uso de termos MeSH foram usados “termos livres” relacionados ao estudo (*autism* para termos do grupo “autismo”; *joint attention* e *shared attention* para termos do grupo “atenção compartilhada”; *assessment, evaluation, measuring, protocol, testing, screening, tools, scale* e *inventory* para termos do grupo “avaliação psicológica”; e *infan** e *child** para termos do grupo “infância”). Da mesma forma, alguns “termos livres” foram utilizados em todas as bases, já que ampliavam o escopo da busca.

Os descritores foram, então, cruzados dentro dos grupos de interesse com o operador booleano “OR” e entre os grupos de interesse com o operador booleano “AND” e, em seguida, aplicados os filtros de ano de publicação (para todas as bases), de linguagem (para PubMed e Scopus) e de idade dos participantes do estudo (para PubMed). A busca foi realizada no campo de busca simples nas plataformas SciELO e Lilacs e nos campos de busca avançada nas plataformas PsycINFO, PubMed e Scopus.

Ao final da etapa de buscas nas bases, 669 publicações foram encontradas. Após exclusão das duplicações ($n=174$), os 495 resultados restantes foram tabulados com o auxílio do *software* Microsoft Excel. Como etapa inicial de seleção, um pesquisador realizou a leitura do título e resumo dos 495 trabalhos, para avaliá-los de acordo com os seguintes critérios de exclusão: (1) artigos de revisão ou metanálise, estudos teóricos, teses, dissertações, apresentações em anais de evento, capítulos de livros, livros ou estudos com modelo animal ou não humano ($n=55$); (2) resumo e texto completo sem acesso ($n=8$); (3) artigos escritos em outras línguas que não a portuguesa ou a inglesa ($n=8$); (4) estudos com data de publicação fora do intervalo proposto para a revisão ($n=44$); (5) estudos com amostras incluindo crianças com síndromes genéticas ou com autismo associado a síndromes genéticas ($n=24$); e (6) estudos com participantes mais velhos do que o estipulado pelo presente estudo ($n=143$).

Após a leitura de título e resumo, 213 artigos foram selecionados para a leitura do método por dois pesquisadores independentes. Os artigos foram excluídos segundo os seguintes critérios: (1) não é um estudo empírico ($n=4$); (2) nenhum dos grupos amostrais inclui crianças com suspeita ou diagnóstico de TEA ($n=26$); (3) amostra de crianças com síndromes genéticas ($n=10$); (4) participantes mais velhos do que o estipulado pelo estudo ($n=91$); e (5) inexistência de formas de avaliar atenção compartilhada ($n=59$). Os resultados foram comparados e, quando houve necessidade, um terceiro avaliador foi consultado (o que ocorreu 17 vezes).

Um total de 23 artigos foram incluídos para a etapa de leitura na íntegra e novos critérios de exclusão foram estabelecidos: (1) a atenção compartilhada não é ou não está entre os interesses principais do artigo ($n=2$); (2) o artigo não apresenta o meio utilizado para a avaliação da atenção compartilhada ($n=3$); e (3) o artigo não estuda a atenção compartilhada em si, apenas seus comportamentos associados de forma isolada (como seguir o olhar ou apontar) ($n=3$). Ao final, restaram 15 artigos eleitos para a inclusão no estudo, conforme a Figura 1. Os artigos selecionados para a análise final tiveram seus dados coletados por um dos pesquisadores com o auxílio de um formulário de extração de dados.

Figura 1 — Fluxograma de seleção

Resultados

Foram identificados 12 instrumentos e tarefas utilizados para a avaliação da AC em crianças menores de 6 anos (0 a 71 meses) com suspeita ou diagnóstico de TEA (Tabelas 1 e 2). Dessas, oito são instrumentos padronizados: Autism Diagnostic Observation Schedule, Second Edition (ADOS-2) (Lord, Luyster et al., 2012; Lord, Rutter et al., 2012), Autism Diagnostic Observation Schedule-Generic (ADOS-G) (Lord et al., 2000), Communication Complexity Scale (CCS) (Brady et al., 2012; Brady et al., 2018), Communication and Symbolic Behavioral Scales-Developmental Profile (CSBS-DP) (Wetherby &

Prizant, 2002), Early Social-Communication Scales (ESCS) (Mundy et al., 2003), First-Year Inventory (FYI) (Baranek et al., 2003), Modified Checklist for Autism in Toddlers (M-CHAT) (Robins et al., 2001) e Pictorial Infant Communication Scale (PICS) (Delgado et al., 2001).

Dos instrumentos encontrados, três têm foco em avaliação na suspeita de TEA (ADOS-2, ADOS-G e M-CHAT), três em comunicação e interação social (CCS, CSBS-DP e ESCS), um em desenvolvimento (FYI) e um específico para avaliação da AC (PICS). Dentre as medidas, também foram encontradas duas tarefas estruturadas criadas para os estudos e duas com a utilização de *eye-tracking*, conforme detalhado na Tabela 1 (Billeci et al., 2016; Billeci et al., 2018; Muratori et al., 2019).

Tabela 1 — Dados gerais dos artigos

Autores	Ano	País	Periódico	Instrumentos e técnicas para avaliação da AC	Área de interesse da AC
Billeci et al.	2016	Itália e EUA	Translational Psychiatry	Tarefas com <i>eye-tracking</i> , ADOS-2 e M-CHAT	RAC e IAC
Billeci et al.	2018	Itália	Frontiers in Physiology	Tarefas com <i>eye-tracking</i> e ADOS-G	RAC e IAC
Bruyneel et al.	2019	Bélgica	Infant Behavior and Development	ADOS-2	AC como um grupo de comportamentos
Chang et al.	2016	EUA	Autism	ESCS	RAC e IAC
Dadgar et al.	2017	Irã e EUA	Iranian Journal of Psychiatry	ESCS	RAC e IAC
David et al.	2018	Romênia e EUA	International Journal of Social Robotics	Tarefa estruturada para o estudo	RAC
Eggebrecht et al.	2017	EUA e Canadá	Cerebral Cortex	CSBS-DP	IAC
Franchini et al.	2017	Suíça e EUA	Research in Autism Spectrum Disorders	Tarefas com <i>eye-tracking</i> e ESCS	RAC
Gangi et al.	2016	EUA	Autism Research	ESCS	IAC
Ghilain et al.	2017	EUA	Autism	PICS, ESCS e ADOS-G	RAC e IAC
Heymann et al.	2018	EUA	International Journal of Language and Communication Disorders	ESCS	IAC
Muratori et al.	2019	Itália e EUA	Brain Sciences	Tarefas com <i>eye-tracking</i> e ADOS-2	IAC
Stephens et al.	2017	EUA	Psychological Assessment	FYI	RAC e IAC
Thiemann-Bourque et al.	2019	EUA	American Journal of Speech-Language Pathology	CCS	AC como um grupo de comportamentos
Zheng et al.	2018	EUA	IEEE Transactions on Human-Machine Systems	Tarefa estruturada para o estudo e ADOS-2	AC como um grupo de comportamentos

Notas:

AC: atenção compartilhada; RAC: responder atenção compartilhada; IAC: iniciar atenção compartilhada.

Tabela 2 — Medidas avaliativas da atenção compartilhada

Instrumento	População-alvo	Administração	Características gerais	n
Autism Diagnostic Observation Schedule – 2 (ADOS-2)	12 meses – adultos	Profissionais especializados; contexto clínico; 40 a 60 min cada módulo.	Escala observacional semiestruturada padrão-ouro para diagnóstico de TEA; composta por 5 módulos.	4
Autism Diagnostic Observation Schedule-Generic (ADOS-G)	18 meses – adultos	Profissionais especializados; contexto clínico; 40 a 60 min cada módulo.	Escala observacional semiestruturada padrão-ouro para diagnóstico de TEA; composta por 4 módulos.	2
Communication Complexity Scale (CCS)	10 meses – adultos	Profissionais de diversas áreas e pares com suporte***; contexto clínico, naturalístico; cerca de 30 min de aplicação.	Escala observacional estruturada de 12 itens que avalia comunicação expressiva em indivíduos com mínimas habilidades verbais. Contém 3 níveis de comportamentos comunicativos: comunicação não simbólica pré-intencional, intencional e comunicação intencional inicial.	1
Communication and Symbolic Behavioral Scales-Developmental Profile (CSBS-DP)	Idade comunicacional de 6 a 24 meses; idade cronológica 6 meses a 6 anos	Profissionais de diversas áreas e pais, responsáveis ou cuidadores; contexto clínico; cerca de 30 min de aplicação.	Escala observacional que avalia 7 preditores da linguagem: emoção e contato ocular, comunicação, gestos, sons, palavras, compreensão, e uso de objetos. Parte da avaliação é realizada pelo profissional com a criança e parte é respondida pelos em forma de questionário.	1
Early Social-Communication Scales (ESCS)	8 a 30 meses	Profissionais especializados; contexto clínico específico; cerca de 25 min de aplicação.	Escala observacional estruturada gravada de habilidades não verbais com 17/20 itens. É dividida em três subescalas: Comportamentos de Atenção Compartilhada, Comportamentos de Solicitação e Comportamentos de Interação Social; comportamentos são qualificados em “iniciar comportamento” ou “responder comportamento”, assim como habilidades de “alta” e “baixa” complexidade.	6
First-Year Inventory (FYI)	9 a 12 meses	Pais, responsáveis ou cuidadores; apenas para uso em pesquisa; não consta tempo de aplicação.	Questionário de rastreio para identificar risco desenvolvimental em bebês. O questionário conta com 63 itens que cobrem dois domínios, comunicação social e regulação sensorial, e oito construtos específicos: orientação social, comunicação receptiva, engajamento social-afetivo, imitação, comunicação expressiva, processamento sensorial, padrões de regulação, reação e comportamento repetitivo.	1

continua...

...continuação

Instrumento	População-alvo	Administração	Características gerais	n
Modified Checklist for Autism in Toddlers (M-CHAT)	18 a 24 meses	País, responsáveis ou cuidadores; contexto clínico; cerca de 15 min de aplicação.	Questionário de rastreio com 23 itens sim/não para avaliar risco de TEA, desenvolvido com base em sintomas frequentes em crianças com o transtorno.	1
Pictorial Infant Communication Scale (PICS)	Pré-escolar	País, responsáveis ou cuidadores; não consta contexto; não consta tempo de aplicação.	Escala breve de 16 itens para fornecer informações sobre habilidades de atenção compartilhada. A escala utiliza fotografias para auxiliar os respondentes a compreenderem a qual comportamento o item se refere.	1
Tarefas com <i>eye-tracking*</i>	—	Para uso da pesquisa; tempo variável.	Tarefas de RAC e/ou IAC eliciadas por meio de vídeos e mensuradas com equipamento de <i>eye-tracking</i> .	4
Tarefas estruturadas**	—	Para uso da pesquisa; tempo variável.	Tarefas de RAC eliciadas por interação com robô ou humano em contexto de intervenção e avaliadas em comparação pré/pós.	2

Notas:

n: número de vezes que o instrumento apareceu nos estudos;

* para fins da tabela, todas as tarefas de *eye-tracking* foram agrupadas como um mesmo tipo de medida avaliativa;

** para fins da tabela, todas as tarefas foram agrupadas como um mesmo tipo de medida avaliativa;

*** em investigação no estudo;

—: idades não informadas por variarem nos estudos.

Das medidas avaliativas encontradas, a ESCS foi a que mais apareceu nos artigos, sendo utilizada em seis estudos. O *eye-tracking*, juntamente com a ADOS-2, são as segundas mais utilizadas, aparecendo quatro vezes nos estudos como medidas para AC (Tabela 1). Dos 12 instrumentos e tarefas encontrados nesta revisão, três devem ser respondidos por profissional capacitado e com experiência clínica, e quatro incluem medidas respondidas pelos responsáveis, conforme especificado na Tabela 2. As tarefas estruturadas e as com *eye-tracking* foram consideradas como avaliações para uso em pesquisa, pois, por si só, não fornecem escores ou não são adaptadas para contexto clínico.

Em relação à faixa etária dos participantes, a idade mais jovem pesquisada foi 5 meses, no estudo de Heymann et al. (2018). A maioria das crianças participantes tinha diagnóstico estabelecido de TEA (10 artigos); nos demais, as crianças tinham alto risco para TEA (*high risk siblings*, irmãos mais novos de crianças com diagnóstico de TEA). Sobre o interesse na habilidade de AC das crianças avaliadas, o componente mais estudado nas pesquisas foi IAC, presente em 10 artigos. RAC aparece logo em seguida, presente em oito artigos. Por último, a AC como conjunto, sem diferenciação dos componentes, foi estudada em três artigos. Detalhes técnicos dos instrumentos padronizados podem ser visualizados na Tabela 2.

Medidas de avaliação da atenção compartilhada encontradas nos estudos

A escala ADOS-2 foi utilizada em quatro artigos encontrados nesta revisão (Billeci et al., 2016; Bruyneel et al., 2019; Muratori et al., 2019; Zheng et al., 2018). Zheng et al. (2018) descreveram que a tarefa estruturada de avaliação da AC desenvolvida para o estudo está alinhada com a avaliação da AC da ADOS-2, mas não aprofundaram sua descrição. Billeci et al. (2016) reportaram ter utilizado itens do fator de AC, como apontar, responder, gesticular, mostrar, iniciar e contato ocular incomum. Muratori et al. (2019) informaram que usaram os mesmos itens da pesquisa de Billeci et al. (2016), exceto “responder AC”.

Em estudo sobre o papel mediacional da AC entre habilidades motoras e posterior aquisição da linguagem, Bruyneel et al. (2019) criaram um escore geral de AC a partir da ADOS-2, utilizando os itens A7 – apontar; B1 – contato ocular atípico; B5 – integração do olhar com outros comportamentos durante interação social; B9 – fazer pedidos; B10 – quantidade de pedidos; B11 – dar/entregar; B12 – mostrar; B13 – inicia espontaneamente atenção compartilhada; B14 – responder atenção compartilhada; B16a – quantidade de iniciação

social/manutenção de atenção ao examinador; e B16b – quantidade de iniciação social/manutenção da atenção aos pais ou cuidadores. Os itens que os autores apontaram como diretamente relacionados à AC são: A7, B11, B12, B13 e B14; os de comportamentos de solicitação são: A7, B9, B10 e B11. Como contato ocular é parte importante da AC, os autores incluíram os itens B1, B5, B16a e B16b no *cluster*. O escore geral criado demonstrou boa consistência interna quando não considerado o item B14.

Em seu estudo com *eye-tracking*, Billeci et al. (2018) utilizaram itens selecionados da ADOS-G para AC como medida de correlação entre os parâmetros da tarefa e a escala. Itens referentes a apontar, responder a AC, gesticular, mostrar, iniciar AC e contato ocular atípico foram escolhidos. Ghilain et al. (2017) selecionaram os itens referentes à RAC e IAC dos Módulos 1 e 2 como um índice adicional de validação da escala PICS.

Thiemann-Bourque et al. (2019) selecionaram a CCS para a avaliação pré e pós-intervenção proposta a crianças pré-escolares. Esse instrumento foi utilizado com a avaliação conduzida por um adulto (avaliador-criança) e com a avaliação conduzida por outra criança (criança-criança, num contexto guiado por um adulto). Durante a avaliação foi utilizado um *tablet* com imagens para auxiliar no início de cada um dos 12 itens. Cada item fornece duas oportunidades de realizar AC: (1) apresentação da tarefa e 7-10s para início da interação da criança avaliada; se não houver resposta ao item, a segunda oportunidade tem início; (2) reapresentação da tarefa e 7-10s para o início da interação da criança avaliada; se não houver resposta o próximo item é iniciado. Na interação com os pares o par “avaliador” foi direcionado a auxiliar com suporte caso a criança avaliada não fosse capaz de responder à primeira tentativa (como tocar a mão ou auxílio verbal). Na avaliação com o adulto não poderia haver nenhum suporte. A pontuação diferiu na avaliação conduzida pelo par *versus* a conduzida pelo adulto, com esta última seguindo os critérios de codificação estabelecidos para o instrumento. Dos 12 itens do CCS, seis referem-se a AC e seis a comportamentos de solicitação, por exemplo, entregar um brinquedo que não funciona para observar pedido de ajuda (solicitação) e entregar um saco com instrumentos musicais diversos para observar se a criança faz comentários ou mostra o brinquedo (AC). Os demais itens seguem essa lógica com outros objetos de interação.

A avaliação da AC na pesquisa de Eggebrecht et al. (2017) foi realizada com a escala CSBS-DP. A CSBS-DP foi desenvolvida para eliciar comportamentos sociais e comunicativos nas crianças avaliadas. Nessa escala, a interação entre o examinador e a criança é dividida em seis oportunidades de jogo: brinquedo de

corda, balão, bolha de sabão, caixa, livros e brincadeira. O parâmetro usado para o estudo foi calculado como o número de oportunidades que incluíram um ou mais atos de IAC, “O objetivo é que a criança tente fazer com que o adulto olhe ou note algo”, item 7 da CSBS-DP. Atos para IAC foram diferenciados de atos para solicitação e de atos de interação social não IAC.

A ESCS foi utilizada em seis diferentes artigos como medida da AC (Chang et al., 2016; Dadgar et al., 2017; Franchini et al., 2017; Gangi et al., 2016; Ghilain et al., 2017; Heymann et al., 2018). Chang et al. (2016) fizeram uso da ESCS com foco na subescala de AC e na de comportamento de solicitação. Também fizeram uso dos dados de habilidade de alta e baixa complexidade com relação aos comportamentos como comparação entre os grupos do estudo. Dadgar et al. (2017) utilizaram a ESCS de forma completa para avaliar o papel mediacional da AC entre habilidades motoras e aquisição da linguagem.

Buscando compreender o efeito da intensidade emocional na RAC de pré-escolares com TEA, Franchini et al. (2017) mensuraram os comportamentos de RAC com 14 itens da escala e os compararam com seus achados em tarefa com *eye-tracking*. Os resultados na tarefa proposta pelo estudo e da ESCS apresentaram correlação. Gangi et al. (2016), pesquisando variações dopaminérgicas em irmãos mais novos de crianças com diagnóstico de TEA (*high risk siblings*) que possam estar associadas com IAC, usaram os itens referentes a IAC da ESCS como mensuração aos 8, 10 e 12 meses das crianças da amostra. Em estudo de validação da PICS, Ghilain et al. (2017) utilizaram a ESCS como instrumento de correlação e fizeram uso das três subescalas. O artigo também chama atenção ao guia de fidelidade, que se caracteriza por alguns critérios que devem estar presentes na escala para levantamento dos dados do vídeo. Para ser considerada adequada, a aplicação deve obter fidelidade maior ou igual a 80% de acordo com os critérios estabelecidos. Por fim, o trabalho de Heymann et al. (2018) utilizou a ESCS com objetivo de examinar a frequência e qualidade da AC, além da vocalização (não mensuradas com a ESCS) e da coordenação entre ambos de forma longitudinal, avaliando os participantes aos 14, 18 e 24 meses.

Stephens et al. (2017) desenvolveram e validaram três construtos de atenção (responder atenção social, iniciar atenção social coordenada e atenção sensorial não-social) para o FYI. As autoras identificaram 34 dos 63 itens do questionário que seriam relacionados à atenção e afirmaram que diversos deles avaliam AC, mas não exemplificaram. Além disso, durante o processo de criação e avaliação dos fatores de atenção, o estudo dividiu a AC em IAC e RAC, demonstrando que ambos os comportamentos podem ser avaliados no inventário.

No artigo de Billeci et al. (2016), o M-CHAT foi utilizado como medida de AC respondida pelos responsáveis. O *checklist*, entretanto, não foi utilizado em sua totalidade, pois foi escolhido apenas o item 7, “Seu filho já usou o dedo indicador dele para apontar, para indicar interesse em algo?”, como medida de AC pelo estudo. Os resultados apontam coerência entre os itens relacionados ao apontar e mostrar da escala ADOS-2 para avaliação da AC, que foram selecionados no mesmo estudo e descritos na seção correspondente, com o item 7 do M-CHAT.

A PICS é uma escala que tem por objetivo fornecer informações sobre a habilidade de AC da criança avaliada e utiliza fotografias para facilitar a compreensão dos respondentes sobre o comportamento que está sendo questionado. No estudo de validação da PICS, Ghilain et al. (2017) consideraram comportamento de solicitação como parte integrante da AC. A escala também fornece escores em subescalas para IAC, RAC e comportamentos de solicitação, assim como um escore total. Alguns exemplos de itens são: “Quão frequentemente seu filho(a) mostra objetos a você sem entregá-los?”; “Quão frequentemente seu filho(a) aponta para indicar interesse a um objeto ou evento?”.

Os estudos de Billeci et al. (2016), Billeci et al. (2018) e Muratori et al. (2019) utilizaram as mesmas tarefas de *eye-tracking* ou *eye-tracker*, que são ferramentas utilizadas para captar a direção do olhar de um indivíduo e podem determinar, por exemplo, o foco do olhar, o tempo de permanência num mesmo ponto e a alternância entre pontos (Billeci et al., 2016; Billeci et al., 2018; Franchini et al., 2017; Muratori et al., 2019). Três tarefas de AC foram desenvolvidas, uma de RAC e duas de IAC. Na tarefa de RAC, um parceiro social aparece na tela com dois objetos, sorri para a criança e então observa um dos objetos. Na primeira tarefa de IAC o parceiro social aparece na tela com dois objetos, sorri para a criança e então um dos objetos se move, ao que o parceiro permanece neutro (olhando para a criança) aguardando a iniciativa da criança. Na segunda tarefa de IAC, o parceiro social aparece sozinho na tela, sorri para a criança e então um objeto se move para dentro da cena, ao que o parceiro permanece neutro (olhando para a criança), aguardando a iniciativa da criança. Cada participante teve um total de 12 oportunidades; antes de cada uma delas uma cena colorida aparecia na tela até que a criança a observasse por, ao menos 500 milissegundos. A base de avaliação nos três estudos que utilizaram essa tarefa foi um grupo controle de crianças com desenvolvimento típico para a comparação. Medidas de análise foram olhar normalizado ou objeto seguido com precisão, e transições e fixações em áreas de interesse (rosto da mo-

delo parceiro social, objeto alvo e objeto não alvo). No estudo de Muratori et al. (2019), apenas as duas tarefas correspondentes a IAC foram utilizadas.

Franchini et al. (2017) desenvolveram uma tarefa de *eye-tracking* com o objetivo de investigar o efeito de expressões intensas no comportamento de RAC em crianças com TEA. A tarefa consiste em oito vídeos nos quais a expressão facial da atriz varia de intensidade em resposta à movimentação de um objeto. Em todos os vídeos a atriz está parada de pé atrás de uma mesa sobre a qual há dois objetos idênticos. Cada vídeo tem 10 segundos, e o tempo que a atriz olha para o objeto é o mesmo em todos os vídeos. A atriz começa olhando diretamente para a câmera; depois de 3 segundos, um dos objetos começa a se mover, então ela olha diretamente para o objeto com uma expressão neutra ou de surpresa por 6 segundos. No último segundo, a atriz muda a direção do olhar, novamente voltando-se diretamente para a câmera. Existem quatro tipos de vídeo (dois de cada tipo): dois com a atriz olhando de forma neutra ao objeto que se move; dois olhando de forma levemente surpresa; dois olhando de forma bastante surpresa; e dois apontando. O lado (direito ou esquerdo) em que o objeto se moverá, assim como o próprio objeto (caminhão, bola, coelho e flores) varia de acordo com o vídeo e sua apresentação à amostra é aleatoriamente definida. Quando um participante focava por ao menos 100 milissegundos num círculo de 30 *pixels*, isso era considerado uma área de fixação. Após a coleta de dados, áreas de interesse foram estabelecidas: rosto, objeto de interesse e mão em posição de apontar, sendo calculados o tempo, número de mudanças de olhar e erros.

No estudo de David et al. (2018), a avaliação da AC foi feita pela codificação da gravação de sessões de intervenção aplicadas no estudo, tanto com o parceiro robô, quanto com o humano. Todas as sessões foram gravadas usando dois sensores de movimento e três câmeras de alta resolução, e foram codificadas manualmente por auxiliares treinados. A sessão foi estruturada com base na tarefa de AC, que apresentava a seguinte instrução: “Por favor, preste atenção no que eu estou olhando!”, enquanto o robô vira sua cabeça; então repete enquanto vira sua cabeça e aponta; e repete enquanto vira sua cabeça, aponta e dá uma instrução verbal “Olha!”. A criança pode responder virando a cabeça, apontando e comentando. O tempo de resposta fornecido para as crianças foi de 10 segundos, após isso o *feedback* era fornecido “Muito bem!” ou “Tente de novo!”. Cada tarefa gerava três outras oportunidades de AC (virar a cabeça; virar a cabeça e apontar; virar a cabeça e apontar e instrução verbal), totalizando nove chances de a criança responder à interação. A avaliação do desempenho das crianças na tarefa

de atenção compartilhada foi mensurada com uma pontuação para cada resposta fornecida em cada etapa da tarefa na sessão.

Zheng et al. (2018) avaliaram a AC de acordo com os parâmetros da tarefa planejada para a intervenção, num modelo de comparação pré e pós-intervenção. A intervenção e avaliação foram mediadas por robô. A tarefa tem por base o protocolo de ensino LTM (*least-to-most*), em que o estímulo é dado, mas o suporte é fornecido apenas se a criança necessita dele, sempre do menor nível de suporte para o maior. Para essa avaliação, os estímulos da intervenção foram utilizados como base. A intervenção e sua avaliação se davam numa sala com o robô (que aplica os estímulos), câmeras que captam a direção do olhar pelo ângulo da cabeça (não *eye-tracking*) e dois monitores (um no qual um estímulo é apresentado e outro neutro, variando aleatoriamente). A intervenção é feita em quatro sessões com oito repetições da tarefa apresentada pelo robô. Para cada tentativa existem seis níveis de suportes fornecidos pelo robô para auxiliar a criança a finalizar a tarefa de atenção compartilhada. Para cada sessão foi computado o número de tentativas que o participante acertava e a média de suporte de que o participante precisava para chegar no acerto. Assim, para a tarefa da atenção compartilhada, o robô virava sua cabeça para uma imagem estática no monitor e dizia “Olha!” (suporte 1); se a criança acertasse, a tarefa era finalizada; caso ela não conseguisse, seguia a repetição (suporte 2). No suporte 3 e 4, o robô virava a cabeça e apontava para o monitor que apresentava uma figura estática e dizia “Olha lá!”. No suporte 5 e 6 o robô virava a cabeça e apontava para o monitor que apresentava um som ou um vídeo, respectivamente. Finalizando a tarefa, o robô poderia dizer “Bom trabalho!” e um desenho de 10s apareceria na tela.

Discussão

O objetivo desta revisão foi identificar instrumentos e técnicas disponíveis para a avaliação da atenção compartilhada em crianças de 0 a 71 meses com suspeita ou diagnóstico estabelecido de TEA. Foram encontradas 12 formas diferentes de avaliar a AC, numa amostra de 15 artigos. Esse achado, entre instrumentos padronizados, *eye-tracking* e tarefas, apresenta diversos meios para se avaliar a mesma habilidade. Observou-se, também, variações dos contextos de aplicação, dos respondentes e dos recursos necessários à avaliação. Esses elementos permitem que o desenvolvimento da AC em crianças seja acompanhado em distintos

cenários e com diferentes finalidades, dentre elas o rastreio e diagnóstico precoce de autismo.

As escalas de rastreio respondidas por profissionais da saúde e pelos responsáveis são importantes para a identificação precoce de atrasos no desenvolvimento como o TEA. Apesar de haver limitações, as escalas respondidas pelos responsáveis fornecem uma medida para a percepção do comportamento da criança em contextos não clínicos e, quando utilizadas em conjunto com outras medidas de resposta pelo profissional, se mostram mais eficazes. Em geral, essas medidas de rastreio são respondidas de forma rápida, com baixo custo e em diferentes ambientes, como em salas de espera de consultas de rotina, em atendimentos nas unidades básicas de saúde ou em visitas domiciliares (Ghilain et al., 2017).

Esta revisão encontrou uma medida que pode ser usada para rastreio de atrasos no desenvolvimento (entre eles o TEA) e que conta com diversos itens relacionados à AC: a CSBS-DP. Essa escala apresenta um questionário respondido pelo responsável e uma observação comportamental respondida pelo profissional da saúde, em torno de 30 minutos (Wetherby & Prizant, 2001). A FYI também é um instrumento de rastreio que conta com diversos itens relacionados à AC, mas não está disponível para uso clínico no momento (PEARLS, s.d.).

No *checklist* M-CHAT, 6 dos 23 itens presentes são considerados itens críticos, ou seja, que apresentam boa capacidade de discriminação entre crianças com desenvolvimento típico e atípico. Robins et al. (2001), no estudo inicial do M-CHAT, afirmaram que três itens são referentes à AC (apontar, seguir o apontar e trazer objetos para mostrar): 7 – “Seu filho já usou o dedo indicador dele para apontar, para indicar interesse em algo?”; 9 – “O seu filho alguma vez trouxe objetos para você (pais) para lhe mostrar este objeto?” e 15 – “Se você aponta um brinquedo do outro lado do cômodo, o seu filho olha para ele?”, traduzidos do estudo de Losapio e Pondé (2008). Além desses, os itens 17 (“O seu filho olha para coisas que você está olhando?”; RAC) e 23 (“O seu filho olha para o seu rosto para conferir a sua reação quando vê algo estranho?”; IAC) também podem ser interpretados como itens de AC pelos comportamentos que avaliam (seguir o olhar e compartilhar interesse, respectivamente) (Losapio & Pondé, 2008). Assim, apesar do estudo de Billeci et al. (2016) ter usado apenas o item 7 do M-CHAT, como pode se ver nos itens descritos acima, a avaliação da AC por esse instrumento é mais extensa do que o recorte escolhido pelo autor.

Quatro dos oito instrumentos padronizados encontrados têm foco na avaliação da comunicação (CCS, CSBS-DP, ESCS e PICS) e podem ser utilizados em crianças com menos de um ano de idade. Além de fornecerem um padrão das habilidades, essas escalas podem ser utilizadas para planejar e acompanhar

o desempenho de intervenções (Thiemann-Bourque et al., 2019). Dentre esses instrumentos, a ESCS foi a que mais apareceu nos estudos (seis vezes). Possivelmente, essa preferência se dá pela divisão clara dos comportamentos referentes à AC que a subescala “Comportamentos de Atenção Compartilhada” proporciona. Além disso, a ESCS fornece um parâmetro de complexidade do comportamento (alta e baixa), apresenta bons parâmetros psicométricos, distinguindo confiavelmente uma criança com desenvolvimento típico de uma com desenvolvimento atípico, e conta com um guia de fidelidade de aplicação, o que garante uma aplicação mais adequada e padronizada.

Ainda, dentre os instrumentos com foco na comunicação, é importante frisar que apenas um deles era específico para AC, a PICS. Os demais instrumentos apresentam a AC como parte integrante da avaliação de um conjunto de habilidades. Essa lacuna na apresentação não isolada da AC em instrumentos exclusivos fez, possivelmente, com que os autores que utilizaram instrumentos inespecíficos para a habilidade precisassem selecionar itens ou subescalas para conseguir uma medida mais específica. Esse processo poderia ser facilitado com um instrumento próprio para a AC, que fosse abrangente (RAC e IAC) e aplicável em idades pré-escolares. Além de facilitar a avaliação da habilidade, um instrumento exclusivo para avaliação da AC poderia tornar mais simples a replicação de estudos como os apresentados neste artigo. A PICS poderia ser essa medida, mas carece de mais estudos de evidências de validade. Janvier et al. (2018) apontaram para a falta de fotos que representem os comportamentos avaliados em mais idades do que apenas em bebês como um dos pontos fracos da apresentação atual da escala PICS. Além disso, a PICS é uma medida respondida pelos responsáveis; um instrumento a ser respondido por profissionais seria de grande valia para contextos clínicos.

Com relação aos estudos que utilizaram tarefas estruturadas com e sem *eye-tracking*, seu uso acaba bastante restrito ao âmbito da pesquisa. As tarefas encontradas apresentavam pontos gerais em comum (como situações com brinquedos ou imagens em movimento), mas foram construídas com direcionamento aos objetivos dos estudos. Por um lado, isso pode dificultar a replicação em pesquisas com objetivos diferentes; por outro, introduz diversos formatos de avaliação dessa habilidade, ampliando as possibilidades na pesquisa e talvez, futuramente, na clínica.

Dentre as tarefas estruturadas, o *eye-tracking* é visto como uma técnica que propicia observar comportamentos de RAC e IAC de forma simples e não invasiva (Billeci et al., 2016; Franchini et al., 2017; Muratori et al., 2019). Não é por acaso que tem sido tão utilizada em conjunto com tarefas de AC, já que

proporciona uma medida precisa da localização espacial e temporal do olhar, ampliando a avaliação quantitativa (olhou/não olhou) e qualitativa (como olhou), o que possibilita informações diferentes das dos testes tradicionais ou de tarefas sem sua utilização.

Billeci et al. (2016), em estudo com *eye-tracking* que buscava descrever os padrões visuais de crianças com e sem TEA durante tarefas que eliciavam AC, encontraram grandes diferenças qualitativas entre IAC de crianças com TEA, quando comparadas com crianças com desenvolvimento típico da mesma idade. Crianças com autismo apresentaram mais variação no padrão do olhar, em relação às com desenvolvimento típico, do que no número de ocorrências do comportamento de IAC em si. Esse resultado, contudo, não foi observado com relação à RAC. A partir disso, os autores apontaram a necessidade não apenas de conhecer o que se espera de uma criança com desenvolvimento típico, como de se criar um “padrão” qualitativo do atípico. Esse é um campo ainda a ser explorado e os equipamentos de *eye-tracking*, certamente, são de grande valor, vista a precisão que proporcionam na avaliação do comportamento.

Já com relação aos dados referentes aos países de publicação dos artigos, dos 15 estudos encontrados na busca, nenhum era de produção científica brasileira. Isso aponta para uma aparente falta de estudos empíricos recentes sobre AC no Brasil. Vista a importância dessa habilidade no desenvolvimento da comunicação infantil e como sinal precoce para TEA, seria fundamental que estudos fossem desenvolvidos com a população brasileira.

A falta de publicações nacionais chama atenção, novamente, quando é levada em conta a idade dos participantes estipulada na revisão. Na realidade brasileira, ainda é um desafio conseguir o diagnóstico de TEA para crianças em idade pré-escolar (Gomes et al., 2015). Num manual de orientação sobre TEA publicado em 2019, a Sociedade Brasileira de Pediatria aponta que, apesar das evidências incontestáveis de anos de estudo, o diagnóstico do transtorno ocorre, em média, entre os 4 ou 5 anos de idade (SBP, 2019). Entretanto, o mesmo manual faz tal afirmação com base em estudos populacionais de amostra estadunidense, um país com grande avanço na área. No Brasil, não há tais levantamentos populacionais sobre média de idade para diagnóstico de TEA, e apenas recentemente o autismo foi incluído no Censo realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, com a Lei 13.861 (Brasil, 2019), o que torna essa afirmação sobre a idade média de diagnóstico proposta pela SBP não acurada para nossa população.

É possível pensar que haja uma relação entre esses fatos. A falta de diagnóstico pode dificultar a obtenção de participantes com TEA nessa faixa etária

em pesquisas científicas, além de também dificultar a obtenção de amostras de crianças de alto risco (*high-risk siblings*). Assim, a falta desses dados pode ser um impeditivo para estudos comparativos da AC entre desenvolvimento típico, atípico e de alto risco na amostra brasileira. Da mesma forma, estudos longitudinais demandam um investimento muito alto, o que agrava esse cenário.

Ainda focando no panorama do Brasil, dos oito instrumentos padronizados encontrados, apenas dois foram traduzidos para o português, a ADOS (estudo de Pacífico et al., 2019) e o M-CHAT (estudo de Losapio & Pondé, 2008). O M-CHAT já conta com um estudo que encontrou indícios de validade do instrumento numa amostra brasileira (Castro-Souza, 2011). A ADOS ainda se encontra em estágios preliminares de validação (estudo de Pacífico et al., 2019). Destes, o M-CHAT é o instrumento de rastreio recomendado pelo Ministério da Saúde, mas, como lembram as autoras Seize e Borsa (2017) em sua revisão sobre instrumentos de rastreio precoce de autismo, é fundamental que mais estudos sejam conduzidos para atestar sua adequação ao contexto brasileiro.

Conclusão

A presente revisão contribui como um apanhado dos instrumentos e técnicas disponíveis para avaliação da AC em crianças até 71 meses nos contextos nacional e internacional, ainda que nenhum trabalho brasileiro tenha sido selecionado para a amostra final do estudo. Tendo encontrado e descrito 12 medidas avaliativas, oito delas instrumentos padronizados de rastreio ou diagnóstico, esta revisão colabora, igualmente, para a ampliação da produção científica brasileira na área da avaliação psicológica e diagnóstico do TEA.

Em relação às medidas padronizadas citadas nos estudos que fizeram parte desta revisão, a escala ESCS merece destaque por realizar uma ampla avaliação da AC e mostrar-se útil para uso tanto na pesquisa, quanto na clínica. Percebe-se, então, um vasto campo de estudo a ser explorado em próximas pesquisas na área de avaliação psicológica, do desenvolvimento humano, da linguagem e comunicação. Tal sugestão não se restringe, entretanto, à psicologia, visto que o interesse na avaliação do TEA é multiprofissional.

Esta revisão explicita que, apesar de haver uma gama diversa de possibilidades disponíveis para a avaliação da AC em crianças pequenas (em contexto clínico e de pesquisa), apenas uma das possibilidades de avaliação encontradas no estudo era para avaliação exclusiva da AC, a PICS. Além disso, o único

instrumento que está disponível para uso no Brasil é o M-CHAT. Entretanto, embora esse *checklist* faça parte das indicações do Ministério da Saúde para o rastreio de sinais de TEA, não apresenta estudos suficientes de evidências de validade ou mesmo de normas brasileiras. Aqui, há um interessante foco para futuras pesquisas, visto ser uma medida de fácil aplicação (autoaplicável pelo responsável, flexível em diversos contextos e rapidamente respondido) e com itens importantes (críticos) que avaliam a atenção compartilhada. Outro instrumento a citar é a ADOS (primeira versão, de 1989), que está em processo de validação para o Brasil, porém carece de mais estudos para que possa ser utilizado na realidade brasileira.

No entanto, salienta-se que esta pesquisa apresenta limitações decorrentes, em especial, da delimitação escolhida para o estudo, como as bases de dados, as línguas de publicação e a idade dos participantes. Tais escolhas podem ter restringido os instrumentos e técnicas encontrados na revisão. Sugere-se que novas revisões possam ampliar esse compilado por meio de diferentes delimitações metodológicas. Também houve limitações com relação aos parâmetros do protocolo PRISMA, visto que, em parte das etapas, a revisão foi realizada somente por um pesquisador. O presente estudo também não abarcou a análise da qualidade metodológica dos artigos revisados. Embora apresente essas limitações, este estudo ressalta a importância da avaliação da AC, assim como as técnicas que podem ser utilizadas por clínicos e pesquisadores brasileiros.

Referências

- APA – American Psychiatric Association (2014). *DSM-5: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. Artmed.
- Backes, B.; Mônico, B. G.; Bosa, C. A.; Bandeira, D. R. (2014). Psychometric properties of assessment instruments for autism spectrum disorder: A systematic review of Brazilian studies. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 63(2), 154-164. <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000020>
- Baranek, G.; Watson, L.; Crais, E.; Reznick, S. (2003). *First-Year Inventory (FYI) 2.0*. University of North Carolina at Chapel Hill.
- Billeci, L.; Narzisi, A.; Campatelli, G.; Crifaci, G.; Calderoni, S.; Gagliano, A.; Calzone, C.; Colombi, C.; Pioggia, G.; Muratori, F.; ALERT group (2016). Disentangling the initiation from the response in joint attention: An eye-tracking study in toddlers with autism spectrum disorders. *Translational Psychiatry*, 6(5), e808. <https://doi.org/10.1038/tp.2016.75>

- Billeci, L.; Tonacci, A.; Narzisi, A.; Manigrasso, Z.; Varanini, M.; Fulceri, F.; Lattarulo, C.; Calderoni, S.; Muratori, F. (2018). Heart rate variability during a joint attention task in toddlers with autism spectrum disorders. *Frontiers in Physiology*, 9, 467. <https://doi.org/10.3389/fphys.2018.00467>
- Bottema-Beutel, K. (2016). Associations between joint attention and language in autism spectrum disorder and typical development: A systematic review and meta-regression analysis. *Autism Research*, 9(10), 1021-1035. <https://doi.org/10.1002/aur.1624>
- Brady, N. C.; Fleming, K.; Romine, R. S.; Holbrook, A.; Muller, K.; Kasari, C. (2018). Concurrent validity and reliability for the communication complexity scale. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 27(1), 237-246. https://doi.org/10.1044/2017_ajslp-17-0106
- Brady, N. C.; Fleming, K.; Thiemann-Bourque, K.; Olswang, L.; Dowden, P.; Saunders, M. D.; Marquis, J. (2012). Development of the Communication Complexity Scale. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 21(1), 16-28. [https://doi.org/10.1044/1058-0360\(2011/10-0099\)](https://doi.org/10.1044/1058-0360(2011/10-0099))
- Brasil (2019). *Lei 13.861, de 18/07/2019 – Inclui as especificidades inerentes ao transtorno do espectro autista nos censos demográficos*. https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2019/lei/L13861.htm
- Bruyneel, E.; Demurie, E.; Warreyn, P.; Roeyers, H. (2019). The mediating role of joint attention in the relationship between motor skills and receptive and expressive language in siblings at risk for autism spectrum disorder. *Infant Behavior and Development*, 57, 101377. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2019.101377>
- Castro-Souza, R. M. (2011). *Adaptação brasileira do M-CHAT – Modified Checklist for Autism in Toddlers* (dissertação de mestrado). Programa de pós-graduação em psicologia social, do trabalho e das organizações, Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília. <http://repositorio2.unb.br/jspui/handle/10482/10210>
- Chang, Y.-C.; Shih, W.; Kasari, C. (2016). Friendships in preschool children with autism spectrum disorder: What holds them back, child characteristics or teacher behavior?. *Autism*, 20(1), 65-74. <https://doi.org/10.1177/1362361314567761>
- 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(5), 781-789. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.33.5.781>
- Cidav, Z.; Munson, J.; Estes, A.; Dawson, G.; Rogers, S.; Mandell, D. (2017). Cost offset associated with early start Denver model for children with autism. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 56(9), 777-783. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2017.06.007>

- Dadgar, H.; Rad, J. A.; Soleymani, Z.; Khorrami, A.; McCleery, J.; Maroufizadeh, S. (2017). The relationship between motor, imitation, and early social communication skills in children with autism. *Iranian Journal of Psychiatry*, 12(4), 236-240. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29472949/>
- David, D. O.; Costescu, C. A.; Matu, S.; Szentagotai, A.; Dobrean, A. (2018). Developing joint attention for children with autism in robot-enhanced therapy. *International Journal of Social Robotics*, 10(5), 595-605. <https://doi.org/10.1007/s12369-017-0457-0>
- Delgado, C.; Mundy, P.; Block, J. (2001). *Research manual for the Pictorial Infant Communication Scale (PICS), version 1.3*. UC Davis MIND Institute.
- Eapen, V.; Črnčec, R.; Walter, A. (2016). There are gains, but can we tell for whom and why? Predictors of treatment response following group early start Denver model intervention in preschool-aged children with autism spectrum disorder. *Autism Open Access*, 6(2), 1000168. <https://www.longdom.org/open-access/there-are-gains-but-can-we-tell-for-whom-and-why-predictors-of-treatmentresponse-following-group-early-start-denver-model-interven-2165-7890-1000168.pdf>
- Engelbrecht, A. T.; Elison, J. T.; Feczko, E.; Todorov, A.; Wolff, J. J.; Kandala, S.; Adams, C. M.; Snyder, A. Z.; Lewis, J. D.; Estes, A. M.; Zwaigenbaum, L.; Botteron, K. N.; McKinstry, R. C.; Constantino, J. N.; Evans, A.; Hazlett, H. C.; Dager, S.; Paterson, S. J.; Schultz, R. T.; Styner, M. A.; Gerig, G.; Das, S.; Kostopoulos, P.; IBIS Network; Schlaggar, B. L.; Petersen, S. E.; Piven, J.; Pruett Jr., J. R. (2017). Joint attention and brain functional connectivity in infants and toddlers. *Cerebral Cortex*, 27(3), 1709-1720. <https://doi.org/10.1093/cercor/bhw403>
- Estes, A.; Zwaigenbaum, L.; Gu, H.; St. John, T.; Paterson, S.; Elison, J. T.; Hazlett, H.; Botteron, K.; Dager, S. R.; Schultz, R. T.; Kostopoulos, P.; Evans, A.; Dawson, G.; Eliason, J.; Alvarez, S.; Piven, J.; IBIS network (2015). Behavioral, cognitive, and adaptive development in infants with autism spectrum disorder in the first 2 years of life. *Journal of Neurodevelopmental Disorders*, 7(1), 24. <https://doi.org/10.1186/s11689-015-9117-6>
- Franchini, M.; Glaser, B.; Gentaz, E.; Wood, H.; Eliez, S.; Schaer, M. (2017). The effect of emotional intensity on responses to joint attention in preschoolers with an autism spectrum disorder. *Research in Autism Spectrum Disorders*, 35, 13-24. <https://doi.org/10.1016/j.rasd.2016.11.010>
- Gangi, D. N.; Messinger, D. S.; Martin, E. R.; Cuccaro, M. L. (2016). Dopaminergic variants in siblings at high risk for autism: Associations with initiating joint attention. *Autism Research*, 9(11), 1142-1150. <https://doi.org/10.1002/aur.1623>
- Ghilain, C. S.; Parlade, M. V.; McBee, M. T.; Coman, D. C.; Owen, T.; Gutierrez, A.; Boyd, B.; Odom, S.; Alessandri, M. (2017). Validation of the Pictorial Infant Communication Scale for preschool-aged children with autism spectrum disorder. *Autism*, 21(2), 203-216. <https://doi.org/10.1177/1362361316636757>

- Gomes, P. T. M.; Lima, L. H. L.; Bueno, M. K. G.; Araújo, L. A.; Souza, N. M. (2015). Autism in Brazil: A systematic review of family challenges and coping strategies. *Jornal de Pediatria*, 91(2), 111-121. <https://doi.org/10.1016/j.jped.2014.08.009>
- Heymann, P.; Northrup, J. B.; West, K. L.; Parladé, M. V.; Leezenbaum, N. B.; Iverson, J. M. (2018). Coordination is key: Joint attention and vocalisation in infant siblings of children with autism spectrum disorder. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 53(5), 1007-1020. <https://doi.org/10.1111/1460-6984.12418>
- Janvier, Y. M.; Coffield, C. N.; Harris, J. F.; Mandell, D. S.; Cidav, Z. (2018). The developmental check-in: Development and initial testing of an autism screening tool targeting young children from underserved communities. *Autism*, 23(3), 689-698. <https://doi.org/10.1177/1362361318770430>
- Johnson, C. P.; Myers, S. M.; Council on Children with Disabilities (2007). Identification and evaluation of children with autism spectrum disorders. *Pediatrics*, 120(5), 1183-1215. <https://doi.org/10.1542/peds.2007-2361>
- Lord, C.; Luyster, R.; Gotham, K.; Guthrie, W. (2012). *Autism Diagnostic Observation Schedule, 2nd ed. (ADOS-2) Manual (Part II): Toddler module*. Western Psychological Services.
- Lord, C.; Risi, S.; Lambrecht, L.; Cook Jr., E. H.; Leventhal, B. L.; DiLavore, P. C.; Pickles, A.; Rutter, M. (2000). The autism diagnostic observation schedule – generic: A standard measure of social and communication deficits associated with the spectrum of autism. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 30(3), 205-223. <https://doi.org/10.1023/A:1005592401947>
- Lord, C.; Rutter, M.; DiLavore, P. C.; Risi, S.; Gotham, K.; Bishop, S. (2012). *Autism Diagnostic Observation Schedule, 2nd ed. (ADOS-2) Manual (Part I): Modules 1-4*. Western Psychological Services.
- Losapio, M. F.; Pondé, M. P. (2008). Tradução para o português da escala M-CHAT para rastreamento precoce de autismo. *Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul*, 30(3), 221-229. <https://doi.org/10.1590/s0101-81082008000400011>
- Maenner, M. J.; Shaw, K. A.; Baio, J.; Washington, A.; Patrick, M.; DiRienzo, M.; Christensen, D. L.; Wiggins, L. D.; Pettygrove, S.; Andrews, J. G.; Lopez, M.; Hudson, A.; Baroud, T.; Schwenk, Y.; White, T.; Rosenberg, C. R.; Lee, L.-C.; Harrington, R. A.; Huston, M.; ... Dietz, P. M. (2020). Prevalence of autism spectrum disorder among children aged 8 years – Autism and Developmental Disabilities Monitoring Network, 11 Sites, United States, 2016. *MMWR Surveillance Summaries*, 69(4). <https://doi.org/10.15585/mmwr.ss6904a1>
- Moher, D.; Liberati, A.; Tetzlaff, J.; Altman, D. G.; PRISMA Group (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: The PRISMA statement. *PLoS Medicine*, 6(7), e1000097. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097>

- Mundy, P.; Delgado, C.; Block, J.; Venezia, M.; Hogan, A.; Seibert, J. (2003). *A manual for the Early Social Communication Scales (ESCS)*. MIND Institute, University of California at Davis. https://education.ucdavis.edu/sites/main/files/file-attachments/escs_manual_2003_2013.pdf
- 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(1), 115-128. <https://doi.org/10.1007/bf02206861>
- Muratori, F.; Billeci, L.; Calderoni, S.; Boncoddò, M.; Lattarulo, C.; Costanzo, V.; Turi, M.; Colombi, C.; Narzisi, A. (2019). How attention to faces and objects changes over time in toddlers with autism spectrum disorders: Preliminary evidence from an eye tracking study. *Brain Sciences*, 9(12), 344. <https://doi.org/10.3390/brainsci9120344>
- Oliveira, B. D. C.; Feldman, C.; Couto, M. C. V.; Lima, R. C. (2017). Políticas para o autismo no Brasil: Entre a atenção psicossocial e a reabilitação. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 27(3), 707-726. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312017000300017>
- Ozonoff, S.; Young, G. S.; Landa, R. J.; Brian, J.; Bryson, S.; Charman, T.; Chawarska, K.; Macari, S. L.; Messinger, D.; Stone, W. L.; Zwaigenbaum, L.; Iosif, A. M. (2015). Diagnostic stability in young children at risk for autism spectrum disorder: A baby siblings research consortium study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 56(9), 988-998. <https://doi.org/10.1111/jcpp.12421>
- Ozturk, Y.; Vivanti, G.; Uljarevic, M.; Dissanayake, C.; Victorian ASELCC Team (2016). Treatment-related changes in children's communication impact on maternal satisfaction and psychological distress. *Research in Developmental Disabilities*, 56, 128-138. <https://doi.org/10.1016/j.ridd.2016.05.021>
- Pacífico, M. C.; Paula, C. S.; Namur, V. S.; Lowenthal, R.; Bosa, C. A.; Teixeira, M. C. T. V. (2019). Preliminary evidence of the validity process of the Autism Diagnostic Observation Schedule (ADOS): Translation, cross-cultural adaptation and semantic equivalence of the Brazilian Portuguese version. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, 41(3), 218-226. <https://doi.org/10.1590/2237-6089-2018-0063>
- PEARLS – Program for Early Autism Research, Leadership, and Service (s.d.). *First-Year Inventory (FYI)*. Department of Allied Health Sciences, University of North Carolina at Chapel Hill. <https://www.med.unc.edu/healthsciences/pearls/research/first-year-inventory-fyi-development/> (acesso 23/07/2024)
- Robins, D. L.; Adamson, L. B.; Barton, M.; Connell Jr., J. E.; Dumont-Mathieu, T.; Dworkin, P. H.; Fein, D.; Greenstein, M. A.; Hsu, H.-W.; Kerns, C.; Newschaffer, C.; Plumb, J.; Shattuck, P.; Turchi, R.; Vivanti, G. (2016). Universal autism screening for toddlers: Recommendations at odds. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 46(5), 1880-1882. <https://doi.org/10.1007/s10803-016-2697-5>

- Robins, D. L.; Fein, D.; Barton, M. L.; Green, J. A. (2001). The modified checklist for autism in toddlers: An initial study investigating the early detection of autism and pervasive developmental disorders. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 31(2), 131-144. <https://doi.org/10.1023/a:1010738829569>
- SBP – Sociedade Brasileira de Pediatria (2019). *Transtorno do espectro do autismo: Manual de orientação*. Departamento Científico de Pediatria do Desenvolvimento e Comportamento. https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/Ped._Desenvolvimento_-_21775b-MO_-_Transtorno_do_Espectro_do_Autismo.pdf (acesso 23/07/2024)
- Seize, M. M.; Borsari, J. C. (2017). Instrumentos para rastreamento de sinais precoces do autismo: Revisão sistemática. *Psico-USF*, 22(1), 161-176. <https://doi.org/10.1590/1413-82712017220114>
- Siposova, B.; Carpenter, M. (2019). A new look at joint attention and common knowledge. *Cognition*, 189, 260-274. <https://doi.org/10.1016/j.cognition.2019.03.019>
- Stephens, R. L.; Sabatos-DeVito, M.; Reznick, J. S. (2017). The development and validation of attention constructs from the First Year Inventory. *Psychological Assessment*, 29(5), 568-581. <https://doi.org/10.1037/pas0000380>
- Thiemann-Bourque, K. S.; Brady, N.; Hoffman, L. (2019). Application of the Communication Complexity Scale in peer and adult assessment contexts for preschoolers with autism spectrum disorders. *American Journal of Speech-Language Pathology*, 28(1), 29-42. https://doi.org/10.1044/2018_ajslp-18-0054
- Wetherby, A. M.; Prizant, B. M. (2001). *Communication and Symbolic Behavior Scales developmental profile: Infant/toddler checklist*. Brookes. <https://www.autismalert.org/uploads/PDF/SCREENING--DEVELOPMENTAL%20DELAY%20&%20AUTISM--CCBS%20DP%20Infant-Toddler%20Checklist.pdf> (acesso 22/07/2024)
- Wetherby, A. M.; Prizant, B. M. (2002). *Communication and Symbolic Behavior Scales: Developmental profile*. Brookes. <https://psycnet.apa.org/record/2002-17060-000>
- Zanon, R. B.; Backes, B.; Bosa, C. A. (2015). Diferenças conceituais entre resposta e iniciativa de atenção compartilhada. *Psicologia: Teoria e Prática*, 17(2), 78-90. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872015000200006
- Zaqueu, L. C. C.; Teixeira, M. C. T. V.; Alckmin-Carvalho, F.; Paula, C. S. (2015). Associações entre sinais precoces de autismo, atenção compartilhada e atrasos do desenvolvimento infantil. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 31(3), 293-302. <https://doi.org/10.1590/0102-37722015032243293302>
- Zheng, Z.; Zhao, H.; Swanson, A. R.; Weitlauf, A. S.; Warren, Z. E.; Sarkar, N. (2018). Design, development, and evaluation of a noninvasive autonomous robot-mediated joint attention intervention system for young children with ASD. *IEEE Transactions on Human-Machine Systems*, 48(2), 125-135. <https://doi.org/10.1109/thms.2017.2776865>

Zwaigenbaum, L.; Bauman, M. L.; Stone, W. L.; Yirmiya, N.; Estes, A.; Hansen, R. L.; McPartland, J. C.; Natowicz, M. R.; Choueiri, R.; Fein, D.; Kasari, C.; Pierce, K.; Buie, T.; Carter, A.; Davis, P. A.; Granpeesheh, D.; Mailloux, Z.; Newschaffer, C.; Robins, D.; Roley, S. S.; Wagner, S.; Wetherby, A. (2015). Early identification of autism spectrum disorder: Recommendations for practice and research. *Pediatrics*, 136(suppl.1), S10-S40. <https://doi.org/10.1542/peds.2014-3667c>

Recebido em 13 de julho de 2021

Aceito para publicação em 13 de março de 2024

ALMOST PERFECT SCALE – REVISED (APS-R):
DADOS NORMATIVOS PARA UMA AMOSTRA
DE ADULTOS BRASILEIROS

*ALMOST PERFECT SCALE – REVISED (APS-R):
NORMATIVE DATA FOR A BRAZILIAN ADULTS' SAMPLE*

*ALMOST PERFECT SCALE – REVISED (APS-R):
DATOS NORMATIVOS PARA UNA MUESTRA DE ADULTOS BRASILEÑOS*

Marcela Mansur-Alves⁽¹⁾

Pedro S. R. Martins⁽²⁾

Lucas Martins Lima⁽³⁾

Carmem Beatriz Neufeld⁽⁴⁾

RESUMO

Considerando a importância do perfeccionismo para desfechos em saúde mental, o presente estudo tem por objetivo apresentar dados normativos para a Almost Perfect Scale – Revised (APS-R) para adultos brasileiros. A APS-R é uma escala de autorrelato de perfeccionismo que mensura três dimensões (padrões, ordem e discrepância), por meio de 23 itens. A escala foi aplicada em 1.856 pessoas com idades entre 16 e 60 anos (M=24,14; DP=6,36), 67% do sexo feminino, majoritariamente concentradas na região Sudeste do país. As análises indicaram

⁽¹⁾ Doutora em Neurociências. Laboratório de Avaliação e Intervenção na Saúde (LAVIS), Departamento de Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia: Cognição e Comportamento, Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, MG, Brasil.

<https://orcid.org/0000-0002-3961-3475> — email: marmansura@gmail.com

⁽²⁾ Mestre e doutorando em Psicologia. Laboratório de Avaliação e Intervenção na Saúde (LAVIS), Departamento de Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia: Cognição e Comportamento, Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, MG, Brasil.

<https://orcid.org/0000-0002-6555-7649> — email: pedrosaulo95@gmail.com

⁽³⁾ Bacharel em Psicologia. Laboratório de Avaliação e Intervenção na Saúde (LAVIS), Departamento de Psicologia, Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), Belo Horizonte, MG, Brasil.

<https://orcid.org/0000-0001-8581-7690> — email: lone.sion@gmail.com

⁽⁴⁾ Doutora em Psicologia. Laboratório de Pesquisa e Intervenção Cognitivo-Comportamental (LAPICCC), Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade de São Paulo (USP), Ribeirão Preto, SP, Brasil.

<https://orcid.org/0000-0003-1097-2973> — email: cbneufeld@usp.br

A primeira e a quarta autoras têm Bolsas de Produtividade em Pesquisa do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

ajuste aceitável para o modelo de três dimensões da APS-R, que foi utilizado, então, para criação das normas. Considerando os resultados das análises de comparações de grupo, os percentis para as escalas são apresentados em função do sexo e da faixa etária. Este estudo traz importantes desdobramentos para uso de uma das principais escalas de perfeccionismo por profissionais de saúde mental, com vistas à avaliação mais confiável e padronizada dos níveis de perfeccionismo e ao monitoramento de progresso no contexto terapêutico.

Palavras-chave: perfeccionismo; APS-R; normatização; adultos.

ABSTRACT

Considering the importance of perfectionism for outcomes in mental health, this study aims to present reference values for the Almost Perfect Scale – Revised (APS-R) for Brazilian adults. The APS-R is a perfectionism self-report scale that measures three dimensions (standards, order, and discrepancy), by means of 23 items. This scale was applied to 1,856 participants, with ages ranging from 16 to 60 years old ($M=24.14$; $SD=6.36$), 67% females, most from the Southeast region of Brazil. Analyses indicated an acceptable fit for the three dimensions model of the APS-R, which was used, then, to create the reference values. Considering the results of the group comparison analysis, the percentiles for the scales are presented according to sex and age. This study presents important results for the use of one of the main perfectionism scales. The APS-R could be used by mental health professionals aiming for a more reliable and standardized evaluation of perfectionism levels and progress monitoring in the therapeutic context.

Keywords: perfectionism; APS-R; standards; adults.

RESUMEN

Considerando la importancia del perfeccionismo para los resultados de salud mental, el presente estudio tiene como objetivo presentar normas para la Almost Perfect Scale – Revised (APS-R) para adultos brasileños. La APS-R es una escala de autoinforme de perfeccionismo que mide tres dimensiones (patrones, orden y discrepancia), a través de 23 ítems. La escala se aplicó a 1.856 personas con edades comprendidas entre 16 y 60 años ($M=24,14$; $DE=6,36$), 67% mujeres, concentradas mayoritariamente en la región Sudeste del país. Los análisis indicaron un ajuste aceptable para el modelo tridimensional APS-R, que luego se utilizó para crear las normas. Considerando los resultados del análisis de

comparaciones de grupos, los percentiles de las escalas se presentan en función del sexo y grupo de edad. Este estudio aporta importantes avances para el uso de una de las principales escalas de perfeccionismo por parte de los profesionales de la salud mental, con el objetivo de una evaluación más fiable y estandarizada de los niveles de perfeccionismo y monitoreo de los avances en el contexto terapéutico. *Palabras clave:* perfeccionismo; APS-R; normalización; adultos.

Introdução

Desde a década de 1990, o perfeccionismo vem atraindo a atenção de diversos pesquisadores, com crescimento vertiginoso do número de estudos sobre o tema nos últimos 20 anos (Smith et al., 2022). Esse crescimento pode ser explicado, em parte, pelas extensas relações encontradas entre perfeccionismo e alguns desfechos de saúde mental como o *burnout* (Flett & Hewitt, 2020; Yang et al., 2023), insatisfação com as relações sociais (Hewitt et al., 2020), depressão (Flett & Hewitt, 2020; Hewitt et al., 2020; Smith et al., 2021), transtornos de ansiedade (Callaghan et al., 2024; Curran & Hill, 2019; Flett & Hewitt, 2020; Hewitt et al., 2020), transtorno obsessivo compulsivo e transtorno de personalidade (Callaghan et al., 2024; Limburg et al., 2017; Lunn et al., 2023), e transtornos alimentares (Curran & Hill, 2019; Limburg et al., 2017; Livet et al., 2023; Maricuțoiu et al., 2020). O perfeccionismo atua tanto como fator de risco quanto de manutenção desses problemas de saúde mental, e sua redução pode levar a menores sintomas psicológicos (Limburg et al., 2017; Maricuțoiu et al., 2020).

O perfeccionismo tem consequências em diversos sintomas e transtornos e pode ser considerado um processo transdiagnóstico, embora alguns autores afirmem que o termo “fator de vulnerabilidade” seria mais adequado, já que o perfeccionismo não afeta apenas diagnósticos (Kaçar-Başaran, 2022; Kothari et al., 2019; Smith et al., 2021). Ainda assim, o sucesso na redução do perfeccionismo está condicionado mais à aliança terapêutica do que à abordagem ou técnica em si (Zuroff et al., 2010), o que é paradoxal, pois o perfeccionismo tem se mostrado um dificultador na formação desse vínculo, afastando mutuamente cliente e terapeuta (Hewitt et al., 2020; Shafran et al., 2023).

O perfeccionismo pode ser definido como o estabelecimento e a busca por altos padrões de desempenho, em si ou nos outros, e uma preocupação sobre o alcance de tais padrões, que vem acompanhada pelo medo do fracasso e da avaliação negativa (Curran & Hill, 2019). O perfeccionismo tem sido entendido como uma característica multidimensional de personalidade, marcada pela ex-

trema complexidade em termos estruturais e desenvolvimentais (Flett & Hewitt, 2020). Essa complexidade pode ser exemplificada pelas diferentes propostas e modelos conceituais que visam a descrever o construto, algumas delas focando na orientação intra ou interpessoal (auto-orientado, orientado ao outro ou socialmente prescrito), outras em seus aspectos disfuncionais ou funcionais, ou ainda outras formas de divisão que levam em conta características dos elementos que o compõem (Smith et al., 2022). Há um relativo consenso de que, independentemente do modelo teórico e do número de componentes, duas dimensões globais estão presentes: esforços perfeccionistas (EP) e preocupações perfeccionistas (PP). A primeira diz respeito aos aspectos mais funcionais, enquanto a segunda aos disfuncionais (Stoeber & Otto, 2006).

Os EP e as PP são operacionalizados nas diversas escalas utilizadas para mensuração do construto, por meio de diferentes indicadores. Por exemplo, na Multidimensional Perfectionism Scale (FMPS), proposta por Frost et al. (1990), padrões pessoais funcionam como indicadores dos EP, enquanto dúvidas sobre ações e preocupação com falhas remetem às PP. Na escala de mesmo nome, mas proposta por Hewitt e Flett (1991), EP são representados pela dimensão de perfeccionismo auto-orientado, enquanto as PP são representadas pela dimensão de perfeccionismo socialmente prescrito.

Uma escala que vem aparecendo frequentemente em estudos sobre o perfeccionismo nos últimos anos é a Almost Perfect Scale – Revised (APS-R) (Dautovich et al., 2021; Masood & Naeem, 2021; Rassaby et al., 2021). A APS-R é um instrumento de autorrelato, desenvolvida por Slaney et al. (2001), que tem por objetivo cumprir a função de englobar os aspectos funcionais e disfuncionais do perfeccionismo em três dimensões principais: Padrões, Ordem e Discrepância. As duas primeiras dimensões avaliam os aspectos funcionais (ou adaptativos) do perfeccionismo, também chamado de EP, e a última dimensão se volta à medida dos aspectos disfuncionais (ou desadaptativos) do perfeccionismo, nomeado de PP (Slaney et al., 2001). Os 23 itens do instrumento (4 de Ordem, 7 de Padrões e 12 de Discrepância) são respondidos por meio de uma escala do tipo Likert de sete pontos, em que o ponto 1 representa “discordo totalmente” e o 7 “concordo totalmente”.

A APS-R, além de bastante utilizada em pesquisas clínicas (Brennan-Wydra et al., 2021; De Rosa et al., 2023), já foi adaptada para diversas culturas, incluindo japonesa (Nakano, 2009), argentina (Arana et al., 2009), chinesa (Li et al., 2007), turca (Ulu et al., 2012), italiana (Filippello et al., 2016), e foi adaptada também para o Brasil (Soares et al., 2020). Apesar de ser utilizada e adaptada em diferentes idiomas, segundo é de nosso conhecimento, até o

momento nenhum estudo publicou normas para a APS-R em nível nacional ou internacional, tampouco para qualquer outra escala de perfeccionismo destinada à população adulta (uma proposta de normas para o público infantil foi apresentada por Oros e Vargas-Rubilar, 2016). Os estudos existentes que sugerem aplicação desses instrumentos de mensuração do perfeccionismo para uso pelo profissional de saúde mental na prática clínica apresentam apenas pontos de corte e/ou a comparação das pontuações médias entre populações clínicas e não clínicas (Maricuțoiu et al., 2020; Rice & Ashby, 2007).

A criação de normas para um instrumento não apenas traz mais informações sobre suas propriedades psicométricas, como também possibilita a elaboração de padrões de interpretação dos escores de um indivíduo com base num grupo de referência, a partir do qual a posição relativa do indivíduo naquela dimensão é estimada (Hutz et al., 2015; Urbina, 2009). Ademais, por apresentarem uma forma padronizada de interpretação dos resultados das pessoas num dado instrumento, a existência de normas favorece seu uso profissional, pela possibilidade de estimação do quanto o indivíduo se afasta da média do grupo normativo, o que poderia ser indicativo de níveis mais extremos de determinada característica. Ainda, normas possibilitam o monitoramento dos progressos de um paciente num processo terapêutico e a eficácia da terapia (Hutz et al., 2015). Não obstante, o processo de elaboração de normas de instrumentos psicológicos para um dado país deve levar em consideração as diferenças na cultura, na linguagem e na expressão social daquela característica, já que as normas não são universais e absolutas (Hutz et al., 2015).

Nesse sentido, o presente artigo tem como objetivo principal apresentar as normas para a escala de perfeccionismo APS-R para adultos brasileiros. Para que o objetivo principal fosse alcançado, pretendeu-se, adicionalmente, analisar a estrutura interna da escala na amostra investigada, bem como verificar a existência de diferenças nos níveis de perfeccionismo entre homens e mulheres e entre participantes de diferentes faixas etárias. Este estudo busca preencher a lacuna da escassez de estudos normativos da APS-R para uso no contexto brasileiro.

Método

Participantes

Participaram do estudo 1.847 adultos, com idades entre 18 e 60 anos ($M=24,17$; $DP=6,35$). Da amostra, 99% (1.826) tinha ensino médio completo

ou superior incompleto. Quanto à classificação por faixa etária, a amostra foi dividida em três grupos: entre 18 e 25 anos (1.275, referidos como adultos emergentes: 69%), entre 25 e 40 anos (409, referidos como adultos jovens: 22%) e com mais de 40 anos (59, referidos como adultos maduros: 3%). Dos participantes que optaram por informar seu sexo, a maioria foi composta por mulheres (1.246 mulheres: 67% e 593 homens: 32%). A amostra contou com respondentes de 19 estados do Brasil, a maioria provenientes de Minas Gerais (1.431: 77%). Uma lista com a quantidade de participantes provenientes de cada unidade federativa do Brasil pode ser vista na Tabela S1 (Anexo). A maior parte da amostra (84%) participou da pesquisa presencialmente e uma pequena parte (16%) respondeu à APS-R online.

Instrumentos

Questionário de caracterização da amostra: Os participantes responderam a perguntas gerais sobre idade, sexo, em qual estado residia no momento da aplicação e nível educacional. Foram considerados os seguintes níveis para a escolaridade: analfabeto ou fundamental 1 incompleto; fundamental 1 completo ou fundamental 2 incompleto; fundamental completo ou médio incompleto; médio completo ou superior incompleto; superior completo.

Almost Perfect Scale – Revised (APS-R) (Slaney et al., 2001; Soares et al., 2020): instrumento de autorrelato para avaliação do perfeccionismo, que pode ser respondido individualmente ou em grupo. O APS-R tem 23 itens, numa escala do tipo Likert com 7 pontos (de 1: Discordo totalmente a 7: Concordo totalmente). A escala avalia três dimensões do perfeccionismo, propostas pelo modelo trifatorial de Slaney et al. (2001): Padrões (7 itens), que avalia a tendência do indivíduo de estabelecer padrões elevados de desempenho para si mesmo, com escores brutos entre 7 e 49; Ordem (4 itens), que avalia a tendência individual à organização e asseio, com escores entre 4 e 28; e Discrepância (12 itens), que avalia a tendência individual a perceber uma diferença entre o padrão estabelecido e o atingido, focando na insatisfação entre a expectativa e a realidade para o próprio desempenho, com escores entre 12 e 84. O estudo de adaptação da APS-R para o português brasileiro indicou adequação satisfatória da validade estrutural da escala, assim como indicadores de consistência interna acima de 0,70 (Soares et al., 2020).

Procedimentos para coleta dos dados

Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido como condição para participar da pesquisa. Os procedimentos éticos foram realizados de acordo com a Declaração de Helsinki. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Minas Gerais (Parecer nº 1.974.928). As aplicações da APS-R faziam parte de um projeto de pesquisa maior, envolvendo outros instrumentos e aconteceram de forma presencial para parte da amostra ($n=1.551$) e online para outra parte ($n=296$). Para a coleta presencial, os contatos foram feitos com coordenadores de curso de instituições públicas e privadas de ensino superior de Belo Horizonte e região metropolitana e em Sete Lagoas (Minas Gerais), que autorizaram a aplicação em sala de aula, com tempo de aplicação total de aproximadamente 15 minutos. A aplicação online se deu na plataforma Redcap (hospedado na Faculdade de Medicina da USP em Ribeirão Preto), com duração média de 10 minutos. A divulgação do formulário foi feita mediante lista de contatos dos pesquisadores envolvidos e pelas redes sociais. Todos os participantes responderam primeiro ao questionário de dados sociodemográficos e depois à APS-R.

Procedimentos de análise de dados

Utilizando uma amostra ampla e com respondentes de diferentes estados brasileiros, foram realizadas análises para investigar a estrutura fatorial da APS-R. Em primeiro lugar, tentou-se replicar os resultados de Soares et al. (2020), em que a escala apresentaria uma estrutura bifatorial com três fatores específicos e independentes. Essas análises foram realizadas utilizando a técnica de Exploratory Structural Equation Modelling (ESEM) (Asparouhov & Muthén, 2009) com rotação target. O uso de ESEM permite que cargas cruzadas (i.e., cargas fatoriais em itens que não foram teoricamente planejados para as dimensões) sejam modeladas explicitamente, com valores próximos a zero. As análises foram realizadas no programa *R*, usando os pacotes lavaan (Rosseel, 2012) e semTools (Pornprasertmanit et al., 2015). A qualidade da solução bifatorial foi avaliada de acordo com recomendações recentes da literatura (Reise et al., 2018; Rodriguez et al., 2016). Dessa forma, foram calculados

os seguintes índices: Ômega hierárquico (ω_H), replicabilidade dos fatores (H) e Explained Common Variance (ECV).

Foi testado, ainda, um modelo de ESEM em que as dimensões da APS-R fossem correlacionadas, porém, sem modelar um fator geral para a explicação dos itens. Todos os modelos de ESEM foram testados usando o estimador *unweighted least squares* corrigido para média e variância (ULSMV). Os dados foram tratados como ordinais e foi utilizada uma matriz de correlação policórica. O estimador ULSMV é robusto para desvios da normalidade e distribuições assimétricas dos itens, se assemelhando às soluções encontradas com o estimador *weighted least squares* (Li, 2016). O ajuste dos modelos foi avaliado por meio do Comparative Fit Index (CFI), Tucker-Lewis Index (TLI) e Root Mean Square of Error Approximation (RMSEA). Valores de CFI e TLI acima de 0,90 e RMSEA abaixo de 0,080 foram considerados aceitáveis (Brown, 2015). Ademais, o intervalo de confiança dos valores de RMSEA devia estar abaixo de 0,100 para serem considerados aceitáveis (Whittaker & Schumacker, 2022). O modelo com melhor ajuste e índices aceitáveis (H , ω_H e ECV) foi utilizado nas demais análises. Para análise de poder estatístico, foi calculado o tamanho amostral utilizando uma calculadora online (Soper, 2024). Considerando três fatores, 23 itens e um tamanho de efeito geral médio ($\delta=0,3$), seria necessária uma amostra de 589 pessoas, o que viabilizou a condução do presente estudo.

A equivalência da solução fatorial de melhor ajuste foi testada entre os sexos. Especificamente, investigou-se se a estrutura latente da APS-R seria equivalente em homens e mulheres. As análises de invariância foram testadas em três níveis, configural (estrutura fatorial igual entre os grupos), métrico (cargas fatoriais iguais entre os grupos) e escalar (limiares de resposta [*thresholds*] iguais entre os grupos) (Leitgöb et al., 2023). A equivalência entre modelos foi considerada usando a diferença entre os valores de qui-quadrado e as diferenças entre os valores de CFI e RMSEA. Medidas equivalentes são atingidas quando os valores de CFI não diminuem mais do que 0,01 e valores de RMSEA não aumentam mais do que 0,015 (Chen, 2007).

Para investigar possíveis interações entre as faixas etárias e sexo no nível médio nos escores da APS-R, foram realizadas ANOVAS fatoriais (2x5) com essas variáveis como medidas independentes. O *post-hoc* foi calculado utilizando a correção de Tukey para múltiplas comparações. Como forma de corrigir possíveis desvios da normalidade e não igualdade de variâncias intergrupos, foi calculado o intervalo de confiança das diferenças entre as médias, utilizando o

método Bias-Corrected Accelerated (BCA) *bootstrap*, com 5.000 re-amostragens (Haukoos & Lewis, 2005). Para as análises de comparação de grupo, foram calculados escores T para cada dimensão, usando a média da amostra como um todo. As análises foram feitas utilizando o R e os pacotes *Emmeans* (Lenth, 2024) e *Boot* (Canty & Ripley, 2024). Por fim, foram calculados os percentis e escores padrão para cada dimensão da APS-R, considerando as diferenças entre grupo etário e sexo do respondente.

Resultados

As análises descritivas dos itens da APS-R estão disponíveis na Tabela S2 e na Figura S1 (Anexo). No geral, é possível perceber que todas as categorias da escala Likert foram preenchidas. Análises multivariadas de normalidade usando o teste de Mardia indicam não normalidade dos itens, de acordo com valores de assimetria e curtose ($p < 0,001$). Igualmente, análises univariadas dos escores z de assimetria e curtose indicam desvios significativos ($z > 1,96$) da normalidade em pelo menos um dos índices para todos os itens.

O modelo bifatorial apresentou ajuste aceitável para descrever a estrutura latente da APS-R [$\chi^2(167)=1.434,50$; $p < 0,001$; CFI=0,954; TLI=0,930; RMSEA=0,064; IC 90% (0,061 a 0,067)], valores semelhantes aos encontrados em Soares et al. (2020). Entretanto, o ECV indica que o fator geral explica apenas cerca de 46% da variância dos itens (ECV=0,46). Ademais, os coeficientes de consistência interna apresentam valores baixos para Padrões ($\omega_H=0,03$), Ordem ($\omega_H=0,13$), Discrepância ($\omega_H=0,58$) e para o fator geral ($\omega_H=0,48$). Por fim, o índice H (replicabilidade dos fatores) foi baixo ($< 0,70$) para as dimensões Padrões ($H=0,11$) e Ordem ($H=0,49$). Para as demais dimensões, os valores de H foram maiores que 0,70.

Devido à baixa confiabilidade e baixo poder explicativo do fator geral, foram realizados modelos de ESEM com três dimensões correlacionadas. O modelo apresentou um ajuste aceitável [$\chi^2(187)=2.048,84$; $p < 0,001$; CFI=0,933; TLI=0,909; RMSEA=0,073; IC=90% (0,071 a 0,076)]. Uma vez que o modelo tem ajuste aceitável e é próximo à proposição teórica inicial para a APS-R, seus resultados foram usados para as análises posteriores. Os valores de consistência interna foram todos aceitáveis ($> 0,70$) e podem ser vistos na Tabela 1, juntamente com as cargas fatoriais.

Tabela 1 — Cargas fatoriais, correlações entre dimensões e consistência interna da APS-R

Item	Dimensão teórica	Padrões	Ordem	Discrepância
1	Padrões	0,62	0,03	-0,24
5	Padrões	0,39	0,09	0,17
8	Padrões	0,76	-0,03	0,02
12	Padrões	0,63	-0,07	0,37
14	Padrões	0,79	0,00	-0,13
18	Padrões	0,55	0,20	-0,16
22	Padrões	0,57	0,11	0,21
2	Ordem	0,01	0,73	-0,15
4	Ordem	-0,01	0,61	0,07
7	Ordem	0,00	0,65	0,13
10	Ordem	0,07	0,83	0,02
3	Discrepância	0,11	0,03	0,57
6	Discrepância	0,26	0,01	0,67
9	Discrepância	-0,03	-0,02	0,72
11	Discrepância	0,19	0,04	0,77
13	Discrepância	0,01	-0,05	0,76
15	Discrepância	0,34	-0,08	0,46
16	Discrepância	-0,07	-0,05	0,81
17	Discrepância	-0,04	0,07	0,79
19	Discrepância	-0,14	-0,05	0,81
20	Discrepância	-0,16	0,03	0,93
21	Discrepância	-0,11	0,04	0,86
23	Discrepância	0,07	0,06	0,64
	α	0,81	0,77	0,92
	ω	0,82	0,80	0,94
Correlação entre fatores				
		Padrões	Ordem	Discrepância
	Padrões	1		
	Ordem	0,48	1	
	Discrepância	0,20	0,03	1

Nota:

Valores em negrito indicam as cargas fatoriais teoricamente planejadas (i.e., alvo).

As análises multigrupo para investigar a equivalência da medida entre os sexos indicam que a APS-R é invariante em todos os níveis de análise, configural [$\chi^2(374)=2.080,77$; $p<0,001$; CFI=0,933; TLI=0,910; RMSEA=0,075; IC 90% (0,072 a 0,077)], métrico [$\chi^2(434)=1.535,24$; $p<0,001$; CFI=0,961; TLI=0,955; RMSEA=0,053; IC 90% (0,050 a 0,055)] e escalar [$\chi^2(546)=1.456,95$; $p<0,001$; CFI=0,968; TLI=0,970; RMSEA=0,043; IC 90% (0,040 a 0,045)]. Com mais restrições, os índices de ajuste do modelo foram melhorando progressivamente. Por outro lado, a comparação dos valores de qui-quadrado indica não equivalência em todos os passos: [configural vs. métrico $\chi^2(60)=122,19$; $p<0,001$; métrico vs. escalar $\chi^2(112)=217,08$; $p<0,001$].

Em relação às diferenças nos níveis médios dos escores, para a dimensão Padrões nenhum efeito foi significativo. Para a dimensão Ordem, houve um efeito principal significativo do sexo do respondente [$F(1, 1.729)=4,77$; $p=0,029$; $\eta^2=0,00$] e uma interação significativa entre sexo e faixa etária [$F(2, 1.729)=5,94$; $p=0,003$; $\eta^2=0,01$]. O *post-hoc* de Tukey sugere que houve diferenças significativas entre mulheres adultas emergentes e mulheres adultas jovens [$\Delta M=-2,26$ (IC 95% $-3,54$ a $-0,99$); $p=0,011$; $d=-0,23$], mulheres adultas jovens e homens adultos jovens [$\Delta M=3,78$ (IC 95% $1,63$ a $5,90$); $p=0,005$; $d=0,38$] e homens adultos jovens e mulheres adultas maduras [$\Delta M=-5,59$ (IC 95% $-8,65$ a $-2,10$); $p=0,024$; $d=-0,56$]. Por fim, para a dimensão Discrepância, houve um efeito principal significativo da faixa etária [$F(2, 1.729)=3,35$; $p=0,035$; $\eta^2=0,00$] e da interação entre sexo e faixa etária [$F(2, 1.729)=3,37$; $p=0,035$; $\eta^2=0,00$]. O *post-hoc* de Tukey indicou que houve diferença apenas entre homens adultos emergentes e homens adultos maduros nos escores médios de Discrepância [$\Delta M=7,12$ (IC 95% $2,65$ a $10,57$); $p=0,036$; $d=0,71$]. O padrão geral das médias pode ser visto na Figura S2 (Anexo), juntamente com todas as comparações par a par, nas Tabelas S3 e S4 (Anexo). Análises descritivas dos escores de acordo com sexo e faixa etária são apresentadas na Tabela 2.

Tabela 2 — Descritivas dos escores médios nas dimensões da APS-R

	Dimensão	Mulheres			Homens		
		M	DP	n	M	DP	n
Adultos emergentes	Padrões	49,71	10,14	848	51,01	9,10	422
	Ordem	49,60	10,05	848	49,88	9,92	422
	Discrepância	49,74	9,78	848	51,37	9,98	422

continua...

...continuação

	Dimensão	Mulheres			Homens		
		<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>n</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>n</i>
Adultos jovens	Padrões	49,51	10,71	284	49,24	11,02	123
	Ordem	51,86	9,48	284	48,08	10,33	123
	Discrepância	49,46	9,70	284	50,13	11,66	123
Adultos maduros	Padrões	52,02	8,85	40	48,40	9,38	18
	Ordem	53,67	8,60	40	50,48	6,72	18
	Discrepância	49,97	10,72	40	44,26	8,16	18

Os valores de percentil e escores *T* relativos aos escores brutos em Padrões, Ordem e Discrepância são apresentados na Tabela 3 e na Tabela 4. Os resultados estão organizados de acordo com as diferenças encontradas nas ANOVAS, considerando os efeitos principais e a interação entre sexo e grupo etário. Todas as combinações para conversão do escore bruto em percentis são apresentadas nas Tabelas S5 a S10 (Anexo).

Tabela 3 — Percentis e escores *T* para a dimensão Padrões

	Total	<i>z</i>	<i>T</i>
Média	35,7	0	50
<i>DP</i>	7,84	1	10
Percentil 10	25	-1,36	36,35
Percentil 20	29	-0,85	41,46
Percentil 30	32	-0,47	45,29
Percentil 40	35	-0,09	49,11
Percentil 50	37	0,17	51,66
Percentil 60	39	0,42	54,22
Percentil 70	41	0,68	56,77
Percentil 80	43	0,93	59,32
Percentil 90	45	1,19	61,87

Notas:

n=1.735; *z* = escore padronizado (média=0, desvio padrão=1) correspondente ao escore bruto; *T* = escore padronizado (média=50, desvio padrão=10) correspondente ao escore bruto.

Para interpretação dos pontos brutos da APS-R, sugere-se a seguinte classificação: escores entre os percentis 10 e 20 são considerados baixos; escores entre os percentis 30 e 70 são moderados; escores acima do percentil 80 consideram-se altos. Essa é uma interpretação similar à apresentada para perfeccionismo em crianças (Oros & Vargas-Rubilar, 2016). Dessa forma, considerando os valores expostos na Tabela 3, uma pessoa que obteve o escore 37 em Padrões poderia ser classificada com nível moderado nessa dimensão do perfeccionismo. De forma semelhante, um homem com idade de 25 anos (adulto jovem) com um escore 69 em Discrepância poderia ser classificado com um escore alto de acordo com a Tabela 4.

Tabela 4 — Percentis e escores *T* para as dimensões Ordem e Discrepância

Sexo		Adultos emergentes			Adultos jovens			Adultos maduros		
		total	<i>z</i>	<i>T</i>	total	<i>z</i>	<i>T</i>	total	<i>z</i>	<i>T</i>
Ordem										
Mulheres	Média	20,81	0	50	21,87	0	50	22,73	0	50
	<i>DP</i>	4,74	1	10	4,47	1	10	4,06	1	10
	Percentil 10	14	-1,44	35,65	16	-1,31	36,87	17,0	-1,41	35,89
	Percentil 20	17	-0,80	41,98	18	-0,87	41,34	19,0	-0,92	40,82
	Percentil 30	18	-0,59	44,08	20	-0,42	45,81	21,3	-0,35	46,49
	Percentil 40	20	-0,17	48,30	21	-0,20	48,05	23,0	0,07	50,68
	Percentil 50	21	0,04	50,41	23	0,25	52,52	24,0	0,31	53,14
	Percentil 60	23	0,46	54,63	24	0,48	54,75	25,0	0,56	55,61
	Percentil 70	24	0,67	56,74	25	0,70	56,99	25,0	0,56	55,61
	Percentil 80	25	0,88	58,85	26	0,92	59,23	25,8	0,76	57,58
Percentil 90	27	1,31	63,06	27	1,15	61,46	27,9	1,28	62,76	
	<i>n</i>	848	848	848	284	284	284	40	40	40
Homens	Média	20,94	0	50	20,09	0	50	21,22	0	50
	<i>DP</i>	4,68	1	10	4,87	1	10	3,17	1	10
	Percentil 10	15	-1,27	37,31	13,0	-1,46	35,45	15,9	-1,68	33,22
	Percentil 20	17	-0,84	41,59	15,8	-0,88	41,20	18,8	-0,76	42,37
	Percentil 30	19	-0,41	45,86	18,0	-0,43	45,71	19,0	-0,70	43,00
	Percentil 40	20	-0,20	48,00	19,0	-0,22	47,76	20,6	-0,20	48,04
Percentil 50	22	0,23	52,27	21,0	0,19	51,87	21,5	0,09	50,88	

continua...

...continuação

Sexo		Adultos emergentes			Adultos jovens			Adultos maduros		
		total	<i>z</i>	<i>T</i>	total	<i>z</i>	<i>T</i>	total	<i>z</i>	<i>T</i>
	Percentil 60	23	0,44	54,40	22,0	0,39	53,92	22,4	0,37	53,71
	Percentil 70	24	0,65	56,54	23,0	0,60	55,97	23,3	0,65	56,55
	Percentil 80	25	0,87	58,68	24,0	0,80	58,03	24,0	0,88	58,76
	Percentil 90	26	1,08	60,81	26,0	1,21	62,13	25,2	1,25	62,54
	<i>n</i>	422	422	422	123	123	123	18	18	18
Discrepância										
Mulheres	Média	48,6	0	50	48,13	0	50	48,98	0	50
	<i>DP</i>	16,41	1	10	16,29	1	10	18	1	10
	Percentil 10	28	-1,25	37,45	26,0	-1,36	36,41	28,1	-1,16	38,40
	Percentil 20	34	-0,89	41,11	33,0	-0,93	40,71	32,2	-0,93	40,68
	Percentil 30	38	-0,65	43,54	39,0	-0,56	44,40	36,9	-0,67	43,29
	Percentil 40	42	-0,40	45,98	43,0	-0,31	46,85	40,4	-0,48	45,24
	Percentil 50	47	-0,10	49,03	48,5	0,02	50,23	43,0	-0,33	46,68
	Percentil 60	52	0,21	52,07	53,0	0,30	52,99	46,8	-0,12	48,79
	Percentil 70	58	0,57	55,73	57,5	0,58	55,76	63,5	0,81	58,07
	Percentil 80	65	1,00	59,99	63,0	0,91	59,13	70,8	1,21	62,13
Percentil 90	73	1,49	64,87	71,0	1,40	64,05	77,6	1,59	65,90	
	<i>n</i>	848	848	848	284	284	284	40	40	40
Homens	Média	51,33	0	50	49,25	0	50	39,39	0	50
	<i>DP</i>	16,75	1	10	19,57	1	10	13,7	1	10
	Percentil 10	30,0	-1,27	37,26	22,0	-1,39	36,08	24,0	-1,12	38,77
	Percentil 20	35,0	-0,98	40,25	32,0	-0,88	41,19	26,4	-0,95	40,52
	Percentil 30	40,0	-0,68	43,23	35,2	-0,72	42,82	28,7	-0,78	42,20
	Percentil 40	45,0	-0,38	46,22	41,6	-0,39	46,09	35,2	-0,31	46,94
	Percentil 50	52,0	0,04	50,40	52,0	0,14	51,40	37,5	-0,14	48,62
	Percentil 60	57,0	0,34	53,38	56,0	0,34	53,45	39,0	-0,03	49,72
	Percentil 70	62,0	0,64	56,37	61,0	0,60	56,00	43,1	0,27	52,71
	Percentil 80	67,4	0,96	59,59	68,2	0,97	59,68	55,2	1,15	61,54
Percentil 90	73,0	1,29	62,94	75,6	1,35	63,46	58,6	1,40	64,02	
	<i>n</i>	422	422	422	123	123	123	18	18	18

Notas:

z = escore padronizado (média=0, desvio padrão=1) correspondente ao escore bruto; *T* = escore padronizado (média=50, desvio padrão=10) correspondente ao escore bruto.

Discussão

O objetivo principal deste estudo foi apresentar as primeiras normas da escala de perfeccionismo APS-R para adultos brasileiros. Para alcançar tal fim, como objetivos específicos, a estrutura interna e invariância quanto ao sexo foram primeiramente investigadas, considerando que, embora exista um estudo brasileiro prévio com evidências de validade e confiabilidade da APS-R (Soares et al., 2020), a amostra do presente estudo é maior e mais heterogênea, quanto à idade e à origem dos participantes. Os resultados encontrados neste estudo indicaram melhor ajuste do modelo com três dimensões (padrões, ordem e discrepância) e sem um fator geral, semelhante à proposta do artigo original de construção da escala (Slaney et al., 2001). Ainda, essa estrutura parece ser invariante quanto ao sexo, resultado semelhante ao encontrado por Kira et al. (2018), em estudo conduzido com estudantes universitários egípcios e falantes de árabe. É importante destacar que, embora alguns estudos confirmem a estrutura originalmente proposta para a escala com três dimensões (por exemplo, Arana et al., 2009, Diamantopoulou e Platsidou, 2014 e Sastre-Riba et al., 2016), outros estudos apontam estruturas diferentes, algumas delas com menos fatores (Bokhari & Shahed, 2019), e outros sugerem um maior número de fatores, a exemplo do estudo feito por Park (2009). As diferenças encontradas na estrutura fatorial da APS-R podem ser decorrentes tanto das diferenças na expressão do perfeccionismo entre as faixas etárias distintas incluídas nos vários estudos com o instrumento (adolescentes, adultos jovens e adultos mais velhos) quanto dos métodos de retenção de fatores e de estimação da estrutura da escala, tais como análises fatoriais exploratórias, confirmatórias e por componentes principais.

A fim de verificar se sexo e idade interferem nos níveis de perfeccionismo, para a criação das normas, diversas análises de comparação de grupos, para cada dimensão da APS-R, foram realizadas. Os resultados encontrados apontaram a existência de diferenças estatisticamente significativas entre homens e mulheres apenas para Ordem. Os estudos investigando diferenças em perfeccionismo entre homens e mulheres apresentam resultados contraditórios e pouco convergentes. Por exemplo, o estudo de Arana et al. (2009) com adultos argentinos apontou resultados, de certa forma, semelhantes aos encontrados no presente estudo, a saber: diferenças entre homens e mulheres apenas para Ordem e Padrões, mas não para Discrepância. Por outro lado, o estudo conduzido por Diamantopoulou e Platsidou (2014), com adultos gregos, sugeriu a inexistência de diferenças de sexo no perfeccionismo avaliado pela APS-R. Esses resultados discrepantes

tornam possível levantar a hipótese de que as diferenças relacionadas ao sexo no perfeccionismo possam ser mais bem explicadas por fatores sociais específicos de cada cultura, considerando o impacto que tais fatores exercem no desenvolvimento e manutenção do perfeccionismo, como apontado por Curran e Hill (2019).

No que se refere às diferenças de faixa etária, os resultados encontrados nas comparações entre os grupos etários incluídos no presente estudo indicam a existência de diferenças significativas apenas para Discrepância. A tendência aponta certa estabilidade dos escores em mulheres e diminuição dos escores para homens adultos maduros. Existem poucos estudos que investiguem a tendência desenvolvimental dos níveis de perfeccionismo, especialmente do ponto de vista longitudinal (Smith et al., 2021). Em linhas gerais, parece haver um aumento dos níveis de perfeccionismo da infância para adolescência e desta para início da idade adulta (Curran & Hill, 2019), e uma diminuição em adultos mais velhos e idosos (Robinson et al., 2021). Essa característica parece acompanhar a tendência desenvolvimental do traço de personalidade conscienciosidade, que compartilha variância com a dimensão de esforços perfeccionistas (Smith et al., 2021), em que se observa que a conscienciosidade aumenta no final da adolescência e durante quase toda a idade adulta, com redução no final dessa idade, mais acentuadamente na terceira idade (Costa et al., 2019). Ademais, as pressões e expectativas sociais por resultados e desempenhos elevados, excelentes e cada vez mais inalcançáveis e por uma imagem e estilo de vida perfeitos, que parecem contribuir fortemente para o desenvolvimento do perfeccionismo, ficam mais evidentes com a entrada na adolescência e idade adulta (Curran & Hill, 2019; Damian et al., 2021), o que pode auxiliar numa provável explicação para a tendência encontrada. Especificamente falando dos resultados do presente estudo, algumas comparações foram feitas com um número pequeno de participantes (18 homens adultos maduros). Assim, o uso das tabelas de percentil para esses grupos deve ser feito com cautela.

Conclusão

O presente estudo apresenta algumas limitações. A amostra não contempla participantes das diferentes regiões brasileiras, com a maioria proveniente do Sudeste (MG e SP). Essa é uma limitação no que se refere à representatividade da amostra normativa, que deveria incluir, conforme sugestão prevista nas diretrizes para normatização de instrumentos psicológicos, desenvolvida pelo Conselho Federal de Psicologia e publicada na Resolução 31/2022

(CFP, 2022), participantes de ao menos duas regiões geopolíticas brasileiras. Contudo, não há motivos suficientes para prever uma diferença na estrutura fatorial do instrumento entre diferentes estados brasileiros, uma vez que distintos níveis de perfeccionismo poderiam ser encontrados, considerando que fatores sociais e culturais são importantes para se compreender a expressão do construto (Curran & Hill, 2019). Ainda, algumas faixas etárias ficaram com número reduzido de participantes quando a amostra foi subdividida para a realização de análises de controle de sexo e faixa etária, especialmente. Nesse sentido, entende-se que seria necessária a ampliação da amostra, com a inclusão de mais participantes com idades acima de 40 anos. Sugere-se, ainda, que a expansão das normas seja feita a partir da inclusão de grupos clínicos, o que possibilitaria a criação de pontos de corte para separação de grupos clínicos e não clínicos, os quais seriam úteis para aplicações profissionais diversas.

Não obstante as limitações identificadas, o presente artigo apresenta as primeiras normas, ainda que preliminares, com amostra populacional adulta, de uma escala multidimensional de perfeccionismo, num cenário nacional e internacional de escassez de estudos normativos dos principais instrumentos de avaliação deste construto. Tais normas facilitarão o uso da APS-R por profissionais de saúde mental no contexto clínico e favorecerão a realização de avaliações referenciadas ao grupo dos pacientes, bem como o monitoramento do progresso terapêutico. Ademais, o estudo contribuirá para a realização de novas pesquisas sobre o perfeccionismo na população brasileira, direcionadas, especialmente, para o levantamento da eficácia de protocolos de intervenção para tratamento dos aspectos disfuncionais do funcionamento perfeccionista.

Referências

- Arana, F. G.; Keegan, E.; Rutzstein, G. (2009). Adaptación de una medida multidimensional de perfeccionismo, la Almost Perfect Scale – Revised (APS-R): Un estudio preliminar sobre sus propiedades psicométricas en una muestra de estudiantes universitarios argentinos. *Revista Evaluar*, 9(1), 35-53. <https://doi.org/10.35670/1667-4545.v9.n1.463>
- Asparouhov, T.; Muthén, B. (2009). Exploratory structural equation modeling. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 16(3), 397-438. <https://doi.org/10.1080/10705510903008204>
- Bokhari, F. A.; Shahed, S. (2019). Psychometric properties of the Urdu version of Almost Perfect Scale – R. *Pakistan Journal of Social and Clinical Psychology*, 17(2), 27-32. <https://tehqqeqat.org/english/articleDetails/11347>

- Brennan-Wydra, E.; Chung, H. W.; Angoff, N.; ChenFeng, J.; Phillips, A.; Schreiber, J.; Young, C.; Wilkins, K. (2021). Maladaptive perfectionism, impostor phenomenon, and suicidal ideation among medical students. *Academic Psychiatry*, 45(6), 708-715. <https://doi.org/10.1007/s40596-021-01503-1>
- Brown, T. A. (2015). *Confirmatory factor analysis for applied research*. Guilford.
- Callaghan, T.; Greene, D.; Shafran, R.; Lunn, J.; Egan, S. J. (2024). The relationships between perfectionism and symptoms of depression, anxiety and obsessive-compulsive disorder in adults: A systematic review and meta-analysis. *Cognitive Behaviour Therapy*, 53(2), 121-132. <https://doi.org/10.1080/16506073.2023.2277121>
- Canty, A.; Ripley, B. (2024). *boot: Bootstrap R (S-Plus) functions*. <https://doi.org/10.32614/cran.package.boot>
- CFP – Conselho Federal de Psicologia (2022). *Resolução 31, de 15/12/2022 – Estabelece diretrizes para a realização de Avaliação Psicológica e regulamenta o Sistema de Avaliação de Testes Psicológicos*. <https://atosoficiais.com.br/cfp/resolucao-do-exercicio-profissional-n-31-2022-estabelece-diretrizes-para-a-realizacao-de-avaliacao-psicologica-no-exercicio-profissional-da-psicologa-e-do-psicologo-regulamenta-o-sistema-de-avaliacao-de-testes-psicologicos>
- Chen, F. F. (2007). Sensitivity of goodness of fit indexes to lack of measurement invariance. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 14(3), 464-504. <https://doi.org/10.1080/10705510701301834>
- Costa, P. T.; McCrae, R. R.; Löckenhoff, C. E. (2019). Personality across the life span. *Annual Review of Psychology*, 70, 423-448. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-010418-103244>
- Curran, T.; Hill, A. P. (2019). Perfectionism is increasing over time: A meta-analysis of birth cohort differences from 1989 to 2016. *Psychological Bulletin*, 145(4), 410-429. <https://doi.org/10.1037/bul0000138>
- Damian, L. E.; Negru-Subtirica, O.; Stoeber, J.; Vois, D. (2021). On the longitudinal interplay between perfectionism and general affect in adolescents. *Journal of Research in Personality*, 93, 104102. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2021.104102>
- Dautovich, N. D.; Reid, M. P.; Sabet, S. M.; Ghose, S. M.; Dzierzewski, J. M. (2021). Practice does not make perfect: The tireless pursuit of achieving perfect sleep. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(16), 8523. <https://doi.org/10.3390/ijerph18168523>
- De Rosa, L.; Miracco, M. C.; Galarregui, M. S.; Keegan, E. G. (2023). Perfectionism and rumination in depression. *Current Psychology*, 42(6), 4851-4861. <https://doi.org/10.1007/s12144-021-01834-0>
- Diamantopoulou, G.; Platsidou, M. (2014). Factorial validity and psychometric properties of the Greek version of the Almost Perfect Scale Revised (APS-R). *Hellenic Journal of Psychology*, 11(2), 123-137. https://pseve.gr/wp-content/uploads/2018/03/Volume11_Issue2_Diamantopoulou.pdf

- Filippello, P.; Sorrenti, L.; Buzzai, C.; Costa, S. (2016). The Almost Perfect Scale – Revised: An Italian adaptation. *Giornale Italiano di Psicologia*, (4), 911-932. <https://www.rivisteweb.it/doi/10.1421/85584>
- Flett, G. L.; Hewitt, P. L. (2020). Reflections on three decades of research on multidimensional perfectionism: An introduction to the special issue on further advances in the assessment of perfectionism. *Journal of Psychoeducational Assessment*, 38(1), 3-14. <https://doi.org/10.1177/0734282919881928>
- Frost, R. O.; Marten, P.; Lahart, C.; Rosenblate, R. (1990). The dimensions of perfectionism. *Cognitive Therapy and Research*, 14(5), 449-468. <https://doi.org/10.1007/bf01172967>
- Haukoos, J. S.; Lewis, R. J. (2005). Advanced statistics: Bootstrapping confidence intervals for statistics with “difficult” distributions. *Academic Emergency Medicine*, 12(4), 360-365. <https://doi.org/10.1197/j.aem.2004.11.018>
- Hewitt, P. L.; Flett, G. L. (1991). Perfectionism in the self and social contexts: Conceptualization, assessment, and association with psychopathology. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60(3), 456-470. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.60.3.456>
- Hewitt, P. L.; Smith, M. M.; Deng, X.; Chen, C.; Ko, A.; Flett, G. L.; Paterson, R. J. (2020). The perniciousness of perfectionism in group therapy for depression: A test of the perfectionism social disconnection model. *Psychotherapy*, 57(2), 206-218. <https://doi.org/10.1037/pst0000281>
- Hutz, C. S.; Bandeira, D. R.; Trentini, C. M. (Orgs.) (2015). *Psicometria*. Artmed.
- Kaçar-Başaran, S. (2022). Perfectionism: Its structure, transdiagnostic nature, and cognitive behavioral therapy. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 14(4), 518-525. <https://doi.org/10.18863/pgy.1082001>
- Kira, I.; Kira, I.; Shuwiekh, H.; Rice, K.; Ashby, J. (2018). Is the “Almost Perfect Scale” almost perfect? The psychometric properties of the Arabic version of APS-R and its short form. *Psychology*, 9(7), 1875-1897. <https://doi.org/10.4236/psych.2018.97109>
- Kothari, R.; Barker, C.; Pistrang, N.; Rozenal, A.; Egan, S.; Wade, T.; Allcott-Watson, H.; Andersson, G.; Shafran, R. (2019). A randomised controlled trial of guided internet-based cognitive behavioural therapy for perfectionism: Effects on psychopathology and transdiagnostic processes. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 64, 113-122. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2019.03.007>
- Leitgöb, H.; Seddig, D.; Asparouhov, T.; Behr, D.; Davidov, E.; De Roover, K.; Jak, S.; Meitinger, K.; Menold, N.; Muthén, B.; Rudnev, M.; Schmidt, P.; van de Schoot, R. (2023). Measurement invariance in the social sciences: Historical development, methodological challenges, state of the art, and future perspectives. *Social Science Research*, 110, 102805. <https://doi.org/10.1016/j.ssresearch.2022.102805>

- Lenth, R. V. (2024). *emmeans: Estimated Marginal Means, aka Least-Squares Means*. <https://doi.org/10.32614/cran.package.emmeans>
- Li, C.-H. (2016). Confirmatory factor analysis with ordinal data: Comparing robust maximum likelihood and diagonally weighted least squares. *Behavior Research Methods*, 48(3), 936-949. <https://doi.org/10.3758/S13428-015-0619-7>
- Li, Y.; Baoyong, L.; Xiuge, Z.; Yuchen, W. (2007). The Chinese version of Almost Perfect Scale – Revised. *Studies of Psychology and Behavior*, 5(2), 139. <https://psybeh.tjnu.edu.cn/EN/Y2007/V5/I2/139>
- Limburg, K.; Watson, H. J.; Hagger, M. S.; Egan, S. J. (2017). The relationship between perfectionism and psychopathology: A meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology*, 73(10), 1301-1326. <https://doi.org/10.1002/jclp.22435>
- Livet, A.; Navarri, X.; Pomerleau, P. P.; Champagne, S.; Yunus, F. M.; Chadi, N.; McVey, G.; Conrod, P. (2023). Perfectionism in children and adolescents with eating-related symptoms: A systematic review and a meta-analysis of effect estimates. *Adolescents*, 3(2), 305-329. <https://doi.org/10.3390/adolescents3020022>
- Lunn, J.; Greene, D.; Callaghan, T.; Egan, S. J. (2023). Associations between perfectionism and symptoms of anxiety, obsessive-compulsive disorder and depression in young people: A meta-analysis. *Cognitive Behaviour Therapy*, 52(5), 460-487. <https://doi.org/10.1080/16506073.2023.2211736>
- Maricuțoiu, L. P.; Măgurean, S.; Tulbure, B. T. (2020). Perfectionism in a transdiagnostic context: An investigation of the criterion validity of the Almost Perfect Scale – Revised. *European Journal of Psychological Assessment*, 36(4), 573-583. <https://doi.org/10.1027/1015-5759/a000541>
- Masood, T.; Naeem, F. (2021). Development of perfectionistic tendencies scale in university students. *Rawal Medical Journal*, 46(2), 397-402. <https://www.rmj.org.pk/?mno=44550>
- Nakano, K. (2009). Perfectionism, self-efficacy, and depression: Preliminary analysis of the Japanese version of the Almost Perfect Scale – Revised. *Psychological Reports*, 104(3), 896-908. <https://doi.org/10.2466/pr0.104.3.896-908>
- Oros, L. B.; Vargas-Rubilar, J. (2016). Perfeccionismo infantil: Normalización de una escala argentina para su evaluación. *Acción Psicológica*, 13(2), 117. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1578-908X2016000200117
- Park, H.-J. (2009). Validation study of the Almost Perfect Scale – Revised. *Korean Journal of Counseling and Psychotherapy*, 21(1), 131-149. <https://accesson.kr/kcpa/v.21/1/131/20536>
- Pornprasertmanit, S.; Miller, P.; Schoemann, A.; Rosseel, Y. (2015). *semTools: Useful tools for structural equation modeling* (0.4–9). <https://doi.org/10.32614/cran.package.semtools>
- Rassaby, M.; Cassiello-Robbins, C.; Sauer-Zavala, S. (2021). When perfect is never good enough: The predictive role of discrepancy on anxiety, time spent on academic tasks, and psychological well-being in university students. *Personality and Individual Differences*, 168, 110305. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2020.110305>

- Reise, S. P.; Bonifay, W.; Haviland, M. G. (2018). Bifactor modelling and the evaluation of scale scores. In: P. Irwing, T. Booth, D. J. Hughes (Eds.), *The Wiley handbook of psychometric testing: A multidisciplinary reference on survey, scale and test development*, cap. 22, p. 675-707. Wiley. <https://doi.org/10.1002/9781118489772.ch22>
- Rice, K. G.; Ashby, J. S. (2007). An efficient method for classifying perfectionists. *Journal of Counseling Psychology*, 54(1), 72-85. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.54.1.72>
- Robinson, A.; Divers, R.; Moscardini, E.; Calamia, M. (2021). Perfectionism, conscientiousness, and neuroticism: Does age matter?. *Personality and Individual Differences*, 172, 110563. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2020.110563>
- Rodriguez, A.; Reise, S. P.; Haviland, M. G. (2016). Evaluating bifactor models: Calculating and interpreting statistical indices. *Psychological Methods*, 21(2), 137-150. <https://doi.org/10.1037/met0000045>
- Rosseel, Y. (2012). lavaan: An R package for structural equation modeling. *Journal of Statistical Software*, 48(2). <https://doi.org/10.18637/jss.v048.i02>
- Sastre-Riba, S.; Pérez-Albéniz, A.; Fonseca-Pedrero, E. (2016). Assessing perfectionism in children and adolescents: Psychometric properties of the Almost Perfect Scale Revised. *Learning and Individual Differences*, 49, 386-392. <https://doi.org/10.1016/j.lindif.2016.06.022>
- Shafraan, R.; Egan, S. J.; Wade, T. D. (2023). Coming of age: A reflection of the first 21 years of cognitive behaviour therapy for perfectionism. *Behaviour Research and Therapy*, 161, 104258. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2023.104258>
- Slaney, R. B.; Rice, K. G.; Mobley, M.; Trippi, J.; Ashby, J. S. (2001). The Revised Almost Perfect Scale. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, 34(3), 130-145. <https://doi.org/10.1080/07481756.2002.12069030>
- Smith, M. M.; Sherry, S. B.; Ge, S. Y. J.; Hewitt, P. L.; Flett, G. L.; Baggeley, D. L. (2022). Multidimensional perfectionism turns 30: A review of known knowns and known unknowns. *Canadian Psychology*, 63(1), 16-31. <https://doi.org/10.1037/cap0000288>
- Smith, M. M.; Sherry, S. B.; Ray, C.; Hewitt, P. L.; Flett, G. L. (2021). Is perfectionism a vulnerability factor for depressive symptoms, a complication of depressive symptoms, or both? A meta-analytic test of 67 longitudinal studies. *Clinical Psychology Review*, 84, 101982. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.101982>
- Soares, F. H. R.; Carvalho, A. V.; Keegan, E.; Neufeld, C. B.; Mansur-Alves, M. (2020). Adaptação e validação da escala de perfeccionismo Almost Perfect Scale – Revised para o português brasileiro. *Avaliação Psicológica*, 19(3), 310-321. <https://doi.org/10.15689/ap.2020.1903.17282.09>
- Soper, D. (2024). *Structural Equation Model Sample Size Calculator* [online software]. <https://www.analyticscalculators.com/calculator.aspx?id=89>

- Stoeber, J.; Otto, K. (2006). Positive conceptions of perfectionism: Approaches, evidence, challenges. *Personality and Social Psychology Review*, 10(4), 295-319. https://doi.org/10.1207/s15327957pspr1004_2
- Ulu, İ. P.; Tezer, E.; Slaney, R. B. (2012). Investigation of adaptive and maladaptive perfectionism with Turkish Almost Perfect Scale – Revised. *Psychological Reports*, 110(3), 1007-1020. <https://doi.org/10.2466/09.02.20.pr0.110.3.1007-1020>
- Urbina, S. (2009). *Fundamentos da testagem psicológica*. Artmed.
- Whittaker, T. A.; Schumacker, R. E. (2022). *A beginner's guide to structural equation modeling* (5th ed.). Routledge.
- Yang, J.-H.; Yang, H.-J.; Choi, C.; Bum, C.-H. (2023). Systematic review and meta-analysis on burnout owing to perfectionism in elite athletes based on the Multidimensional Perfectionism Scale (MPS) and Athlete Burnout Questionnaire (ABQ). *Healthcare*, 11(10), 1417. <https://doi.org/10.3390/healthcare11101417>
- Zuroff, D. C.; Kelly, A. C.; Leybman, M. J.; Blatt, S. J.; Wampold, B. E. (2010). Between-therapist and within-therapist differences in the quality of the therapeutic relationship: Effects on maladjustment and self-critical perfectionism. *Journal of Clinical Psychology*, 66(7), 681-697. <https://doi.org/10.1002/jclp.20683>

Apêndice — material suplementar

Tabela S1 — Número de participantes em cada unidade federativa do Brasil

Unidade Federativa	f	%
Alagoas (AL)	3	0,2
Bahia (BA)	67	3,6
Ceará (CE)	8	0,4
Distrito Federal (DF)	3	0,2
Espírito Santo (ES)	7	0,4
Goiás (GO)	10	0,5
Maranhão (MA)	1	0,1
Minas Gerais (MG)	1.431	77,5
Mato Grosso do Sul (MS)	1	0,1
Mato Grosso (MT)	3	0,2
Pernambuco (PE)	19	1,0
Paraná (PR)	11	0,6
Rio de Janeiro (RJ)	55	3,0
Rio Grande do Norte (RN)	10	0,5
Rondônia (RO)	7	0,4
Rio Grande do Sul (RS)	33	1,8
Santa Catarina (SC)	3	0,2
Sergipe (SE)	1	0,1
São Paulo (SP)	164	8,9
Dados ausentes	10	0,5

Nota:

Este estudo contou com participantes de 19 das 27 UFs do Brasil.

Tabela S2 — Análises descritivas dos itens da APS-R

Item	Média	Desvio padrão	Assimetria	Curtose
1	4,85	1,55	-0,69	-0,20
2	4,73	1,72	-0,54	-0,69
3	5,12	1,75	-0,75	-0,52
4	5,89	1,31	-1,43	1,90
5	5,07	1,72	-0,79	-0,27
6	4,47	1,97	-0,32	-1,16
7	5,35	1,48	-0,88	0,24
8	5,41	1,56	-1,05	0,42
9	4,17	1,75	-0,06	-1,10
10	5,03	1,59	-0,66	-0,41
11	4,28	2,00	-0,14	-1,31
12	4,56	1,87	-0,38	-1,01
13	3,51	1,96	0,30	-1,23
14	5,37	1,58	-1,00	0,27
15	4,81	1,83	-0,52	-0,89
16	3,92	1,83	0,14	-1,16
17	3,48	1,97	0,38	-1,19
18	5,54	1,51	-1,16	0,76
19	3,64	1,80	0,29	-1,04
20	3,65	1,93	0,29	-1,23
21	3,78	1,95	0,21	-1,28
22	4,90	1,68	-0,60	-0,56
23	4,21	1,92	-0,11	-1,26

Figura S1 — Distribuição das respostas na escala dos itens

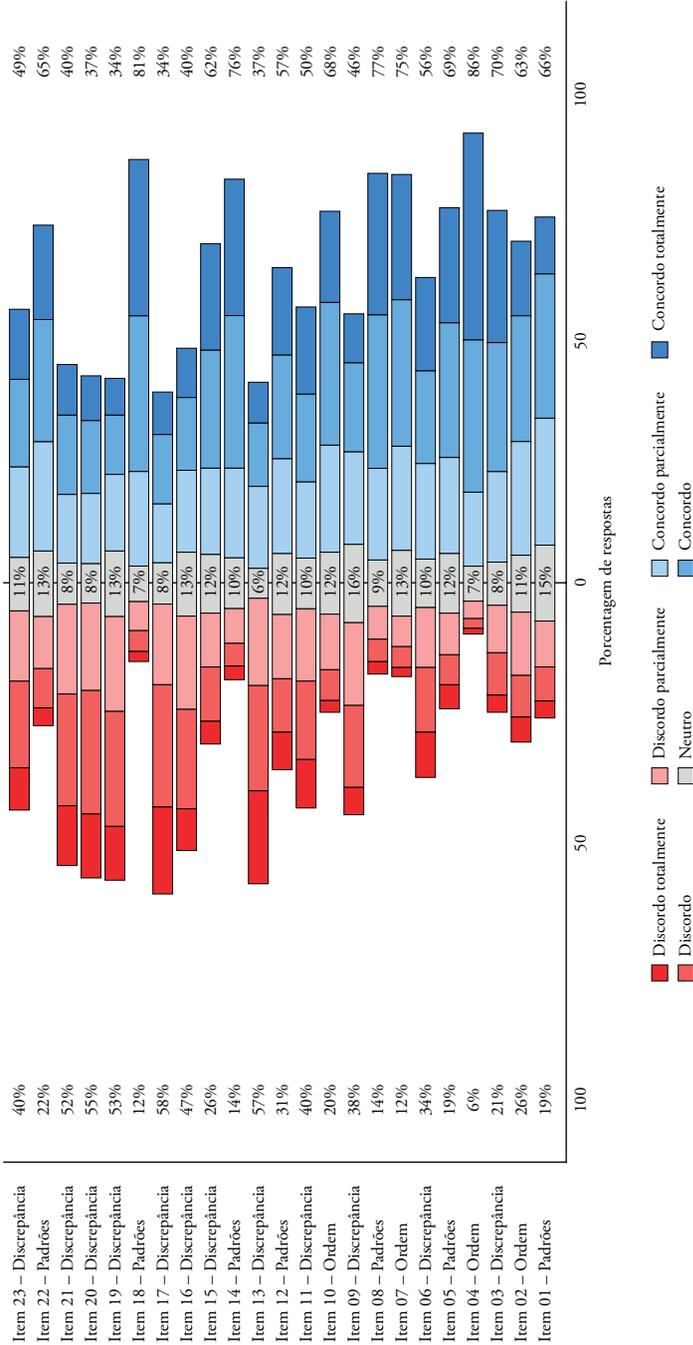
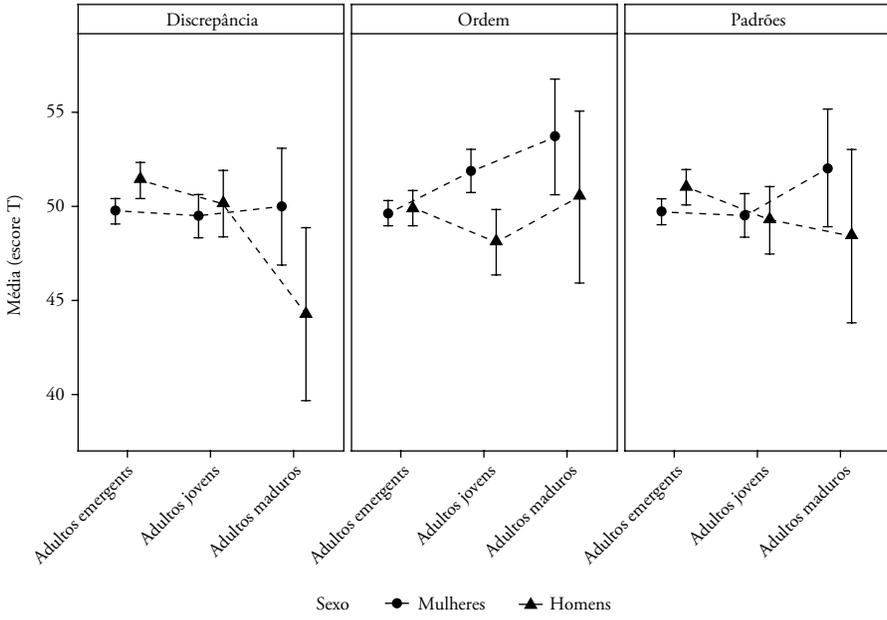


Figura S2 — Médias estimadas dos escores da APS-R para as comparações entre grupos etários e sexo



Nota:

As barras de erro indicam o intervalo de confiança de 95%.

Tabela S3 — Análises *post-hoc* para a interação entre sexo e faixa etária nos escores em Ordem

Comparação	Δ média	IC 95%		<i>T</i>	<i>p</i> Tukey	<i>d</i>
		Inferior	Superior			
MAE–HAE	–0,28	–1,37	0,98	–0,48	0,997	–0,03
MAE–MAJ	–2,26	–3,54	–0,99	–3,34	0,011	–0,23
MAE–HAJ	1,52	–0,36	3,46	1,59	0,605	0,15
MAE–MAM	–4,07	–6,51	–0,94	–2,54	0,113	–0,41
MAE–HAM	–0,88	–3,99	2,54	–0,38	0,999	–0,09
HAE–MAJ	–1,98	–3,49	–0,59	–2,61	0,095	–0,20
HAE–HAJ	1,80	–0,23	3,82	1,78	0,482	0,18
HAE–MAM	–3,79	–6,40	–0,58	–2,31	0,189	–0,38
HAE–HAM	–0,60	–3,82	2,88	–0,25	1,000	–0,06
MAJ–HAJ	3,78	1,63	5,90	3,54	0,005	0,38
MAJ–MAM	–1,81	–4,45	1,37	–1,08	0,889	–0,18
MAJ–HAM	1,38	–1,80	4,87	0,57	0,993	0,14
HAJ–MAM	–5,59	–8,65	–2,10	–3,10	0,024	–0,56
HAJ–HAM	–2,40	–5,86	1,46	–0,96	0,930	–0,24
MAM–HAM	3,19	–0,88	7,44	1,13	0,867	0,32

Notas:

MAE = Mulheres adultas emergentes; MAJ = Mulheres adultas jovens; MAM = Mulheres adultas maduras;

HAE = Homens adultos emergentes; HAJ = Homens adultos jovens; HAM = homens adultos maduros.

Valores em negrito indicam as comparações significativas.

Valores de *p* ajustados para múltiplas comparações usando *post-hoc* de Tukey.

Tabela S4 — Análises *post-hoc* para a interação entre sexo e faixa etária nos escores em Discrepância

Comparação	Δ média	IC 95%		<i>T</i>	<i>p</i> Tukey	<i>d</i>
		Inferior	Superior			
MAE–HAE	–1,63	–2,77	–0,44	–2,74	0,067	–0,16
MAE–MAJ	0,28	–1,04	1,57	0,41	0,999	0,03
MAE–HAJ	–0,39	–2,52	1,74	–0,41	0,999	–0,04
MAE–MAM	–0,23	–3,79	3,01	–0,14	1,000	–0,02
MAE–HAM	5,49	1,10	8,80	2,31	0,190	0,55
HAE–MAJ	1,91	0,39	3,34	2,50	0,126	0,19
HAE–HAJ	1,24	–1,08	3,48	1,21	0,831	0,12
HAE–MAM	1,40	–2,23	4,71	0,85	0,958	0,14
HAE–HAM	7,12	2,65	10,57	2,97	0,036	0,71
MAJ–HAJ	–0,67	–3,10	1,58	–0,62	0,989	–0,07
MAJ–MAM	–0,51	–4,22	2,87	–0,30	1,000	–0,05
MAJ–HAM	5,21	0,67	8,63	2,15	0,263	0,52
HAJ–MAM	0,17	–3,90	3,96	0,09	1,000	0,02
HAJ–HAM	5,88	1,00	9,74	2,34	0,180	0,59
MAM–HAM	5,71	0,46	10,56	2,02	0,332	0,57

Notas:

MAE = Mulheres adultas emergentes; MAJ = Mulheres adultas jovens; MAM = Mulheres adultas maduras;

HAE = Homens adultos emergentes; HAJ = Homens adultos jovens; HAM = homens adultos maduros.

Valores em negrito indicam as comparações significativas.

Valores de *p* ajustados para múltiplas comparações usando *post-hoc* de Tukey.

Tabela S5 — Percentis e escores padronizados para as dimensões Ordem e Discrepância para a amostra geral

	Total	<i>z</i>	<i>T</i>
Ordem			
Média	21,01	0,00	50,00
<i>DP</i>	4,69	1,00	10,00
Percentil 10	15,00	-1,28	37,18
Percentil 20	17,00	-0,86	41,45
Percentil 30	19,00	-0,43	45,71
Percentil 40	20,00	-0,22	47,84
Percentil 50	22,00	0,21	52,11
Percentil 60	23,00	0,42	54,24
Percentil 70	24,00	0,64	56,38
Percentil 80	25,00	0,85	58,51
Percentil 90	27,00	1,28	62,78
<i>n</i>	1.735	1.735	1.735
Discrepância			
Média	49,14	0,00	50,00
<i>DP</i>	16,78	1,00	10,00
Percentil 10	27,60	-1,28	37,16
Percentil 20	34,00	-0,90	40,97
Percentil 30	39,00	-0,60	43,95
Percentil 40	43,00	-0,37	46,34
Percentil 50	48,00	-0,07	49,32
Percentil 60	53,00	0,23	52,30
Percentil 70	59,00	0,59	55,87
Percentil 80	66,00	1,00	60,05
Percentil 90	73,00	1,42	64,22
<i>n</i>	1.735	1.735	1.735

Tabela S6 — Percentis e escores padronizados para a APS-R de acordo com a faixa etária

Grupo etário		Total	<i>z</i>	<i>T</i>
		Padrões		
Adultos emergentes	Média	35,81	0,00	50,00
	<i>DP</i>	7,67	1,00	10,00
	Percentil 10	25,00	-1,41	35,92
	Percentil 20	29,00	-0,89	41,13
	Percentil 30	32,00	-0,50	45,04
	Percentil 40	35,00	-0,11	48,95
	Percentil 50	37,00	0,16	51,56
	Percentil 60	39,00	0,42	54,16
	Percentil 70	41,00	0,68	56,77
	Percentil 80	43,00	0,94	59,38
	Percentil 90	45,00	1,20	61,98
		<i>n</i>	1.270	1.270
Adultos jovens	Média	35,25	0,00	50,00
	<i>DP</i>	8,43	1,00	10,00
	Percentil 10	22,80	-1,48	35,23
	Percentil 20	28,00	-0,86	41,40
	Percentil 30	32,00	-0,39	46,14
	Percentil 40	34,00	-0,15	48,52
	Percentil 50	36,00	0,09	50,89
	Percentil 60	39,00	0,44	54,45
	Percentil 70	41,00	0,68	56,82
	Percentil 80	42,00	0,80	58,01
	Percentil 90	45,00	1,16	61,57
		<i>n</i>	407	407
Adultos maduros	Média	36,40	0,00	50,00
	<i>DP</i>	7,10	1,00	10,00
	Percentil 10	26,90	-1,34	36,63
	Percentil 20	28,80	-1,07	39,30
	Percentil 30	32,00	-0,62	43,81
	Percentil 40	34,00	-0,34	46,62
	Percentil 50	37,50	0,16	51,55
	Percentil 60	38,00	0,23	52,26
	Percentil 70	41,00	0,65	56,48
	Percentil 80	44,00	1,07	60,71
	Percentil 90	46,10	1,37	63,67
		<i>n</i>	58	58

continua...

...continuação

Grupo etário		Total	<i>z</i>	<i>T</i>
	Ordem			
Adultos emergentes	Média	20,85	0,00	50,00
	<i>DP</i>	4,72	1,00	10,00
	Percentil 10	15,00	-1,24	37,61
	Percentil 20	17,00	-0,82	41,85
	Percentil 30	19,00	-0,39	46,08
	Percentil 40	20,00	-0,18	48,20
	Percentil 50	21,00	0,03	50,32
	Percentil 60	23,00	0,46	54,56
	Percentil 70	24,00	0,67	56,67
	Percentil 80	25,00	0,88	58,79
	Percentil 90	27,00	1,30	63,03
	<i>n</i>	1.270	1.270	1.270
Adultos jovens	Média	21,33	0,00	50,00
	<i>DP</i>	4,66	1,00	10,00
	Percentil 10	15,00	-1,36	36,42
	Percentil 20	17,00	-0,93	40,71
	Percentil 30	19,00	-0,50	45,00
	Percentil 40	21,00	-0,07	49,28
	Percentil 50	22,00	0,14	51,43
	Percentil 60	23,00	0,36	53,57
	Percentil 70	24,00	0,57	55,72
	Percentil 80	26,00	1,00	60,00
	Percentil 90	27,00	1,21	62,15
	<i>n</i>	407	407	407
Adultos maduros	Média	22,26	0,00	50,00
	<i>DP</i>	3,84	1,00	10,00
	Percentil 10	16,90	-1,39	36,05
	Percentil 20	19,00	-0,85	41,52
	Percentil 30	20,00	-0,59	44,12
	Percentil 40	22,00	-0,07	49,33
	Percentil 50	23,00	0,19	51,93
	Percentil 60	24,00	0,45	54,53
	Percentil 70	25,00	0,71	57,14
	Percentil 80	25,00	0,71	57,14
	Percentil 90	27,00	1,23	62,34
	<i>n</i>	58	58	58

continua...

...continuação

Grupo etário		Total	<i>z</i>	<i>T</i>
Discrepância				
Adultos emergentes	Média	49,51	0,00	50,00
	<i>DP</i>	16,57	1,00	10,00
	Percentil 10	28,00	-1,30	37,02
	Percentil 20	34,00	-0,94	40,64
	Percentil 30	39,00	-0,63	43,66
	Percentil 40	43,00	-0,39	46,07
	Percentil 50	48,00	-0,09	49,09
	Percentil 60	53,00	0,21	52,11
	Percentil 70	60,00	0,63	56,33
	Percentil 80	66,00	1,00	59,95
	Percentil 90	73,00	1,42	64,18
	<i>n</i>	1.270	1.270	1.270
Adultos jovens	Média	48,47	0,00	50,00
	<i>DP</i>	17,33	1,00	10,00
	Percentil 10	25,00	-1,35	36,46
	Percentil 20	33,00	-0,89	41,07
	Percentil 30	38,00	-0,60	43,96
	Percentil 40	43,00	-0,32	46,85
	Percentil 50	49,00	0,03	50,31
	Percentil 60	54,00	0,32	53,19
	Percentil 70	58,00	0,55	55,50
	Percentil 80	65,40	0,98	59,77
	Percentil 90	72,00	1,36	63,58
	<i>n</i>	407	407	407
Adultos maduros	Média	46,00	0,00	50,00
	<i>DP</i>	17,25	1,00	10,00
	Percentil 10	26,90	-1,11	38,93
	Percentil 20	30,60	-0,89	41,07
	Percentil 30	34,00	-0,70	43,04
	Percentil 40	39,00	-0,41	45,94
	Percentil 50	41,00	-0,29	47,10
	Percentil 60	44,40	-0,09	49,07
	Percentil 70	51,50	0,32	53,19
	Percentil 80	69,20	1,34	63,45
	Percentil 90	73,10	1,57	65,71
	<i>n</i>	58	58	58

Tabela S7 — Percentis e escores padronizados para a APS-R de acordo com o sexo

Sexo		Total	<i>z</i>	<i>T</i>
	Padrões			
Mulheres	Média	35,49	0,00	50,00
	<i>DP</i>	8,00	1,00	10,00
	Percentil 10	24,00	-1,44	35,63
	Percentil 20	28,60	-0,86	41,38
	Percentil 30	32,00	-0,44	45,63
	Percentil 40	34,20	-0,16	48,38
	Percentil 50	37,00	0,19	51,88
	Percentil 60	39,00	0,44	54,38
	Percentil 70	41,00	0,69	56,88
	Percentil 80	43,00	0,94	59,38
	Percentil 90	45,00	1,19	61,88
	<i>n</i>	1.172	1.172	1.172
Homens	Média	36,12	0,00	50,00
	<i>DP</i>	7,48	1,00	10,00
	Percentil 10	26,00	-1,35	36,47
	Percentil 20	30,00	-0,82	41,82
	Percentil 30	32,00	-0,55	44,49
	Percentil 40	35,00	-0,15	48,50
	Percentil 50	37,00	0,12	51,18
	Percentil 60	39,00	0,39	53,85
	Percentil 70	41,00	0,65	56,53
	Percentil 80	43,00	0,92	59,20
	Percentil 90	45,00	1,19	61,87
	<i>n</i>	563	563	563
	Ordem			
Mulheres	Média	21,13	0,00	50,00
	<i>DP</i>	4,68	1,00	10,00
	Percentil 10	15,00	-1,31	36,92
	Percentil 20	17,00	-0,88	41,18
	Percentil 30	19,00	-0,45	45,45
	Percentil 40	20,00	-0,24	47,59
	Percentil 50	22,00	0,19	51,86
	Percentil 60	23,00	0,40	53,99
	Percentil 70	24,00	0,61	56,13
	Percentil 80	25,00	0,83	58,26
	Percentil 90	27,00	1,25	62,53
	<i>n</i>	1.172	1.172	1.172

continua...

...continuação

Sexo		Total	z	T
Homens	Média	20,76	0,00	50,00
	DP	4,69	1,00	10,00
	Percentil 10	15,00	-1,23	37,72
	Percentil 20	17,00	-0,80	41,98
	Percentil 30	19,00	-0,38	46,24
	Percentil 40	20,00	-0,16	48,38
	Percentil 50	22,00	0,26	52,64
	Percentil 60	23,00	0,48	54,77
	Percentil 70	24,00	0,69	56,90
	Percentil 80	25,00	0,90	59,03
	Percentil 90	26,00	1,12	61,17
	<i>n</i>	563	563	563
Discrepância				
Mulheres	Média	48,50	0,00	50,00
	DP	16,43	1,00	10,00
	Percentil 10	27,00	-1,31	36,91
	Percentil 20	33,60	-0,91	40,93
	Percentil 30	38,90	-0,58	44,16
	Percentil 40	42,00	-0,40	46,05
	Percentil 50	47,00	-0,09	49,09
	Percentil 60	52,00	0,21	52,13
	Percentil 70	58,00	0,58	55,79
	Percentil 80	64,00	0,94	59,44
	Percentil 90	72,00	1,43	64,31
	<i>n</i>	1.172	1.172	1.172
Homens	Média	50,50	0,00	50,00
	DP	17,43	1,00	10,00
	Percentil 10	28,00	-1,29	37,09
	Percentil 20	34,00	-0,95	40,54
	Percentil 30	39,00	-0,66	43,40
	Percentil 40	44,00	-0,37	46,27
	Percentil 50	51,00	0,03	50,29
	Percentil 60	56,00	0,32	53,16
	Percentil 70	61,00	0,60	56,03
	Percentil 80	68,00	1,00	60,04
	Percentil 90	73,00	1,29	62,91
	<i>n</i>	563	563	563

Tabela S8 — Percentis e escores padronizados para a APS-R de acordo com o sexo para adultos emergentes

Sexo		Total	<i>z</i>	<i>T</i>
	Padrões			
Mulheres	Média	35,47	0,00	50,00
	<i>DP</i>	7,92	1,00	10,00
	Percentil 10	24,00	-1,45	35,52
	Percentil 20	28,00	-0,94	40,57
	Percentil 30	32,00	-0,44	45,62
	Percentil 40	35,00	-0,06	49,41
	Percentil 50	37,00	0,19	51,93
	Percentil 60	39,00	0,45	54,46
	Percentil 70	41,00	0,70	56,98
	Percentil 80	43,00	0,95	59,51
	Percentil 90	45,00	1,20	62,03
	<i>n</i>	848	848	848
Homens	Média	36,49	0,00	50,00
	<i>DP</i>	7,11	1,00	10,00
	Percentil 10	27,00	-1,33	36,65
	Percentil 20	31,00	-0,77	42,28
	Percentil 30	33,00	-0,49	45,09
	Percentil 40	35,20	-0,18	48,19
	Percentil 50	37,00	0,07	50,72
	Percentil 60	39,00	0,35	53,54
	Percentil 70	41,00	0,64	56,35
	Percentil 80	43,00	0,92	59,17
	Percentil 90	45,00	1,20	61,98
	<i>n</i>	422	422	422
	Ordem			
Mulheres	Média	20,81	0,00	50,00
	<i>DP</i>	4,74	1,00	10,00
	Percentil 10	14,00	-1,44	35,65
	Percentil 20	17,00	-0,80	41,98
	Percentil 30	18,00	-0,59	44,08
	Percentil 40	20,00	-0,17	48,30
	Percentil 50	21,00	0,04	50,41
	Percentil 60	23,00	0,46	54,63
	Percentil 70	24,00	0,67	56,74
	Percentil 80	25,00	0,88	58,85
	Percentil 90	27,00	1,31	63,06
	<i>n</i>	848	848	848

continua...

...continuação

Sexo		Total	z	T
Homens	Média	20,94	0,00	50,00
	DP	4,68	1,00	10,00
	Percentil 10	15,00	-1,27	37,31
	Percentil 20	17,00	-0,84	41,59
	Percentil 30	19,00	-0,41	45,86
	Percentil 40	20,00	-0,20	48,00
	Percentil 50	22,00	0,23	52,27
	Percentil 60	23,00	0,44	54,40
	Percentil 70	24,00	0,65	56,54
	Percentil 80	25,00	0,87	58,68
	Percentil 90	26,00	1,08	60,81
	<i>n</i>	422	422	422
Discrepância				
Mulheres	Média	48,60	0,00	50,00
	DP	16,41	1,00	10,00
	Percentil 10	28,00	-1,25	37,45
	Percentil 20	34,00	-0,89	41,11
	Percentil 30	38,00	-0,65	43,54
	Percentil 40	42,00	-0,40	45,98
	Percentil 50	47,00	-0,10	49,03
	Percentil 60	52,00	0,21	52,07
	Percentil 70	58,00	0,57	55,73
	Percentil 80	65,00	1,00	59,99
	Percentil 90	73,00	1,49	64,87
	<i>n</i>	848	848	848
Homens	Média	51,33	0,00	50,00
	DP	16,75	1,00	10,00
	Percentil 10	30,00	-1,27	37,26
	Percentil 20	35,00	-0,98	40,25
	Percentil 30	40,00	-0,68	43,23
	Percentil 40	45,00	-0,38	46,22
	Percentil 50	52,00	0,04	50,40
	Percentil 60	57,00	0,34	53,38
	Percentil 70	62,00	0,64	56,37
	Percentil 80	67,40	0,96	59,59
	Percentil 90	73,00	1,29	62,94
	<i>n</i>	422	422	422

Tabela S9 — Percentis e escores padronizados para a APS-R de acordo com o sexo para adultos jovens

Sexo		Total	<i>z</i>	<i>T</i>
	Padrões			
Mulheres	Média	35,31	0,00	50,00
	<i>DP</i>	8,36	1,00	10,00
	Percentil 10	22,00	-1,59	34,08
	Percentil 20	29,00	-0,75	42,45
	Percentil 30	32,50	-0,34	46,64
	Percentil 40	34,00	-0,16	48,43
	Percentil 50	36,00	0,08	50,82
	Percentil 60	39,00	0,44	54,41
	Percentil 70	41,00	0,68	56,80
	Percentil 80	42,00	0,80	58,00
	Percentil 90	45,00	1,16	61,58
	<i>n</i>	284	284	284
Homens	Média	35,11	0,00	50,00
	<i>DP</i>	8,61	1,00	10,00
	Percentil 10	23,00	-1,41	35,94
	Percentil 20	27,80	-0,85	41,51
	Percentil 30	32,00	-0,36	46,39
	Percentil 40	34,00	-0,13	48,72
	Percentil 50	36,00	0,10	51,04
	Percentil 60	38,00	0,34	53,36
	Percentil 70	40,00	0,57	55,69
	Percentil 80	43,00	0,92	59,17
	Percentil 90	46,00	1,27	62,65
	<i>n</i>	123	123	123
	Ordem			
Mulheres	Média	21,87	0,00	50,00
	<i>DP</i>	4,47	1,00	10,00
	Percentil 10	16,00	-1,31	36,87
	Percentil 20	18,00	-0,87	41,34
	Percentil 30	20,00	-0,42	45,81
	Percentil 40	21,00	-0,20	48,05
	Percentil 50	23,00	0,25	52,52
	Percentil 60	24,00	0,48	54,75
	Percentil 70	25,00	0,70	56,99
	Percentil 80	26,00	0,92	59,23
	Percentil 90	27,00	1,15	61,46
	<i>n</i>	284	284	284

continua...

...continuação

Sexo		Total	z	T
Homens	Média	20,09	0,00	50,00
	DP	4,87	1,00	10,00
	Percentil 10	13,00	-1,46	35,45
	Percentil 20	15,80	-0,88	41,20
	Percentil 30	18,00	-0,43	45,71
	Percentil 40	19,00	-0,22	47,76
	Percentil 50	21,00	0,19	51,87
	Percentil 60	22,00	0,39	53,92
	Percentil 70	23,00	0,60	55,97
	Percentil 80	24,00	0,80	58,03
	Percentil 90	26,00	1,21	62,13
	<i>n</i>	123	123	123
Discrepância				
Mulheres	Média	48,13	0,00	50,00
	DP	16,29	1,00	10,00
	Percentil 10	26,00	-1,36	36,41
	Percentil 20	33,00	-0,93	40,71
	Percentil 30	39,00	-0,56	44,40
	Percentil 40	43,00	-0,31	46,85
	Percentil 50	48,50	0,02	50,23
	Percentil 60	53,00	0,30	52,99
	Percentil 70	57,50	0,58	55,76
	Percentil 80	63,00	0,91	59,13
	Percentil 90	71,00	1,40	64,05
	<i>n</i>	284	284	284
Homens	Média	49,25	0,00	50,00
	DP	19,57	1,00	10,00
	Percentil 10	22,00	-1,39	36,08
	Percentil 20	32,00	-0,88	41,19
	Percentil 30	35,20	-0,72	42,82
	Percentil 40	41,60	-0,39	46,09
	Percentil 50	52,00	0,14	51,40
	Percentil 60	56,00	0,34	53,45
	Percentil 70	61,00	0,60	56,00
	Percentil 80	68,20	0,97	59,68
	Percentil 90	75,60	1,35	63,46
	<i>n</i>	123	123	123

Tabela S10 — Percentis e escores padronizados para a APS-R de acordo com o sexo para adultos maduros

Sexo		Total	z	T
	Padrões			
Mulheres	Média	37,28	0,00	50,00
	DP	6,91	1,00	10,00
	Percentil 10	28,00	-1,34	36,58
	Percentil 20	30,20	-1,02	39,76
	Percentil 30	33,30	-0,58	44,25
	Percentil 40	35,80	-0,21	47,87
	Percentil 50	38,00	0,10	51,05
	Percentil 60	40,00	0,39	53,94
	Percentil 70	42,00	0,68	56,84
	Percentil 80	44,00	0,97	59,73
	Percentil 90	46,90	1,39	63,93
	<i>n</i>	40	40	40
Homens	Média	34,44	0,00	50,00
	DP	7,33	1,00	10,00
	Percentil 10	25,50	-1,22	37,79
	Percentil 20	27,00	-1,02	39,84
	Percentil 30	29,70	-0,65	43,52
	Percentil 40	31,20	-0,44	45,57
	Percentil 50	33,50	-0,13	48,71
	Percentil 60	38,00	0,49	54,85
	Percentil 70	38,60	0,57	55,67
	Percentil 80	41,60	0,98	59,77
	Percentil 90	45,20	1,47	64,68
	<i>n</i>	18	18	18
	Ordem			
Mulheres	Média	22,73	0,00	50,00
	DP	4,06	1,00	10,00
	Percentil 10	17,00	-1,41	35,89
	Percentil 20	19,00	-0,92	40,82
	Percentil 30	21,30	-0,35	46,49
	Percentil 40	23,00	0,07	50,68
	Percentil 50	24,00	0,31	53,14
	Percentil 60	25,00	0,56	55,61

continua...

...continuação

Sexo		Total	z	T
	Percentil 70	25,00	0,56	55,61
	Percentil 80	25,80	0,76	57,58
	Percentil 90	27,90	1,28	62,76
	<i>n</i>	40	40	40
Homens	Média	21,22	0,00	50,00
	<i>DP</i>	3,17	1,00	10,00
	Percentil 10	15,90	-1,68	33,22
	Percentil 20	18,80	-0,76	42,37
	Percentil 30	19,00	-0,70	43,00
	Percentil 40	20,60	-0,20	48,04
	Percentil 50	21,50	0,09	50,88
	Percentil 60	22,40	0,37	53,71
	Percentil 70	23,30	0,65	56,55
	Percentil 80	24,00	0,88	58,76
	Percentil 90	25,20	1,25	62,54
	<i>n</i>	18	18	18
Discrepância				
Mulheres	Média	48,98	0,00	50,00
	<i>DP</i>	18,00	1,00	10,00
	Percentil 10	28,10	-1,16	38,40
	Percentil 20	32,20	-0,93	40,68
	Percentil 30	36,90	-0,67	43,29
	Percentil 40	40,40	-0,48	45,24
	Percentil 50	43,00	-0,33	46,68
	Percentil 60	46,80	-0,12	48,79
	Percentil 70	63,50	0,81	58,07
	Percentil 80	70,80	1,21	62,13
	Percentil 90	77,60	1,59	65,90
	<i>n</i>	40	40	40
Homens	Média	39,39	0,00	50,00
	<i>DP</i>	13,70	1,00	10,00
	Percentil 10	24,00	-1,12	38,77
	Percentil 20	26,40	-0,95	40,52
	Percentil 30	28,70	-0,78	42,20

continua...

...continuação

Sexo	Total	<i>z</i>	<i>T</i>
Percentil 40	35,20	-0,31	46,94
Percentil 50	37,50	-0,14	48,62
Percentil 60	39,00	-0,03	49,72
Percentil 70	43,10	0,27	52,71
Percentil 80	55,20	1,15	61,54
Percentil 90	58,60	1,40	64,02
<i>n</i>	18	18	18

Recebido em 30 de novembro de 2021
 Aceito para publicação em 12 de abril de 2024

DEPRESSÃO, ANSIEDADE E CYBERBULLYING EM ADOLESCENTES DE PERNAMBUCO

*DEPRESSION, ANXIETY, AND CYBERBULLYING
IN ADOLESCENTS FROM PERNAMBUCO*

*DEPRESIÓN, ANSIEDAD Y CIBERACOSO
EN ADOLESCENTES DE PERNAMBUCO*

Suely de Melo Santana⁽¹⁾

Davi Italo Souza Barbosa da Silva⁽²⁾

Artur Cordeiro de Araújo Bezerra⁽³⁾

Juliana Maltoni⁽⁴⁾

Margarida Gaspar de Matos⁽⁵⁾

Carmem Beatriz Neufeld⁽⁶⁾

RESUMO

Com o advento das novas tecnologias digitais de informação e comunicação (TDIC), surgem novas ameaças à saúde mental adolescente, como o cyberbullying. O objetivo deste estudo foi verificar a associação entre sintomas depressivos e ansiosos e o cyberbullying em adolescentes de 13 a 15 anos do esta-

⁽¹⁾ Professora Adjunta I do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica da Universidade Católica de Pernambuco (Unicap), Recife, PE, Brasil.

<https://orcid.org/0000-0001-6770-2347> — email: suely.santana@unicap.br

⁽²⁾ Mestre em Psicologia Clínica pela Universidade Católica de Pernambuco (Unicap) e Professor de Psicologia da Universidade Frassinetti do Recife (UniFAFIRE), Recife, PE, Brasil.

<https://orcid.org/0000-0001-5758-1406> — email: davi.2017112049@unicap.br

⁽³⁾ Graduado em Psicologia pelo Departamento de Psicologia da Universidade Católica de Pernambuco (Unicap), Recife, PE, Brasil.

<https://orcid.org/0000-0002-2993-3803> — email: artur.2016110980@unicap.br

⁽⁴⁾ Mestre em Ciências pelo Departamento de Psicologia, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (USP), Ribeirão Preto, SP, Brasil.

<https://orcid.org/0000-0003-0230-2320> — email: julianamaltoni@gmail.com

⁽⁵⁾ Professora Catedrática do Instituto de Saúde Ambiental, Faculdade de Medicina, Universidade de Lisboa e Universidade Católica Portuguesa, Lisboa, Portugal.

<https://orcid.org/0000-0003-2114-2350> — email: mmmatos@ucp.pt

⁽⁶⁾ Livre Docente em Terapia Cognitivo-Comportamental do Departamento de Psicologia, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (USP), Ribeirão Preto, SP, Brasil.

<https://orcid.org/0000-0003-1097-2973> — email: cbneufeld@usp.br

Este estudo teve apoio financeiro do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

do de Pernambuco (Brasil), bem como diferenças sociodemográficas e de gênero. A amostra foi composta por 501 adolescentes. Os instrumentos utilizados foram o Protocolo HBSC, CDI e SCAS, adaptados para a língua portuguesa do Brasil. Foram realizadas análise da consistência interna, correlação, teste t, qui-quadrado e análises descritivas. Foi observada prevalência de 32,3% para cyberbullying pelo menos uma vez nos últimos dois meses. A prática se mostrou associada a escores altos para depressão, mas não para ansiedade. Verificou-se também uma correlação entre as formas investigadas de vitimização. Espera-se que esses resultados possam subsidiar estratégias de ação para a redução da violência digital na adolescência.

Palavras-chave: cyberbullying; adolescentes; depressão; ansiedade.

ABSTRACT

With the advent of new information and digital communication technologies, new threats to adolescent mental health arise, such as cyberbullying. The aim of this study was to verify the association between depressive and anxious symptoms and cyberbullying in adolescents aged 13 to 15 years in the state of Pernambuco (Brazil), as well the sociodemographic and gender differences. The sample consisted of 501 adolescents. The instruments used were the HBSC Protocol, CDI and SCAS, adapted to Brazilian Portuguese. Internal consistency, correlation, t-test, chi-square and descriptive analyses were performed. A prevalence of 32.3% was observed for cyberbullying at least once in the last two months, associated with depression, but not anxiety. There was also a correlation between the investigated forms of victimization. It is hoped that these results can support action strategies to reduce digital violence in adolescence.

Keywords: cyberbullying; adolescents; depression; anxiety.

RESUMEN

Con el advenimiento de las nuevas tecnologías de la información y la comunicación digital, surgen nuevas amenazas para la salud mental adolescente, como el ciberacoso. El objetivo de este estudio fue verificar la asociación entre los síntomas depresivos y ansiosos y el ciberacoso en adolescentes de 13 a 15 años del estado de Pernambuco (Brasil), así como las diferencias sociodemográficas y de género. La muestra estuvo conformada por 501 adolescentes. Los instrumentos utilizados fueron el Protocolo HBSC, CDI y SCAS, adaptados al portugués brasileño. Se realizaron análisis de consistencia interna, correlación, t-test,

chi-cuadrado y descriptivo. Se observó una prevalencia del 32,3% de ciberacoso al menos una vez en los últimos dos meses, con asociación para depresión, pero no ansiedad. También hubo correlación entre las formas de victimización investigadas. Se espera que estos resultados puedan apoyar estrategias de acción para reducir la violencia digital en la adolescencia.

Palabras clave: ciberacoso; adolescentes; depresión; ansiedad.

Introdução

A adolescência é considerada um período de transição marcado por transformações físicas, neuroquímicas, cognitivas, emocionais e comportamentais que podem favorecer a instalação de sintomas psicopatológicos, dentre os quais se destacam a depressão e a ansiedade (Grolli et al., 2017; Lopes et al., 2016). O Transtorno Depressivo Maior (TDM) tem sido subdiagnosticado e subtratado durante a adolescência, estimando-se que 70% dos adolescentes com depressão não recebem qualquer tratamento (Bonin & Moreland, s.d.). No estudo com adolescentes brasileiros de Munhoz et al. (2015), a depressão foi observada em 17% dos participantes investigados. Adolescentes também têm predisposição para o desenvolvimento de algum subtipo de Transtorno de Ansiedade. Estima-se que 4% a 25% dos indivíduos em idade escolar apresentarão um quadro de ansiedade patológica ao longo de seu percurso de maturação (Fernandes et al., 2014).

Ademais, não é incomum o envolvimento de adolescentes em brigas e interações violentas. Por questões do desenvolvimento neurológico humano, ainda não têm a região pré-frontal do cérebro propriamente mielinizada, dificultando a regulação emocional, a antecipação das consequências de suas ações e, principalmente, o exercício do controle inibitório (Araín et al., 2013; Strenziok et al., 2011). Não obstante, o conflito, a discussão e o enfrentamento são positivos para o desenvolvimento quando estimulam o aprendizado e ajudam o indivíduo a compreender as sutilezas da convivência social (Branje, 2018; Laursen & Collins, 1994).

Dentre os tipos de violências cometidas por adolescentes há o bullying, que se refere a um comportamento intencional repetido que visa a machucar e isolar determinada pessoa ou grupo (Olweus, 1993). O agressor se aproveita da ausência de recursos socioemocionais da vítima para exercer controle por meio de torturas psicológicas, humilhações, xingamentos, lesões físicas e outros tipos de agressão (Olweus, 1994). No Brasil, o percentual de jovens que admitem par-

participar ativamente da prática do bullying está entre 19,2% e 20,3%, e a região sudeste do país é onde mais ocorre essa forma de violência (Silva et al., 2019).

Com o advento das Tecnologias Digitais de Informação e Comunicação (TDICs), muitas condutas humanas têm sido adaptadas ao contexto cibernético, dando origem a novas estratégias comportamentais que visam a usufruir das particularidades do ambiente digital (Costa-Fernandez & Donard, 2016). Assim, compreende-se o cyberbullying como uma agressão intencional, facilitada por meio de ferramentas tecnológicas, em especial a internet, cujo objetivo é atacar, expor ou humilhar um determinado grupo ou indivíduo (Slonje et al., 2013; Wendt & Lisboa, 2013).

Usualmente, essa forma de violência se manifesta pelo envio de mensagens com conteúdo ofensivo, divulgação não autorizada de fotos e vídeos, criação de páginas e websites difamatórios, adulteração de imagens e insultos públicos em redes sociais, salas de bate-papo e jogos online (Faria, 2015; Zuin, 2017). O tipo de agressão depende diretamente das habilidades cibernéticas do agente provocador, já que, por exemplo, o conhecimento técnico requerido para a criação de um website é maior do que o necessário para o envio de uma mensagem de texto.

Apesar de ocorrerem de forma semelhante, nem todas as características do bullying tradicional são imitadas no cyberbullying. Em particular, o caráter repetitivo da agressão presencial não é obrigatório em sua versão digital (Dooley et al., 2009). Nos casos em que o agressor envia várias mensagens inapropriadas à vítima, observa-se diretamente a repetição da conduta inadequada. Contudo, o mesmo não ocorre quando um website é criado para depreciar um alvo ou fotos íntimas são expostas sem autorização prévia. Nesses cenários, um único ato de ciberagressão acarreta consequências devastadoras, pois o conteúdo difamatório fica exposto por tempo indeterminado e pode ser acessado inúmeras vezes (Ferreira & Deslandes, 2018).

Outra característica única da agressão cibernética diz respeito às particularidades do mundo online, que, por permitirem a transposição do espaço e do tempo, levam o agressor a não assumir o caráter danoso de suas ações, pois não há contato imediato com o sofrimento produzido. A ambiguidade e o anonimato inerentes às trocas virtuais possibilitam disfarçar condutas reprováveis na forma de brincadeiras ou *trolling* (Fragoso, 2015; Suler, 2004). Ainda, a ausência de pistas sociais e emocionais dificulta a ativação dos recursos empáticos, facilitando o desengajamento das autossanções morais. Dessa forma, o confronto com os valores internos é diminuído, impedindo o surgimento da dissonância cognitiva e, conseqüentemente, evitando a autorreprovação (Romera et al., 2021).

Caetano et al. (2017) tentaram explorar as motivações por trás das agressões cibernéticas numa amostra de 3.525 adolescentes ($M=13,6$ anos; $DP=2,3$). Em sua maioria, as justificativas apresentadas eram de cunho hedonista e estavam relacionadas à percepção da violência digital como uma forma de brincadeira inofensiva (34,1%), como diversão (28,8%) e/ou como uma tentativa de escapar do tédio cotidiano (17,4%). Havia também, ocasiões em que os perpetradores atuavam de forma reativa, usando a internet como ferramenta para vingança (21,2%).

Alguns estudos já conduzidos demonstram ocorrência concomitante de bullying e cyberbullying. Vieira et al. (2019) verificaram que vítimas das variadas formas de bullying tradicional, como agressão física, insultos verbais e manipulação social, estão setes vezes mais suscetíveis a se tornarem vítimas de uma agressão online. Mesmo assim, numa amostra composta por 669 adolescentes ($M=13,06$ anos; $DP=0,10$), os autores encontraram baixa prevalência de cyberbullying (1,9%) e prevalência moderada de bullying tradicional (21,9%). A pouca incidência de agressões cibernéticas foi atribuída à condução do estudo numa região de baixa renda.

Wendt e Lisboa (2020) constataram que o envolvimento com o cyberbullying está positivamente correlacionado à idade e ao tempo de uso de internet ($r=0,178$, $p<0,01$ e $r=0,273$, $p<0,01$ respectivamente). Também averiguaram a relação entre depressão e cyberbullying numa amostra de 367 adolescentes ($M=14,76$ anos; $DP=1,40$), e concluíram que os indivíduos que desempenhavam simultaneamente os papéis de vítima e de agressor apresentavam níveis mais elevados de sintomas depressivos. Em termos de prevalência, identificaram que cerca de 75% da amostra foi vítima de pelo menos um ataque cibernético no passado recente.

A alta prevalência de cyberbullying também foi encontrada por Magalhães et al. (2019). Parte significativa de uma amostra composta por 668 universitários portugueses ($M=22$ anos; $DP=5$) havia recebido pelo menos uma mensagem de cunho ofensivo recentemente, além de um terço ter sido alvo de campanhas difamatórias baseadas em boatos falsos espalhados por meios eletrônicos. Ao todo, 67% dos respondentes afirmaram ter sido vítima de cyberbullying e 34% confessaram tê-lo perpetrado.

Portanto, o cyberbullying é um fenômeno de difícil compreensão e sua ocorrência está relacionada a questões sociais, econômicas, regionais e emocionais. Nesse sentido, esta pesquisa teve por finalidade explorar a associação entre sintomas depressivos e ansiosos e eventos de cyberbullying na adolescência de indivíduos pernambucanos. Ainda, objetivou-se verificar se havia diferenças para

cibervitimização quanto às variáveis sociodemográficas, além de estimar a prevalência do fenômeno. As hipóteses investigadas foram de que os adolescentes que disseram já ter sofrido cyberbullying teriam um índice maior de ansiedade e depressão; que a cibervitimização seria mais predominante nas meninas e nos adolescentes mais velhos; e que tanto a cibervitimização por mensagens quanto a cibervitimização por fotos estariam relacionados a maiores sintomas psicopatológicos e à vitimização por bullying tradicional.

Método

Esta pesquisa faz parte de um levantamento multicêntrico que está sendo realizado em cinco estados brasileiros e tem como objetivo final a adaptação brasileira do Health Behavior in School-aged Children (HBSC/OMS), disponível em <https://hbsc.org> (WHO, 2020). Esse protocolo de pesquisa foi desenvolvido em colaboração com a Organização Mundial de Saúde e tem sido aplicado sistematicamente em adolescentes de 43 países da Europa e da América do Norte.

O estudo atual foi realizado no Recife, capital de Pernambuco, que tem aproximadamente 1,5 milhão de habitantes e apresenta o melhor IDH do estado, 0,772 (IBGE, 2010). Para a composição da amostra estratificada foi adotada a tipificação municipal, que divide a cidade em seis Regiões Político-Administrativas (RPAs). Inicialmente foi estabelecido o contato com a Secretaria de Educação da Cidade do Recife com a finalidade de realizar o levantamento das escolas estaduais da cidade e solicitar autorização para o desenvolvimento da pesquisa. Após autorização, das seis RPAs contatadas, foram autorizadas coletas nas RPAs I, II, III e VI.

Participantes

A amostra foi composta por 501 adolescentes de 13 e 15 anos de idade, estudantes de escola pública da cidade do Recife. As escolas foram selecionadas aleatoriamente a partir do contato com a Secretaria de Educação do estado e com as próprias instituições. Dentre as 11 escolas selecionadas, foram sorteadas as turmas convidadas para participar da pesquisa, obedecendo a faixa etária do estudo.

Instrumentos

Protocolo de Pesquisa HBSC – versão brasileira: O protocolo HBSC (WHO, 2020) é um questionário que abrange uma gama de indicadores de saúde e de comportamentos, bem como das circunstâncias de vida dos adolescentes de 11, 13 e 15 anos de idade. Os eixos temáticos das perguntas se pautam em fatores demográficos, origem social, contexto social, problemas de saúde, comportamentos de saúde e comportamentos de risco. O questionário padrão tem três dimensões que são usadas para confeccionar instrumentos de pesquisa nacional: questões fundamentais que cada país é obrigado a incluir para a criação de um banco de dados internacional; questões opcionais sobre tópicos específicos que cada país pode escolher; e questões de importância nacional. A adaptação linguística da versão portuguesa deste protocolo (Matos & Equipa Aventura Social, 2018) para a realidade brasileira foi realizada por Maltoni et al. (2019). O instrumento é autoaplicável, pode ser administrado em salas de aula e demora aproximadamente 45 minutos para ser completado.

No que tange à cibervitimização, o HBSC questiona se nos últimos dois meses “Alguém te enviou mensagens instantâneas (por exemplo, através do chat do Facebook), fez publicações no seu mural, mandou e-mails para você, mensagens de texto maldosas ou criou um site para debochar/zoar você?” e/ou “Alguém tirou fotos suas, inconvenientes ou em situações constrangedoras, e publicou elas on-line sem sua permissão?”. As alternativas de resposta são: “Não fui provocado nos últimos dois meses”; “Aconteceu uma ou duas vezes”; “Duas ou três vezes”; “Cerca de uma vez por semana”; ou “Diversas vezes por semana”. Para a vitimização por bullying tradicional, o instrumento indaga “Quantas vezes você foi provocado na escola, nos últimos dois meses?”. Igualmente, as alternativas de resposta são: “Não fui provocado nos últimos dois meses”; “Aconteceu uma ou duas vezes”; “Duas ou três vezes”; “Cerca de uma vez por semana”; ou “Diversas vezes por semana”.

Children’s Depression Inventory (CDI): Esse instrumento foi adaptado para o português por Gouveia et al. (1995) a partir do instrumento original Children’s Depression Inventory (CDI) (Kovacs, 1983). É baseado no Inventário de Depressão de Beck e pretende detectar a presença e a gravidade de sintomas da depressão na infância e na adolescência. É utilizado em indivíduos dos 7 aos 17 anos, compõe-se de 27 itens, com três opções de resposta cada, e pode ser aplicado coletivamente. Os escores foram baseados nas análises de Wathier et al. (2008).

Spence Children's Anxiety Scale (SCAS): A escala original (Spence, 1998) foi adaptada para o português por DeSousa et al. (2014). Contém 44 itens dispostos em seis subescalas, referentes a ansiedade de separação, fobia social, obsessão compulsiva, pânico e agorafobia, ansiedade generalizada e medo de agressões físicas. A escala contém questões positivas a fim de reduzir o viés negativo, e cada pergunta abarca apenas uma resposta, que pode variar entre nunca, às vezes, muitas vezes ou sempre. A avaliação é feita a partir de uma comparação com dados normativos.

Procedimentos

A pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética da Universidade de São Paulo – Ribeirão Preto e ao Comitê Científico de Pesquisa da Universidade Católica de Pernambuco, aprovada sob o CAAE 45947415.5.1001.5407 e Parecer nº 69/2020, e seguiu, rigorosamente, os preceitos éticos estabelecidos na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, assim como respeitou as instruções contidas no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). As salas de aula foram visitadas com o apoio da direção do colégio para a apresentação da proposta aos alunos e o subsequente convite à participação. Solicitou-se aos estudantes menores de idade que quisessem se voluntariar a autorização dos pais ou responsáveis por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), bem como a assinatura do Termo de Assentimento.

A coleta de dados foi realizada de modo coletivo, numa sala apropriada, disponibilizada pelo colégio para tal finalidade. Formaram-se pequenos grupos de estudantes (5 a 7 participantes) para os quais foram distribuídos os instrumentos. Ressalta-se que as respostas foram escritas a mão, a partir do preenchimento anônimo do protocolo, do inventário e da escala. Os pesquisadores acompanharam o processo de coleta, dando instruções e fornecendo esclarecimentos individuais quando pertinentes.

Análise dos dados

Os dados foram analisados no programa estatístico SPSS, versão 24. A normalidade dos dados coletados foi avaliada mediante o teste de Kolmogorov-Smirnov. Já a homogeneidade da variância entre grupos foi averiguada por meio do teste de Levene. As variáveis apresentaram normalidade dos dados e

homogeneidade de variância. Foram realizadas análises descritivas, qui-quadrado, análise da consistência interna (CDI e SCAS), diferença de médias (teste t) e correlação entre as variáveis investigadas. Para investigar se experiências de cibervitimização resultam em índices maiores de depressão e/ou ansiedade, dois testes t com amostras independentes foram conduzidos. Comparou-se a média dos escores obtidos no CDI e no SCAS entre os adolescentes que haviam ou não sido vítimas de cyberbullying.

Resultados

Dos 501 participantes questionados ($M=14,2$ anos; $DP=0,9$), um total de 162 (32,3%) estudantes revelaram ter sido vítimas de cyberbullying nos últimos dois meses. A Tabela 1 apresenta o teste qui-quadrado que foi empregado para averiguar a existência de associação entre cibervitimização, sexo e idade, sem que se encontrasse associação entre essas variáveis.

Tabela 1 — Comparação entre cibervitimização, sexo e idade

Ciber-vitimização	Sim		Não		Total	χ^2	gl	<i>p</i>	
	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	<i>N</i>				
Sexo	Menino	56	34,6	129	40,3	185	1,50	1	0,161
	Menina	106	65,4	191	59,7	297			
Idade	13 anos	64	39,5	119	37,2	183	0,24	1	0,910
	15 anos	98	60,5	201	62,8	299			

A verificação da consistência interna das escalas de Depressão Maior Infantil (CDI) e Ansiedade Generalizada (SCAS) indicou alfa de Cronbach elevado para ambas ($\alpha=0,912$ e $\alpha=0,883$, respectivamente). Tais índices demonstram boa precisão dos instrumentos para a avaliação do grupo etário que compõe a amostra. Na comparação entre sintomas de depressão e ansiedade e experiências de cyberbullying, os resultados evidenciaram que adolescentes vítimas exibiram escores significativamente maiores no CDI do que adolescentes não vítimas (Tabela 2). Entretanto, ressalta-se que o tamanho do efeito da diferença foi fraco ($d=0,28$). Não foram encontradas diferenças entre sintomas de ansiedade nos dois grupos para escores no SCAS (Tabela 2).

Tabela 2 — Comparação de médias entre cibervitimização, sintomas depressivos (CDI) e ansiosos (SCAS)

Ciber-vitimização	Sim			Não			<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>N</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>			
Depressão	162	15,4	9,4	320	12,8	9,5	2,83	0,020	0,28
Ansiedade	162	41,1	15,3	320	39,4	16,0	1,08	0,610	0,15

A Tabela 3 exibe a correlação entre a frequência específica dos tipos de cibervitimização investigados, os escores do CDI (sintomas de depressão), do SCAS (sintomas de ansiedade) e a vitimização por bullying tradicional. Evidenciou-se correlação positiva significativa entre o recebimento de mensagens instantâneas ofensivas e o vazamento não permitido de fotos com o escore no CDI. Da mesma forma, foi possível observar correlação positiva entre os dois tipos de cibervitimização investigados. Ainda, verificou-se que a vitimização por bullying tradicional estava correlacionada positivamente tanto à cibervitimização por mensagens instantâneas, quanto à cibervitimização por vazamento não permitido de fotos (Tabela 3). Após correlação, o teste de transformação de Fisher foi utilizado para comparar a magnitude dos valores encontrados, demonstrando que a vitimização por bullying tradicional estava mais fortemente associada ao cyberbullying por mensagens ofensivas do que o cyberbullying por vazamento não autorizado de fotos ($z=1,89$; $p<0,00$).

Tabela 3 — Correlação de Spearman para as variáveis investigadas

	Mensagens ofensivas	Vazamento de fotos	Depressão (CDI)	Ansiedade (SCAS)	Vitimização tradicional
Mensagens ofensivas	—				
Vazamento de fotos	0,375‡	—			
Depressão (CDI)	0,108†	0,131‡	—		
Ansiedade (SCAS)	0,051	0,059	0,414‡	—	
Vitimização tradicional	0,250‡	0,158‡	0,070	0,035	—

Notas:† $p<0,05$; ‡ $p<0,01$.

Discussão

Os resultados encontrados neste estudo com adolescentes pernambucanos sugerem prevalência de 32,3% para o cyberbullying, demonstrando que cerca de um terço da amostra havia sido vítima de provocações digitais (por mensagens ou fotos) pelo menos uma vez nos últimos dois meses. Tal constatação fornece uma estimativa moderada do cyberbullying, ao passo que corrobora a revisão sistemática conduzida por Bottino et al. (2015), na qual os autores concluíram que a prevalência do fenômeno varia entre 6,5% e 35,4%. Não obstante, é necessário discutir a diferença entre a porcentagem aqui apresentada e a literatura brasileira recente. Por exemplo, Wendt e Lisboa (2020) e Vieira et al. (2019) reportam, respectivamente, prevalência de 75,6% e 1,9% para o cyberbullying no mundo infanto-juvenil.

A discrepância entre os achados científicos aparenta ser ocasionada por uma série de questões que variam desde discordâncias conceituais, até os instrumentos utilizados para coleta de dados (Kwan et al., 2020). Dentre essas questões, deve-se considerar ainda o alcance das TDICs em áreas menos favorecidas. De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2019), cerca de 75% dos domicílios no Nordeste do país contam com internet desde 2019. Em comparação, o Sul e o Sudeste apresentam 87,6% e 88,8% de acesso domiciliar à rede, respectivamente. Regiões nas quais a incorporação da comunicação digital ainda é recente podem apresentar índices menores de cyberbullying, pois não há ajustamento total da população às novas formas de interação socio-virtual (Vieira et al., 2019).

Assim, uma estimativa moderada do fenômeno talvez seja mais adequada, visto que outro fator de influência no cálculo da prevalência é o período de rememoração utilizado. O HBSC indaga a respeito da cibervitimização nos últimos dois meses; assim, facilita a exclusão de eventos potencialmente irrelevantes. Em contrapartida, vários estudos questionam se o participante foi vítima de cyberbullying nos últimos 3 a 6 meses ou até no último ano (Aboujaoude et al., 2015; Kwan et al., 2020). Dessa forma, a utilização de um período amplo nas perguntas pode aumentar o número de respostas afirmativas, propiciando um recorte impreciso da realidade.

No que tange às variáveis sociodemográficas, na amostra investigada, as vítimas do cyberbullying foram majoritariamente meninas; contudo, a diferença entre sexos não se mostrou estatisticamente relevante. Ressalta-se que a literatura é conflitante nesse quesito. Existem estudos que indicam homens como principais vítimas da violência digital devido aos ambientes virtuais que frequen-

tam (Magalhães et al., 2019; McInroy & Mishna, 2017). Contudo, especialmente no que se refere à adolescência, outros trabalhos apontam haver maior índice de cibervitimização em indivíduos do sexo feminino (Heerde & Hemphill, 2019; Mallmann et al., 2018). Ainda, é possível encontrar artigos que propõem não haver correlação entre sexo e cibervitimização (Bottino et al., 2015).

Há razões para assumir que ambos os sexos podem apresentar números similares de vitimização cibernética. Atualmente, cada vez mais as mulheres adentram espaços que costumavam ser mais frequentados por homens, como o ambiente cibernético e as profissões a ele relacionadas (Lopez-Fernandez et al., 2019). Logicamente, esse fato deve acarretar um aumento no número de interações digitais feitas por mulheres, o que, por sua vez, tornam-nas igualmente vulneráveis a ataques virtuais (Wendt & Lisboa, 2020). Além do mais, há dois tipos de ciberagressão que são mais comumente direcionados ao sexo feminino: a exposição não autorizada de fotos ou vídeos por terceiros e o *slut-shaming* – ato sexista que envolve humilhar mulheres nas redes sociais por meio de insultos com conteúdo sexual (Souza & Lordello, 2020). Desse modo, mesmo que homens se engajem em comportamentos de risco com mais frequência e sejam as vítimas primárias do bullying tradicional (Silva et al., 2013), a adoção de um posicionamento de que ambos os sexos correm riscos de vitimização por cyberbullying é justificável.

Também não foi encontrada diferença significativa na variável cibervitimização entre os participantes divididos por idade. A literatura aponta que indivíduos em diferentes fases da vida utilizam as TDICs com frequências e funções distintas (Czaja & Lee, 2019; Olson et al., 2011). Bruni et al. (2015) mostraram que os pré-adolescentes passam boa parte do tempo jogando videogames, suscitando interação indireta com outros jogadores. Enquanto isso, os adolescentes tendem a passar mais tempo em redes sociais, interagindo diretamente com outros jovens, especialmente durante a madrugada. Apesar disso, as análises indicaram que, para as idades que demarcam a transição entre a pré-adolescência e a adolescência, o risco de sofrer ciberagressão é o mesmo.

Foi encontrada correlação positiva entre o cyberbullying e bullying tradicional, confirmando os achados científicos de terceiros (Beran & Li, 2007; Schneider et al., 2012; Vieira et al., 2019). Deve-se ressaltar que a magnitude da correlação foi maior para provocações por meio de mensagens instantâneas. Tal achado pode ser explicado por meio da constatação de que os insultos desferidos durante o bullying presencial são facilmente espelhados na ciberagressão por mensagens instantâneas. Isso sugere que, em certas ocasiões, o cyberbullying é praticado como uma extensão do bullying tradicional.

A relação entre cyberbullying e saúde mental é bem documentada na literatura. Tornar-se alvo dessa forma de violência está associado a índices elevados de depressão e ansiedade (Jenaro et al., 2017; Wendt & Lisboa, 2020), de fobia social e estresse emocional (Bottino et al., 2015), e de desesperança e impotência (Raskauskas & Stoltz, 2007). Em contrapartida, Nixon (2014) apontou que os perpetradores reportaram maior consumo de drogas, bem como se envolveram em práticas delinquentes mais frequentemente e apresentavam alto nível de agressividade.

Os dados do presente estudo também expõem a associação entre depressão e cyberbullying. A diferença de escores no CDI para adolescentes vítimas e não vítimas foi significativa. Além do mais, tanto ser provocado por mensagens instantâneas quanto ter sua foto vazada por terceiros se correlacionaram positivamente com a medida de depressão empregada. No entanto, vítimas e não vítimas apresentaram escores similares no SCAS e não houve correlação entre as formas de cibervitimização investigadas e sintomas ansiosos. Hamm et al. (2015) esclareceram que a literatura é mais consistente a respeito da associação entre cyberbullying e depressão do que cyberbullying e ansiedade. As evidências aqui discutidas sustentam essa conclusão.

O vínculo entre depressão e cibervitimização é preocupante, pois indivíduos deprimidos interpretam a realidade de maneira distorcida, selecionando aspectos negativos sobre si e sobre o futuro (Beck, 2013). Essa condição psiquiátrica está associada a uma série de marcadores negativos para qualidade de vida, como desempenho acadêmico precário, prejuízo cognitivo, dificuldades funcionais, isolamento social e estresse (DeRoma et al., 2009; Hammer-Helmich et al., 2018). Calvete et al. (2016) demonstraram que a piora da autoestima corporal e o aumento da desconfiança predizem a severidade dos sintomas depressivos, após experiências de vitimização por cyberbullying. Na mesma direção, Li et al. (2018) identificaram a importância do apoio social e da segurança psicológica como mediadores da depressão frente ao bullying cibernético.

Wang et al. (2020) também revelaram que a depressão é um mediador da relação entre cibervitimização e dependência eletrônica. De acordo com os autores, sintomas depressivos levam vítimas de cyberbullying a adotar comportamentos típicos de adicção ao uso de internet para aliviar emoções negativas. O problema é que o aumento no tempo de uso da internet leva a mais experiências de cibervitimização (Chang et al., 2015), o que, por sua vez, intensifica sintomas depressivos. Assim, cria-se um círculo vicioso do qual é difícil escapar.

A natureza cíclica da relação cyberbullying-depressão também foi explorada por Rose e Tynes (2015). Fundamentados em um estudo lon-

gitudinal, os pesquisadores argumentaram que, da mesma maneira que vítimas de cyberbullying apresentam risco aumentado para o desenvolvimento de sintomas depressivos, indivíduos com quadro sintomatológico de depressão têm chance maior de se tornarem alvo de ciberagressões. Isso ocorre porque pessoas que exibem sinais de doenças psiquiátricas são percebidas como vulneráveis e são avaliadas desfavoravelmente por seus companheiros (Gámez-Guadix et al., 2013).

Por fim, é importante ressaltar que o impacto negativo da cibervitimização não se restringe ao período em que ela ocorre. Evidências sugerem que a vitimização por cyberbullying durante o ensino fundamental ou médio está associada a níveis baixos de ajustamento psicológico na universidade (Jenaro et al., 2017). Em razão disso, é indispensável que sejam implementados planos de intervenção durante a época escolar que visem a mitigar os prejuízos causados por essa violência, bem como diminuir sua periodicidade. Baseado no que foi apresentado e discutido ao longo desse artigo, propõe-se que as estratégias de ação contra o cyberbullying devem promover mudanças sistemáticas, estimular a autoeficácia e favorecer o trabalho em grupo. Tal perspectiva é ratificada pela literatura, ao passo que Cantone et al. (2015) classificam as intervenções que atuam a nível institucional escolar como mais eficazes.

Considerações finais

O objetivo principal desta pesquisa foi verificar a prevalência do cyberbullying em adolescentes pernambucanos e seu impacto na saúde mental. Nesse sentido, investigou-se diferenças nos índices de depressão e ansiedade dos adolescentes vítimas de cyberbullying quando comparados aos de não vítimas. Além disso, procurou-se detalhar o contexto que circunscreve o fenômeno, destacando possíveis interações entre cibervitimização, sexo, idade e bullying tradicional. Dentre as hipóteses investigadas, apenas se confirmou o vínculo entre cyberbullying e depressão na adolescência, e a associação entre cibervitimização e vitimização por bullying tradicional. Não foram verificados índices elevados de ansiedade nos adolescentes vítimas de cyberbullying se comparados a seus companheiros, nem se demonstrou correlação significativa entre variáveis sociodemográficas e cibervitimização.

No que tange a limitações, a medida de cyberbullying utilizada foi composta meramente por dois itens. Assim, é possível que a complexidade do fenômeno em questão não tenha sido capturada completamente. Mesmo assim, esta

investigação tem o mérito de se tratar de uma pesquisa nacional com amostra representativa, conduzida em um estado da região Nordeste do país. De conhecimento dos autores, este é o primeiro estudo que aborda o cyberbullying em Pernambuco e sua associação com sintomas depressivos e ansiosos. Ademais, foi mostrado o potencial do HBSC enquanto ferramenta de pesquisa e instrumento de coleta de dados. Espera-se que os resultados discutidos possam fundamentar estratégias de combate ao cyberbullying, contribuindo para a diminuição da violência digital na adolescência e promovendo o cuidado com a saúde mental.

Por fim, sugere-se que a escola possa ser um espaço propício para ampliação do conhecimento acerca da utilização segura de tecnologias por meio de palestras com profissionais da área para adolescentes, familiares e os próprios profissionais da educação. Ainda, a família deve aumentar o monitoramento de conteúdos acessados e o controle do tempo e horário de uso de TDIC, para fomentar a utilização segura dos adolescentes. O suporte social e familiar é indispensável às vítimas; assim, mudanças sistemáticas e planos de intervenção precisam ser inseridos nas diretrizes escolares e de saúde pública.

Referências

- Aboujaoude, E.; Savage, M. W.; Starcevic, V.; Salame, W. O. (2015). Cyberbullying: Review of an old problem gone viral. *Journal of Adolescent Health, 57*(1), 10-18. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2015.04.011>
- Arain, M.; Haque, M.; Johal, L.; Mathur, P.; Nel, W.; Rais, A.; Sandhu, R.; Sharma, S. (2013). Maturation of the adolescent brain. *Neuropsychiatric Disease and Treatment, 9*, 449-461. <https://doi.org/10.2147/NDT.S39776>
- Beck, J. (2013). *Terapia cognitivo-comportamental: Teoria e prática*. Artmed.
- Beran, T.; Li, Q. (2007). The relationship between cyberbullying and school bullying. *The Journal of Student Wellbeing, 1*(2), 16-33. <https://doi.org/10.21913/JSW.v1i2.172>
- Bonin, L.; Moreland, C. S. (s.d.). *Overview of treatment for adolescent depression*. Uptodate. <https://medilib.ir/uptodate/show/1231> (acesso 19/07/2024)
- Bottino, S. M. B.; Bottino, C. M. C.; Regina, C. G.; Correia, A. V. L.; Ribeiro, W. S. (2015). Cyberbullying and adolescent mental health: Systematic review. *Cadernos de Saúde Pública, 31*(3), 463-475. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00036114>
- Branje, S. (2018). Development of parent-adolescent relationships: Conflict interactions as a mechanism of change. *Child Development Perspectives, 12*(3), 171-176. <https://doi.org/10.1111/cdep.12278>

- Bruni, O.; Sette, S.; Fontanesi, L.; Baiocco, R.; Laghi, F.; Baumgartner, E. (2015). Technology use and sleep quality in preadolescence and adolescence. *Journal of Clinical Sleep Medicine*, 11(12), 1433-1441. <https://doi.org/10.5664/jcsm.5282>
- Caetano, A. P.; Amado, J.; Martins, M. J. D.; Simão, A. M. V.; Freire, I.; Pessôa, M. T. R. (2017). Cyberbullying: Motivos da agressão na perspectiva de jovens portugueses. *Educação & Sociedade*, 38(144), 1017-1034. <https://doi.org/10.1590/ES0101-73302017139852>
- Calvete, E.; Orue, I.; Gámez-Guadix, M. (2016). Cyberbullying victimization and depression in adolescents: The mediating role of body image and cognitive schemas in a one-year prospective study. *European Journal on Criminal Policy and Research*, 22(2), 271-284. <https://doi.org/10.1007/s10610-015-9292-8>
- Cantone, E.; Piras, A. P.; Vellante, M.; Preti, A.; Danielsdóttir, S.; D'Aloja, E.; Lesinskiene, S.; Angermeyer, M. C.; Carta, M. G.; Bhugra, D. (2015). Interventions on bullying and cyberbullying in schools: A systematic review. *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health*, 11(Suppl 1: M4), 58-76. <https://doi.org/10.2174/1745017901511010058>
- Chang, F.-C.; Chiu, C.-H.; Miao, N.-F.; Chen, P.-H.; Lee, C.-M.; Chiang, J.-T.; Pan, Y.-C. (2015). The relationship between parental mediation and internet addiction among adolescents, and the association with cyberbullying and depression. *Comprehensive Psychiatry*, 57, 21-28. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2014.11.013>
- Costa-Fernandez, E. M.; Donard, V. (Orgs.) (2016). *O psicólogo frente ao desafio tecnológico: Novas identidades, novos campos, novas práticas*. Editora UFPE. https://www.researchgate.net/profile/Veronique-Donard/publication/317106665_Fundamentos_epistemologicos_e_novos_paradigmas_de_uma_revolucao_tecnoexistencial/links/5926d18c0f7e9b99799be5b2/Fundamentos-epistemologicos-e-novos-paradigmas-de-uma-revolucao-tecnoexistencial.pdf
- Czaja, S. J.; Lee, C. C. (2019). *Technology use by older adults*. Oxford Research Encyclopedia of Psychology. <https://oxfordre.com/psychology/view/10.1093/acrefore/9780190236557.001.0001/acrefore-9780190236557-e-401>
- DeRoma, V. M.; Leach, J. B.; Leverett, J. P. (2009). The relationship between depression and college academic performance. *College Student Journal*, 43(2), 325-333. <https://go.gale.com/ps/anonymou?id=GALE%7CA201608594>
- DeSousa, D. A.; Pereira, A. S.; Petersen, C. S.; Manfro, G. G.; Salum, G. A.; Koller, S. H. (2014). Psychometric properties of the Brazilian-Portuguese version of the Spence Children's Anxiety Scale (SCAS): Self- and parent-report versions. *Journal of Anxiety Disorders*, 28(5), 427-436. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2014.03.006>
- Dooley, J. J.; Pyzalski, J.; Cross, D. (2009). Cyberbullying versus face-to-face bullying: A theoretical and conceptual review. *Journal of Psychology*, 217(4), 182-188. <https://doi.org/10.1027/0044-3409.217.4.182>

- Faria, C. L. M. (2015). *Quando a agressão virtual coloca em risco a vida real: Cyberbullying, percepção do suporte social e ideação suicida* (dissertação de mestrado). Instituto Superior de Psicologia Aplicada. <https://hdl.handle.net/10400.12/3989>
- Fernandes, L. F. B.; Alckmin-Carvalho, F.; Izbicki, S.; Melo, M. H. S. (2014). Prevenção universal de ansiedade na infância e adolescência: Uma revisão sistemática. *Psicologia: Teoria e Prática*, 16(3), 83-99. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872014000300007
- Ferreira, T. R. S. C.; Deslandes, S. F. (2018). Cyberbullying: Conceituações, dinâmicas, personagens e implicações à saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(10), 3369-3379. <https://doi.org/10.1590/1413-812320182310.13482018>
- Fragoso, S. (2015). “HUEHUEHUE eu sou BR”: Spam, trollagem e griefing nos jogos on-line. *Revista Famecos*, 22(3), 129-146. <https://doi.org/10.15448/1980-3729.2015.3.19302>
- Gámez-Guadix, M.; Orue, I.; Smith, P. K.; Calvete, E. (2013). Longitudinal and reciprocal relations of cyberbullying with depression, substance use, and problematic internet use among adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 53(4), 446-452. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2013.03.030>
- Gouveia, V. V.; Barbosa, G. A.; Almeida, H. J. F.; Gaião, A. A. (1995). Inventário de depressão infantil – CDI: Estudo de adaptação com escolares de João Pessoa. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 44(7), 345-349. https://www.researchgate.net/publication/279192324_Inventario_de_depressao_infantil_-_CDI_Estudo_de_adaptacao_com_escolares_de_Joao_Pessoa/references
- Grolli, V.; Wagner, M. F.; Dalbosco, S. N. P. (2017). Sintomas depressivos e de ansiedade em adolescentes do ensino médio. *Revista de Psicologia da IMED*, 9(1), 87-103. <https://doi.org/10.18256/2175-5027.2017.v9i1.2123>
- Hamm, M. P.; Newton, A. S.; Chisholm, A.; Shulhan, J.; Milne, A.; Sundar, P.; Ennis, H.; Scott, S. D.; Hartling, L. (2015). Prevalence and effect of cyberbullying on children and young people: A scoping review of social media studies. *JAMA Pediatrics*, 169(8), 770-777. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2015.0944>
- Hammer-Helmich, L.; Haro, J. M.; Jönsson, B.; Tanguy Melac, A.; Di Nicola, S.; Chollet, J.; Milea, D.; Rive, B.; Saragoussi, D. (2018). Functional impairment in patients with major depressive disorder: The 2-year PERFORM study. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 14, 239-249. <https://doi.org/10.2147/NDT.S146098>
- Heerde, J. A.; Hemphill, S. A. (2019). Are bullying perpetration and victimization associated with adolescent deliberate self-harm? A meta-analysis. *Archives of Suicide Research*, 23(3), 353-381. <https://doi.org/10.1080/13811118.2018.1472690>
- IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2010). Cidades@: Recife, PE. <https://cidades.ibge.gov.br/brasil/pe/recife/panorama>

- IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (2019). *Acesso à internet e à televisão e posse de telefone móvel celular para uso pessoal 2019*. Biblioteca IBGE. <https://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=2101963>
- Jenaro, C.; Flores, N.; Frías, C. P. (2017). Anxiety and depression in cyberbullied college students: A retrospective study. *Journal of Interpersonal Violence*, 36(1-2), 579-602. <https://doi.org/10.1177/0886260517730030>
- Kovacs, M. (1983). *The Children's Depression Inventory: A self-rated depression scale for school age youngsters*. University of Pittsburgh School of Medicine.
- Kwan, I.; Dickson, K.; Richardson, M.; MacDowall, W.; Burchett, H.; Stansfield, C.; Brunton, G.; Sutcliffe, K.; Thomas, J. (2020). Cyberbullying and children and young people's mental health: A systematic map of systematic reviews. *Cyberpsychology, Behavior and Social Networking*, 23(2), 72-82. <https://doi.org/10.1089/cyber.2019.0370>
- Laursen, B.; Collins, W. A. (1994). Interpersonal conflict during adolescence. *Psychological Bulletin*, 115(2), 197-209. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.115.2.197>
- Li, Y.; Li, D.; Li, X.; Zhou, Y.; Sun, W.; Wang, Y.; Li, J. (2018). Cyber victimization and adolescent depression: The mediating role of psychological insecurity and the moderating role of perceived social support. *Children and Youth Services Review*, 94, 10-19. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2018.09.027>
- Lopes, C. S.; Abreu, G. A.; Santos, D. F.; Menezes, P. R.; Carvalho, K. M. B.; Cunha, C. F.; Vasconcellos, M. T. L.; Bloch, K. V.; Szklo, M. (2016). ERICA: Prevalence of common mental disorders in Brazilian adolescents. *Revista de Saúde Pública*, 50(suppl.1), 14s. <https://doi.org/10.1590/S01518-8787.2016050006690>
- Lopez-Fernandez, O.; Williams, A. J.; Griffiths, M. D.; Kuss, D. J. (2019). Female gaming, gaming addiction, and the role of women within gaming culture: A narrative literature review. *Frontiers in Psychiatry*, 10, 454. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00454>
- Magalhães, M.; Cameira, M.; Rodrigues, L.; Nogueira, C. (2019). Cyberbullying e comunicação de teor homofóbico na adolescência: Estudo exploratório das suas relações. *Psicologia Escolar e Educacional*, 23, e195825. <https://doi.org/10.1590/2175-35392019015825>
- Mallmann, C. L.; Lisboa, C. S. M.; Calza, T. Z. (2018). Cyberbullying e estratégias de coping em adolescentes do Sul do Brasil. *Acta Colombiana de Psicología*, 21(1), 13-22. <https://doi.org/10.14718/acp.2018.21.1.2>
- Maltoni, J.; Lisboa, C. S. M.; Matos, M. G.; Teodoro, M. L. M.; Neufeld, C. B. (2019). Cultural adaptation of the Health Behaviour Protocol in School-aged Children for the Brazilian reality. *Psicologia: Teoria e Prática*, 21(3), 77-92. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872019000300003

- Matos, M. G.; Equipa Aventura Social (2018). *A saúde dos adolescentes portugueses após a recessão: Dados nacionais do estudo HBSC 2018*. Equipa Aventura Social e Faculdade de Motricidade Humana, Universidade de Lisboa. https://aventurasocial.com/wp-content/uploads/2021/12/publicacao_1545534554.pdf
- McInroy, L. B.; Mishna, F. (2017). Cyberbullying on online gaming platforms for children and youth. *Child and Adolescent Social Work Journal*, 34(6), 597-607. <https://doi.org/10.1007/s10560-017-0498-0>
- Munhoz, T. N.; Santos, I. S.; Matijasevich, A. (2015). Depression among Brazilian adolescents: A cross-sectional population-based study. *Journal of Affective Disorders*, 175, 281-286. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2015.01.031>
- Nixon, C. L. (2014). Current perspectives: The impact of cyberbullying on adolescent health. *Adolescent Health, Medicine and Therapeutics*, 5, 143-158. <https://doi.org/10.2147/AHMT.S36456>
- Olson, K. E.; O'Brien, M. A.; Rogers, W. A.; Charness, N. (2011). Diffusion of technology: Frequency of use for younger and older adults. *Ageing International*, 36(1), 123-145. <https://doi.org/10.1007/s12126-010-9077-9>
- Olweus, D. (1993). *Bullying at school: What we know and what we can do* (1ª ed.). Wiley-Blackwell.
- Olweus, D. (1994). Bullying at school: Basic facts and effects of a school-based intervention program. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 35(7), 1171-1190. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1994.tb01229.x>
- Raskauskas, J.; Stoltz, A. D. (2007). Involvement in traditional and electronic bullying among adolescents. *Developmental Psychology*, 43(3), 564-575. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.43.3.564>
- Romera, E. M.; Ortega-Ruiz, R.; Runions, K.; Falla, D. (2021). Moral disengagement strategies in online and offline bullying. *Psychosocial Intervention*, 30(2), 85-93. <https://doi.org/10.5093/pi2020a21>
- Rose, C. A.; Tynes, B. M. (2015). Longitudinal associations between cybervictimization and mental health among U.S. adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 57(3), 305-312. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2015.05.002>
- Schneider, S. K.; O'Donnell, L.; Stueve, A.; Coulter, R. W. (2012). Cyberbullying, school bullying, and psychological distress: A regional census of high school students. *American Journal of Public Health*, 102(1), 171-177. <https://doi.org/10.2105/AJPH.2011.300308>
- Silva, J. L.; Oliveira, W. A.; Mello, F. C. M.; Prado, R. R.; Silva, M. A. I.; Malta, D. C. (2019). Prevalência da prática de bullying referida por estudantes brasileiros: Dados da Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar, 2015. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 28(2), e2018178. <https://doi.org/10.5123/S1679-49742019000200005>

- Silva, M. A. I.; Pereira, B.; Mendonça, D.; Nunes, B.; Oliveira, W. A. (2013). The involvement of girls and boys with bullying: An analysis of gender differences. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 10(12), 6820-6831. <https://doi.org/10.3390/ijerph10126820>
- Slonje, R.; Smith, P. K.; Frisén, A. (2013). The nature of cyberbullying, and strategies for prevention. *Computers in Human Behavior*, 29(1), 26-32. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2012.05.024>
- Souza, L.; Lordello, S. R. M. (2020). Sexting e violência de gênero entre jovens: Uma revisão integrativa de literatura. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 36, e3644. <https://doi.org/10.1590/0102.3772e3644>
- Spence, S. H. (1998). A measure of anxiety symptoms among children. *Behaviour Research and Therapy*, 36(5), 545-566. [https://doi.org/10.1016/s0005-7967\(98\)00034-5](https://doi.org/10.1016/s0005-7967(98)00034-5)
- Strenziok, M.; Krueger, F.; Heinecke, A.; Lenroot, R. K.; Knutson, K. M.; van der Meer, E.; Grafman, J. (2011). Developmental effects of aggressive behavior in male adolescents assessed with structural and functional brain imaging. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*, 6(1), 2-11. <https://doi.org/10.1093/scan/nsp036>
- Suler, J. (2004). The online disinhibition effect. *Cyberpsychology & Behavior*, 7(3), 321-326. <https://doi.org/10.1089/1094931041291295>
- Vieira, M. A.; Rønning, J. A.; Mari, J. J.; Bordin, I. A. (2019). Does cyberbullying occur simultaneously with other types of violence exposure?. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 41(3), 234-237. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2018-0047>
- Wang, Z.; Xie, Q.; Xin, M.; Wei, C.; Yu, C.; Zhen, S.; Liu, S.; Wang, J.; Zhang, W. (2020). Cybervictimization, depression, and adolescent internet addiction: The moderating effect of prosocial peer affiliation. *Frontiers in Psychology*, 11, 572486. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.572486>
- Wathier, J. L.; Dell'Aglio, D. D.; Bandeira, D. R. (2008). Análise fatorial do Inventário de Depressão Infantil (CDI) em amostra de jovens brasileiros. *Avaliação Psicológica*, 7(1), 75-84. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712008000100010
- Wendt, G. W.; Lisboa, C. S. M. (2013). Agressão entre pares no espaço virtual: Definições, impactos e desafios do cyberbullying. *Psicologia Clínica*, 25(1), 73-87. <https://doi.org/10.1590/S0103-56652013000100005>
- Wendt, G. W.; Lisboa, C. S. M. (2020). Cyberbullying e depressão em adolescentes. *Psicologia para América Latina*, (34), 221-231. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-350X2020000200012
- WHO – World Health Organization; Regional Office for Europe (2020). *Spotlight on adolescent health and well-being: Findings from the 2017/2018 health behaviour in school-aged children (HBSC) survey in Europe and Canada*. International report, vol. 2: Key data. <https://iris.who.int/handle/10665/332104>

Zuin, A. A. S. (2017). O YouTube e o cyberbullying de alunos contra professores around the world. *Revista Eletrônica de Educação*, 11(2), 340-350. <https://www.reveduc.ufscar.br/index.php/reveduc/article/view/2136>

Recebido em 25 de fevereiro de 2022

Aceito para publicação em 22 de fevereiro de 2024

SEÇÃO TEMÁTICA – INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA

Intervenção clínica psicossomática
na gestação de alto risco

INTERVENÇÃO CLÍNICA PSICOSSOMÁTICA NA GESTAÇÃO DE ALTO RISCO

*PSYCHOSOMATIC CLINICAL INTERVENTION
IN HIGH-RISK PREGNANCY*

*INTERVENCIÓN CLÍNICA PSICOSOMÁTICA
EN EL EMBARAZO DE ALTO RIESGO*

Taritza Basler ⁽¹⁾

Tagma Marina Schneider Donelli ⁽²⁾

RESUMO

O objetivo deste estudo foi compreender o processo e o desfecho de uma intervenção clínica psicossomática no tratamento de uma gestação de alto risco. Para tanto, foi realizada uma pesquisa exploratória, de estudo de caso único, de enfoque qualitativo e delineamento longitudinal. Participou da pesquisa uma gestante com diagnóstico prévio de hipertensão arterial sistêmica crônica. A coleta de dados se deu por transcrições das gravações em vídeo das sessões e das anotações da pesquisadora em cada encontro, nos quais foram utilizados como instrumentos de coleta entrevistas semiestruturadas e a Caderneta da Gestante. Os dados coletados foram analisados por meio de relato clínico. As evidências permitiram concluir que a intervenção contribuiu para um desfecho favorável da gestação e do parto, como também para a diminuição do sofrimento psicológico associado à experiência da gestação de alto risco.

Palavras-chave: intervenção psicológica; gravidez de alto risco;
medicina psicossomática.

⁽¹⁾ Mestra. Doutoranda no Programa de Pós-graduação em Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS), Porto Alegre, RS, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0002-7005-2274> — email: taritza@live.com

⁽²⁾ Doutora. Professora e Pesquisadora no Departamento de Psicologia, Programa de Pós-graduação em Psicologia, da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (Unisinos), São Leopoldo, RS, Brasil.
<https://orcid.org/0000-0003-3083-0083> — email: tagmad@unisinos.br

Não se declararam fontes de financiamento.

ABSTRACT

The aim of this study was to understand the process and outcome of a psychosomatic clinical intervention in the treatment of a high-risk pregnancy. To this end, exploratory research was performed, in a single case study, with a qualitative approach and longitudinal design. A pregnant woman with a previous diagnosis of chronic systemic arterial hypertension participated in the research. Data were collected through transcriptions of video recordings of the sessions and the researcher's notes at each meeting, in which semi-structured interviews and the pregnant woman's medical booklet were used as gathering instruments. The data collected were analyzed through a clinical report. The evidence led to the conclusion that the intervention contributed to a favorable outcome of the pregnancy and birth, as well as to the reduction of the psychological suffering associated with the experience of high-risk pregnancy.

Keywords: psychological intervention; high risk pregnancy; psychosomatic medicine.

RESUMEN

El objetivo de este estudio fue comprender el proceso y el resultado de una intervención clínica psicossomática en el tratamiento de un embarazo de alto riesgo. Para ello se realizó una investigación exploratoria, en un estudio de caso único, con enfoque cualitativo y diseño longitudinal. Participó de la investigación una gestante con diagnóstico previo de hipertensión arterial sistémica crónica. La recolección de datos ocurrió mediante transcripciones de videograbaciones de las sesiones y de las notas de la investigadora en cada encuentro, en los que se utilizaron como instrumentos entrevistas semiestructuradas y el Manual de la Gestante. Los datos recolectados fueron analizados mediante relato clínico. Las evidencias permitieron concluir que la intervención contribuyó a un resultado favorable del embarazo y del parto, así como a la reducción del sufrimiento psicológico asociado a la vivencia del embarazo de alto riesgo.

Palabras clave: intervención psicológica; embarazo de alto riesgo; medicina psicossomática.

Introdução

As gestações de alto risco são assim denominadas por imputar maior probabilidade de evolução desfavorável da gestação, tanto para gestante quanto para

o feto, e têm como integrantes de seu espectro as síndromes hipertensivas gestacionais (Fernandes & Sá, 2019). Essas síndromes são mais bem classificadas em quatro formas de apresentação: hipertensão arterial crônica, hipertensão gestacional, pré-eclâmpsia e hipertensão arterial crônica sobreposta por pré-eclâmpsia (Peraçoli et al., 2019).

Segundo a Organização Mundial da Saúde, em avaliação de dados do período de 2000 a 2020, identificou-se que as síndromes hipertensivas gestacionais estão entre as três principais causas de óbitos maternos no mundo (WHO, 2023). Não obstante, verifica-se a relevância das síndromes hipertensivas gestacionais, por representarem 29,23% das causas obstétricas (exceto O98 e O99) de óbitos maternos no Brasil, e serem a primeira maior causa de mortalidade materna. Da mesma forma, no estado do Rio Grande do Sul, representam 27,27% dos óbitos maternos, segundo a mesma classificação, e, juntamente com a hemorragia pós-parto, são a maior causa de mortalidade materna (Ministério da Saúde, 2020).

Considerando esse potencial de morbidade associado, dentre as síndromes hipertensivas gestacionais destaca-se a pré-eclâmpsia, que é uma síndrome multifatorial, multissistêmica e progressiva, que em geral se manifesta na segunda metade da gestação, e tem como apresentações clínicas na maioria dos casos a associação de hipertensão arterial sistêmica e proteinúria (Montenegro & Rezende Filho, 2018). Diante da dificuldade de definição da patogênese da pré-eclâmpsia, torna-se imperativa a identificação dos fatores de risco associados ao seu desenvolvimento, visando principalmente a impedir sua ocorrência mediante a prevenção secundária.

Salienta-se que a falta de reconhecimento do risco tem importante contribuição para o fomento de cuidados precários que estão associados à mortalidade materna (Duhig et al., 2018). Dentre os fatores de risco estão nuliparidade, idade materna avançada, história familiar em primeiro grau, obesidade, gestação múltipla, história de hipertensão em gestação pregressa, diabetes mellitus, trombofilias, doença renal crônica, lúpus eritematoso sistêmico e hipertensão arterial sistêmica crônica (Fernandes & Sá, 2019).

Ainda sobre aspectos subjetivos envolvidos na gestação de alto risco, resalta-se que a gestante que passa por essa experiência de adoecimento em geral necessita de cuidados complexos, que impõem mudanças em sua rotina e estilo de vida. Além disso, essas alterações podem contribuir para o surgimento de processos de alteração de humor, assim como a experiência de sentimentos negativos, como medo, ansiedade, estresse e vulnerabilidade (Azevedo et al., 2020; Mirzakhani et al., 2020). Outrossim, também é possível que ocorram alterações

comportamentais, afetivas e emocionais, que podem levar a dificuldades no desempenho de papéis relacionais, impactando negativamente na qualidade da vivência da maternidade, sobretudo no investimento afetivo em relação ao bebê após o parto (Antoniazzi et al., 2019).

A partir desse contexto, entende-se o processo de adoecimento sob uma perspectiva teórico-conceitual integrativa, a Psicossomática, que compreende o ser humano enquanto constituído de corpo e mente inseparáveis, anatômica e funcionalmente. Trata-se de uma abordagem abrangente que não apenas compreende a interação entre mente e corpo na saúde e no adoecimento, mas também orienta as práticas de saúde para uma medicina integral, representando tanto um conjunto de ideias sobre a saúde humana quanto um campo de investigação dedicado a explorar esses fenômenos (Mello Filho, 2010). Também pode ser compreendida como o estudo das relações mente-corpo com ênfase na explicação da patologia somática, uma proposta de assistência integral e uma transcrição para a linguagem psicológica dos sintomas corporais (Eksterman, 2010).

A Psicossomática contemporânea se destaca por sua natureza interdisciplinar, congregando diferentes áreas do conhecimento para uma visão integral da saúde que vai além dos aspectos físicos, englobando todas as dimensões da experiência humana na busca pelo bem-estar (Rodrigues, 2022). Ela parte de uma concepção monista do homem, na qual toda a doença é psicossomática, na medida em que incide e representa expressões desse ser integral (Groddeck, 1994). Nesse sentido, pode-se entender que a pessoa inteira está representada em qualquer parte do corpo, o que torna possível reconhecer a parte que se manifesta disfuncional, principalmente por meio do sintoma. Em outras palavras, do mesmo modo que em qualquer célula do corpo encontra-se a estrutura genética de todo o indivíduo, em cada órgão encontra-se a informação da sua totalidade (Schnake, 2017a).

Nessa perspectiva, Costardi (1994) propõe que nosso núcleo de consciência (o todo), enquanto atributo primordial do ser humano, investe sua manifestação mediante espectros de sentimento desejo e vontade, como também do corpo físico. Para o autor, a ocorrência de um distúrbio no processo de expressão dessa totalidade será responsável pelo surgimento das doenças orgânicas, tornando os sintomas a expressão possível para o aparelho psíquico. É pela racionalização de sentimentos e da repressão de desejos que a exteriorização desses conteúdos acontecerá, sob diferentes formas, burlando a vigilância da razão e provendo o sujeito dos objetos que satisfaçam a intenção primária desses mesmos desejos (Costardi, 1997). Complementarmente, concebe-se o princípio fundamental de que todo organismo vivo tem a capacidade de se autorregular e de se autocompletar, ressal-

tando o processo terapêutico como uma forma eficaz de aproximar o sujeito de sua integração e inteireza (Schnake, 2017a).

No processo de construção deste estudo, por meio de revisão integrativa da literatura realizada em 2022, foi identificada uma lacuna significativa em relação a pesquisas que abordassem a lógica do cuidado e tratamento em gestantes de alto risco sob uma ótica integrativa. Essa carência se mostrou ainda mais evidente no que diz respeito a estudos conduzidos por psicólogos. Com vistas a atualizar as informações acerca dessa lacuna, realizou-se uma busca com os mesmos descritores e bases de dados consultados por aquela revisão, entre o período de 2023 e março de 2024, a qual não retornou resultados pertinentes aos critérios de inclusão nela estabelecidos, corroborando os achados anteriores.

Outrossim, essa mesma escassez é evidenciada no que tange a estudos de intervenção no campo da psicossomática clínica mediados por abordagens que contemplem sintomas físicos, uma vez que não foram encontrados estudos brasileiros de similar temática publicados nos últimos 10 anos. Isso evidencia a relevância da intervenção realizada neste estudo, tendo em vista principalmente seus aspectos integrativo e inovador. Para tanto, o objetivo deste estudo foi compreender o processo e o desfecho de uma intervenção breve da clínica psicossomática no tratamento de uma gestante de alto risco.

Método

Delineamento

Priorizando a adequação ao objetivo deste estudo, optou-se por realizar uma pesquisa exploratória, de estudo de caso único, de enfoque qualitativo e delineamento longitudinal (Sampieri et al., 2013). A escolha pela pesquisa de abordagem qualitativa com desenho de estudo de caso único destinou-se a permitir maior aprofundamento acerca do objeto de estudo, e o caráter exploratório por tratar-se de um tema pouco difundido na literatura. O delineamento longitudinal diz respeito à coleta de dados ocorrer em mais de um momento.

Participante

Participou deste estudo Sueli (nome fictício), 29 anos, gestante, com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica (HAS) crônica prévia (acima de

140/90 mmHg). A seleção deu-se por conveniência, por indicação do médico obstetra, como amostragem intencional de caso típico. Como critérios de inclusão no estudo foram definidos: estar gestante, ser maior de 18 anos, com diagnóstico de pré-eclâmpsia de início precoce ou tardio, ou de hipertensão arterial sistêmica.

Sueli iniciou a participação na pesquisa com idade gestacional de 17 semanas e quatro dias (IG 17+4) da sua segunda gestação. Como sinal, apresentava picos hipertensivos ao longo do dia, e como sintoma, taquicardia transitória em repouso, o que lhe causava sensação de desconforto torácico. Em eletrocardiograma realizado na 30ª semana gestacional, foi constatada taquicardia sinusal.

O quadro de HAS teve início na gestação do primeiro filho, na qual desenvolveu pré-eclâmpsia na 34ª semana gestacional, que se manteve após o parto. O parto foi prematuro (IG 36), por cesárea. Aos 24 anos teve um AVC (acidente vascular cerebral), sem posse de registro médico. Nos registros que conserva pode-se constatar que houve a suspeita médica de processo isquêmico. Foi realizada investigação de trombofilia; entretanto, não tem registro do resultado.

Em seu histórico de saúde familiar paterno existem casos de HAS, hipertireoidismo e câncer, enquanto na família materna há casos de HAS e diabetes. Em relação ao seu nascimento, teve informações de familiares que foi prematuro (IG 28). Como histórico da mãe, relata a ocorrência de abortos espontâneos intercalados ao nascimento dos filhos e HAS, entretanto sem acompanhamento médico regular ou tratamento. Aos 7 anos, presenciou a morte da mãe (43 anos) por infarto agudo do miocárdio. Na ocasião, a mãe estava grávida, nas primeiras semanas de gestação. Decorreu desse fato o distanciamento do pai, quando passou a morar com outras pessoas da família, passando por situações de negligência e de vulnerabilidade social.

Sueli reside com o marido (35 anos) e o filho (8 anos) e tem como escolaridade o ensino médio incompleto. Trabalhava como autônoma, mas afastou-se de suas atividades em função do quadro de saúde. Está casada há 16 anos, com bom padrão de relacionamento, e teve seu primeiro filho aos 20 anos de idade. Considera ter uma boa rede de apoio familiar.

Instrumentos

Foram utilizadas na investigação entrevista semiestruturada de anamnese para coleta de aspectos socioeconômicos e história de vida, entrevista semies-

triturada pós-técnica para verificação do que foi alcançado pela participante na sessão, e entrevista semiestruturada de acompanhamento com vistas a identificar como a participante elaborou o que foi trabalhado na sessão anterior. Como coleta documental, foi utilizada a Caderneta da Gestante (Ministério da Saúde, 2016), e acompanhados os registros médicos com a evolução do quadro clínico.

Procedimentos

Este artigo é derivado da dissertação de mestrado intitulada *Clínica psicossomática na gestação de alto risco: Um estudo de caso*, de autoria de Taritza Basler Pereira, sob orientação da Prof^a Dr^a Tagma Marina Schneider Donelli, vinculada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (Unisinos). A pesquisa foi realizada em conformidade com as normas vigentes e recomendações éticas para a realização de pesquisas com seres humanos no Brasil e aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Vale do Rio dos Sinos, conforme o CAAE 40541320.0.0000.5344.

O estudo foi realizado no Ambulatório de Pré-natal de Alto Risco do Centro Médico Capilé, na cidade de São Leopoldo, RS. A divulgação da pesquisa deu-se internamente na instituição, pelo médico obstetra responsável, que fez a indicação da participante identificada no critério de inclusão do estudo para participação voluntária. As sessões ocorreram em ambiente virtual, por videochamada, no período de julho de 2021 a março de 2022, num total de 12 encontros, gravados em vídeo. Os encontros foram realizados com intervalo aproximado de uma a três semanas entre sessões, e duração de aproximadamente 40 minutos.

Foi realizada uma intervenção psicossomática clínica que teve como ponto de partida a proposta de Tessari (2018), que visa à reconexão com a totalidade no processo de tratamento, e tem as etapas estruturadas a partir da conjugação dos verbos: acolher, demandar, propor, morrer, aprender, respeitar, integrar e reencontrar. Para mediar a intervenção, elegeu-se a técnica do diálogo gestáltico com o órgão, idealizado por Adriana Schnake (2017b), que é caracterizada como um exercício imaginativo e vivencial no qual a pessoa realiza um diálogo franco com o órgão doente e, numa troca de papéis, acessa o conteúdo de si que anteriormente não pôde ser reconhecido ou tornado consciente (Schnake, 2017a). A técnica é realizada em 10 passos, em ambiente com disposição de três cadeiras, duas de frente para a outra e uma transversal, ocupada pelo terapeuta.

Para este estudo, foi promovida uma adaptação da técnica para a realização em ambiente virtual, na qual a participante posicionou duas cadeiras uma de frente para a outra, e deixou a câmera na transversal, como que na posição do terapeuta. A fim de facilitar uma melhor compreensão da participante sobre o processo, foram incluídas narrativas de identificação das posições ocupadas pela pesquisadora.

Coleta de dados

Os dados foram coletados por meio das anotações da pesquisadora com a descrição detalhada de cada sessão, organizados em forma de relato clínico, e das transcrições das gravações oriundas das videochamadas de cada encontro do processo de intervenção. Também foram incluídos os dados documentais registrados na Caderneta da Gestante da participante e os resultados de exames clínicos.

Análise de dados

A análise de dados se deu pelo relato clínico (Epstein, 2011; Mordcovich, 2011), concebido como uma forma de comunicação privilegiada, na medida em que permite ao pesquisador um maior aprofundamento nos dados, ocupando-se dos conteúdos verbais e não verbais manifestados, como também da inclusão de suas próprias expectativas e subjetividades. Ferrari (2012) salientou que, por se tratar de narrativa do já vivido, o relato clínico permite a reorganização dos acontecimentos a partir de novos contatos e significações, mediante esse contar da experiência. Ainda, para que seja considerado um caso científico, deve estar atravessado por fundamentos metapsicológicos que possibilitarão a produção de significados daqueles conteúdos que se encontram sem representação na palavra.

Resultados e discussão

Os resultados foram organizados e serão apresentados em forma de relato clínico, no qual serão apontados os momentos mais pertinentes a contemplar o objetivo deste estudo. A fim de fomentar um melhor aproveitamento da análise dos dados, o relato será concomitantemente discutido à luz da literatura.

A intervenção realizada será apresentada a partir da ilustração das principais vinhetas de falas e situações emergidas das sessões. Para tanto, as falas da participante que foram transcritas literalmente estarão destacadas em itálico para melhor identificação, enquanto as demais serão citadas no próprio relato. As contribuições da pesquisadora serão narradas em primeira pessoa, visando a aproximar o leitor do contexto dessa experiência.

Em nosso primeiro encontro, Sueli chegou com IG 17+4, muito colaborativa, acolhendo bem o enquadramento proposto. Iniciado o processo de entrevista de anamnese, ela deixou clara a presença do medo associado à gestação atual, que não foi planejada e para a qual havia contra-indicação médica motivada pelo quadro hipertensivo. O medo pode ser concebido como a resposta ao impacto da percepção de algo nocivo, ou ainda como uma resposta sobre a previsão do possível ou provável dano, e tem como principal contribuição a incapacidade de garantir-se uma resolução ao que se apresenta (Mira y López, 1980).

Em relação aos sintomas que percebe, Sueli afirmou que *“a pressão para mim está sendo tranquila, né? Só o aceleração no coração que me assusta um pouco”*, referindo-se à taquicardia. Contou que, mesmo em momentos de relativa tranquilidade e repouso, o sintoma se faz presente, e atribuiu essa manifestação à ansiedade, pois percebe-se muito ansiosa. A taquicardia pode estar presente em quadros ansiosos desadaptativos; entretanto, deve-se considerar ser mais bem explicada por uma condição médica. Ainda, quanto aos aspectos neurológicos de respostas adaptativas, respostas de medo aprendidas, como ansiedade, podem ser intermediadas pela amígdala, e assim direcionar a expressão de algumas emoções (Sadock et al., 2017).

Sobre suas recordações da infância, Sueli apontou o quão marcante foi a morte da mãe e difíceis os tempos que se seguiram. *“Ela morreu do meu lado. Isso eu carrego desde lá”*. Sua fala nesse momento se impregnou de emoção, evidenciando o quanto os sentimentos vinculados a essa experiência ainda estão presentes. Ao relatar sua experiência, deixou evidente o quão trágica foi, e o fato de a mãe estar grávida, inevitavelmente, veio a atravessar sua própria história hoje. Ressalta-se o que Sueli disse: *“Isso eu carrego desde lá”*, refletindo sobre quais sentimentos ainda “carrega”. Em relação ao pai, contou que, após a morte da mãe, ele se distanciou dos filhos, legando seu cuidado a outras pessoas da família, período no qual ela passou por situações recorrentes de negligência e vulnerabilidade. Esse contexto de sua narrativa faz compreender a legitimidade de sua preocupação e seu medo em relação aos riscos da gestação atual, principalmente pela possibilidade de vir a morrer e faltar para o filho.

Ao abrir espaço para o que Sueli quisesse incluir na sua história, ela mencionou: “*eu tenho essa ansiedade. É que eu sou muito assim, ó, **de guardar**, entendeu? De guardar as coisas para mim, e às vezes é isso que me afeta*”. Entende-se que o significado das palavras, simbolicamente, pode contar sobre o que representam para a pessoa, e ao se considerar a palavra também como símbolo, compreende-se que é por meio disso que o inconsciente se dirige à consciência (Groddeck, 2004). Nesse sentido, quando Sueli traz à superfície algo de si e o reconhece, mostra um caminho possível para a elaboração e ressignificação desses conteúdos. Sua percepção de si, apesar de traduzida em linguagem simples, está de acordo com a necessidade, para o processo de cura, de tornar consciente o que é inconsciente, tendo em vista saúde e doença serem manifestações da existência do Isso (todo) (Groddeck, 2004).

Ao dar-se conta novamente da gravidade e do potencial risco de sua atual gestação, conectou-se mais uma vez com o medo: “*no meio da criação do meu filho e o meu medo muito é de deixar ele no mundo, né? Porque minha mãe deixou eu no mundo cedo. E eu fico assim, né? Fico naquele pensamento*”. Esse sentimento tem muitas formas de apresentação e graus de invasão. Nessa situação, especificamente, Sueli experimenta o medo racional-sensato, que é aquele condicionado pela experiência e baseado na racionalidade, que é lógico e se apresenta como reação à antecipação do dano (Mira y López, 1980). Esse medo é do tipo que pode ser compreensível para as pessoas que não o sentem diretamente, mas possivelmente o sentiriam, caso vivenciassem situação similar.

Em nosso segundo encontro, Sueli estava com IG 19+3 e mostrou-se receptiva à proposta de realizar o diálogo gestáltico com as artérias, a fim de trabalhar o sintoma de HAS. Essa proposta parte do princípio de que o processo de cura depende da conexão entre as partes divididas pelo adoecimento, com vistas a recuperar a totalidade do ser humano. Para tanto, a pessoa deve passar pela vivência da estrutura da parte doente (órgão), uma vez que, por meio da tomada de consciência de que esta é parte de si mesma, tem a representação de sua totalidade (Schnake, 2017b). Em relação à escolha do órgão, tem-se o princípio de que o sintoma é a linguagem emergente e, portanto, o ponto de partida de qualquer tratamento (Groddeck, 2004). A partir disso, o sintoma deve ser observado e apropriado pelo terapeuta, para que possa facilitar trazer à luz do consciente o sentido de sua manifestação.

Durante o diálogo com as artérias, Sueli demonstrou certa dificuldade em fazer contato com o lugar de órgão e renunciar ao controle, por meio da racionalização, para ampliar a vivência naquela condição. A partir disso,

a terapeuta foi convocada a estimulá-la a retomar a condição em que estava facilitando o contato, nomeando novamente esse lugar. A partir da experiência da troca de papéis, ficou fácil compreender sua resistência, uma vez que se mostrou como uma resposta à etapa morrer da intervenção, na qual a pessoa deve executar a difícil tarefa de deixar de existir e de perceber-se como antes, abandonando aquilo que pensava ser (Tessari, 2018). Ainda, foi possível identificar a necessidade de promover a adequação da descrição do órgão ao vocabulário de Sueli, que, a partir disso, foi se apropriando do processo. Nessa experiência, o que se torna mais importante é o reconhecimento das semelhanças e diferenças com o órgão, tendo em vista que as características evitadas ou não reconhecidas são a chave do conflito, por alguma razão, negado ou não aceito (Schnake, 2017a). Ao final do processo, foi possível identificar, por meio da entrevista de verificação pós-técnica, que Sueli alcançou o objetivo de contato consigo mesma e o que de contraste necessitava ser resgatado.

Em nosso terceiro encontro, Sueli estava com IG 22+3. Chegou bem-disposta e comunicativa. Contou que houve melhora na hipertensão arterial; entretanto, apresentou picos na aferição em consultório quando foi às consultas médicas. Mais recentemente, essa manifestação sintomática foi admitida como passível de ocorrer entre as síndromes hipertensivas gestacionais como “hipertensão do jaleco branco”, caracterizada por aferições domiciliares dentro do normal (abaixo de 135/85 mmHg) e pela presença de hipertensão arterial alta (acima de 140/90 mmHg) durante as consultas de pré-natal, podendo ainda evoluir para pré-eclâmpsia (Peraçoli et al., 2019).

Em continuidade à entrevista de verificação, ao questioná-la sobre como foi exercitar as características identificadas no diálogo e como percebeu o processo, Sueli mencionou que conseguiu praticar apenas “*um pouco*” o que foi proposto. Com o intuito de ressaltar a importância do movimento de mudança que iniciou, peço a ela que explique melhor sua análise sobre o que se passou. Ao narrar, Sueli percebeu e identificou suas características em diferenças que foram exercitadas no período entre as sessões, principalmente, de controlar e “guardar tudo para si”, como sinalizou no primeiro encontro. Em seguida, busquei validar seu trabalho e disponibilidade internos para a mudança, reforçando a importância de conseguir exercitar as etapas morrer, aprender, respeitar e integrar da intervenção. Minha conduta nessa situação foi balizada pela concepção do papel do terapeuta enquanto facilitador, que, visando despertar potencialidades e virtudes, dispensa à pessoa a condição de retomar o caminho em direção ao autoconhecimento, permitindo-lhe assim assumir suas imperfeições e

entregar-se ao trabalho de reconstruir sua própria identidade (Costardi, 1997). Sob essa premissa, cabe ao terapeuta o trabalho de auxiliar o sujeito a tornar-se consciente de sua responsabilidade sobre seu adoecimento, ressignificando suas crenças e adequando seus sentimentos, emoções e pensamentos à realidade daquilo que realmente é.

A partir dessa validação e reconhecimento, Sueli foi capaz de perceber o que estava sendo mais difícil para ela nesse processo de apropriação de si, que *“é o guardar, sabe, para si. Isso estou conseguindo lidar bem, já aprendi a lidar bem, sabe?”*, como também as mudanças em sua forma de pensar e de sentir que estavam se refletindo em seu comportamento. Nesse sentido, evidencia-se a principal motivação deste processo, que é a possibilidade de a pessoa perceber a totalidade que é, e que tudo o que acontece com ela conta algo muito importante sobre si (Schnake, 2017a).

Nos encontros seguintes, Sueli estava com IG 25+3 e 30+4, respectivamente, e se apresentava um pouco menos disponível do que nas sessões anteriores, relatando certo desgaste com a experiência do aumento do número e frequência de consultas médicas a que estava sendo submetida, por volta de duas a três vezes por semana. Outro aspecto de tensionamento foi consoante com a constatação de picos de pressão arterial durante o sono e taquicardia sinusal em exames. A partir disso, sua atenção voltou-se para a evolução da sua condição de saúde e dos possíveis desfechos da gestação e do parto, estabelecendo um padrão de funcionamento ansioso.

Sua narrativa, então, se impregnou de expectativas em relação ao parto e do quanto tem medo e se preocupa com esse momento, principalmente em referência à experiência da gestação anterior. Esse processo pode ser bem entendido a partir da constatação de que gestantes de alto risco podem desenvolver a ansiedade como manifestação de base no curso da gestação quando experimentam complicações ou alterações no quadro clínico (Cabral et al., 2018). Ademais, ainda que sentimentos ambivalentes e ansiedade comumente estejam presentes em gestações típicas como um padrão adaptativo saudável, nas gestações de alto risco esses sentimentos e estados emocionais encontram-se potencializados, o que se dá principalmente pela iminência do desfecho desfavorável da gestação e do parto, e do risco de morte (Azevedo et al., 2020). A partir disso, visando a fomentar uma mudança no foco de sua atenção e uma maior conexão com o momento presente, orientei Sueli quanto ao uso de uma técnica de respiração consciente. Minha escolha terapêutica naquele momento se deu incentivada pela prerrogativa de que se deve colocar a técnica sempre a serviço do processo terapêutico, aproveitando a

situação que se apresenta da melhor forma possível para contribuir com a tomada de consciência da paciente (Figueroa, 2015).

Em nosso sexto encontro, Sueli estava com IG 31+3. Preocupou-se em informar sobre a indicação do médico obstetra para antecipar o parto para antes de 38 semanas caso a pressão continuasse a se elevar, uma vez que, em sua última consulta com o médico cardiologista, havia sido identificada oscilação da pressão arterial e taquicardia sinusal. Sobre essa mudança no quadro sintomático, é importante salientar que a etapa integrar da intervenção é um processo, e por isso deve ser vivenciada quantas vezes forem necessárias, com vistas a facilitar ao sujeito a autorresponsabilização por sua doença, como o conhecimento da mensagem que traz a todo o seu ser (Costardi, 1997; Schnake, 2017b). Nesse sentido, essa reconfiguração da manifestação do sintoma traduz o processo de que, quando um conteúdo é trabalhado e perde sua intensidade de expressão, pode retornar à superfície consciente quando novamente tensionado, com vistas a uma nova oportunidade de atualizar-se, comunicando a totalidade que representa e podendo assim ser reintegrado.

No sétimo encontro, realizou-se o diálogo gestáltico com o coração, uma vez que foi identificada a mudança no padrão de enfrentamento de Sueli e no quadro sintomático. Sueli estava com IG 32, mostrou-se receptiva e colaborativa com a proposta de trabalho. Dessa vez, foi capaz de conectar-se mais facilmente com o órgão e com suas características, o que provavelmente teve contribuição da experiência anterior. O diálogo ocorreu com os mesmos parâmetros de procedimentos, e Sueli identificou o medo como sentimento pelo coração e como diferenças: *“descanso mais do que trabalho e dou o que recebo”* (Schnake, 2017a). Quando questionada sobre a experiência, Sueli retomou a identificação da sua característica de guardar para si, fazendo a associação de que *“não dá o que recebe”*, e quando está no processo ansioso de *“a mente não parar”*, não descansa para se nutrir, como faz o coração. *“O cardiologista tinha já me falado sobre isso. O neuro [neurologista] também, que não era para mim guardar as coisas para mim. Muita coisa eu guardava pra mim, por isso que acabava ficando acelerada, essas coisas, né?”*. Pode-se extrair o potencial desses diálogos em promover para a pessoa a aceitação de aspectos que antes negava como parte de si mesma, evidenciando o quão incrível pode ser a percepção de uma pessoa sobre o órgão ou parte de si adocida (Schnake, 2017b).

O oitavo encontro foi destinado à verificação da sessão anterior, quando Sueli estava com IG 34+1. Chegou tranquila, menos ansiosa, reportando uma melhora da taquicardia. Entretanto, mantinha como sintoma a oscilação da pres-

são arterial, que era de difícil controle medicamentoso. Passou a manifestar preocupação em relação à possibilidade de um desfecho desfavorável da gestação, demonstrando insegurança, como se faltasse continência da situação que se apresentava na rotina de atendimentos médicos e exames. Na tentativa de tirar das consultas médicas a única via de segurança para o enfrentamento das incertezas sobre o parto, propus o exercício de materializar em palavras os pensamentos e fantasias que podem surgir sobre esse foco de preocupação, com vistas a diminuir a intensidade e a frequência com que se apresentavam. Além disso, retomei os exercícios de conexão com o momento presente, para que Sueli não antecipasse a vivência emocional de possíveis desfechos negativos da gestação. Minha conduta tomou como base a importância de facilitar à paciente a redução do nível de sofrimento incorporado, estimulando o desenvolvimento de recursos internos até que tivesse condições de reconectar-se de forma resolutiva com a situação problema (Joyce & Sills, 2016).

No nono encontro, Sueli estava com IG 34+4, bem-disposta, colaborativa e acolhendo a proposta de trabalhar o diálogo com as artérias novamente, que se faz pertinente a partir da identificação do quadro sintomático que se apresentou nos últimos encontros. É importante salientar que as oportunidades que se apresentam para facilitar o processo de cura não devem ser desperdiçadas, uma vez que a técnica passa inevitavelmente pela compreensão da verdadeira função e característica do órgão que não está funcionando bem (Schnake, 2017a). No diálogo, Sueli demonstrou abertura e disponibilidade interna para conexão com o órgão, e identificou como a diferença é elástica, no sentido de ser flexível e adaptar-se (Schnake, 2017b).

Por meio da entrevista de verificação pós-técnica, Sueli disse: *“eu estou me sentindo bem, desde a outra vez já primeiro. Não estou, não está sendo mais pensado. Eu queria fazer tudo. Não deixava nada, queria aquilo ali naquele momento, e tinha que ser. Queria controlar mais as coisas, não deixava fluir. E agora eu já mudei, mudei muito, muito mesmo”*. Validei seu reconhecimento sobre o que conquistou até aqui, pois de fato era perceptível a maior leveza e fluidez na sua expressão. Em seguida, Sueli demonstrou ser capaz de apropriar-se das características a serem reintegradas, como também de comprometer-se em investir nesse processo de mudança, deixando claro que alcançou as etapas de respeitar e integrar da intervenção, comprometendo-se a alcançar a etapa de reencontrar a essência perdida, a totalidade (Tessari, 2018).

A partir do contato com as características das artérias, surgiu uma inquietação para Sueli: *“é, essa função das artérias e do coração que eu vou traba-*

lhar muito isso no hospital, né? Porque eu vou ficar muito ansiosa, muito nervosa, com tudo né? Eu vou usar muito isso em algum momento". Mesmo diante da oferta da terapeuta de contraste à projeção negativa que faz, Sueli sustentou: *"é que a minha mente não vai conseguir parar, e com isso, como ela não vai parar, automaticamente vai subir a minha pressão. É igual a outra vez que eu pensava mil coisas e no final ela não baixava de maneira nenhuma, nem depois que eu ganhei ele"*. Diante disso, busquei reforçar o aprendizado que teve pelos diálogos, a fim de promover a utilização das características do órgão como potencial de enfrentamento, como também alternativas em contraste, o que novamente a fez conectar-se com o "medo lógico" (Mira y López, 1980).

Decorreu desse momento uma alteração no comportamento de Sueli, que passou a falar de forma retraída, quase como que pedindo licença para acrescentar algo ao que estávamos contatando. Conecta-se novamente com a preocupação sobre o fato de apresentar picos hipertensivos quando em atendimentos no ambulatório de alto risco ou no hospital, e traz em sua fala pouca perspectiva de resolução para situação. A partir disso, mudei minha postura terapêutica e ofereci-lhe investigarmos a razão desse sintoma. Numa atitude fenomenológica, devolvi a ela o conteúdo que trouxe de forma mais sintética e objetiva, visando a facilitar sua tomada de consciência e reconhecimento do objeto de sofrimento. A abordagem fenomenológica prevê a apropriação do que surge na sessão com uma curiosidade genuína, em vez de interpretar, buscando estar o mais perto possível da vivência do paciente, no aqui e agora, ajudando-o a explorar e tornar-se consciente de como está fazendo sentido no mundo (Joyce & Sills, 2016). Em decorrência desse processo, Sueli pôde identificar a representação desses locais para ela: *"eu sei, é o medo. É um medo, sim, de acontecer alguma coisa. É a única coisa que eu tenho: medo. Disso assim, sabe? De não resistir, alguma coisa"*. Validei sua identificação e incluí os recursos adquiridos por ela como formas de enfrentamento eficientes, a fim de orientá-la quanto a possíveis manejos desse sentimento.

O décimo encontro passou a ser destinado a trabalhar o medo. Sueli estava com IG 36, e iniciou sua narrativa trazendo informações acerca de sua condição de saúde e de sua bebê, articulando pausadamente, calmamente, e com cuidado, como se quisesse fazer perceber a importância disso para ela. A partir daí, verifiquei como estava sua conexão com o medo, sinalizado por ela como muito presente ainda. Propus, então, uma técnica de imaginação dirigida para que se instrumentalizasse e pudesse lançar mão do recurso de enfrentamento que dela decorre, sempre que achasse necessário. Esse tipo de técnica tem o papel de aju-

dar a pessoa a explorar o tema com que tem dificuldade de lidar ou contatar, e pode ser desenvolvida sempre a partir desse tema e da situação que emerge na sessão (Figuerola, 2015). Foi possível constatar que Sueli demonstrou ser capaz de apropriar-se do recurso proposto, pois conseguiu vivenciar em plenitude o processo ofertado.

Os últimos encontros se deram no puerpério, e destinaram-se a verificar os efeitos da intervenção para Sueli. No primeiro, ela estava há 30 dias no puerpério, quando a estimei a contar como foi a experiência das últimas semanas da gestação e do parto. Relatou que, no período que antecedeu o parto, passou por aferições da pressão arterial diárias na UBS e precisou de quatro internações na emergência para supervisão da condição de alto risco e possível antecipação do parto. Contou que vivenciou momentos de medo intenso nas idas à emergência e no momento do parto, ainda que não tivesse se confirmado o diagnóstico de HAS sobreposta por pré-eclâmpsia, e de o parto ter ocorrido a termo, na 39ª semana de gestação. Mencionou que nesses momentos utilizou os exercícios vivenciados durante o processo interventivo e, mesmo com importante sofrimento psicológico associado, estes a ajudaram a tornar mais toleráveis essas experiências.

O último encontro aconteceu três meses após o parto, no qual busquei saber sobre o estado de saúde geral de Sueli. Abri a possibilidade de ela trazer sua narrativa, a partir daquilo que se tornasse mais relevante naquele momento sobre suas experiências do período. Sueli ateu-se à rotina como mãe e aos cuidados com a bebê, e às dificuldades e alegrias que essa experiência estava trazendo. Apesar do aparente cansaço com os cuidados com a bebê, Sueli demonstrou estar de posse e segura do papel que desempenhava, mostrando-se tranquila enquanto falava. Quando encaminhávamos para o fim da sessão, Sueli mencionou o quanto ainda levava consigo o aprendizado e os recursos dos quais se apropriou no período interventivo, que ainda exercita o que aprendeu e se percebe evoluindo. Ao final do encontro enfatizou: *“eu estou bem, estou muito bem. Desde que a minha nenê nasceu a minha pressão tá boa”*.

Em síntese, todo o processo de intervenção foi permeado pela incerteza dos resultados, com o desfecho sendo moldado a cada sessão e sustentado pelo comprometimento de Sueli e pela experiência clínica da terapeuta com a abordagem. A cada encontro, um universo de possibilidades se apresentava, e, por meio do que era proposto, Sueli foi aos poucos se apropriando de si mesma, se conhecendo e transformando, e acabou contrariando o prognóstico desfavorável do início da gestação. Portanto, a terapia contribuiu para

sustentar um desfecho favorável com o controle do quadro sintomático e um parto a termo.

Considerações finais

A partir deste estudo de caso, pode-se compreender o quanto a clínica psicossomática como abordagem de tratamento permite ao sujeito que sofre tomar consciência de si e apropriar-se da totalidade que é. Nesse sentido, as informações obtidas ilustraram que a intervenção realizada contribuiu para um desfecho favorável da gestação e do parto, que ocorreram sem o desenvolvimento de pré-eclâmpsia superposta à hipertensão arterial crônica, como também para a diminuição do sofrimento psicológico associado à experiência da gestação de alto risco. Ainda, a análise das implicações do tratamento que decorreram da intervenção permitiu constatar que se trata de processo interventivo passível de ser integrado ao tratamento de gestantes de alto risco de modo geral, como também de ser inserido em contextos de assistência multiprofissional em saúde, desde que observada a necessidade de ser implementado por psicólogos com a formação específica que exige.

Apesar da pertinência e do potencial de tratamento da clínica psicossomática enquanto abordagem, algumas limitações perpassaram este estudo. Dessas, destaca-se o *setting* virtual, que, apesar de se mostrar muito viável, fomentou a imprecisão da apreensão de alguns detalhes de expressão corporal da participante, em função do enquadramento da câmera. Por tal razão e para melhor aproveitamento, sugere-se a realização desse tipo de intervenção de forma presencial. Vale esclarecer que a opção por um *setting* virtual se deu pela necessidade de preservação da participante, diante do contexto pandêmico de Covid-19 no momento do processo de intervenção.

Por fim, com vistas a ampliar o conhecimento acerca do potencial de tratamento das intervenções em psicossomática clínica, sugere-se a realização de novos estudos empíricos, principalmente por tratar-se de prática ainda incipiente do ponto de vista estrutural e pouco difundida no meio acadêmico. Ademais, a considerar o potencial objeto de benefício de tal intervenção para gestantes de alto risco, que esses novos estudos sejam estendidos aos demais processos de adoecimento do ciclo gravídico, sobretudo pela importância da saúde materno-fetal para a sociedade e pela urgência na diminuição da mortalidade associada a esse grupo.

Referências

- Antoniazzi, M. P.; Siqueira, A. C.; Farias, C. P. (2019). Aspectos psicológicos de uma gestação de alto risco em primigestas antes e depois do parto. *Pensando Famílias*, 23(2), 191-207. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1679-494X2019000200015
- Azevedo, C. C. S.; Hirdes, A.; Vivian, A. G. (2020). Repercussões emocionais no contexto da gestação de alto risco. *International Journal of Development Research*, 10, 20034. <https://www.journalijdr.com/repercuss%C3%B5es-emocionais-no-contexto-da-gesta%C3%A7%C3%A3o-de-alto-risco>
- Cabral, S. A. A. O.; Alencar, M. C. B.; Carmo, L. A.; Barbosa, S. E. S.; Barros, A. C. C. V.; Barros, J. K. B. (2018). Receios na gestação de alto risco: Uma análise da percepção das gestantes no pré-natal. *Id on line – Revista Multidisciplinar e de Psicologia*, 12(40), 151-162. <https://doi.org/10.14295/online.v12i40.1051>
- Costardi, A. C. (1994). *Quebrando o espelho*. Martin Claret.
- Costardi, A. C. (1997). *Cartas a uma amiga*. Martin Claret.
- Duhig, K.; Vandermolen, B.; Shennan, A. (2018). Recent advances in the diagnosis and management of pre-eclampsia. *F1000Research*, 7, 242. <https://doi.org/10.12688/f1000research.12249.1>
- Eksterman, A. (2010). Psicossomática: O diálogo entre a psicanálise e a medicina. In: J. Mello-Filho, M. Burd, *Psicossomática hoje* (2ª ed.), cap. 8, p. 93-105. Artmed. https://www.lotuspsicanalise.com.br/biblioteca/Julio_de_Mello_Filho_Psicossomatica.pdf (acesso 29/07/2024)
- Epstein, R. (2011). El relato y la realidad. In: M. Vorchheimer (Coord.), *XXXIII Simposio Anual: Relatos de la clínica*. Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires.
- Fernandes, C. E.; Sá, M. F. S. (Eds.) (2019). *Tratado de Obstetricia Febrasgo*. Elsevier.
- Ferrari, H. (2012). Qué nos enseña Freud acerca del relato clínico psicoanalítico. *Psicoanálisis: Revista editada por la Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires*, 34(1), 87-96. <https://www.psicoanalisisapdeba.org/autores/hector-ferrari/que-nos-ensena-freud-acerca-del-relato-clinico-psicoanalitico/> (acesso 29/07/2024)
- Figueroa, M. (2015). As técnicas em Gestalt-terapia. In: L. M. Frazão, K. O. Fukumitsu (Orgs.), *A clínica, a relação psicoterapêutica e o manejo em Gestalt-terapia*, p. 103-128. Summus.
- Groddeck, G. (1994). *O Homem e seu Isso*. Perspectiva.
- Groddeck, G. (2004). *O Livro do Isso*. Perspectiva.
- Joyce, P.; Sills, C. (2016). *Técnicas em Gestalt: Aconselhamento e psicoterapia*. Vozes.

- Mello Filho, J. (2010). Introdução. In: J. Mello-Filho, M. Burd, *Psicossomática hoje* (2ª ed.), cap. 1, p. 29-38. Artmed. https://www.lotuspsicanalise.com.br/biblioteca/Julio_de_Mello_Filho_Psicossomatica.pdf (acesso 29/07/2024)
- Ministério da Saúde (2016). *Caderneta da Gestante* (3ª ed.). [https://www.mds.gov.br/webarquivos/arquivo/crianca_feliz/Treinamento_Multiplicadores_Coordenadores/Caderneta-Gest-Internet\(1\).pdf](https://www.mds.gov.br/webarquivos/arquivo/crianca_feliz/Treinamento_Multiplicadores_Coordenadores/Caderneta-Gest-Internet(1).pdf) (acesso 29/07/2024)
- Ministério da Saúde (2020). *Óbitos de mulheres em idade fértil e óbitos maternos – Capítulo CID-10*. DATASUS. <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/mat10uf.def> (acesso 29/07/2024)
- Mira y López, E. (1980). *Quatro gigantes da alma: o medo, a ira, o amor, o dever* (11ª ed.). José Olympio.
- Mirzakhani, K.; Ebadi, A.; Faridhosseini, F.; Khadivzadeh, T. (2020). Well-being in high-risk pregnancy: An integrative review. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 20(1), 526. <https://doi.org/10.1186/S12884-020-03190-6>
- Montenegro, C. A. B.; Rezende Filho, J. (2018). *Rezende: Obstetrícia fundamental* (13ª ed.). Guanabara Koogan. https://shalomtreinamentos.com.br/wp-content/uploads/2023/06/Rezende-Obstetricia-Fundamental-13_a-edicao.pdf (acesso 29/07/2024)
- Mordcovich, N. (2011). Una contribución a la idea de “relato”. In: M. Vorchheimer (Coord.), *XXXIII Simposio Anual: Relatos de la clínica*. Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires.
- Peraçoli, J. C.; Borges, V. T. M.; Ramos, J. G. L.; Cavalli, R. C.; Costa, S. H. A. M.; Oliveira, L. G.; Souza, F. L. P.; Korkes, H. A.; Brum, I. R.; Nascimento, M. L. C.; Corrêa Jr., M. D.; Sass, N.; Diniz, A. L. D.; Cunha Filho, E. V. (2019). Pré-eclâmpsia/eclâmpsia. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 41(5), 318-332. <https://doi.org/10.1055/s-0039-1687859>
- Rodrigues, A. L. (2022). Pensar a psicossomática. *Mudanças – Psicologia da Saúde*, 30(1), 105-109. <https://revistas.metodista.br/index.php/mudancas/article/view/655>
- Sadock, B. J.; Sadock, V. A.; Ruiz, P. (2017). *Compêndio de psiquiatria: Ciência do comportamento e psiquiatria clínica* (11ª ed.). Artmed. <https://oitavaturmadepsicofm.wordpress.com/wp-content/uploads/2019/03/compecc82ndio-de-psiquiatria-kaplan-e-sadock-2017.pdf> (acesso 29/07/2024)
- Sampieri, R. H.; Collado, C. F.; Baptista Lucio, M. P. (2013). *Metodologia de pesquisa* (5ª ed.). Penso.
- Schnake, A. (2017a). *Los diálogos del cuerpo: Un enfoque holístico de la salud y la enfermedad*. Cuatro Vientos.
- Schnake, A. (2017b). *Enfermedad, síntoma y carácter: Diálogos gestálticos con el cuerpo*. Cuatro Vientos.
- Tessari, D. A. (2018). *Tudo tem sentido, inclusive o câncer*. Olsen.

WHO – World Health Organization (2023). *Trends in maternal mortality 2000 to 2020: estimates by WHO, UNICEF UNFPA, World Bank Group and UNDESA/Population Division*. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/366225/9789240068759-eng.pdf> (acesso 18/08/2024)

Recebido em 09 de setembro de 2022
Aceito para publicação em 04 de abril de 2024