

# a Razão



Ler a Razão  
é razão para um bom diálogo

JORNAL DE PSICOLOGIA, 1994, VOL. 12, NÚMERO MENSAL

# Jornal de PSICOLOGIA

VOLUME

# 12

DIRECTOR: RUI ABRUNHOSA GONÇALVES • PUBL. MENSAL • ANO 1 • NÚMERO 1 • PREÇO 420\$00 • MAIO 1994

**A ENTREVISTA DE AVALIAÇÃO CLÍNICA: SUA RELEVÂNCIA PARA O PROCESSO TERAPÊUTICO E NA FORMAÇÃO PSICOTERAPÊUTICA**

Teresa Mendonça McIntyre

PÁGINA 3

**EFEITO DIFERENCIAL DE VARIÁVEIS CLÍNICAS, PSICO-SOCIAIS E SOCIO-CULTURAIS NO DESEMPENHO DE UMA PROVA DE MEMÓRIA EM IDOSOS E JOVENS ADULTOS**

Suzana Rodrigues; Manuel Geada; Ana Lúcia Ribeiro e Maria Manuela Rosa-Silva

PÁGINA 8

**DA LOUCURA À INSANIDADE MENTAL E DA HISTÓRIA À EPISTEMOLOGIA: ENTRE O DISCURSO PSIQUIÁTRICO, A PSICOLOGIA SOCIAL E O DIREITO PENAL**

João Paulo Ventura

PÁGINA 16

**RECONHECIMENTO DE FACES: REVISÃO DA INVESTIGAÇÃO**

Pedro Barbas de Albuquerque

PÁGINA 22

**REUNIÕES CIENTÍFICAS, CALENDÁRIO E OUTRAS SECÇÕES**

## EDITORIAL

### AGREGAÇÕES EM PSICOLOGIA

Não tenho por hábito utilizar este espaço para falar acerca da realização de provas académicas em Psicologia, tanto mais que existe no Jornal de Psicologia uma secção onde tais assuntos são incluídos. Todavia, a importância histórica de que se revestiram algumas das últimas provas de Agregação em Psicologia realizadas em Portugal, merecem quanto a mim um lugar de destaque pelo significado que tiveram no desenvolvimento daquela que é uma das áreas científicas e profissionais mais recentes a institucionalizar-se em Portugal. Por outro lado, não vou alongar-me aqui sobre os meandros das provas ou a relevância e mérito das mesmas. Tal não só seria despropositado neste espaço, como sobretudo redundante, já que todos os candidatos foram aprovados por unanimidade. É mesmo das *peçoas* dos candidatos que quero falar.

O primeiro de quem quero falar é o Professor Doutor Leandro de Almeida. Para aqueles que só agora estão a chegar à Psicologia convem lembrar que Leandro Almeida é proveniente da primeira "fornada" de psicólogos licenciados pelas Faculdades de Psicologia e de Ciências da Educação portuguesas - no seu caso específico a do Porto - tendo desde logo abraçado a carreira académica, primeiro como monitor, depois como assistente estagiário e por aí adiante. O que é relevante no percurso deste Psicólogo é que foi o primeiro da sua geração de "licenciados em Psicologia" a concluir em Portugal as primeiras provas de Aptidão Científica e Capacidade Pedagógica em Psicologia e também o primeiro a doutorar-se em Psicologia em Portugal, sendo agora também o primeiro a realizar a Agregação. É pois um percurso sempre feito a olhar para a frente, onde mais ninguém está senão a meta de chegada seguinte.

A segunda *peçoas* é o Professor Doutor Óscar Gonçalves. Também oriundo da Faculdade de Psicologia do Porto, o seu percurso académico é em muitos aspectos semelhante ao de Leandro de Almeida mas distingue-se sobretudo pela sua precoce internacionalização, que o levou a ser o primeiro doutorado em Psicologia da sua geração ainda que com tese defendida no estrangeiro. Agora, com uma semana de intervalo, é a segunda Agregação em Psicologia dos "psicólogos portugueses da nova geração".

Lado a lado, estas duas *peçoas* travaram várias lutas, pessoais e institucionais, contra o "poder instalado" reinante nos meios académicos e profissionais da Psicologia, semelhante aliás a muitos outros contextos socio-profissionais portugueses onde impera o corporativismo e a inveja intelectual. E venceram. As suas histórias, juntas com a de outros mais, servirão algum dia para escrever uma página inigualável da História recente da Psicologia em Portugal. Hoje estão na Universidade do Minho onde ainda muito se continua a esperar deles.

Finalmente, o Professor Doutor José Henrique Barros de Oliveira. Também oriundo da Faculdade de Psicologia do Porto mas já não da geração dos anteriores, Barros de Oliveira é, sobretudo nos meios académicos da Psicologia, talvez o exemplo mais marcante do querer e da perseverança no trabalho, aliados à competência e honestidade intelectuais. "Chumbado" por alguns dos seus "pares" no seu doutoramento em Psicologia na Faculdade de Psicologia do Porto, reformulou o seu trabalho, apresentando-o algum tempo depois na Universidade de Paris VII onde obteve o Doutoramento, cuja equivalência viu depois confirmada em Portugal. Sempre na Faculdade de Psicologia do Porto, passa a Professor Associado e é agora Agregado em Psicologia pela Universidade de Coimbra. Mais palavras para quê?

A estas três *peçoas*, cuja amizade prezo, aqui fica a minha pequena homenagem escrita. Porque são daqueles que podem vergar mas nunca quebram. Ainda bem para a Psicologia Portuguesa.

Rui Abrunhosa Gonçalves

## Jornal de PSICOLOGIA

ISSN:0870-4783

DEPÓSITO LEGAL Nº 15561/87

DIRECTOR: Rui Abrunhosa Gonçalves

DIRECTORES ASSOCIADOS: Óscar Gonçalves e Miguel Cameira.

REDACÇÃO: Conceição Nogueira, Edgar Pereira, João Guedes Barbosa, Jorge Negreiros, José F. Cruz, Manuel Geada, Maria do Céu Taveira, Natália Ramos, Paulo Machado, Pedro Barbas Albuquerque, Pedro Pinho, Telmo Baptista e Teresa Freire.

SECRETARIADO: Maria Amélia Santos.

COLABORADORES: Leandro Almeida (Braga); Aires Gameiro (Lisboa); Albano Estrela (Lisboa); Amaral Dias (Coimbra); Anna Bonboir (Louvain-Bélgica); Bartolo Campos (Porto); Bartha Lajos (Budapest-Hungria); Brigitte Cardoso e Cunha (Lisboa); Aura Montenegro (Coimbra); G.R. Skanes (Newfoundland-Canadá); Georges Meuris (Louvain-Bélgica); Gerardo Marín (San Francisco-EUA); Gunnar Kylén (Estocolmo-Suécia); Hakan Brokstedt (Estocolmo-Suécia); Harlan Hansen (Minnesota-EUA); Isolina Borges e J. Bairrão Ruivo (Porto); Klaus Helkama (Helsínquia-Finlândia); Leonard Goodstein (Washington, D.C.-EUA); Lois Thies Sprinthall (North Carolina-EUA); Luís Alberto Guerreiro (New Jersey-EUA); Maria de São Luís Castro (Porto); E. Mullet (Paris-França); Maurice Reuchlin (Paris-França); Norman Sprinthall (North Carolina-EUA); Patrícia Fontes (Irlanda); Peter Merenda (Rhode Island-EUA);

SUBSIDIADO POR: Fundação Eng.º António de Almeida.

ASSINATURA ANUAL: Portugal - PESSOAL: 1500\$00; Instituições: 3000\$00; Países de expressão portuguesa (Brasil e África) - U.S. \$20; U.S. - \$30; Europa - U.S. \$25; U.S. \$35; Outros Países - U.S. \$30 - U.S. \$40.

Preço deste número: 420\$00 (IVA incluído).

Números atrasados: Até 1990, 250\$00; Depois de 1990, 400\$00.

A assinatura do Jornal de Psicologia é feita por 4 números/ano, a partir do nº 1 de cada ano, inclusivé.

PERIODICIDADE: Mensal

FOTOCOPIADO E IMPRESSO: Tipografia NUNES Lda., Rua D. João IV, 590 - 4000 Porto.

PROPRIETÁRIO: Grupo de Estudos e Reflexão em Psicologia, R. das Taipas, 76 - 4000 Porto

REDACÇÃO, ADMINISTRAÇÃO E PUBLICIDADE: JORNAL DE PSICOLOGIA, Rua das Taipas, 76 - 4000 Porto

DISTRIBUIDORA: Empresa de Comércio Livreiro - Rua Miguel Bombarda, 578 - 4000 Porto. Tel. 693908.

TIRAGEM: 1000 exemplares.

LIVROSE PUBLICAÇÕES: Faremos referência a livros e outras publicações de que nos sejam enviados exemplares.

Desejamos estabelecer intercâmbio com outras publicações.

Nous souhaitons établir échange avec d'autres publications.

We wish to establish exchange with other publications.

INDEXADO EM: Psychological Abstracts; Ulrich's Directory.

SUBSCRIPTION RATES:

	Brasil/África	Europe	All others
Individual	US \$20	US \$25	US \$30
Institutions	US \$30	US \$35	US \$40

BACK ISSUES AND BACK VOLUMES: Write to: Jornal de Psicologia, R. das Taipas, 76 - 4000 Porto, Portugal

O JORNAL DE PSICOLOGIA é uma publicação destinada à divulgação e discussão de temas e assuntos nos diferentes domínios da Psicologia e ciências afins. O seu principal objectivo consiste em encorajar e facilitar o desenvolvimento da Psicologia em Portugal, contribuindo assim para o seu avanço como ciência, como profissão e como um meio de promover o bem estar humano.

O conteúdo do JORNAL DE PSICOLOGIA abrange diferentes áreas e domínios. Para além de artigos e estudos de carácter teórico, revisões de literatura, documentos e artigos de discussão de práticas inovadoras, regularmente aparecem secções especiais. Uma secção de "Opinião" é dedicada à discussão de aspectos actuais relacionados com a prática da Psicologia, críticas, réplicas ou pequenos artigos apresentando ideias e/ou perspectivas de carácter inovador. Além disso, a secção "Entrevista com..." visa apresentar as ideias, o trabalho e o contributo, para o desenvolvimento da Psicologia, de especialistas nacionais e estrangeiros. Secções especiais são também dedicadas a revisões e comentários a livros e outras publicações, bem como a informações de carácter geral e a notícias sobre reuniões científicas nacionais e internacionais.



## A ENTREVISTA DE AVALIAÇÃO CLÍNICA: SUA RELEVÂNCIA PARA O PROCESSO TERAPÊUTICO E NA FORMAÇÃO PSICOTERAPÊUTICA

TERESA MENDONÇA MCINTYRE(\*)

UNIVERSIDADE DO MINHO

Este artigo defende a importância fundamental da entrevista de avaliação clínica como método de avaliação e como fase inicial do processo terapêutico, e aponta para a necessidade de treino especializado dos estudantes de Psicologia Clínica e psicoterapia nas competências de avaliação clínica. A autora define o que é a entrevista de avaliação clínica e quais os seus objectivos fundamentais, descreve alguns erros comuns neste tipo de entrevista, e adverte em relação às suas limitações como método de avaliação clínica. A entrevista de avaliação clínica é definida como um método privilegiado de obter informação ideográfica acerca do cliente e é salientado o seu carácter relacional e bilateral. É considerado que a pessoa do terapeuta, como o "outro" da diáde terapeuta-cliente, é um componente essencial da avaliação clínica. O artigo apela à importância de se fazer uma formulação interpretativa da problemática do cliente e de se desenvolverem diagnósticos de trabalho acerca desta para um planeamento cuidadoso do tratamento e sucesso dos resultados obtidos. São também abordadas algumas questões de ética relacionadas com a entrevista de avaliação clínica e a necessidade de treino especializado nestas competências.

### INTRODUÇÃO

Na ânsia de se formarem clínicos facilitadores de mudança, peritos em psicoterapia, seja qual for a orientação adoptada, o treino do estudante de psicologia clínica em competências de entrevista de avaliação clínica é muitas vezes descurado. Este artigo propõe-se definir em que consiste a entrevista de avaliação clínica e seus objectivos fundamentais, apresentar alguns erros típicos do psicólogo ao realizar a entrevista, e advertir em relação aos limites da entrevista como método de avaliação clínica. Neste artigo a entrevista de avaliação clínica é tratada especificamente como a fase inicial do processo terapêutico, geralmente em resposta a um pedido de psicoterapia, e não como um processo isolado, como acontece em casos de pedido de avaliação que não têm em vista psicoterapia subsequente. No entanto, alguns dos temas abordados podem ser generalizados a este tipo de avaliação.

### O QUE É A ENTREVISTA DE AVALIAÇÃO CLÍNICA

Enquanto os investigadores do comportamento humano estão interessados numa abordagem geral ou nomotética

(\*) Professora Auxiliar do Departamento de Psicologia da Universidade do Minho e Directora do Serviço de Consulta Psicológica e Desenvolvimento Humano.

A correspondência para a este artigo deve ser enviada para Teresa Mendonça McIntyre, Departamento de Psicologia, Instituto de Educação da Universidade do Minho, Campus de Gualtar, 4700 Braga.

do indivíduo, os clínicos estão preocupados com uma abordagem ideográfica do comportamento humano, uma compreensão individualizada da problemática apresentada pelo cliente e do seu contexto histórico e situacional particular. A entrevista de avaliação clínica é um meio privilegiado do clínico obter esta compreensão ideográfica do cliente.

Um objectivo fundamental da entrevista de avaliação é a *colheita de dados* acerca do cliente por parte do psicólogo clínico com vista a uma *formulação válida* da problemática do cliente e ao *planeamento de intervenções* terapêuticas apropriadas (Comer, 1992; Graham & Lilly, 1984). A observação do comportamento verbal e não verbal do cliente, assim como a recolha de informação, são instrumentos chave do terapeuta na entrevista inicial (Sue, Sue & Sue, 1990). No entanto, é o contexto interpessoal terapeuta-cliente que informa e dá significado ao uso destes métodos e determina a validade dos dados obtidos. A entrevista de avaliação clínica tem assim um carácter *relacional e bilateral*.

Tanto a observação como os métodos de recolha de informação (mais ou menos estruturados) são grandemente afectados pela orientação terapêutica do psicólogo. Contudo, existe um instrumento de avaliação que é comum a todas as orientações, a *pessoa do psicólogo*, o seu eu. Sullivan (1970) fala no conceito de "participant observer" para explicar o envolvimento inevitável da pessoa do terapeuta no processo de avaliação. Assim, a consciência do psicólogo acerca de como a sua pessoa afecta a entrevista e os dados nela obtidos constituem um componente essencial da avaliação clínica. É neste contexto relacional terapeuta-cliente e nos processos que este contexto desencadeia que o terapeuta pode fazer sentido da pessoa do cliente e da sua problemática.

Assim, um componente essencial da entrevista de

avaliação clínica é saber *quem é o cliente*. O senso comum diz que o melhor meio de se conhecer uma pessoa é através de um encontro face a face. É através da observação do outro e do que se passa entre o indivíduo e o outro, que se pode formar uma imagem de quem é o outro. Na entrevista de avaliação clínica o cliente é o outro do terapeuta e o terapeuta o outro do cliente e é no contexto deste vínculo relacional que se gera uma *avaliação inicial bilateral*. Como qualquer primeiro encontro de estranhos, este face a face implica necessariamente a existência de ansiedade da parte do psicólogo e do cliente, processo que, embora sendo normal, pode obstruir a interação terapeuta-cliente e afectar a avaliação, sendo por isso importante para o terapeuta monitorizar este elemento da interacção.

Apesar desta dualidade existem *diferenças claras de papéis* e responsabilidades de cada participante neste encontro face a face. Ao terapeuta cabe criar as condições físicas e psicológicas facilitadoras de motivação e colaboração por parte do cliente no processo de revelação de quem o cliente é e o que ele concebe como a sua problemática (Graham & Lilly, 1984). É da responsabilidade do terapeuta o iniciar da entrevista, a exploração de tópicos fundamentais para a avaliação clínica e o finalizar da entrevista. Ao cliente cabe colaborar na avaliação exercendo um papel activo na clarificação da sua problemática e na escolha da terapêutica a seguir, comunicando as suas questões, expectativas e necessidades.

Através desta *abordagem ideográfica* o terapeuta vai formar uma imagem da pessoa do cliente, quais as experiências passadas que contribuíram para ele ser o que é, quais os padrões de comportamento, cognição e afectividade que emergem dessa história de vida, qual a sua experiência actual, qual a problemática apresentada e o seu enquadramento histórico e actual, e quais as expectativas do cliente acerca do processo terapêutico (Comer, 1992; Sullivan, 1970). Isto traduz-se numa *formulação interpretativa* da problemática apresentada pelo cliente.

Um aspecto final da entrevista de avaliação clínica é a *formulação de um diagnóstico* que pode ser enquadrado dentro de um dos sistemas de classificação conhecidos, como o DSMIII-R ou o ICD10. O terapeuta usa o conhecimento científico adquirido até ao presente sobre os padrões disfuncionais de comportamento ou a psicopatologia para determinar se a problemática do cliente é a mesma que a observada e investigada em outros indivíduos com essa patologia, podendo assim aplicar esse conhecimento para fazer predições acerca da etiopatogenia, curso e tratamento desse cliente (Comer, 1992). Ao fazer isto o clínico integra assim uma abordagem ideográfica com uma *abordagem nomotética*, sendo esta integração que deverá ditar a escolha terapêutica.

Uma vez que ainda temos muito a investigar acerca do comportamento humano e suas disfunções, que os sistemas de classificação existentes e a própria técnica de entrevista têm ainda vários problemas de validade e fidelidade (Comer, 1992; Graham & Lilly, 1984), os diagnósticos do psicólogo clínico são imperativamente *hipóteses* ou aproximações razoáveis do nível e tipo de disfunção apresentada pelo cliente. Apesar de serem apenas "working diagnose" estes *diagnósticos de trabalho* dão direcção ao processo terapêutico permitindo escolhas informadas pelo conhecimento científico até então existente. É também importante notar que esse diagnóstico de trabalho pode ser mais ou menos provisório, como é indicado por categorias como "protelado" ou "provisório" no DSMIII-R (American Psychiatric Association, 1987), não podendo o

clínico esquecer-se de que uma das possibilidades de diagnóstico é "Nenhum", ou ausência de patologia.

Um objectivo geral do terapeuta na entrevista de avaliação clínica é o *estabelecimento de "rapport"* com o cliente. A colaboração e motivação do cliente neste processo inicial de avaliação depende em grande parte da capacidade do terapeuta estabelecer esse "rapport" com o cliente, isto é, o terapeuta através da sua postura verbal e não verbal ser capaz de criar um ambiente físico e relacional em que se desenvolva um sentimento mútuo de respeito e confiança psicólogo-cliente (Comer, 1992; Graham & Lilly, 1984). Esta postura da parte do psicólogo envolve uma capacidade de "estar com" o cliente de modo a que este se sinta reconhecido como pessoa singular, com uma problemática particular, e crie uma expectativa de que derivará benefício da relação terapêutica (Egan, 1982; Sullivan, 1970). A informação do cliente quanto ao processo terapêutico, confidencialidade e seus limites, a estrutura e propósito da entrevista inicial, etc., ajuda a criar um clima de segurança e abertura nesta fase inicial de avaliação e são elementos fundamentais do estabelecimento de "rapport" com o cliente. A validade da informação recolhida pelo terapeuta, assim como da sua interpretação e do seu diagnóstico dependem grandemente da sua capacidade de atendimento do cliente nesta fase inicial.

A entrevista de avaliação clínica também permite ao *cliente avaliar o terapeuta*, o seu modo de interacção com o cliente e a sua capacidade de resposta ao seu pedido. Como o processo de avaliação é necessariamente *bilateral*, o cliente também vai formar uma impressão de quem é o terapeuta, quais os parâmetros da relação terapêutica, o que é que ele lhe oferece, e fazer uma decisão acerca do ajuste deste à sua pessoa e problemática. O terapeuta tem a função de facilitar este processo de avaliação e escolha por parte do cliente fornecendo-lhe informações claras e numa linguagem acessível sobre o Serviço e seu funcionamento, a estruturação da relação terapêutica (duração de sessões, frequência, pagamentos, confidencialidade, etc.) e o plano de intervenção terapêutica se os serviços forem ajustados ao pedido do cliente.

#### ERROS COMUNS NA ENTREVISTA DE AVALIAÇÃO CLÍNICA

Na minha experiência de supervisanda e supervisora, tenho observado vários erros no início do processo terapêutico que ilustram a negligência pela fase inicial, que constituiu a entrevista de avaliação clínica. Estes erros relacionam-se directamente com o carácter e objectivos da avaliação clínica acima apresentados e agrupam-se em erros de psicoterapia precipitada, erros de avaliação protelada e de avaliação unilateral.

O primeiro erro é o de "*psicoterapia precipitada*", em que o clínico oferece na entrevista inicial o que Egan (1982) chama de "Advanced Empathy", ou que eu chamo de interpretação ou insight terapêutico. Isto é, o terapeuta desafia o cliente com uma nova compreensão da experiência do cliente, indo um ou mais passos além do que foi afirmado ou expresso por este. Esta interpretação na fase inicial de avaliação clínica é necessariamente prematura porque é oferecida sem suficiente exploração ou clarificação da experiência pelo cliente, e fora do contexto de um "rapport" previamente estabelecido com este. Tenho observado que este tipo de intervenção por parte do

terapeuta é muitas vezes motivada pelo desejo de afirmar a sua identidade como clínico, de mostrar ao cliente que este o pode ajudar e de provar a sua "utilidade", tendo por base uma certa ansiedade que é característica natural de todo o encontro terapêutico inicial (Sullivan, 1970). O resultado é geralmente uma limitação prematura do campo de exploração da experiência do cliente e o levantar de defesas por parte deste que cortam os canais de comunicação previamente abertos. Isto não quer dizer que a entrevista de avaliação clínica não possa ter um efeito terapêutico no cliente, pois o próprio facto do cliente vir à consulta, falar acerca da sua problemática e da sua história de vida pode ser considerado terapêutico. Contudo, a psicoterapia não é um objectivo fundamental desta entrevista mas sim a avaliação clínica, podendo o exercício precipitado da primeira limitar a avaliação.

O segundo erro é o de "*avaliação protelada*", em que após a recolha de dados sobre o cliente o clínico evita a avaliação desta informação, quer na forma de uma formulação interpretativa sobre a natureza, causa e curso da problemática apresentada pelo cliente, quer na forma de um diagnóstico explícito, que enquadra esta informação num dos sistemas de classificação conhecidos. Na minha experiência tenho encontrado esta postura por parte do terapeuta associada à falta de experiência clínica e conhecimento de psicopatologia, que o impede de enquadrar os dados do cliente e interpretá-los em correlação com padrões de comportamento e/ou experiência observados noutros clientes ou conhecimentos científicos acerca dessa patologia. Outra motivação comum é a preocupação legítima do clínico de não impôr um rótulo diagnóstico ao cliente, com os perigos já provados de estigmatização que o diagnóstico pode acarretar (Rosenhan, 1973).

Embora os perigos de diagnosticar e classificar sejam válidos, o não diagnosticar também acarreta perigos de negligenciar os dados de investigação acerca da etiopatogenia, curso, prognóstico e métodos de tratamento de outros padrões disfuncionais de comportamento. Ao fazer uma avaliação inicial o clínico está a gerar hipóteses sobre a causa, natureza e curso do funcionamento psicológico do cliente, hipóteses baseadas nos dados da entrevista, na sua experiência clínica e nos dados de investigação disponíveis (Comer, 1992). Como já foi assinalado, esta avaliação inicial não implica um rótulo definitivo, mas sim o que se pode denominar de um "working diagnosis", um diagnóstico de trabalho, hipóteses que dão direcção ao processo terapêutico mas que, como hipóteses, são flexíveis e sujeitas a serem continuamente testadas pelo próprio processo terapêutico ou pela evolução do conhecimento científico acerca da disfunção psicológica. Tenho observado que o não chegar a uma integração dos dados da entrevista inicial sob a forma de uma formulação interpretativa da problemática apresentada pelo cliente ou da definição do seu nível de patologia através de um diagnóstico, resulta frequentemente em intervenções terapêuticas desintegradas e pouco claras, em que o terapeuta e o cliente partilham a confusão acerca do que é que estão ambos a fazer na terapia. Isto resulta frequentemente em desmotivação por parte do cliente e sentimentos de frustração por parte do terapeuta.

O terceiro erro é o de "*avaliação unilateral*", em que o terapeuta encara a avaliação inicial como uma oportunidade de observar e colher informação acerca do cliente e negligencia a segunda parte da equação, a avaliação pelo cliente do terapeuta e da validade pessoal do próprio conceito de ajuda psico-

lógica (Sue, Sue & Sue, 1990). Como foi salientado antes, a entrevista inicial de avaliação clínica é um processo bilateral, em que o terapeuta necessita de estar sensível à necessidade do cliente de recolher informação acerca dos objectivos deste encontro inicial, dos aspectos concretos (eg., duração de sessões, pagamento de serviços, etc) e mais subtis do processo terapêutico (a capacidade do terapeuta para responder ao pedido do cliente, o objectivo da avaliação, o racional e a metodologia do processo terapêutico).

A negligência do carácter bilateral da avaliação clínica, tem várias consequências indesejáveis para o processo terapêutico, como a falta de sensibilidade por parte do terapeuta acerca das questões que o cliente possa ter, o desajuste entre a oferta do psicólogo e a motivação ou o próprio pedido do cliente, e o encetar de um processo terapêutico de carácter directivo em que o cliente não é participante activo da sua própria terapia. Tenho observado que isto pode resultar na desistência do cliente após a primeira ou primeiras entrevistas sem o terapeuta ter qualquer ideia do porquê do cancelamento, no fracasso da intervenção terapêutica por falta de colaboração do cliente no contrato terapêutico, ou num processo terapêutico limitado pela dependência exagerada do cliente nas características de perito do terapeuta. Estas dificuldades reflectem frequentemente a persistência do modelo médico na prática do psicólogo, embora este não esteja muitas vezes consciente disto. O modelo médico tradicional coloca o médico como perito detentor de todo o conhecimento e favorece o limitar da informação disponível ao doente e a sua dependência absoluta do médico. Isto limita o poder de decisão do doente acerca do seu tratamento e acerca da escolha do próprio médico. Ao contrário do modelo médico tradicional, a avaliação clínica bilateral oferece ao cliente as informações de que ele necessita acerca do Serviço, terapeuta e processo terapêutico para ele fazer uma decisão consciente e informada acerca do seu tratamento, dando-lhe também oportunidade nas primeiras entrevistas para observar o terapeuta, o seu estilo de interacção com o cliente e assim fazer uma escolha acerca do terapeuta (Sue, Sue & Sue, 1990). É claro que existem situações que implicam um processo de avaliação mais unilateral, como as avaliações clínicas feitas a clientes no sistema prisional, ou as avaliações clínicas com clientes internados. Contudo estas situações não deixam de ter consequências menos desejáveis para o processo terapêutico que se segue.

Além de trazer consequências negativas a nível do processo terapêutico, a negligência da avaliação clínica inicial pode também ser considerada *não ética*. Embora não existam princípios de ética explícitos quanto ao processo inicial de avaliação clínica, a importância desta está implícita em Portugal nos princípios de ética respeitantes às relações com os clientes (Sindicato Nacional dos Profissionais de Psicologia, 1976) e nos Estados Unidos nos princípios de ética referentes à estruturação da relação terapêutica ou formação do contrato terapêutico (American Psychological Association, 1992). O código Deontológico Português refere na sua Secção V, Artº 24, "Antes de iniciar qualquer relação profissional, deve o psicólogo informar o cliente dos serviços ou tipo de assistência a prestar-lhe, definindo bem os seus compromissos e esclarecendo-o ainda sobre eventuais inconvenientes de uma interrupção dos serviços, a fim de que o cliente possa, em boa mente, aceitar ou recusar os serviços ou a assistência" (Sindicato Nacional dos Profissionais de Psicologia, 1976). Os "Ethical Principles of Psychologists and Code of Conduct" (American

Psychological Association, 1992) são mais específicos, na medida em que incluem uma secção para a Terapia, e indicam que

"Psychologists discuss with clients or patients as early as feasible in the therapeutic relationship appropriate issues, such as the nature and anticipated course of therapy, fees, and confidentiality...Psychologists make reasonable efforts to answer patient's questions and to avoid apparent misunderstandings about therapy. Whenever possible, psychologists provide oral/written information, using language that is reasonably understood to the patient and client...Psychologists obtain appropriate informed consent to therapy or related procedures..."(p. 9).

Estes princípios estabelecem claramente que existe um processo inicial de troca de informação conducente a uma avaliação da possibilidade de entrarem numa relação profissional que precede o início da terapia. É também estabelecido que é da responsabilidade do psicólogo neste processo inicial ser sensível e responder às questões que o cliente possa ter acerca da natureza e curso da terapia, pagamento, características da relação, e a obtenção de um consentimento informado do cliente para a intervenção terapêutica (formal ou informal). Como Strupp (1975) comentou

"The client has the right to know what he is buying, and the therapist, like the manufacturer of a product or seller of a service, has a responsibility to be explicit on this subject" (p. 39).

Isto implica uma avaliação clínica inicial cuidada, a qual exige treino específico do psicólogo para este fim.

#### LIMITAÇÕES DA ENTREVISTA DE AVALIAÇÃO CLÍNICA

Pode-se considerar que a utilidade da entrevista de avaliação clínica é atestada pelo facto de que a maior parte dos psicólogos usam este método nos seus processos de avaliação clínica (Sue, Sue & Sue, 1990). No entanto, as investigações mais científicas da sua fidelidade e validade como método de avaliação têm gerado conclusões mistas, apontando ao mesmo tempo para a sua utilidade e suas limitações (Graham & Lilly, 1984). Kleinmutz (1967) sumariou as fontes de erro na entrevista em geral como sendo (a) variáveis relativas ao entrevistado, (b) variáveis relativas ao entrevistador e (c) o próprio processo de entrevista e a relação entre o entrevistador e entrevistado. É útil aplicar esta classificação à entrevista de avaliação clínica.

As variáveis relativas ao entrevistado incluem a pré-selecção de informação por parte do cliente, quer no sentido consciente de tentar apresentar uma imagem positiva de si próprio, quer no sentido menos consciente de bloqueio de informação por ansiedade ou preocupação intensas. O facto de a consulta ser voluntária ou mandatada pelo hospital ou o tribunal, influenciam também esta pré-selecção. Outra variável importante da parte do entrevistado é a sua capacidade para fornecer informação válida e suficiente para que o clínico possa fazer uma avaliação. Isto acontece quando a psicopatologia do cliente pode levar a uma distorção ou omissão de

informação relevante, como é o caso em clientes com depressão profunda.

As variáveis relativas ao entrevistador incluem o estilo do terapeuta e sua orientação, a sua idade, sexo e aparência, e o seu grau de experiência (Comer, 1992; Sue, Sue & Sue, 1990). Estas e outras variáveis da pessoa do terapeuta servem de filtro em relação à informação que é revelada pelo cliente limitando também a sua validade. Por exemplo, há estudos que mostram que os clínicos tendem a valorizar primeiras impressões e informação negativa sobre o cliente (Aiken, 1985) e tendem a interpretar os dados recolhidos como sinais de patologia, os chamados falsos positivos (Rosenhan, 1973).

As variáveis referentes ao processo terapêutico e relação psicólogo-cliente têm a ver com bloqueios que ocorrem no estabelecimento do "rapport" entre o terapeuta e o cliente, quer devido a um desajuste interpessoal quer a limitações do terapeuta ou cliente acima indicadas, perturbando-se o vaivém relacional necessário a uma troca de informação válida. O terapeuta sente muitas vezes este desajuste como uma sensação de vazio, aborrecimento ou falta de ligação verbal ou emocional com o cliente. O cliente pode sentir este desajuste como frustração de expectativas, frieza ou falta de compreensão por parte do terapeuta. Estes sentimentos não têm necessariamente a ver com limitações individuais da parte do psicólogo ou do cliente, mas com um fracasso neste processo interpessoal.

Embora esta não seja de nenhum modo uma lista exaustiva das limitações da entrevista de avaliação clínica, aponta para o facto de que este é um método com problemas de validade e fidelidade. Isto implica que o psicólogo, por um lado deve considerar as conclusões tiradas da entrevista como produtos transitórios e hipotéticos com certa margem de erro, e, portanto, deverá escrever os seus relatórios ou comunicar as suas interpretações com este mesmo espírito. Por outro lado, enquanto a entrevista de avaliação clínica possa ser suficiente para o início de um processo terapêutico, este não deve ser considerado um método completo, existindo à disposição do psicólogo métodos complementares de avaliação clínica, como os testes projectivos, de auto-relato, psicofisiológicos, neuropsicológicos e cognitivos. Estes últimos devem também obedecer a critérios de validade e fidelidade e serem estandardizados, mesmo se forem usadas versões adaptadas ou traduzidas.

Podemos concluir que, apesar das suas limitações, a entrevista de avaliação clínica é ainda um meio por excelência de avaliação, quanto a mim indispensável ao início de qualquer processo terapêutico. Os estudos mostram que a sua validade e fidelidade aumentam grandemente quando os clínicos são treinados neste método de avaliação (Graham & Lilly, 1984). A definição de entrevista clínica acima apresentada também mostra que o psicólogo clínico necessita de aptidões de atendimento e de diagnóstico específicas à entrevista de avaliação. Toma-se assim importante treinar os estagiários em psicologia clínica nestas aptidões para que este método de avaliação possa informar e orientar o processo terapêutico.

#### REFERÊNCIAS

- Aiken, L. (1985). *Psychological testing and assessment* (5th ed.). Boston: Allyn & Bacon.  
American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd rev. ed.). Washington, DC:

#### INSTRUÇÕES AOS AUTORES

1. Devem ser enviadas três cópias (incluindo o original) do manuscrito, para o Director, Jornal de Psicologia, Rua das Taipas, 76—4000 PORTO.
2. Os manuscritos não devem ordinariamente, ultrapassar as 12-15 páginas, dactilografadas a 2 espaços. Todas as páginas devem ser numeradas sequencialmente. Deve incluir-se um resumo em português, o título do artigo em inglês e em francês, um resumo em inglês (abstract) e em francês (résumé); os resumos devem ter aproximadamente 150 palavras. Quadros, figuras, resumo, abstract, résumé e referências bibliográficas devem ser dactilografadas em páginas separadas.
3. Da primeira página do manuscrito, devem constar as seguintes informações: a) Título do artigo; b) nome(s) e afiliação(ções) institucional(ais) do(s) autor(es); e) morada actual do(s) autor(es).
4. a) Os quadros devem ser numerados sequencialmente e devem ter título. Cada quadro deve constar de folhas separadas, e a sua dimensão aproximada deve ser indicada por uma linha do texto transcrita em separado (por exemplo: "O Quadro I entra aproximadamente depois da seguinte linha.").  
b) Gráficos e outras figuras, também transcritos em folhas à parte, devem ser numeradas sequencialmente (ex.: fig. 1, fig. 2, etc.), e a sua localização deve ser indicada de forma idêntica à dos quadros. As figuras devem ser desenhadas nitidamente e cuidadosamente legendadas.
5. Nos casos em que se justifique, o Jornal de Psicologia poderá solicitar ao(s) autor(es) uma participação nos custos de reprodução de gravuras.
6. As notas de rodapé, dactilografadas em separado, devem ser reduzidas ao mínimo, e numeradas sequencialmente, sendo publicadas no final do texto.
7. As referências devem ser citadas ao longo do texto (e não em rodapé), constando do nome do autor(es) seguido do ano da publicação entre parêntesis. Por exemplo: "como Piaget (1964) fez notar ..." ou "Krohne e Laux (1981) concluíram que ...".
8. A lista de referências bibliográficas deve ser organizada alfabeticamente, tendo o cuidado de sublinhar ou escrever em itálico, respectivamente: a) Título da revista onde foi publicado o artigo; b) Título do livro; e) Título do livro onde foi publicado o artigo; d) Título da comunicação. Exemplos:
  - a) Artigos de revista  
Abrami, P., Leventhall, L., & Periy, R. (1982). Educational seduction. *Review of Education Research*, 52, 446-464.
  - b) Livros  
Garber, J., & Seligman, M. (1980). *Human helplessness*. New York: Academic Press.
  - c) Artigos em livros  
Dunklin, M. (1985). Research on teaching in higher education. In M. C. Wituock (Ed.) *Handbook of research on teaching* (3rd ed.). New York: MacMillan.
  - d) Comunicações  
Margh, H., & Overall, J. (1979). *Validity of students evaluations of teaching*. Comunicação apresentada no Encontro Anual da American Educational Research Association, San Francisco.
9. Em caso de dúvida, os autores deverão consultar o APA Publishing Manual, 3rd edition (1983).
10. São gratuitamente fornecidas ao(s) autor(es) duas cópias do número do jornal em que saíu o respectivo artigo e dez separatas do mesmo. Outras reimpressões dos artigos são fornecidas ao preço de custo mais encargos postais, se forem requisitadas quando o manuscrito é publicado.
11. Qualquer manuscrito que não obedeça às instruções acima referidas, é passível de ser devolvido para a necessária revisão antes de ser publicado.
12. Os artigos publicados são da exclusiva responsabilidade dos autores.
13. Após a sua publicação no J.P. os artigos ficam a ser propriedade deste.
14. Dá-se preferência a artigos enviados em diskette Macintosh.

Author.

- American Psychological Association (1992). Ethical principles of psychologists and code of conduct. *American Psychologist*, 47 (12), 1597-1611.  
Comer, R. (1992). *Abnormal Psychology*. New York: W. H. Freeman and Company.  
Egan, G. (1982). *The skilled helper* (2nd ed.). Monterey, CA: Brooks/Cole Publishing Company.  
Graham, J., & Lilly, R. (1984). *Psychological Testing*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.  
Kleinmutz, B. (1967). *Personality measurement: An introduction*. Homewood, IL: Dorsey.  
Rosenhan, D. (1973). On being sane in insane places. *Science*, 179 (4070), 250-258.  
Sindicato Nacional dos Profissionais de Psicologia (1976). *Regulamento Deontológico dos Psicólogos*. Lisboa: Autor.  
Strupp, H. (1975). On failing one's patient. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 12, 39-41.  
Sue, D., Sue, D., & Sue, S. (1990). *Understanding abnormal behavior* (3rd ed.). Boston: Houghton Mifflin Company.  
Sullivan, H. (1970). *The psychiatric interview*. New York: W. W. Norton & Company.

#### ABSTRACT

##### THE CLINICAL INTERVIEW: ITS RELEVANCE IN PSYCHOTHERAPY AND PSYCHOTHERAPY TRAINING

This paper asserts the utmost importance of the clinical interview as a method of clinical assessment and an initial phase of the process of psychotherapy and calls for the need of more specialized training of students in clinical psychology and psychotherapists in clinical interviewing. The author defines the clinical interview and its main goals, presents some common errors in performing this type of interview and points out its limitations as a clinical assessment method. The clinical interview is defined as a privileged method of obtaining ideographic information about a client and its relational and bilateral nature is emphasized. The person of the therapist as the "other" in the therapist-client dyad is considered an essential component of the clinical evaluation. The paper highlights the importance of forming an interpretative formulation of the client's presentation and of developing working diagnoses for careful treatment planning and successful outcome. Furthermore, the author addresses some ethical concerns related to clinical evaluation and the need for specialized training in this area.

#### RESUME

##### L'ENTRETIEN D'EVALUATION CLINIQUE: SON IMPORTANCE POUR LE PROCESSUS THERAPEUTIQUE ET DANS LA FORMATION

Cet article défend l'importance de l'entretien d'évaluation clinique comme méthode d'évaluation et comme phase initiale du processus thérapeutique et souligne le besoin d'un entraînement spécialisé des étudiants de psychologie clinique aux compétences de l'évaluation clinique. L'entretien d'évaluation clinique est défini comme une méthode privilégiée d'obtenir information idéographique sur le client et son caractère relationnel et bilatéral est mis en évidence, d'où l'importance de la personne du thérapeute. L'auteur présente les objectifs de l'entretien, quelques erreurs communes dans son emploi et rappelle l'importance d'une formulation interprétative de la problématique du client pour le développement des diagnostics et pour une planification et traitement aisés. Des questions éthiques sont, par la fin, traitées.

Artigo recebido em Outubro 93

# EFEITO DIFERENCIAL DE VARIÁVEIS CLÍNICAS, PSICO-SOCIAIS E SOCIO-CULTURAIS NO DESEMPENHO DE UMA PROVA DE MEMÓRIA EM IDOSOS E JOVENS ADULTOS

SUZANA RODRIGUES (\*)  
 MANUEL GEADA (\*\*)  
 ANA LÚCIA RIBEIRO (\*\*\*)  
 MARIA MANUELA ROSA-SILVA (\*\*\*\*)

UNIVERSIDADE DE LISBOA

O presente estudo procura averiguar até que ponto variáveis clínicas como a depressão e a ansiedade, e variáveis sócio-demográficas como o nível educacional e o estatuto conjugal afectam o desempenho mnésico em sujeitos jovens e idosos. Os resultados encontrados mostraram que o grupo de jovens adultos tinha um desempenho mnésico superior e que se encontrava menos deprimido e ansioso que o grupo de idosos. Contudo, as análises de regressão múltipla separadas por grupos, revelaram que, enquanto que a depressão não afectava o desempenho mnésico em ambos os grupos, o nível de ansiedade influenciava o desempenho dos jovens adultos mas não o dos idosos. Por outro lado, enquanto o nível de escolaridade influenciava o desempenho mnésico nos idosos mas não o dos jovens adultos, a existência de uma relação conjugal influenciava positivamente e significativamente o desempenho mnésico dos idosos mas apenas marginalmente o dos jovens adultos. As implicações destes resultados são salientadas em termos da manutenção das capacidades de memória nos idosos e da sua correcta avaliação clínica

## INTRODUÇÃO

É crença comum que as dificuldades de memorização se intensificam durante os últimos anos de vida. Na literatura encontram-se frequentemente evidências de que há uma deterioração da capacidade mnésica nos idosos. (Burck & Ligth, 1981 entre outros). Contudo, outros investigadores têm encontrado evidência empírica contrária à anterior, (Cutler & Grams, 1988, Johnson e Harsher, 1987, Richardson-Klavehn e Bjork, 1988).

Mitchell (1989), tendo por base os trabalhos de Tulving (1987), procurou testar a hipótese da existência de três sistemas de memória — memória episódica, memória semântica e memória procedural — e o modo como se diferenciam em função da idade. Os resultados apontaram para uma diferenciação na memória episódica entre idosos e jovens, a favor do último grupo de sujeitos. Estas diferenças, contudo, revelaram-se mais de ordem quantitativa do que qualitativa; i.e., os idosos

levaram mais tempo a dar resposta à tarefa pedida do que os jovens. Todavia, não foram encontradas diferenças na memória semântica e procedural.

Quanto à memória a longo prazo, os estudos existentes são relativamente escassos. Squire, (1989), refere que as poucas pesquisas sobre o assunto não clarificam até que ponto os resultados reflectem a "idade" da memória ou a dificuldade da própria tarefa. Este autor, através de um estudo longitudinal, tentou perceber como se processa o esquecimento a longo-prazo, tendo concluído que após um período de mais ou menos vinte e cinco anos, o esquecimento é um processo gradual e contínuo em indivíduos com idades compreendidas entre os 22 e os 70 anos. Wellford, (1958, 1962, 1964), Broadbent e Heron, (1962) e Talland, (1962), tinham concluído que as diminuições da performance mnésica nos idosos eram mais acentuadas quando se tratavam de tarefas de memória a curto-prazo, uma vez que os sujeitos não conseguiam dirigir a sua atenção para os dois processos — percepção e recordação — em simultâneo. Este decréscimo da memória a curto prazo foi também encontrado por alguns autores na memória a longo-prazo (Craik, 1977). Contudo, verificou-se que tal decréscimo era eliminado quando aos sujeitos idosos lhes eram dadas pistas de recordação. Nos seus estudos, Ligth e Albertson, (1989), corroboraram estes dados. Park et al., (1989), ao analisar como uma tarefa de distração é inserida nos processos de codificação e recuperação em jovens e idosos, na memória a longo-prazo, concluiu que, quando a tarefa de distração é adicionada durante a codificação do material, a recordação deste é mais difícil nos idosos do que nos jovens. Idênticos resultados foram

(\*) Psicóloga Clínica, GITHI, Hospital de Santa Maria.

(\*\*) Professor Auxiliar da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Lisboa.

(\*\*\*) Psicóloga Clínica, Instituto de Emprego e Formação Profissional de Angra do Heroísmo.

(\*\*\*\*) Psicóloga Clínica, Refúgio Aboim Ascensão de Faro.

A correspondência para a este trabalho deve ser enviada para Suzana Rodrigues, GITHI, Serviço de Medicina I, Arquivo de Clínica Médica, piso 2, Hospital de Santa Maria, Av. Egas Moniz, 1600 Lisboa.

encontrados por Pinto, (1992). Contudo, ao contrário do que se esperaria, o desempenho do idoso era relativamente melhor do que o dos jovens quando a tarefa de distração era apresentada durante o tempo de recuperação e não durante o de recordação livre. Estes resultados são sem dúvida interessantes, uma vez que é crença comum que os idosos têm sérias dificuldades na recuperação do material.

Para memorizar é necessário reter e para reter tem de haver registo ou processamento do "input"; ou seja, é necessário codificar e elaborar esse "input", armazenando-o de modo a ficar disponível para ser recuperado. Para se dar a recuperação tem de haver uma "busca" de informação armazenada e finalmente um reconhecimento desta.

Quando comparados os desempenhos mnésicos de idosos e jovens, tendo em conta os mecanismos referidos acima, vários estudos concluíram que o problema dos gerentes parece ser atribuíveis principalmente a dificuldades no registo do "input", ou seja na sua codificação. Este grupo etário parece assim, revelar um déficit perceptivo ao qual não são alheios os distúrbios nos processos de atenção, obtendo por isso melhor desempenho em tarefas de reconhecimento do que em tarefas de recordar, (Craik, 1977; Pyszczynski et al, 1989).

Park et al, (1989), Craik e Mc Dowd, (1987), corroboraram a constatação anterior de que o reconhecimento é uma tarefa mais fácil do que o recordar, no grupo dos idosos. O recordar, segundo estes autores, exige mais esforço e maior recurso a processos cognitivos, do que o reconhecimento. Por seu lado, verificaram também que o grupo dos idosos era mais penalizado do que o grupo dos jovens relativamente ao tempo de reacção.

Muitos dos efeitos da idade parecem pois, ser atribuíveis à incapacidade de reter informação durante a apresentação de informação subsequente. Salthouse, Mitchell et al, (1989), referem que esta limitação está na origem do declínio do desempenho nos idosos; é como se estes tivessem uma certa incapacidade de recorrer às suas fontes de processamento e delas fazer um uso adequado.

Para Thompson e Kliegl, (1991), um dos factores que pode afectar a facilidade em relacionar conhecimentos em qualquer idade, mas em especial nos idosos, diz respeito à relação entre itens a recordar e suas respectivas mnemónicas. Estes autores verificaram que, quando a mnemónica é coerente com a informação dada, tanto os idosos como os jovens têm mais dificuldades em codificar e posteriormente recordar a informação, do que, quando esta é incoerente. Confrontando os resultados obtidos nos dois grupos, os jovens tiveram melhores desempenhos, mesmo quando o tempo de codificação era aumentado. Todavia, no grupo dos idosos esta melhoria era mais significativa quando o tempo de codificação era maior.

No entanto, outros estudos mostraram evidências empíricas contrárias. Por exemplo, quando a informação coerente e incoerente é usada como estratégia de recuperação do material, os idosos apresentam melhores desempenhos do que os jovens, (Reder et al, 1986).

Também Cohen (1987), constatou que, enquanto os jovens recordam melhor "listas de material", os idosos por seu lado, beneficiam da repetição dos itens muito mais do que os seus parceiros mais jovens. Verificaram também existir efeito significativo da idade na recordação de longas listas de itens, mas não de listas curtas. Outros autores verificaram contudo, evidências opostas, (Someberg & Salthouse, 1982; Gick, Craik

& Morris 1988; Morris, Gick & Craik, 1988). Para estes últimos autores, existe uma interacção entre a natureza das condições experimentais e a idade dos sujeitos.

Hultsch (1975), e outros autores como Schmitt, Murphy e Sanders, (1982), Treat e Recase (1978), referenciados por Park et al, (1989), mostraram que o treino mnésico e as técnicas imagéticas são meios úteis de melhorar o desempenho mnésico nos idosos, enquanto que para Flynn e Storandt, (1990), esses métodos não seriam tão benéficos como se tem pensado

Por outro lado Craik (1977), aponta para o facto de parecer existir influência da modalidade de apresentação do material (ex. auditiva ou visual) no desempenho diferencial de jovens e idosos. Bryden (1963, 1971), constatou, porém, resultados opostos.

Pinto, (1990), verificou a influência da posição serial em duas tarefas de memória, (evocação livre e distração intercalada), em dois grupos de sujeitos: idosos e jovens. Os resultados apontaram para um desempenho inferior dos idosos nas duas tarefas, o qual foi afectado principalmente pelos efeitos de primazia e recência. Verificou por outro lado, que na recuperação havia influência de elementos contextuais e que os valores médios encontrados na tarefa de memória na evocação livre, apareciam correlacionados positivamente com o teste de vocabulário.

Assim sendo, e tendo em atenção os trabalhos já referidos sobre codificação v.s. recuperação, recordação v.s. reconhecimento, e os estudos de Jerome (1959), Wimer e Wigdor, (1958), e Hulicka e Weiss, (1965), cremos que o locus do problema não se situa tanto ao nível do processamento periférico de armazenamento sensorial, mas que deve residir mais "fundo" no sistema. Ou seja, as dificuldades dos idosos devem ser principalmente imputáveis a deficiências na aquisição e registo mental da informação (processamento cognitivo), dadas as conhecidas dificuldades de flexibilidade mental na velhice.

## A INFLUÊNCIA DIFERENCIAL DE VARIÁVEIS CLÍNICAS, PSICO-SOCIAIS E SOCIO-CULTURAIS NO DESEMPENHO MNÉSICO DE IDOSOS

De um modo geral, as populações geriátricas são encaradas como populações onde prevalece o declínio da saúde física, a perda de amigos, conflitos com a família, diminuição dos rendimentos financeiros, isolamento social, diminuição do funcionamento intelectual, perda de prestígio e confronto com a proximidade da morte, (Costa, 1982; Pancheri, 1985; Barreto, 1988; Lopes, 1988; Pankala, 1990). O indivíduo torna-se por isso, susceptível de desenvolver várias formas de desajustamento psicológico.

A suposição de que a idade está associada ao risco de depressão, é um tema usual na literatura ligada à Gerontologia (Sousa et al, 1970; Sousa, 1977; Rapp, 1988) Bolla-Wilson e Bleecker (1989), e alguns investigadores citados por Newmann (1989), argumentam evidências empíricas a favor da visão de que os idosos são relativamente "imunes" à depressão. Quando comparados com jovens adultos, no entanto, manifestam maior vulnerabilidade ao estado depressivo. Todavia, Gatz e Hurwicz (1990), não encontraram evidências de que a depressão prevaleça inexoravelmente nos idosos e fazem

ainda referência aos trabalhos de Newmann (1989), cujos resultados foram no mesmo sentido, contrariamente aos estudos realizados por Eagles e Whalley (1985), e Stenback, (1980).

Por outro lado, o papel dos sintomas somáticos nos distúrbios afectivos nos idosos, nomeadamente a depressão, tem sido objecto de debate, não obstante os resultados contraditórios, (Steuer et al, 1980; Berry et al. 1984; Downes, Davies e Copeland, 1988; Zmore e Eames, 1989; Newmann, 1989; Gatz e Hurwicz; 1990; entre outros).

Uma das questões que se põe, é pois, a de saber até que ponto a depressão nos idosos afecta o seu nível de desempenho mnésico. Resultados de vários estudos sugerem que a depressão está associada a baixos desempenhos em tarefas de recordação imediata e a desempenhos médios em tarefas que apelam à "consolidação" (retenção/codificação) em memória a longo prazo, (Williams et al, 1987). Todavia, outros investigadores referidos por estes autores referem evidências opostas. O próprio Williams et al. (1987), tentou compreender de que modo em adultos com mais de 40 anos, as queixas de memória e o desempenho mnésico se relacionavam com a depressão. Ao comparar dois grupos de sujeitos, depressivos e não depressivos, verificou no entanto a inexistência de diferenças significativas entre ambos os grupos.

Do ponto de vista psiquiátrico, o efeito do humor sobre a memória tem sido igualmente estudado por vários pesquisadores, (Zuroff, Colussy & Wielgus, 1983; Ellis, Thomas e Rodríguez, 1984); Clark & Teasdale, 1985; Rholes et al, 1987; entre outros). Também tem sido referido que o humor actua como "director" (motivador) do desempenho mnésico (Alexander e Guenther, 1986)

Zuroff, Colussy e Wielgus (1983) afirmam que a maior parte dos estudos que tentam relacionar os estados gerais de humor com o desempenho mnésico, carece de uma análise profunda dos enviesamentos provocados pelas motivações e emoções dos indivíduos. Dolgleish e Watts (1987), levantam também a hipótese de que, se os sujeitos deprimidos se recordam mais de itens negativos do que positivos, então é porque possivelmente existe interferência do material utilizado; este terá um efeito intrusivo na resolução das tarefas pedidas. Os autores, aliás, propõem que as diferenças inter-geracionais, no desempenho mnésico, sejam avaliadas através de material neutro.

Outro factor que tem sido sugerido como alterando o desempenho em tarefas de memória, é a ansiedade. Haverá realmente um efeito da ansiedade sobre o desempenho mnésico? Será na velhice este efeito verificável?

Dolgleish e Watts, no seu trabalho de 1987, fizeram uma retrospectiva de trabalhos realizados no campo da ansiedade e sua influência nos processos de atenção e memória. Na sua maioria controversos, os resultados que referenciam, indicam, de um modo geral, alguma interferência da ansiedade na depressão e nas estratégias mnemónicas.

Ingram (1989), refere o facto de os estudos da relação entre ansiedade/depressão e memória, mostrarem certas limitações. A limitação mais comum é a de que, por vezes se avaliam estes dois estados emocionais como se tratassem de duas entidades clínicas totalmente separadas. Outra limitação, mais empírica, é a decorrente do facto de se partir do princípio

de que realmente depressão e ansiedade têm efeitos em variáveis cognitivas também distintas. O autor tentou ultrapassar tais limitações estudando os efeitos, quer em separado, quer em confronto, partindo do princípio de que parte dos resultados obtidos se podem dever à ansiedade ou à depressão, ou a qualquer interacção entre as duas variáveis. Assim concluiu que numa amostra de indivíduos universitários, estes apresentavam mais problemas de memória quando tal avaliação era efectuada em conjunto. Em 1990, o mesmo autor, (Ingram, 1990), concluiu também que a depressão e ansiedade têm efeitos comuns em diversas variáveis cognitivas (não especificadas), e voltou a confirmar que estas duas entidades clínicas são variáveis correlacionadas positivamente.

No intuito de estabelecer que tipo de relação existe entre a ansiedade e deficits de memória, Bond e Omar (1990), concluíram que o humor ansioso pode impedir a codificação do material em memória, limitando consequentemente a capacidade de recordação. Sugerem os autores, que uma deficiência na codificação reflecte o efeito da ansiedade e não um verdadeiro deficit de memória.

Jarvik e Russell (1979), referem que é raro os idosos apresentarem ansiedade aguda (que traduzimos por ansiedade-estado), mas que é frequente apresentarem ansiedade crónica (ansiedade-traço), enquanto o contrário se passa com a depressão. Estes investigadores explicam este facto, pela capacidade que os sujeitos idosos têm de recorrer a estratégias de adaptação as quais denominam de "third emergency reaction" ou "freeze". Estas estratégias possibilitariam ao idoso lidar com o stress e com as dificuldades inerentes ao próprio envelhecimento, correspondendo a uma espécie de mecanismo psicológico semelhante ao "coping".

### HIPÓTESES DESTE ESTUDO

Em resumo, pode concluir-se da literatura existente neste campo, que subsistem dúvidas quanto ao verdadeiro impacto da variável idade (envelhecimento) no desempenho mnésico, uma vez que este tanto parece depender da natureza da tarefa, como das condições e modalidades de apresentação dos estímulos e do tipo de factores perturbadores da retenção e recuperação do material a ser memorizado.

Por outro lado, não é claro que os níveis de depressão ou de ansiedade, sejam sistematicamente mais elevados nas populações idosas do que nas jovens, e consequentemente possam ser considerados como factores influenciadores desse mais baixo desempenho mnésico nos idosos.

O desempenho mnésico nas populações geriátricas poderá ser influenciado também por outros factores, geralmente não referidos na literatura, nomeadamente de natureza sócio-cultural e psico-social.

De facto não são de excluir os efeitos das estratégias de memorização (automáticas e inconscientes) relacionadas com o nível educacional do indivíduo (escolaridade), assim como os factores sócio-emocionais ligados ao bem-estar psicológico, que parecem influenciar o estado geral físico do organismo — tema central da Psicologia da Saúde — e consequentemente a maior ou menor deterioração do sistema neurofisiológico e das capacidades cognitivas dele dependentes.

Das situações sócio-psicológicas mais comuns que influenciam as populações geriátricas destacam-se o seu maior

isolamento social (e conseqüente menor suporte social), e a sua maior solidão afectivo-relacional. Estas situações são principalmente devidas à maior frequência de perda de figuras afectivas significativas (o companheiro geralmente), ou ausência e afastamento dos filhos cujo contacto assíduo ou coabitação, as condições económico-sociais actuais e exigências profissionais da vida moderna, tornam muito problemáticas

Este estado de carência afectiva e de relativo abandono social do idoso, tenderá a agravar o processo de envelhecimento neurofisiológico que por sua vez afectará o funcionamento do sistema imunológico, dando-se um ciclo vicioso de causa-efeito. (Kiecolt et al, 1985; Weiss, 1982; Verbrugge, 1979; Kiecolt-Glaser et al, 1987, Renne, 1971; Bloom et al, 1978)

Pouco estudos têm associado o decréscimo do desempenho mnésico nos idosos com o nível educacional e os factores psicossociais que mais atingem os idosos, como é o caso do isolamento social ou a inexistência de uma relação afectiva íntima significativa.

Tendo em consideração estes factores, propomo-nos elucidar neste estudo algumas das questões que se prendem com a possível influência de variáveis clínicas (ansiedade e depressão), psicossociais (isolamento relacional/ inexistência de parceiro conjugal), ou sócio-culturais (escolaridade), no desempenho mnésico de idosos.

Nesse sentido hipotetizamos que: (1) Os jovens adultos terão numa prova de memória (constituída por várias subprovas que apelam a vários tipos de memória), um desempenho mnésico superior ao dos sujeitos idosos; (2) os sujeitos idosos apresentarão níveis de ansiedade e depressão superiores aos dos sujeitos jovens, (3) os níveis de ansiedade e depressão influenciarão negativamente o desempenho mnésico dos idosos em relação ao dos jovens; (4) o nível de escolaridade dos sujeitos tenderá a influenciar positiva e significativamente o desempenho mnésico tanto nos sujeitos jovens como nos idosos; (5) a ausência de uma relação afectiva conjugal tenderá a influenciar negativamente o desempenho mnésico dos idosos.

### MÉTODO

#### Amostra

A amostra de gerontes foi obtida em três Lares de Idosos na área Metropolitana de Lisboa. É constituída por 29 sujeitos (11 homens e 18 mulheres), com idades compreendidas entre os 65 e 87 anos, (média de 77.97) e média de escolaridade de 4.95. A amostra de jovens é constituída por 28 sujeitos residentes na zona de Angra do Heroísmo, Lagoa e Lisboa (13 do sexo masculino e 15 do sexo feminino) com idades compreendidas entre os 19 e os 30 anos (média de idades de 24.29), e média de escolaridade de 9.40. Foram ainda obtidos os dados sobre o estatuto conjugal de todos os sujeitos.

#### Instrumentos

A amostra total foi submetida ao teste de Retenção Visual de Benton, (Benton, 1965), tendo sido excluídos do estudo os sujeitos com suspeita de organicidade, uma vez que esta é uma variável frequentemente associada a deficits de memória (Hecan, 1979; Gass e Russell, 1986).

Como medida de desempenho mnésico foi usada a Escala Clínica de Memória de Wechsler (ECMW) (Wechsler, 1969). Esta escala permite uma avaliação do nível das funções mnésicas em sujeitos com idade superior a 20 anos. Existem normas por grupos etários e a amostra de padronização foi a amostra da WAIS (N=1340 sujeitos), sendo boa a sua validade de construção em comparação com a WAIS.

A ECMW é composta por 7 sub-escalas: 1) dados pessoais e informação geral; 2) orientação imediata; 3) controlo mental; 4) memória lógica; 5) memória de dígitos; 6) memória visual e 7) memória de pares de palavras. As sub-escalas avaliam diferentes aspectos da memória, - memória associativa, lógica, visual, de números, orientação - permitindo inferências acerca dos processos de atenção/concentração, evocação e fixação.

No presente estudo utilizou-se a nota global bruta obtida pelos sujeitos na prova.

A Escala de Auto-Avaliação de Depressão de Zung (EDZ), (Zung & Duhram, 1965), é uma escala psiquiátrica de auto-avaliação da depressão. É constituída por 20 itens que se sub-dividem, segundo o autor, em três critérios diagnósticos de desordem depressiva: humor depressivo (itens 1 e 2); seus equivalentes físicos (itens 3 a 10); equivalentes psicológicos (itens 11 a 20). Cada item é classificado numa escala de 4 pontos: 1= raramente; 2= às vezes; 3= muitas vezes e 4= quase sempre.

A EDZ foi comparada com o diagnóstico clínico de depressão segundo o DSM III-R obtendo elevada correlação, bem como com índices de auto-descrição de depressão e com respostas electroencefalográficas. O Índice de Depressão varia entre 0.25 e 1.00.

A Escala de Auto-Avaliação de Ansiedade de Zung (EAZ), (Serra, Ponciano & Relvas, 1982; Ponciano & Serra, 1982) é também uma escala psiquiátrica como a anterior. É constituída por 20 itens que permitem, segundo Zung, avaliar 4 componentes da ansiedade-estado: 1) componente cognitivo (itens 1 a 5); 2) componente vegetativo (itens 10 a 18); 3) componente motor (itens 6 a 9) e 4) componente do Sistema Nervoso central (itens 19 a 20). Cada resposta é assinalada numa escala de 4 pontos: 1) nenhuma ou raras vezes; 2) algumas vezes; 3) uma boa parte do tempo e 4) a totalidade ou a maior parte do tempo.

A amostra de aferição portuguesa foi constituída por 1000 indivíduos não doentes e 100 indivíduos doentes, de ambos os sexos com idade superior a 15 anos, pertencentes a 4 diferentes extratos sociais e grau de escolaridade secundário e superior. O Índice de Ansiedade (ID) varia de 0.25 a 1.00.

A EAZ avaliada como instrumento de medida de ansiedade, revelou uma correlação positiva de 0.78 ( $p=0.01$ ) com a Anxiety Rating Scale de Hamilton (validade de constructo). Os estudos de fidedignidade efectuados (consistência interna, estabilidade temporal), revelaram-se positivos. Foi também encontrada uma diferença estatística entre médias (população normal versus população doente), altamente significativa.

#### Procedimento

A Escala Clínica de Memória de Wechsler foi aplicada

segundo as instruções do próprio autor. Foram porém, considerados os resultados mesmo quando o tempo limite era ultrapassado, em ambos os grupos de sujeitos.

As Escalas de depressão e de Ansiedade de Zung não foram aplicadas como escalas de auto-avaliação, nos dois grupos, para se contornarem as dificuldades visuais dos idosos. Deste modo, tanto na EDZ como na EAZ, as instruções e os itens foram lidos verbalmente aos sujeitos e as respostas foram assinaladas pelo experimentador. Cada sujeito dispunha à sua frente de um original do protocolo.

## RESULTADOS

Para testar as hipóteses 1 e 2 foi utilizada uma análise de covariância (ANCOVA), controlando o nível de escolaridade dos sujeitos no desempenho mnésico entre grupos, e a idade e estatuto conjugal (com/sem companheiro) nos níveis de depressão e ansiedade.

Para testar as restantes hipóteses calculou-se separadamente, por grupo, o coeficiente de correlação parcial do desempenho mnésico com as variáveis ansiedade e depressão, mantendo constantes a idade, o sexo e o nível de escolaridade. Efectuaram-se além disso, análises de regressão múltipla em cada grupo (jovens adultos/idosos) de modo a avaliar o peso preditivo relativo das variáveis independentes (escolaridade, estatuto conjugal, ansiedade e depressão) na variável dependente (desempenho mnésico).

O quadro 1 apresenta os resultados da análise da variância das variáveis em estudo nos dois grupos:

Quadro 1 - Análise da variância das variáveis clínicas (ansiedade e depressão), escolaridade e desempenho mnésico.

Variáveis	Jovens adultos		Idosos		Teste F	p
	M	DP	M	DP		
Escolaridade	9.64	2.62	5.8	3.0	26.16	.0004
Des.mnésico	73.7	9.2	54.2	11.8	46.48	.00001
Depressão	.44	.10	.53	.11	9.4	.003
Ansiedade	.40	.06	.48	.08	11.74	.001

Como se verifica pelo quadro 1, o nível de escolaridade e o desempenho mnésico são significativamente mais baixos no grupo de idosos que no grupo dos jovens adultos, enquanto que, por outro lado, os índices de ansiedade e de depressão são significativamente mais elevados nos idosos que nos jovens adultos. Não se observaram diferenças por sexos na variável desempenho mnésico (controladas a idade e o estatuto conjugal).

De modo a testar a influência relativa da depressão e da ansiedade no desempenho mnésico (comparado) nos grupos de jovens adultos e idosos, foi calculado o coeficiente de correlação parcial daquelas variáveis com o desempenho mnésico, mantendo constantes a idade, o sexo e a escolaridade. Os resultados encontrados revelaram que a depressão e a ansiedade afectam de modo significativo o desempenho mnésico no grupo de jovens adultos mas não no grupo dos idosos (Quadro 2).

Quadro 2 - Análise da correlação parcial das variáveis clínicas (depressão e ansiedade) com o desempenho mnésico, controlando a idade, sexo e escolaridade.

variável	correl.parcial	t	p
jovens adultos			
depressão	-0.47	-2.58	0.01
ansiedade	-0.45	-2.41	0.02
idosos			
depressão	-0.11	0.26	0.79
ansiedade	-0.06	-0.32	0.74

Foi efectuada também uma regressão múltipla para averiguação da influência das variáveis psicossociais e clínicas, sobre o desempenho mnésico. (Quadro 3)

Quadro 3 - Análise de regressão múltipla (stepwise) das variáveis psicossociais e clínicas no desempenho mnésico.

Variáveis	$\beta$	EP de $\beta$	R	Aumento de R	p
Jovens					
ansiedade	-0.49	0.16	25.8	25.8	0.007
est. conjugal	0.19	0.16	29.4	3.6	0.26
Idosos					
est. conjugal	0.38	0.16	14.8	14.8	0.03
escolaridade	0.34	0.16	26.41	11.5	0.05

## DISCUSSÃO

Conforme o previsto, o grupo de idosos apresenta níveis superiores de ansiedade e depressão, e desempenho mnésico mais baixo, que o grupo de jovens (hipóteses 1 e 2). Não se observaram diferenças por sexos quer no desempenho mnésico, quer na depressão. Todavia, em relação à ansiedade, os sujeitos do sexo feminino, apresentam um nível superior aos do sexo masculino, embora só marginalmente significativo ( $p < 0.08$ ). Além disso, pela análise *post hoc* verificou-se que os indivíduos femininos idosos tinham significativamente mais ansiedade ( $p < 0.01$ ) que os sujeitos jovens do mesmo sexo.

Os resultados relativos à hipótese 3 foram no sentido exactamente contrário ao por nós esperado. De facto, a ansiedade e a depressão não parecem afectar significativamente o desempenho mnésico nos idosos, mas pelo contrário afectam os jovens nesse mesmo desempenho, sendo maior a influência da ansiedade do que a da depressão. Relembramos que Williams et al, (1987), encontrou resultados similares no que respeita à depressão.

Quanto à hipótese 4, ela foi apenas parcialmente confirmada. O nível de escolaridade mostrou influenciar positiva e significativamente o desempenho mnésico no grupo de idosos, mas não no grupo de jovens. De modo inesperado a variável escolaridade nos idosos prediz, só por si, 11,5% da variância no desempenho mnésico, tanto mais que o grupo de idosos no seu conjunto tem um nível de escolaridade significativamente mais baixo do que o grupo de jovens. Estes resultados corroboram, todavia, os obtidos por Pinto, (1992) no seu estudo com jovens adultos e idosos.

Finalmente, a hipótese 5 confirmou-se, revelando que a estabilidade emocional proporcionada por uma relação afectiva conjugal, tem significativo impacto na manutenção das capacidades cognitivas mnésicas. O estatuto conjugal não diferia entre os grupos, jovens e idosos.

Conforme o esperado, a existência de uma relação afectiva conjugal, nos idosos prediz 14,9% da variância no desempenho mnésico. Contudo, o efeito de tal tipo de relação também influencia, no sentido positivo, o desempenho mnésico nos jovens, embora em menor grau. De facto, na regressão múltipla passo a passo efectuada, os principais preditores do desempenho mnésico nos jovens foram a ansiedade (correlação negativa) e a relação conjugal (correlação positiva), predizendo respectivamente 25,7% e 3,6% da variância nesse desempenho.

Em conclusão, a hipótese de que o desempenho mnésico nos idosos seria em parte determinado pela depressão e pela ansiedade, (perturbações supostamente mais frequentes neste grupo etário), não se confirmou. Porém, contrariamente ao esperado, é nos jovens que estas variáveis clínicas tendem a influenciar o desempenho mnésico.

Assim, nos idosos, o peso de variáveis psicossociais (como a existência de uma relação afectiva íntima), e da variável escolaridade, parece ter maior poder preditivo no desempenho mnésico do que as variáveis clínicas (depressão e ansiedade), revelando que a estabilidade emocional proporcionada por uma relação afectiva conjugal, parece ser um factor protector da diminuição das capacidades cognitivas de memória decorrentes do processo natural de envelhecimento do sistema neurofisiológico.

Salientamos, finalmente, a necessidade que cada vez mais se faz sentir, de recorrer a estudos sobre desempenho mnésico com recurso a materiais neutros e em que não se contemple essencialmente apenas uma componente da memória. Assim sendo, a utilização de instrumentos de avaliação mnésica essencialmente gerais e que não apelem a factores (tais como os emocionais e/ou os afectivos), que podem enviesar os resultados, é uma medida que urge tomar em próximos estudos.

## REFERÊNCIAS

- Alexander, L., Guenther, K.R., (1986), "The effect of mood and demand on memory", *British Journal of Psychology*, 77, 3, 343-350.
- Barreto, J. (1988), "Aspectos psicológicos do envelhecimento", *Psicologia*, 6, 2, 159-170.
- Benton, A.L., (1965), *Manuel du test de retention visuelle*. Paris: Les éditions du Centre de Psychologie appliqué.
- Berry, J. M., Storandt, M., Coyne, A., (1984), "Age and sex differences in somatic complaints associated with depression", *Journal of Gerontology*, 39, 4, 465-467.
- Bloom, B. R., Asher, S. J., White, S. W., (1978), "Marital disruption as a stressor: A review and analysis", *Psychological Bulletin*, n°85, 867-894.
- Bolla Wilson, K., Bleecker, M.L., (1989), "Absence of depression in elderly adults", *Journal of Gerontology*, 44, 2, 53-55.
- Bond, C. F., Omar, A. S., (1990), "Social anxiety, state dependence and the next-in-line effect", *Journal of Experimental Social Psychology*, 26, 185-198.
- Broadbent, D. E., Heron, A., (1962), "Effects of a subsidiary task on performance involving immediate memory in younger and older men", *British Journal of Psychology*, 53, 189-198.
- Bryden, M. P., (1963), "Ear preference in auditory perception", *Journal of Experimental Psychology*, 65, 103-105.
- Bryden, M. P., (1971), "Attentional strategies and short-term memory in dichotic listening", *Cognitive Psychology*, 2, 99-116.
- Burke, D. M., Light L. L., (1981), "Memory and aging: the role of retrieval processes", *Psychological Bulletin*, 90, 513-546.
- Clark, M. D., Teasdale, J. D., (1985), "Constraints of the effects of mood on memory", *Journal of Personality and Social Psychology*, 48, 6, 1595-1608.
- Cohen, R. L., (1987), "Aging and memory for words and action events: effects of item repetition and list length", *Psychology and Aging*, 2, 3, 260-285.
- Costa, J. P., (1982), "Geriatrics e suicídio", *Psiquiatria Clínica*, 3 (I), 11-16.
- Craik, F. I. M., (1977), "Age differences in human memory", In *Handbook of Psychology of aging*, J. E. Birren & K. W. Schaie (eds), New York: Van Nostrand Reinhold Company.
- Craik, F. I. M., McDowd, J. M., (1987), "Age differences in recall and recognition", *Journal of Experimental Psychology: Learning, Memory and Cognition*, 13, 3, 474-479.
- Cuttler, S.J., Grams, A. E., (1988), "Correlates of self-reported everyday memory problems", *Journal of Gerontology*, 43, 3, 82-90.
- Dobbs, A. R., Rule, B. G., (1989), "Adult age differences in working memory", *Psychology and Aging*, 4, 4, 500-503.
- Dolgleish, T., Watts, N. P., (1987), "Biases of attention and memory in disorders of anxiety and depression", *Clinical Psychology Review*, 10, 589-604.
- Downes, J. J., Davis, A. D. M., Copeland, J. R. M., (1988), "Organization of depressive symptoms in the elderly population", *Psychology and aging*, 3, 4, 367-374.
- Eagles, J. M., Whalley, L. J., (1985), "Ageing and affective disorders: the age at first onset of affective disorders in Scotland", *British Journal of Psychiatry*, 147, 180-187.
- Eich, &, Metcalfe, J., (1988), "Mood dependent memory for internal versus external events", *Journal of Experimental Psychology: Learning, Memory and Cognition*, 15, 3, 443-455.
- Ellis, H. C., Thomas, R. L., Rodriguez, I. A., (1984), "Emotional mood states and memory. Elaborative encoding, semantic processing and cognitive effort", *Journal of Experimental Psychology*, 10, 3, 470-482.
- Flynn, T. M., Storandt, M., (1990), "Supplemental group discussions in memory training for older adults", *Psychology and Aging*, 5, 2, 178-181.
- Gass, C. S., Russel, E. W., (1986), "Differential impact of brain damage and depression on memory test performance", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54, 2, 261-263.
- Gatz, M., Hurwicz, M., (1990), "Are old people more depressed?", *Psychology and Aging*, 5, 2, 284-290.
- Gick, M. L., Craik, F. I. M., Morris, R. G., (1988), "Task complexity and age differences in working memory", *Memory & Cognition*, 16, 353-361.
- Good, W. B., Vlachonikolis, I., Griffiths, P., Griffiths, R. A., (1987), "The structure of depressive symptoms in the elderly", *British Journal of Psychiatry*, 150, 463-470.
- Griffiths, R. A., Good, W. R., Watson, N. P., O'Donnell, H. F., Fell, P. J., Shakespeare, J. M., (1987), "Depression, dementia and disability in the elderly", *British Journal of Psychiatry*, 150, 482-493.
- Hecan, H., (1979), *Pathology du Langage: L'aphasie*, Paris: Larousse ed., 75-77.
- Hertel, P. T., Rude, S. S., (1991), "Recalling in a state of natural or experimental depression", *Cognitive Therapy and Research*

- 15, 2, 103-127.
- Howard, D., Fry, A., Brune, C. M., (1991), "Aging and memory for new associations", *Journal of Experimental Psychology*, 17, 4, 779-792.
- Hulicka, I. M., Weiss, R., (1965), "Age differences in retention as a function of learning", *Journal of Consulting Psychology*, 29, 125-129.
- Hultsch, D. F., (1975), "Adult age differences in retrieval: trace-dependent and trace-independent forgetting", *Developmental Psychology*, 11, 197-201.
- Ingram, R. E., (1989), "Unique and shared cognitive factors in social anxiety and depression", *Journal of Social and Clinical Psychology*, 8, 2, 198-208.
- Ingram, R. E., (1990), "Attentional nonspecificity in depressive and generalized anxious affective states", *Cognitive Therapy and Research*, 14, 7, 25-35.
- Jarvik, L., Russel, D., (1989), "Anxiety, aging and the third emergency reaction", *Journal of Gerontology*, 34, 2, 197-200.
- Jerome, E. A., (1959), "Age and learning - experimental studies", In J. E. Birren (ed), *Handbook of Aging and the Individual: Psychological and Biological Aspects*, Chicago: University of Chicago Press, 655-699.
- Johnson, M. K., Hasher, L., (1987), "Human learning and memory", *Annual Review of Psychology*, 38, 631-668.
- Kiecolt-Glaser, J. K., Glaser, R., Williger, D., Stout, J., Messick, G., Sheppard, S., Ricker, D., Romisher, S. C., Briner, W., Bonnell, G., Donnerberg, R., (1985), "Psychosocial enhancement of immunocompetence in a geriatric population", *Health Psychology*, 4, 25-41.
- Kiecolt-Glaser, J. K., Fisher, L., Ogrocki P., Stout, J. C., Speicher, C. E., Glaser, R., (1987), "Marital quality, marital disruption and immune function", *Psychosomatic Medicine*, 49, 13-44.
- Ligth, L. L., Albertson, S. A., (1989), "Direct and indirect tests of memory for category exemplars in young and older Adults", *Psychology and Aging*, 4, 4, 487-492.
- Lopes, J. S., (1988), "As depressões nas idades tardias", *Psicologia*, 6, 2, 175-195.
- Mitchell, D. B., (1989), "How many memory systems? Evidence from aging", *Journal of Experimental Psychology: Learning, Memory and Cognition*, 15, 1, 31-49.
- Morris, R. G., Gick, M. L., Craik, F.I.M. (1988), "Processing resources and age differences in working memory", *Memory & Cognition*, 16, 362-366.
- Newmann, J. P., (1989), "Aging and depression", *Psychology and Aging*, 4, 2, 150-162.
- Pankala, K., (1990), "Social and environmental factors and depression in old age", *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 5, 99-113.
- Pancheri, P., (1985), *Síndrome psicorgânica do envelhecimento, entre normalidade e patologia*, Roma: Clínica Psiquiátrica Universitária, 45p.
- Park, D. C., Dudley, N. W., Lafronza, V. N., Smith, A. D., (1989), "Effects of age and divided attention task presented during encoding and retrieval on memory", *Journal of Experimental Psychology: Learning, Memory and Cognition*, 15, 6, 1185-1191.
- Parrott, W. G., Sabini, J., (1986), "Mood and memory under natural conditions: evidence for mood incongruent recall", *Journal of Personality and Social Psychology*, 59, 2, 321-336.
- Pellegrino, G., Nichelli, P., Faglioni, P., (1988), "Frequency and recognition judgement by young and elderly adults", *Neuropsychologia*, 26, 5, 765-768.
- Pinto, A. C., (1990), "Diferenças grupais entre jovens e idosos na função de posição serial em duas tarefas de memória", *Revista Portuguesa de Pedagogia*, XXIV, 161-183.
- Ponciano, E., Serra, A. V., (1982), "Aferição da escala de auto-avaliação de ansiedade de Zung numa amostra da população portuguesa I", *Psiquiatria Clínica*, 3, 4, 191-202.
- Pyszczynski, T., Hamilton, J. C., Herring, F. H., Greenberg, J., (1989), "Depression, self-focused attention and the negative memory bias", *Journal of Personality and Social Psychology*, 57, 2, 351-357.
- Rapp, S. R., (1988), "Detecting depression in elderly medical inpatients", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 4, 509-513.
- Ratner, H. H., Padgett, R. J., Bushey, N., (1988), "Old and young adults recall of events", *Developmental Psychology*, 24, 2, 321-671.
- Reder, L. M., Martin, J., Wible, C., (1986), "Differential memory changes with age: exact retrieval v.s. plausible inferences", *Journal of Experimental Psychology: Learning, Memory and Cognition*, 12, 1, 76-81.
- Renne, K. S., (1971), "Health and marital experience in a urban population", *Journal of Marriage and the Family*, 23, 338-350.
- Rholes, W. S., Riskind, J. H., Lane, J. W., (1987), "Emotional states and memory biases", *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 1, 91-99.
- Richardson-Klavehn, A., Bjork, R. A., (1988), "Measures of memory", *Annual Review of Psychology*, 39, 475-543.
- Salthouse, T. A., Mitchell, D. R. D., Babcock, R. L., (1989), "Effects of adult age and working memory on reasoning and spatial abilities", *Journal of Experimental Psychology*, 15, 3, 507-516.
- Serra, A. V., Ponciano, E., Relvas, J., (1982), "Aferição da escala de auto-avaliação da ansiedade de Zung numa amostra da população portuguesa II", *Psiquiatria Clínica*, 3, 4, 203-213.
- Snowdon, J., (1990), "The prevalence of depression in the old age", *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 5, 1441-1444.
- Someberg, B. L., Salthouse, T. A., (1982), "Divided attention abilities in young and old adults", *Journal of Experimental Psychology: Human Performance and Perception*, 8, 651-666.
- Sousa, M. P., Lopes, J. S., Figueira, L., Vieira, C. R., Filho, J. L. A., Tropa, J., (1970), "Tentativa de avaliação das perturbações mentais de uma população idosa de um Hospital geral", *Momento Médico*, 5, 2, 1-9.
- Sousa, M. P., (1977), "Patogenia das perturbações mentais na 3ª idade", *Jornal do Médico*, XCIV, 721-731.
- Squire, L. R., (1989), "On the course of forgetting in very-long-term memory", *Journal of Experimental Psychology: Learning, Memory and Cognition*, 15, n°2, 241-245.
- Stenback, A., (1980), "Depression and suicidal behavior in old age", In J. E. Birren & R. B. Sloane (eds), *Handbook of Mental Health and aging*, Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall
- Steuer, J., Bank, L., Olsen, E. J., Jarvik, L. F., (1980), "Depression, physical health and somatic complaints in the elderly", *Journal of Gerontology*, 35, 5, 683-688.
- Talland, G. A., (1962), "The effect of age on speed of simple manual skill", *Journal of Genetic Psychology*, 100, 69-76.
- Thompson, L. A., Kliegl, R., (1991), "Adult age effects of plausibility on memory: the role of time constraints during encoding", *Journal of Experimental Psychology: Learning, Memory and Cognition*, 17, 3, 542-555.
- Tulving, E., Patkau, J. E., (1962), "Concurrent effects of contextual constraint and word frequency on immediate recall and learning of verbal material", *Can. Journal of Psychology*, 16, 83-95.
- Verbrugge, L. M., (1979), "Marital status and health", *Journal of Marriage and the Family*, 41, 267-285.
- Wechsler, D., (1969), *Manuel de l'Échelle Clinique de Mémoire*, Paris: Les éditions du Centre de Psychologie Appliquée.
- Weiss, R. S., (1982), "Issues in the study of loneliness", In A., Peplau,

- D., Perlman, (eds), *Loneliness: A sourcebook of Current Theory, Research and Therapy*, New York: Wiley.
- Welford, A. T., (1958), *Aging and Human Skill*, London: Oxford University Press.
- Welford, A. T., (1962), "On changes of performance with age", *Lancet*, 1, 335-339.
- Welford, A. T., (1964), "Experimental Psychology in the study of age", *British Medical Bulletin*, 20, 65-69.
- Williams, J. M., Little, M. M., Scates, S., Blockman, N., (1987), "Memory complaints and abilities among depressive older adults", *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 4, 595-598.
- Wimer, R. E., Wigdor, B. T., (1958), "Age differences in retention of learning", *Journal of Gerontology*, 13, 291-295.
- Zemore, R., Eames, N., (1979), "Psychic and somatic symptoms of depression among young adults, institutionalized aged and noninstitutionalized aged", *Journal of Gerontology*, 34, 5, 716-722.
- Zung, W. W. K., Duhram, (1965), "A self rating depression scale", *Archives of General Psychiatry*, 12, Jan. 63-76.
- Zuroff, D. C., Colussy, S. A., Wielgus, M. S., (1983), "Selective memory and depression", *Cognitive Therapy and Research*, 7, 3, 223-232.

## ABSTRACT

## DIFFERENTIAL EFFECT OF ANXIETY, DEPRESSION, EDUCATIONAL LEVEL AND MARITAL STATUS, IN MEMORY PERFORMANCE IN YOUNG AND AGED

The present study tries to search how anxiety, depression, educational level and psychosocial variables could affect memory performance in old age. Comparison in memory performance through Wechsler Clinical Memory Scale and measurement of anxiety and depression through Zung Scales, between young adults (n = 29, mean age 24.3) and aged subjects (n = 28, mean age 77.9), showed that young subjects perform higher in the

memory test and have lower anxiety and depression than the aged ones. However, the results of separate multiple regression analysis revealed that anxiety affects the memory performance in the young group but not in the aged one. On the other hand, while education level differentially influences the performance in both groups, the marital status affects positively the performance in the aged but not in the young group. The results are viewed in its implications for the correct clinical assessment of memory performance as well for the maintenance of memory competence in old age.

## RÉSUMÉ

## EFFECT DIFFÉRENTIELLE DES VARIABLES ANXIÉTÉ, DÉPRESSION, SCOLARITÉ ET ÉTAT CONJUGAL DANS LA PERFORMANCE DES SUJETS JEUNES ET AGÉS DANS UNE ÉPREUVE DE MÉMOIRE

Dans cette étude on cherche si les variables dépression, anxiété, scolarité et l'état conjugal influencent différemment la performance des 29 sujets jeunes (âge moyen 24,3) et 28 sujets âgés (âge moyen 77,9) dans l'Échelle Clinique de Mémoire de Wechsler. L'évaluation de leurs niveaux d'anxiété et dépression par les Échelles de Zung, a été comparée. Les résultats ont montré que les jeunes ont une plus haute performance dans l'épreuve de mémoire et niveaux moins élevés de dépression et d'anxiété que les sujets âgés. Néanmoins, les analyses de régression multiples séparées par groupes, révèlent que l'anxiété n'affecte que la performance des jeunes sujets. Par contre, tandis que le niveau de scolarité affecte la performance de la mémoire des âgés, mais pas celle des jeunes, l'état conjugal influence positivement la performance des sujets âgés mais seulement marginalement la performance des jeunes. Ces résultats sont interprétés en termes du besoin de considérer des variables, autres que les psychoneurologiques, dans le processus de la préservation de la mémoire dans les sujets âgés et bien aussi dans leur évaluation clinique.

Artigo recebido em Julho 93

## PUBLICAÇÕES RECEBIDAS

- Boletim do Instituto de Apoio à Criança, n°s 24, 25, 26, 27 e 28, 2, 3 e 4, 1993.
- Información Psicológica, n° 53, 1993.
- Cadernos de Consulta Psicológica, n° 8, 1992.
- Elisardo Becõna Iglesias. Programa para deixar de Fumar. Universidade de Santiago de Compostela, Servicio de Publicaciones e Intercambio Científico, 1993.
- Guia del Psicólogo. Colegio Oficial de Psicólogos, n°s 120 e 121.
- Integrar, n°s 2 e 3, 1993.
- International Psychologist, n°s 2, 3 e 4, 1993.
- Instituto Mexicano de Psiquiatria. Catálogo de Publicaciones Periodicas, 1993.
- La Educación, vol. XXXVI, n°s 114 e 115, 1993
- Le Journal des Psychologues, n°s 110-113, 1993.
- Motricidade Humana, vol. 7, n°s 1/2, 1991; vol. 8, n° 1, 1992.
- Papeles del Psicólogo, n° 57, 1993.
- Psicologia: Teoria e Pesquisa, vol. 9, n° 1, 1993.
- Psychologie Europe, Science et Profession, vol. III, n°s 1 e 2, 1993-94.
- Quinesia, n° 16, 1993.
- Revista de Psicologia Universitas Terraconensis, vol. XV, n° 1, 1993.
- Revista Latino-Americana de Psicología, vol. 25, n° 2, 1993.
- Salud Mental, vol. 16, n°2, 1993.
- Sociologia, n°s 1 (1991), 2 (1992), 3 (1993).
- The Psychologist, vol 6, n°s 8-12, 1993.
- The British Psychological Society Annual Report, 1992-93.

# DA LOUCURA À INSANIDADE MENTAL E DA HISTÓRIA À EPISTEMOLOGIA: ENTRE O DISCURSO PSIQUIÁTRICO, A PSICOLOGIA SOCIAL E O DIREITO PENAL

JOÃO PAULO VENTURA (\*)

INSTITUTO SUPERIOR DE PSICOLOGIA APLICADA

Propondo uma viagem através da história da loucura, o presente artigo produz uma leitura da evolução daquele conceito. Através de uma abordagem epistemológica, adianta um conjunto de condições histórico-sociais que presidiram à emergência da noção contemporânea de insanidade mental. Destaca, designadamente, o papel do Estado-poder e da ordem burguesa - hegemónica no final do século XVIII - na afirmação da psiquiatria e do respectivo discurso.

São também enfatizadas as relações da desordem mental com o direito penal, com a cultura dominante e à luz da psicologia social, é analisado o determinismo nosológico que influencia decisivamente o diagnóstico clínico.

## INTRODUÇÃO

A história da loucura diverge da evolução e maturação do conceito de insanidade mental. Para subtrair a loucura à esfera do demónio e tomá-la como um problema humano — enquanto insanidade mental — houve que cumprir um longo trajeto, de quase dois milénios.

Uma abordagem epistemológica que procure compreender o que é, hoje por hoje, o estudo da afecção mental, não pode dispensar uma leitura histórica do desenvolvimento conceptual nesta matéria. E se da loucura, se chegou um dia, à noção de insanidade mental, também através da sua história, chegaremos certamente, à respectiva epistemologia.

Principiaremos com um breve relance histórico sobre as primeiras concepções relativas à insanidade mental — que em bom rigor era considerada como a loucura demoníaca — anteriores à inauguração do pensamento psicopatológico com Philippe Pinel, no final do século XVIII.

Uma perspectiva epistemológica desta problemática será indelevelmente influenciada e condicionada pela diversidade de condições histórico-sociais. Por isso mesmo, tentaremos efectuar um paralelismo entre a emergência histórica da doença mental “strictu sensu” e a conjuntura social, económica, cultural e política que caracterizou os dois últimos séculos.

Serão também objecto de análise, as relações: 1) entre o Estado — como expressão concreta do Poder instituído — e a psiquiatria — na qualidade de medicina psicológica (Franck, 1983) —; 2) entre a psiquiatria e o direito penal; 3) entre diagnóstico clínico e a formação de estereótipos e teorias implícitas

de personalidade — capítulo em que a psicologia social oferece um importante contributo.

Permitimo-nos identificar como núcleos centrais desta abordagem:

— o determinismo taxonómico que preside à classificação das doenças mentais (e que aparece estritamente ligado ao fenómeno da categorização social);

— a influência da variável cultural nos critérios de diferenciação entre o normal e o patológico;

— a intolerância para com a diferença e o processo de aculturação que ocorre quando a macro-cultura segrega a(s) micro-cultura(s);

— a instrumentalização da psiquiatria que funciona como mecanismo normalizador e como instância de controlo da diferença. Como se desta, pudesse resultar um contra-poder.

## PERCURSO HISTÓRICO-EVOLUTIVO

### Breve resenha cronológica

“(…) se a bilis negra alcança o cérebro, surge a melancolia (…)” Hipócrates.

Hipócrates (400 a.c./377 a.c.) filósofo grego da era antiga, é apontado por alguns autores (e.g., Silva, 1981a; Lanteri-Laura, 1981; Costa, 1992) como precursor do estudo da desordem mental. Não utilizou, obviamente, a taxonomia contemporânea, mas estabeleceu um esboço nosográfico e psicopatológico da histeria, mania, melancolia e epilepsia, descrevendo a respectiva sintomatologia. Considerou e postulou a existência de uma base orgânico-material, justificando os distúrbios da mente a partir desse pressuposto (Cf., Costa, 1992).

Esta visão haveria de perdurar até finais do século XIX, apesar da sua íntima associação à ideia de magia e sobrenaturalidade, tão característica do período medieval. E só com

Esquirol (1772-1840), epígono de Pinel, será totalmente rompidada (Postel, 1981; Silva, 1981 a). Contudo, a tradicional e arcaica concepção de que a insanidade mental era função exclusiva de uma causa orgânica, subsistiria até Kräepelin (1855-1926).

Ainda na Grécia antiga, o filósofo Celso (25 a.c./50 d.c.) referiu-se ao conceito de loucura, distinguindo-a, no livro III do seu tratado de medicina, segundo três formas: insanidade aguda (o chamado frenesim dos gregos); a loucura marcada pelo humor triste; e uma forma de loucura mais grave e eventualmente irreversível (Cf., Vila-Real, 1981).

O ano de 792 assinala a criação, em Bagdad, do primeiro hospital para doentes mentais que a história menciona. No entanto, ao longo dos tempos, o louco seria invariavelmente considerado como possesso, agente do demónio e herege que a igreja haveria de perseguir. A política do rei de Valência, Martinho “o humano”, empenhado na criação do “hospital dos inocentes” — que viria a fundar em 1410 — foi uma verdadeira excepção à regra do obscurismo reinante. A concepção daquele monarca era notavelmente avançada se atendermos à época: entendia o louco não como um ente possuído pelo diabo mas sim e apenas ... como um doente.

Algumas décadas mais tarde será introduzido um neologismo — o conceito de psicologia geralmente atribuído a Philipp Melancton (1497-1560) (Cf., Costa, 1992). Mais adiante, Descartes (1569-1659), abrindo caminho ao racionalismo científico, referia-se ao homem como um ser dotado de alma e corpo, mas concebia a loucura e a razão como duas forças em oposição (Grimberg & Svanström, 1940).

E chegamos ao século XVIII perante a seguinte realidade: o louco é equiparado ao criminoso. Ambos eram encarados como desviantes e merecedores de idêntico tratamento, constatando-se a inexistência de uma diferenciação entre um suposto asilo ou hospital psiquiátrico e um estabelecimento prisional. Os hospitais eram autênticos albergues da marginalidade social. E imperava o seguinte raciocínio: se a loucura é obra do demónio e o louco representa a sua encarnação é previsível a sua perigosidade. A solução seria, então, acorrentá-lo, neutralizando assim, a sua fúria demoníaca.

Quando aos 48 anos de idade o médico Philippe Pinel (1745-1826) foi nomeado chefe clínico do hospital de Bicêtre, deparou com este panorama. Em Bicêtre os loucos eram vigiados por um funcionário polivalente, que desempenhava, a um tempo, o papel de guarda-vigilante/carcereiro/enfermeiro, cujo nome era Poussin. Tratava-se de um plebeu rude — embora generoso — empedernido pela rotina do contacto com os loucos, actividade a que, por sua própria e livre iniciativa, associara a sua esposa.

Ao ingressar em Bicêtre, Pinel efectuou uma primeira visita às instalações, acompanhado por Poussin. A propósito da visível agitação dos loucos (Cf., Postel, 1981, p. 391) Pinel auscultou o funcionário: — “Quando eles se tornam demasiado maus, o que faz?” — ao que este retorquiu: “Solto-os ... e eles acalmam-se”.

Este episódio é apontado como um marco histórico, lançando as bases de um novo olhar sobre a loucura e originando aquilo que é designado por alguns autores (e.g. Franck, 1983) como uma “abordagem pedagógica da loucura”.

Entretanto, a descoberta de novos conhecimentos no domínio da fisiologia cerebral, levou a admitir a reversibili-

dade da doença mental — Pinel falaria, depois, de uma “curabilidade de princípio” e de uma eventual “curabilidade de facto” mas advogava a tese da existência de uma base material — que explicasse a afecção (uma lesão cerebral).

Pinel figurará na história como o fundador da psiquiatria moderna, como o pioneiro do pensamento psicopatológico e, sobretudo, como o “libertador dos loucos”. A sua obra seria prosseguida por Esquirol, o seu mais dilecto discípulo, que em 1838 fez aprovar, em França, a célebre lei dos alienados — a base para o internamento e tratamento diferenciado do doente mental (Lanteri-Laura, 1981).

Só com Kräepelin seria inaugurada uma nova aceção da insanidade mental. Em 1890, este autor falou em psicose maníaco-depressiva (o conceito de psicose surgira pela primeira vez em 1845 com Von Feuchtersleben) originando um modelo dicotómico dos estados mentais: doentes mentais e sãos. A primeira categoria era subdividida em neuróticos e psicóticos. Foi também Kräepelin, quem, em 1895, introduziu o conceito de demência precoce que, volvida uma década, seria utilizado por Bleuler, para aludir ao “grupo das esquizofrenias” (Cf., Silva, 1981b).

## CONDIÇÕES HISTÓRICO-SOCIAIS

Diversos acontecimentos históricos, influenciaram decisivamente a afirmação de um novo discurso sobre a loucura. Sequencialmente, identificamos os seguintes factores (Cf., Grimberg & Svanström, 1940):

— A chamada “revolução das luzes”, marcada pela emergência dos filósofos iluministas como Montesquieu (1689-1755) com “O espírito das leis”, Voltaire (1694-1778) e Jean-Jacques Rousseau com a sua obra intitulada “O contrato social” (1712-1778).

— A descoberta da máquina a vapor (1767) e a consequente industrialização da produção que marca o início da hegemonia da classe burguesa.

— A independência dos E.U.A. (1776) e a subsequente declaração dos direitos do homem.

— A primeira revolução francesa (1789).

O século XVIII foi, de resto, o século de todas as mudanças. Já no século XIX:

— A implementação, em Inglaterra, do caminho-de-ferro (1825).

— A segunda revolução francesa (1846).

— A concepção dos primeiros motores (1850).

A economia do “velho continente” registou neste período histórico uma enorme expansão. As novas formas de organização do trabalho (Cf., por exemplo, Leplat & Cuny, 1977; Ortsman, 1978) vieram corresponder inovações no domínio das comunicações — novos meios de transporte, vias e técnicas de comunicação — de que é exemplo o telégrafo.

Mas a grande viragem operada em toda a vida social registou-se a partir de 1830, sensivelmente, quando o homem passou a dominar grandes massas de metais, o que lhe permitia explorar as potencialidades da máquina a vapor, abrindo caminho à mecanização do trabalho e à produção massiva (Silva, 1981 a).

Se até então as condições de vida da população de-

(\*) Psicólogo social. Assistente de investigação da Unidade de Psicologia Social Experimental do Instituto Superior de Psicologia Aplicada.

A correspondência para a este trabalho deve ser enviada para: João Paulo Ventura, ISPA, Rua Jardim do Tabaco, 44, 1100 LISBOA.

pendiam directamente da classe social a que pertenciam, em função do nascimento — na esteira de uma espécie de direito natural — a revolução industrial veio introduzir no sistema de estratificação social, uma certa aleatoriedade. As classes populares, designadamente, foram projectadas para níveis de bem-estar económico muito variáveis, mas, na generalidade, deficientes. Foi inaugurada a verdadeira sobrevivência dos mais aptos, que Darwin formalizaria, alguns anos mais tarde, na sua célebre teoria de evolução.

Assim, os mais capazes e sobretudo, os mais resistentes e esforçados, poderiam aceder ao sucesso económico, até então completamente impossível se o indivíduo era originário do povo. Mas aos incapazes de funcionarem de acordo com as regras da competitividade e da oportunidade, apenas restava uma miséria ainda mais pronunciada, se comparada com aquela que imperava anteriormente à industrialização (Pereira, 1981 b). Vejam-se os exemplos da duração do horário de trabalho — que chegava a atingir as 16 horas diárias — a exploração da mão-de-obra infantil e as condições de subsistência infra-humanas (Grimberg & Svanstrom, 1940).

O burguês, tendo embora a figura de Deus como referência suprema, procurava o seu bem-estar, partindo do pressuposto de que, se o senhor criou lugares diferentes na sociedade, foi para que os melhores fossem ocupados pelos mais capazes, empreendedores, trabalhadores e expeditos.

Gradualmente, a ideologia do liberalismo económico numa versão embrionária do proverbial "laissez faire-laissez passer", foi-se impondo e, por inerência, o primado do indivíduo sobre a comunidade. Simultaneamente, a razão burguesa transformava-se no modelo da razão humana; a ordem burguesa no paradigma das relações sociais; o interesse patrimonial em vector fundamental do desenvolvimento económico (Silva, 1981 a; Oliveira, 1989).

Foram as condições histórico-sociais e toda a mudança conjuntural verificada, que permitiram a um novo olhar sobre a loucura. A evolução do pensamento relativo ao estudo da insanidade mental, acompanhou o processo de industrialização que implicou um estado generalizado de convulsões sociais, iniciado com a primeira revolução francesa. A ordem burguesa era a ordem dominante e se até então o pensamento religioso evadido de algum miticismo, fazia valer a sua preponderância — segundo o inquestionável dogma de que cada um tem o seu lugar atribuído por uma entidade transcendente — opera-se na ideologia burguesa uma laicização. E se o burguês corrigiu pelo trabalho e pelo lucro, as imperfeições da sua origem, o médico corrigirá, os defeitos da natureza. O burguês reservava-se o direito de alterar o que até aí fora da competência da providência (Cf., Pereira, 1981 b).

O êxito económico tinha esplendorosa expressão, na bem-sucedida burguesia. Como classe privilegiada, a ela cabia criar condições para a sobrevivência do fracasso, que teria lugar em instituições próprias. E quando Pinel surgiu em Bicêtre, impondo uma nova visão da loucura, actuava, seguramente, em representação da burguesia. Paralelamente à revolução francesa, no plano político, foi desencadeada, como repercussão a revolução da loucura.

Em 1790 estavam "internadas" em Bicêtre 3874 pessoas: indigentes, crianças epiléticas, paralisados, insensatos, homens enclausurados por ordem do rei, crianças fechadas por ordem da polícia, crianças sem vício e sem doença e homens e

mulheres com doenças venéreas (Cf., Pereira 1981 b). O "hospital" — curiosamente o significado etimológico da palavra francesa "hopital", corresponde ao lugar em que se permanece — era uma instância de recolha dessa imensa panóplia humana. Quando um louco lá dava entrada, era imediatamente considerado incurável não recebendo, portanto, qualquer espécie de tratamento. Pior ainda: se o louco era possuído pelo demónio, nada como lhe ministrar um purificador castigo corporal. Agravavam toda esta triste realidade, as precárias condições de higiene e alimentação, num cenário de promiscuidade, que faziam aumentar significativamente a taxa de mortalidade. Cair naquele local equivalia a uma sentença de morte anunciada.

### O PAPEL DA PSICOLOGIA

A influência exercida pelo pensamento psicológico em todo este processo, desenvolve-se paralelamente à afirmação da própria psiquiatria contemporânea. Naquela altura, a psicologia confundia-se com a psiquiatria, não se vislumbrando uma clara separação entre as duas disciplinas. Representava-se a psicologia como uma vertente da psiquiatria e reconhecia-se esta como uma medicina psicológica de intervenção (Franck, 1983).

Embora o conceito de psicologia clínica apenas viesse a ser difundido em 1896, a crença na existência de uma dimensão psicológica na desordem mental era de há muito um dado adquirido. O próprio Pinel, como precursor de uma medicina psíquica, inspirou-se por um lado nos trabalhos de Locke e Condillac (Postel, 1981) e por outro, nas taxonomias instituídas por William Cullen, em 1777 (Vila-Real, 1981).

Paulatinamente, a afecção mental foi sendo encarada de um ângulo psicopatológico — como o conjunto das alterações das funções psicológicas — e cada vez menos de um ponto de vista herdado das concepções clássicas, que a tomavam como consequência de uma lesão cerebral. Alguns autores, contudo (e.g. Silva, 1981 b; Franck, 1986) situam a génese do pensamento psicológico no momento em que a produção se industrializou. No século XIX, a psiquiatria centrava as suas preocupações na sistematização das doenças mentais, em harmonia com quadros sintomatológicos bem definidos. Essa prevalência nosográfica, enquanto prioridade estabelecida na intervenção clínica, perdura ainda nos dias de hoje. Seja como for, a história da psiquiatria coincidente com a história da psicopatologia, é a "nossa" história da civilização ocidental, que tem como referencial, a cultura subjacente.

### O DETERMINISMO NOSOLÓGICO

#### Normal e patológico

A noção de "normal" e "patológico" é função e variável dependente do tipo de cultura dominante, num determinado contexto.

Será interessante, como ponto de partida, atentarmos nas definições propostas por Agra (1982). Para este autor patologia é desvio (por excesso ou defeito, por presença ou por ausência) de um estado normal (fisiológico ou social) próprio de uma espécie (biológica ou social). Significando doença

mental, patologia é desadaptação, desajustamento entre o indivíduo e o funcionamento comunitário.

Pelas razões supramencionadas, parece-nos pertinente atender à questão epistemológica suscitada por Canguilhem (1943), citado por Agra (1982) e Pereira (1981 a). Aquele autor parte da premissa de que existe uma área da normalidade e outra do patológico. Assim sendo, tal dicotomia há-de repercutir-se na forma como é concebido o conhecimento e as teorias que lhe subjazem. Devem, então, existir ciências do "normal" e ciências do "patológico"? No mínimo parece existir uma psicologia da dita normalidade e uma psicologia do desviante — que é afinal a psicopatologia. Mas talvez possamos chegar um pouco mais longe: se calhar, a própria psicopatologia encerra duas vertentes — uma psicopatologia "normal" e uma psicopatologia "patológica".

Será eloquente, a este respeito, fazer referência ao episódio relatado por Oliveira (1989) citando Fábregas & Calafat (1978): "ao acabar uma série de entrevistas com um paciente, depois deste ter dito que se sentia melhor, o nosso amigo (psiquiatra) disse-lhe ao despedir-se: — Se você precisar de alguma coisa, já sabe o número do meu telefone. Ao que o doente respondeu: — Muito obrigado, a propósito, você também tem o meu número na sua ficha. Se tiver algum problema não hesite em chamar-me". (Nosso Comentário: de médico e de louco todos temos um pouco.

Existirá, então "uma loucura aceite, apreciada e invejada e uma loucura rejeitada, censurada e controlada", sobre a qual se intervém (Oliveira, 1989). O que faz o louco "normal" é fruto da sua originalidade, genialidade e maneira própria de estar e de ser — porque ele personifica a criatividade. O que faz o louco "patológico" é consequência lógica da loucura doentia, trágica e indesejável que o atinge.

Este raciocínio tem inevitáveis reflexos na própria filosofia da psicoterapia, como metodologia de reposição da normalidade. E conforme assinala Gonçalves (1992), citando Castel (1973) e Deleuze & Guattari (1972), a tentativa de readaptação pode servir os desígnios da ideologia dominante

"que entende como doente todo aquele que se permite discordar e viver à margem dessa ideologia" (Gonçalves, 1992, p. 10).

Mesmo considerando o patológico como limitação do indivíduo perante o meio enquanto desobediência à normatividade da vida, o critério de normalidade, parece-nos imbuído de um sentido puramente estatístico. E, se por acaso, um carácter raro no homem, se tornasse comum, mudaria, em simultâneo, a concepção de normalidade. Também porque não é só a normalidade em si mesma, que corresponde a um critério estatístico. É igualmente a ideia da substância do que é normal e que representa a perspectiva dominante e maioritária (Pereira, 1981 a). E a técnica de observação e intervenção clínica, dependerá, sempre do conceito de normalidade do observador.

#### Patologia mental, cultura e poder de Estado

É o Estado que através do mecanismo regulador da vida social, designado por Direito, classifica o que é "normal" e o que é de foro desviante. A patologia mental pode resultar, ou não, numa patologia social. O crime é um bom exemplo desta.

Em torno da normalidade se posiciona a maioria dos indivíduos que compõem uma comunidade, i. e., em sintonia com a norma social. É aliás essa conformidade, que dá forma a uma ideia de normalidade. Todavia, afirmar que há psicopatologia e intervenção psiquiátrica quando há alteração no psiquismo, é fazer implícita referência à cultura e aos códigos de conduta dominantes. A especificidade cultural pode ser variável decisiva na diferenciação entre comportamento normal e conduta patológica. Talvez por isso, o propósito de adoptar uma taxonomia das doenças mentais, generalizante e originária da macro-cultura, traduz-se numa acção de aculturação que tem sempre um carácter violentador da identidade cultural submetida — numa palavra, da micro-cultura. E assim se corre o risco de chegar a nosografias e por consequência a diagnósticos, que não respeitam nem contamplam a singularidade. A utilização dos critérios de classificação, implacavelmente normalizadores, só pode justificar-se pela necessidade de encontrar uma linguagem comum. Por outro lado, é determinista e na medida em que não considera a diferença, é reducionista (Oliveira, 1989).

O que está em causa, é então, de alguma forma, o inalienável direito à diferença.

Só o discurso cultural se reporta ao indivíduo, através dos mitos, dos rituais e das crenças. A não-apropriação da cultura pela ciência da desordem mental, degenera na sistemática contaminação pelo discurso ideológico. Afastada a dimensão cultural, que mais não é do que a componente humana, dificilmente poderemos falar do homem e definir a loucura. E quando analisamos comunidades, cuja cultura nos é estranha, é inútil tentarmos compreendê-la através dos nossos cânones ideológicos e das nossas próprias referências culturais (Oliveira, 1989, p. 21).

Durante vários séculos, seguindo a política de perseguição da diferença simbolizada e personalizada pelos hereges, a santa inquisição impôs a vontade macro-comunitária às minorias. Aculturou a diferença, arrasando-a. Já no século XIX, com o poder-político laicizado, apoderou-se

"do monopólio, até então eclesiástico, da legitimação institucional: ou seja, o poder de catalogar a desviância" (Oliveira, 1989, p. 108).

O Estado-poder reconheceu e instrumentalizou a psiquiatria e só assim esta se conseguiu afirmar na qualidade de medicina da mente (veja-se o episódio em que Pinel insiste junto da Comuna, o órgão central do poder revolucionário instituído em França, para que o deixassem libertar os loucos e retirar-lhes as grilhetas — c.f., Pereira, 1981 b). Depois, o aparato científico de que a psiquiatria se rodeou, parecia tentar legitimar as relações entre a burguesia florescente e a sua antítese: a miséria. Tal estratégia, puramente política, terá representado a desculpabilização da ordem burguesa, como o beneplácito do Estado-poder. A este, apenas parece interessar a divisão da humanidade entre o mundo da norma — que ele determina — e o mundo do desvio — que ele classifica, identifica e controla" (Oliveira, 1989). Para o Estado e para a ordem social, a doença mental é inestética e improdutivo. Apenas importa afastá-la dos olhares da normalidade, forçando instâncias que possam esconder essa parcela da realidade. O local é a instituição psiquiátrica; o instrumento a psiquiatria.

### Nosografia, estereótipos e teorias implícitas de personalidade

O determinismo taxonómico e a forma compulsiva, como alguns profissionais de saúde mental — psicólogos e/ou psiquiatras — empurram os indivíduos que se lhes deparam para quadros nosológicos pré-estabelecidos, são exemplo acabado da força das inferências humanas e da formação de teorias implícitas de personalidade (Cf. Ajzen, 1977; Jones & Davis, 1965; Lamiell, 1980; Leyens, 1983; Leyens, Maric & Gobert, 1982; Nisbett & Ross, 1980; Ross, 1977).

Por teoria implícita de personalidade (t.i.p.) entenda-se o estabelecimento de uma relação mecanicista de causa-efeito entre um simples traço e uma categoria. Para Leyens (1983) a formação de t. i. p. serve a função de categorização social, indispensável à vida em sociedade. A sua preponderância é principalmente reconhecida nos processos de interacção social, como estratégia simplificadora da diversidade e da complexidade do meio social. Utilizando as t. i. p., — que funcionam como inestimáveis guias-de-acção — o sujeito reduz a incerteza nos contactos interpessoais, conquistando previsibilidade e segurança para enfrentar o desconhecido.

Quando as t. i. p. se dirigem a grupos sociais diferenciados, tomam a designação de estereótipos. É particularmente cómodo desenvolver uma prática social com recurso a estereótipos: a partir do conhecimento de uma amostra populacional não-representativa, generaliza-se aos restantes membros a informação disponível. Cada novo indivíduo que se inscreva nesse grupo é categorizado com base nos anteriores. Mas o estereótipo configura uma dupla função: por um lado concede-nos a medida das tendências de um indivíduo — conhecido o seu grupo; por outro induz-nos em erro quando pretendemos generalizar para o desconhecido a informação relativa aos seus semelhantes — é o perigo da generalização como fonte introdutora de erros nos julgamentos atribucionais. (Cf. Jones & Davis, 1965; Ross, 1977).

Virá a propósito, a título ilustrativo, a narrativa de um caso paradigmático. Trata-se de relatar, o primeiro contacto de uma jovem com a psiquiatria (Oliveira, 1989, p. 116):

“tinha, então, 18 anos, como acho que sempre costuma acontecer por essa idade, mostrava-se bastante crítica e deslocada em relação aos valores e aos costumes dos meus pais (...). Verificou-se uma subida de tensão emocional, que ninguém, em minha casa, parecia querer compreender. Afinal, tão preocupada, tensa e impotente como eu, a minha mãe, sem que eu o soubesse, marcou-me uma consulta de psiquiatria (...). Deixei-me arrastar e fui consultar o médico. Olhou para mim de cima abaixo, e a primeira coisa que fez foi construir uma ideia a meu respeito, isto é, classificar-me: que eu vestia de um modo demasiado “hippie”, logo, deveria ser toxicómana. (...) Dissesse eu o que dissesse, o psiquiatra durante toda a entrevista não saía do ponto de partida; não fazia qualquer esforço por me ouvir — apenas escutava o que eu dizia, visivelmente preocupado em confirmar em se me impôr o seu diagnóstico. Não sei explicar como, acordámos uma segunda entrevista e apresentei-me de novo ao psiquiatra. Desta vez ia vestida de um modo convencional, ao gosto da minha mãe. O psiquiatra, assim que me viu, brilharam-lhe os olhos. Exclamou: — estás muito melhor! muito melhor, sem dúvida... — é claro que não estava. Sentia-me muito mais tensa e nervosa do que da primeira vez”.

Como se o estado psíquico fosse ser susceptível de ser inequivocamente avaliado pelo traje.

Infelizmente, é comum em clínica, o recurso frequente às t. i. p., cometendo-se, não-raras vezes, erros crassos de diagnóstico. Vários estudos relatados por Leyens (1983) documental esse facto. E não restam dúvidas de que isso se deve, exclusivamente, ao determinismo nosológico e à ansiedade que a singularidade do indivíduo que aparece no consultório, provoca no terapeuta. Para sossegar e dominar a ansiedade, o clínico recorre à classificação pré-estabelecida. Depois, a humana tendência para a confirmação de expectativas e para a auto-realização de profecias, fazem o resto — vide, por exemplo, o efeito de pigmalhão nas escolas (cf., Rosenthal, 1966; Rosenthal & Frode, 1963; Rosenthal & Jacobson, 1971).

### Insanidade mental, psiquiatria e direito penal

Algumas alterações das funções psíquicas e intelectuais, podem degenerar em comportamentos anti-sociais e na prática de actos ilícitos. A violação das disposições configuradas na legislação penal, implica tratamento compulsivo e, em alternativa à pena de prisão, a aplicação de medidas de segurança — vulgarmente o internamento.

Patologia social e patologia mental sobrepõem-se nestes casos e ao cair nas malhas da justiça penal, o indivíduo perturbado perdeu o direito à diferença, apesar da sua eventual condição de inimputável em razão de anomalia psíquica, nos termos do artº 20º do código penal. Será compelido a sofrer intervenção psiquiátrica, porque ao adoptar comportamento delituoso, deixa de ter o direito de continuar doente, pois perde, automaticamente, o direito a recusar o tratamento. E isto porque passou a representar uma ameaça para os diversos bens jurídicos que a lei protege.

Se à luz da lei penal o indivíduo é considerado imputável e culpado pela prática de um acto ilícito, sofre pena de prisão; se é declarado inimputável, “sofre” medida de internamento em estabelecimento psiquiátrico. Mas em ambos os casos, seja qual for a via eleita — numa área em que as decisões são extremamente discutíveis — o isolamento social que a reclusão determina, tem um resultado comum: o estigma e a privação de liberdade (Silva, 1981 b). Então, o que se supunha ser do domínio clínico, com expectativa de cura, passa a representar uma fonte de perigosidade que urge conter e isolar. E assim, sendo, a psiquiatria é já um braço da justiça penal, servindo o “establishment”. Ainda que o terapeuta incumbido de tão espinhosa missão, comunique e dialogue com a desrazão... e procure entendê-la.

### REFERÊNCIAS

- Agra, C. M. (1982). Epistemologia ciência e patologia mental. *Análise Psicológica*, 4(II), 529-545.
- Ajzen, I. (1977). Intuitive theories of events and the effects of base-rate information on prediction. *Journal of Personality and Social Psychology*, 35, 303-314.
- Costa, J. P. (1992). *Textos policopiados, de apoio à cadeira de psicopatologia criminal no âmbito do curso de pós-graduação em psicologia legal*. Lisboa: Instituto Superior de Psi-

- colgia Aplicada.
- Franck, R. (1983). Significação social da psicologia III — porque se pratica a psicologia clínica?. *Análise Psicológica*, 3 (III), 327-352.
- Franck, R. (1986). A significação social da psicologia — porque é que hoje se pensa como os psicólogos. *Análise Psicológica*, 2 (IV), 275-290.
- Gonçalves, R. A. (1992). A investigação no domínio das prisões e da delinquência em Portugal: Papel e contributo da psicologia. *Journal de Psicologia* 10 (1), 3-12.
- Grimberg, C. & Svanström, R. (1940). *História Universal* (Volumes 12 a 17). Lisboa: Publicações Europa-América.
- Jones, E. E. & Davis, K. E. (1965). From acts to dispositions: the attribution process in person perception. In L. Berkowitz, (Ed.) *Advances in Experimental Social Psychology* (vol. 2). New York: Academic Press.
- Lanteri-Laura, G. (1981). Saber e saber-fazer em psiquiatria; uma teoria da prática. *Análise Psicológica*, 3(I), 311-325.
- Lamiell, J. T. (1980). On the utility of looking in the wrong direction. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48, 82-88.
- Leplat, J. & Cuny, X. (1977). *Introduction à la psychologie du travail*. Paris: Presses Universitaires de France.
- Leyens, J. P. (1983). *Sommes-nous tous des psychologues?*. Bruxelles: Pierre Mardaga.
- Leyens, J. P., Maric, M. & Gobert, P. (1982). *L'interview comme moyen pour confirmer son hypothèse*. Manuscrito não publicado, Louvain-La-Neuve: Université Catholique de Louvain.
- Nisbett, R. E. & Ross, L. (1980). *Human inference: strategies and shortcomings of social judgement*. Englewoog Cliffs, N. J.: Prentice-Hall.
- Oliveira, J. A. C. (1989). *Da inovação à instituição e da instituição à inovação (viagem de ida-e-volta através da psicose)*. Dissertação de Mestrado. Porto: Faculdade de Medicina.
- Ortsman, O. (1978). *Changer le travail — les expériences, les méthodes, les conditions de l'expérimentation sociale*. Paris: Dunod entreprise.
- Pereira, F. (1981 a). Da psicocracia à história. *Análise Psicológica*, 3 (I), 301-309.
- Pereira, F. (1981 b). Mendigos, marginais e loucos (visões aristocráticas, visões burguesas). *Análise Psicológica*, 3 (I), 365-385.
- Postel, J. (1981). Da fraude histórica ao mito: a libertação dos loucos de Bicêtre por Ph. Pinel. *Análise Psicológica*, 3 (I), 387-403.
- Rosenthal, R. A. (1966). *Experimenter effects in behavioral research*. New York: Appleton.
- Rosenthal, R. A. & Frode, K. L. (1963). The effect of experimenter bias on the performance of the albino rat. *Behavioral Science*, 8, 183-189.
- Rosenthal, R. A. & Jacobson, L. (1971). *Pygmalion à l'école*. Tour-nai: Casterman.
- Ross, L. (1977). The intuitive psychologist and his short-comings. In L. Berkowitz (Ed.) *Advances in Experimental Social Psychology* (vol. 10). New York: Academic Press.

- Silva, J. C. A. (1981 a). Ensaio sobre um processo histórico da psiquiatria. *Análise Psicológica*, 3(I), 327-339.
- Silva, J. C. A. (1981 b). Violência e Hospital psiquiátrico — algumas reflexões. *Psicologia*, II (4), 375-380.
- Vila-Real, A. (1981). Psicose e natureza humana. *Análise Psicológica*, 4(I), 649-675.

### ABSTRACT

#### FROM MADNESS TO MENTAL INSANITY AND FROM HISTORY TO EPISTEMOLOGY: BETWEEN THE PSYCHIATRIC DISCOURSE, SOCIAL PSYCHOLOGY AND PENAL LAW

By inviting the readers to a travel through the history of madness, this article provides a view on the evolution of this concept. By means of an epistemological approach it puts forward a set of sociohistorical conditions that have led to the emergence of the contemporary notion of insanity. It stresses namely the role of the State from the standpoint of the exercise of power and of the bourgeois rule — hegemonic in the end of the 18th century — in the assertion of psychiatry and its discourse.

The relationship of mental disorder to criminal law and to the dominant culture is emphasized and the nosological determinism, which influences crucially the clinical diagnosis, is analysed from the perspective of social psychology.

### RÉSUMÉ

#### DE LA FOLIE À L'INSANITÉ MENTALE ET DE L'HISTOIRE À L'ÉPISTEMOLOGIE: ENTRE LE DISCOURS PSYCHIATRIQUE, LA PSYCHOLOGIE SOCIALE ET LE DROIT PÉNAL

En proposant un voyage à travers l'histoire de la démence, cet article fournit une lecture de l'évolution de ce concept. Au moyen d'une approche épistémologique il avance un ensemble de conditions socio-historiques qui ont déterminé l'émergence de la notion contemporaine d'aliénation mentale. Il souligne notamment le rôle de l'État en tant qu'exercice de pouvoir et de l'ordre bourgeois — dominant à la fin du XVIIIe siècle — dans l'affirmation de la psychiatrie et de son discours.

Les rapports entre les troubles psychiques et le droit pénal et la culture dominante sont soulignés, et dans la perspective de la psychologie sociale est analysé le déterminisme nosologique qui influence décisivement le diagnostic clinique.

Artigo recebido em Fevereiro 93

LEIA, ASSINE E DIVULGUE O

JORNAL DE PSICOLOGIA

# RECONHECIMENTO DE FACES: REVISÃO DA INVESTIGAÇÃO(\*)

PEDRO BARBAS DE ALBUQUERQUE (\*\*)

UNIVERSIDADE DO MINHO

A face é um estímulo muito importante psicológica, ecológica e socialmente. Ela suporta duas funções que podem ser consideradas fundamentais: a identificação de pessoas, e a difusão de informação não-verbal tão importante para a maior parte das nossas vivências enquanto seres humanos. No domínio da investigação experimental o estudo do reconhecimento de faces tem estado ligado a três vectores fundamentais: às perturbações subsequentes a lesões cerebrais e ao desenvolvimento da neuropsicologia (e.g., Damasio e col. 1982); ao desenvolvimento do estudo do reconhecimento de palavras (e.g., Morton, 1969); e num domínio aplicado, aos estudos da psicologia do testemunho ocular (e.g., Loftus, 1976). Neste artigo vai ser apresentada uma revisão da investigação no domínio do reconhecimento de faces. Não se trata de uma revisão que esgota todos os temas possíveis, pois a interdisciplinaridade que actualmente caracteriza o estudo de reconhecimento de faces transforma-o num tema muito diversificado sobre o qual têm que ser feitas opções.

## INTRODUÇÃO

A face assume para a espécie humana um papel fundamental. A sua importância, enquanto estímulo multidimensional e complexo, releva provavelmente da sua dimensão ecológica, social e psicológica, o que tem gerado um interesse crescente pelo seu estudo em áreas de investigação tão díspares como a do desenvolvimento ou da leitura labial.

A dimensão bastante abrangente do estudo das faces mostra que várias áreas de investigação têm conseguido analisar a face nas suas múltiplas vertentes. Ao nível da codificação, os estudos têm incidido nas características mais relevantes para o seu processamento e reconhecimento - internas ou externas (Shepherd, 1983). A investigação sobre as características das faces tem também assumido grande relevância já que o tipo de processamento realizado, holístico ou analítico, parece ser fundamental para que certos fenómenos ocorram e sobretudo para que certas diferenças etárias se manifestem (e.g., Carey, 1992).

Os efeitos de contexto associados ao tipo de lapsos ou erros que são cometidos mais frequentemente pela população em geral (Young e col. 1985) ajudam a compreender o fun-

cionamento do sistema de reconhecimento de faces. Estes estudos naturalistas têm sido replicados em contextos laboratoriais, ou seja, em situações de grande rigor metodológico e o paralelismo de ocorrências é marcante (e.g., Hanley e Cowell, 1989; Hay e col., 1991).

## CODIFICAÇÃO ESTRUTURAL DAS FACES

Os estímulos faciais assumiram na década de 80 um estatuto importante no domínio da investigação experimental em Psicologia Cognitiva. Como um protótipo de padrões visuais multidimensionais e complexos, a face mostrou que possui uma combinação de características suficientemente interessantes para o aprofundamento da compreensão da percepção visual e dos processos que conduzem à combinação das partes que lhe conferem propriedades de um todo com significado.

Sendo também um meio de promoção de relações interpessoais, a face revela um manancial de informações acerca do indivíduo, mas a extracção e interpretação destas informações requer competências perceptivas refinadas. O desenvolvimento destas competências é consequência de uma grande capacidade perceptiva que é evidenciada pela rapidez com que reconhecemos uma face, por vezes em menos de um segundo (Bruce, 1989).

No entanto, a aparente facilidade de reconhecimento não deve mascarar a complexidade das operações que estão envolvidas no seu processamento. Ainda que este processamento pareça simples temos que resolver constantemente um grande número de dificuldades inerentes à percepção de qualquer objecto visual como, por exemplo, a mudança da sua aparência (e.g., mudança na expressão ou de uma característica da face); a não homogeneidade da superfície facial em termos da sua luminosidade (e.g., em momentos diferentes as características da face apresentam padrões de luminosidade diversos); o seu

elevado grau de similaridade; ou mesmo as mudanças contextuais (Sergent, 1989).

Num primeiro momento o reconhecimento de uma face envolve a criação de uma representação dessa face. Recentemente, Sergent (1989) sugeriu que os indivíduos parecem sintonizar o seu sistema sensorial de forma a procederem à internalização de leis criadas a partir da observação do mundo. As células neuronais tornar-se-iam potencial e gradualmente mais sensíveis aos atributos do mundo visual, no qual se englobam logicamente os estímulos faciais. A repetição deste processo resultará no estabelecimento e modificação da composição, estrutura e organização sináptica do sistema neuronal/cognitivo, actualizando e diversificando o quadro conceptual no qual a informação é trabalhada e adquire significado. Neste sentido, a informação facial não tem apenas a função de poder ser emparelhada com outra que já se encontra armazenada, mas também a de "re-activar" o sistema de processamento proporcionando sinais eléctricos e químicos que transportem a informação e estabeleçam congruências entre padrões e intensidades.

Um outro aspecto importante do processamento das faces insere-se na discussão acerca do seu carácter analítico ou holístico. Humphreys e Quinlan (1986) propõem duas formas de realização deste processamento: através de uma "comparação de um protótipo" ou da "comparação de características". No primeiro emparelhamento o estímulo tem que "encaixar" no molde ou padrão comparativo. Este modelo apresenta alguns problemas porque obriga a que para cada face haja tantos moldes quantos as descrições visuais da face, o que tornaria o processamento incomensuravelmente grandioso e complexo. A alternativa consiste num modelo de comparação característica a característica entre as representações de uma face e a informação armazenada. Este seria então um processo serial em que cada característica seria comparada até que se encontrasse uma diferença, o que implica uma certa independência entre as características faciais.

É de salientar que ambas as comparações pressupõem que o reconhecimento seja efectuado com base em informação de características independentes. No entanto, há provas muito claras de que esta independência não é tão notória pois, por exemplo, a interpretação de expressões faciais e a avaliação da idade através da face dependem dos arranjos que as características assumem (Ekman, 1979). Ou seja, alguma da informação qualitativa que podemos extrair das faces só adquire sentido através do processamento paralelo e interactivo das partes.

Mas será que este processamento interactivo é restrito à avaliação da informação facial qualitativa ou também caracteriza as operações perceptivas quando o que está em causa é a identificação facial? Há alguns estudos que mostram que a manipulação do processamento com base em configurações faciais pode levar a reconhecimentos mais eficazes. Se perante uma face julgarmos alguns traços de personalidade ou se atendermos apenas ao padrão físico das características faciais obtemos índices de reconhecimento muito diferentes com vantagem para o primeiro (Bower e Karlin, 1974; Winograd, 1976; Patterson e Baddeley, 1977). Talvez a informação resultante das configurações seja mais informativa do que a análise das características individuais quando se trata de avaliar características da personalidade. Por outro lado, há estudos que mostram que o reconhecimento continua a processar-se ainda que as características já não sejam discerníveis (Sergent, 1985).

Uma das provas mais fortes para as diferenças de

processamento em função dos estímulos provem dos estudos com faces invertidas. Rock (1973) sugeriu que as faces invertidas são muito difíceis de reconhecer porque a inversão rompe com as propriedades configurais da fisionomia. Isto faz com que os sujeitos se centrem em características isoladas já que não podem reverter todas as características simultaneamente (Yin, 1969; Diamond e Carey, 1986). Os estudos sobre faces invertidas mostram que, ainda que o estímulo seja o mesmo, constituído exactamente pelas mesmas características, ele pode ser sujeito a diferentes formas de processamento que dependem da sua orientação. Parece assim que não é suficiente que o estímulo tenha propriedades inerentes à configuração para que seja tratado como tal.

## DESENVOLVIMENTO DO RECONHECIMENTO DE FACES

A nossa capacidade de processar faces tem dois aspectos importantes: o primeiro diz respeito à capacidade de codificação de uma face desconhecida; o segundo à capacidade de reconhecer uma face conhecida. Os adultos são muito competentes nestes dois aspectos, mas nas crianças observam-se padrões de desempenho mais pobres.

Quando é que um desempenho tão eficiente na idade adulta se começa a estruturar? É sabido que os bebés preferem determinados estímulos em detrimento de outros. Estas preferências devem basear-se em discriminações visuais. De facto, já em 1964 Stechler referia que crianças com 2 semanas mostravam preferência pelos estímulos faciais. No entanto, como será de supor meras preferências podem não corresponder à interpretação de que nesta altura as faces já estejam a ser vistas enquanto faces. Só aos 4 meses (15-16 semanas) é que os bebés começam a distinguir claramente as faces que têm as características nos respectivos locais, de faces que as têm em "locais errados" (Haaf, 1977), do mesmo modo que é nestas idades que começam a preferir as faces verticais às invertidas (Fagan, 1972).

Um adulto é capaz de codificar uma face a partir de uma fotografia em termos suficientemente abstractos que o tomem capaz de reconhecer outras fotografias da mesma face em diferentes ângulos de visão. Um bebé de 7 meses também parece possuir esta aptidão. Fagan (1976) mostrou que crianças habituadas a verem as faces de perfil e a 3/4 preferem olhar para outras faces quando as faces previamente apresentadas são revistas em posição frontal, o que segundo o "efeito de novidade" pode significar que já extrapola a partir das faces de perfil e a 3/4 as faces frontais. Será de certa forma conclusivo que aos 7 meses, faces muito parecidas podem ser distinguidas e a invariância existente em diferentes poses pode ser representada ou extrapolada. Assim, muitas das competências da codificação de faces já estão presentes aos 7 meses.

No entanto o desenvolvimento do processamento de faces está longe de estar completo na infância. Quando se estuda o desenvolvimento de uma determinada competência tende-se a avaliar essa competência em diferentes momentos, tanto numa perspectiva transversal, como longitudinal e em todas as idades há uma imensidão de variáveis que podem afectar este tipo de estudos. Quando se conseguem controlar o máximo de variáveis verifica-se que a percentagem de reconhecimentos correctos aumenta marcadamente dos 5 aos 10

(\*) Este artigo foi realizado com base na revisão bibliográfica da dissertação apresentada à Universidade do Porto para efeito das Provas de Aptidão Pedagógica e de Capacidade Científica orientadas pelo Professor Doutor Amâncio da Costa Pinto.

(\*\*) Assistente do Departamento de Psicologia do Instituto de Educação da Universidade do Minho

A correspondência para a este artigo deve ser enviada para: Pedro Barbas de Albuquerque, Departamento de Psicologia da Universidade do Minho, Campus Universitário de Gualtar, 4700 BRAGA, email: pbalb@ci.uminho.pt.

anos (Blaney e Winograd, 1978; Flin, 1980). Este é um período rico no desenvolvimento de competências de memória e de meta-memória (Flavell, 1977) e em que parece ser a altura em que a eficiência de reconhecimento de padrões se consolida (Carey, 1981). Então provavelmente o desenvolvimento da capacidade de reconhecimento de faces deve-se, em parte, à aquisição destas competências metacognitivas mais gerais. Os estudos do desenvolvimento de competências têm tido em atenção que é perigoso interpretar o insucesso de uma criança em utilizar determinado conhecimento numa tarefa particular como um indicador seguro de que essa criança não tem esse conhecimento. Por exemplo, uma criança de 6 anos poderá codificar tão bem uma face como uma outra de 10 anos. Contudo, e como já está estudado com adultos a manipulação de uma instrução pode afectar o desempenho numa tarefa (Patterson e Baddeley, 1977; Goldstein e Chance, 1981).

Como podemos sintetizar então o desenvolvimento do reconhecimento de faces?

Começemos por constatar que, apesar do desenvolvimento fulgurante até aos 7 meses de vida, o processamento de faces tende a prolongar-se durante bastante tempo. Nota-se a ocorrência de um período de grandes mudanças entre os 2 e os 10 anos de vida, mas depois desse período há um acentuado declínio. Finalmente aos 16 anos podemos dizer que estão adquiridas as grandes capacidades do reconhecimento de faces.

O desenvolvimento acentuado nos primeiros 10 anos de vida deve ser reflexo de conhecimentos adquiridos através dos múltiplos contactos com faces. Este conhecimento deve resultar de abstrações de representações de faces conhecidas (Carey, 1981; 1992). No entanto, os estudos realizados não permitem chegar a conclusões muito claras.

O que é que ocorre para que haja um declínio após os 10 anos? Há vários exemplos de declínios no desenvolvimento tanto no domínio cognitivo, como no perceptivo e motor (Strauss, 1978). Atribuem-se estes declínios a "erros de crescimento", que mais não são do que reorganizações dos processos que suportam uma determinada competência tendo em vista um melhor funcionamento, ainda que à custa de um empobrecimento transitório. Então que reorganização estará a ocorrer nesta altura ao nível da codificação das faces? Uma das explicações que é dada é que nesta altura as crianças saem da escola primária para o ciclo preparatório ao que corresponde um aumento de contactos com novas faces. Isto talvez faça com que o sistema de processamento de faces tenha que sofrer uma reestruturação. O primeiro passo pode passar pela consciência e uso de estratégias superficiais que resultam em desempenhos piores fazendo com que de um processamento baseado nas características da face se passe a um processamento baseado nas configurações (Craik e Lockhart, 1972). Este tipo de estratégias também pode resultar num declínio da importância do hemisfério direito que é mais de relação informacional (Leehey e col., 1978).

#### EFEITO DO CONTEXTO NO RECONHECIMENTO DE FACES

Um dos lapsos mais frequentes do reconhecimento de faces consiste na incapacidade de identificação da face devido ao facto da pessoa não ser vista no seu contexto habitual (Young, Hay e Ellis, 1985). Podemos explicar esta ocorrência através do facto de na observação inicial da face o sujeito não

lhe ter dado atenção suficiente (deficiente codificação); ou que o sujeito não estava à espera de ver a pessoa (que será uma explicação com base na expectativa de aparecimento).

A investigação recente sobre os efeitos de contexto no reconhecimento de faces é dominada pela metodologia herdada dos estudos de reconhecimento de palavras. As faces mostram algumas semelhanças com as palavras enquanto estímulos, mas também produzem efeitos que lhes são particulares.

O que é que constitui o contexto nos estudos de reconhecimento de faces? De acordo com McGeoch (1932) devemos distinguir dois tipos de contextos: o contexto interno que utiliza como indicadores o estado emocional na altura da observação; o contexto externo que utiliza como pistas as faces ou pessoas que são associadas à face alvo, etiquetas verbais associadas a faces particulares, o cenário em que são apresentadas, a postura e as roupas.

#### Contexto externo

Os estudos deste âmbito que manipulam a apresentação de pares de faces apresentam resultados contraditórios pois enquanto uns mostram que a manutenção do par original não facilita o reconhecimento (e.g., Bower e Karlin, 1974) outros mostram o contrário (e.g., Watkins, Ho e Tulving, 1976). Quando aos pares de faces se associam frases descritoras da face (e.g., "pesca peixes tropicais"; "conduz um carro desportivo"; etc.) conseguem-se desempenhos de reconhecimento de 84% e 71% com vantagem da manutenção do descritor, o que revela um efeito de contexto marcante (Watkins, Ho e Tulving, 1976).

O reconhecimento de faces pode também ser manipulado pelo ambiente físico em que a face é observada. Um dos estudos mais importantes neste domínio foi realizado por Thomson, Robertson e Vogt (1982) que manipularam várias alterações do contexto de fundo, da fase de codificação para a de reconhecimento, tendo-se centrado fundamentalmente em três: o local em que a face é vista, a actividade que se exerce e a roupa. Os participantes deste estudo viram actores a representarem diferentes actividades, com uma multiplicidade de cenários antes de serem testados através de uma prova de reconhecimento em que foram reintegrados os três elementos contextuais já referidos. A eficácia do reconhecimento foi reduzida pela mudança de qualquer dos elementos do contexto, contribuindo cada um deles de igual forma para o efeito.

Mas será que o contexto tem que ser realmente o mesmo para que os resultados sejam os melhores? Segundo Memon e Bruce (1983), quando se substitui o contexto original por outro que é altamente associado, os resultados que se obtêm são intermédios entre a manutenção do contexto e a sua substituição por outro muito diferente. Isto poderá fazer-nos supor que o contexto não funciona apenas como um registo episódico, já que um contexto relacionado (semanticamente próximo) também é susceptível de gerar o mesmo efeito.

#### Contexto interno

Quando o contexto interno é manipulado os resultados são igualmente interessantes. Gage e Safer (1985) induziram estados de tristeza e de alegria num grupo de sujeitos que posteriormente foram convidados a observar dez fotografias de faces que representavam emoções e que foram desenhadas a partir das "faces esquemáticas" de Ekman e Friesen (1975). A seguir tentaram identificar tanto as faces, como as emoções que elas representavam, mantendo ou não nesta fase do procedi-

mento o estado emocional induzido previamente. Durante a fase de recuperação as fotografias foram apresentadas através de um taquitoscópio tendo sido manipulados os campos visuais de apresentação dos estímulos. Não se verificou o efeito da dependência de estado emocional para as faces codificadas no hemisfério esquerdo, mas para as que foram codificadas no hemisfério direito houve um efeito acentuado de dependência do contexto emocional. Esta dependência era manifestada por um decréscimo de tempo de reconhecimento das faces originalmente vistas quando havia incongruência de estados emocionais. Os autores interpretaram os seus resultados em termos da sensibilidade dos dois hemisférios para a detecção do estado emocional, o que está de acordo com o modelo neuropsicológico de reconhecimento de faces de Rhodes (1985) que refere ser a análise das emoções e expressões uma actividade centralizada no hemisfério direito. No entanto, quando utilizados simultaneamente os dois campos visuais há cooperação entre os hemisférios e esta sensibilidade à dependência do estado emocional é então atenuada pelo que este é um efeito pouco relevante para o reconhecimento de faces, o que o aproxima do desempenho com palavras.

#### INFORMAÇÕES TRANSMITIDAS PELA FACE

Será difícil negar que as faces nos fornecem mais informações do que aquelas que nos conduzem à sua identificação. É um facto que as faces transmitem emoções através das suas expressões faciais, ajudam a clarificar linguagem verbal mais ambígua e permitem inferir alguns dos atributos, de personalidade ou outros, através da sua simples observação.

#### As emoções e as expressões faciais

Na vida real estamos constantemente a estabelecer relações interpessoais. Para que elas se efectuem é necessário que identifiquemos a pessoa com a qual nos vamos relacionar, mas também é importante analisar, através das expressões faciais, as emoções dos nossos interlocutores. As reacções às expressões faciais têm subjacente um conjunto de processos cognitivos, emocionais e comportamentais que interagem de forma complexa.

Quando pretendemos analisar o que se passa em termos dos processos de codificação ou descodificação das emoções há um conjunto de aspectos que se salientam. Desde logo um primeiro que diz respeito à percepção das expressões que suportam as emoções (Ekman, 1992).

Um dos estudos mais importantes no domínio das expressões faciais foi realizado por Ekman, Friesen e Ellsworth (1982). Estes autores propõem a existência de 7 categorias emocionais diferenciadas: alegria, surpresa, medo, tristeza, raiva, interesse e repulsa. Qual a informação que nos conduz à categorização das emoções? A categorização das emoções e expressões parece basear-se nos movimentos faciais associados às emoções, bem como a outros indicadores corporais. A este propósito Ekman e Friesen (1982) desenvolveram o Sistema de Codificação de Acções Faciais (SCAF) que consiste na identificação dos movimentos faciais visíveis, aos quais correspondem "unidades de acção" do referido sistema. Uma unidade de acção será o equivalente ao movimento de um pequeno músculo facial cuja activação dá origem a uma mudança na face. Esta relação entre os músculos faciais e as

unidades de acção não é directa já que alguns músculos podem dar origem a mais do que uma unidade de acção (dependendo da orientação do movimento) e estas podem ser produzidas por acção de diferentes músculos não visivelmente distintos entre si. Uma das vantagens do SCAF é que podemos descrever as várias expressões com bases objectivas o que permite a sua avaliação com um grande acordo inter-observadores permitindo também compreender porque é que por vezes há erros na interpretação de certas expressões. Segundo Ekman e Friesen (1982), as emoções que se confundem são aquelas que partilham mais unidades de acção facial.

#### Leitura labial

Se a transmissão das emoções através da face é importante, não é menos importante o papel que a leitura labial tem na clarificação da linguagem verbal. Ou seja, a face apresenta claramente uma função afectiva-comunicativa. Por exemplo, os adultos ouvintes usam-na para complementar o discurso ouvido tanto em condições em que há muito barulho de fundo como quando há clareza na audição (Erber, 1974). Para além disto somos sujeitos a uma série de ilusões quando não há correspondência entre o discurso visto e ouvido, o que faz com que a leitura labial não possa ser ignorada e deva ser integrada no discurso ouvido (McGurk e McDonald, 1976).

Qual a informação facial pertinente para a leitura labial? Os estudos mostram pelo menos duas linhas de resultados. A visão da face a 3/4 é aquela que possibilita uma melhor leitura labial relativamente às visões frontais ou de perfil (Erber, 1974). Por outro lado para que a leitura labial se processe não basta que os lábios sejam visíveis, os dentes e a posição relativa da língua relativamente a eles é também muito importante (Summerfield, 1979).

#### Aparência facial e atribuições

Desde a antiguidade que se acredita que o carácter de uma pessoa pode ser revelado pela sua face. A Psicologia foi em tempos povoada pelos paradigmas que defendiam os biótipos como forma de fazer inferências sobre a personalidade (Sheldon e col., 1940 in Young e H. Ellis, 1989).

Vários estudos ressaltam a possibilidade de podermos avaliar com relativa facilidade o sexo, idade e raça a partir de uma rápida observação de qualquer face. De facto aos três anos de idade as crianças já separam conjuntos de fotografias nas categorias genéricas de "pais" e "avós" (Jones e Smith, 1984), bem como as distinguem em termos de sexo (Taylor, 1986). Quanto à raça, McArthur (1982) refere que há um conjunto de características faciais (cor da pele, dos olhos e do cabelo, tamanho do cabelo, forma dos lábios) que permitem desde muito cedo a diferenciação de raças. Para Shepherd (1983), estas características fisionómicas, pela sua fácil categorização, poderão estar na origem da discriminação de raças e nacionalidades.

O que é que nos leva a fazer estes julgamentos sobre atributos com relativa eficácia? Talvez eles sejam mediados por outros que se situem mais a um nível físico. Berry e McArthur (1986) compararam as atribuições que se fazem a partir de faces de adultos cuja maturidade varia em função da aparência facial. Os autores verificaram que aos adultos cujas faces pareciam mais imaturas ("caras de bebé") eram atribuídas qualidades como honestidade, bondade, ingenuidade - qualidades que se atribuem mais facilmente às crianças do que aos adultos. Para além das configurações faciais, o tamanho dos

olhos também está relacionado com o tipo de atribuições (McArthur e Apatow, 1984). Parece assim que a visão da face activa processos atribucionais que vão para além da informação que uma face por si só pode transmitir. Estes processos atribucionais podem ser adquiridos inconscientemente através de correlações entre traços de personalidade e características físicas (Lewicki, 1986).

### CONCLUSÃO: SERÃO AS FACES ESPECIAIS?

Se há objectos em que a sua simples categorização termina o processo de reconhecimento outros há, como as faces, em que na maior parte das vezes é necessário prosseguir a operação até à individualização. Os seres humanos, como é facilmente constatável, possuem esta capacidade muito desenvolvida e para alguns autores até mais desenvolvida do que para outros objectos (Wiseman e Neisser, 1974; Klatzky e Forrest, 1984). Tendo em conta esta mestria haverá um mecanismo específico de reconhecimento das faces? Serão as faces estímulos especiais diferentes de outros estímulos? Haverá mecanismos cerebrais pré-programados ou inatos para o reconhecimento de faces?

Desde logo se refira que as respostas a estas questões começaram por ser afirmativas, mas com os desenvolvimentos teóricos ocorridos sobretudo nos anos 80 as posições têm sido invertidas ou, pelo menos, relativizadas.

A especificidade do processamento e reconhecimento de faces deve ser entendida como um processamento que parece ocorrer de uma forma particular quando comparado com o processamento de outros estímulos igualmente não verbais que utilizamos na vida quotidiana (Bruce, 1988).

A própria definição de especificidade levanta questões em parte devido à confusão que existe entre o seu carácter singular *versus* específico (Hay e Young, 1982). Para estes autores os processos cognitivos do processamento de faces serão *singulares* se forem qualitativamente diferentes dos processos utilizados para outros estímulos. Por outro lado, a *especificidade* tem a ver com a possibilidade daqueles processos, independentemente de serem singulares, estarem organizados num sistema autónomo que lida apenas com faces. Se o sistema de processamento de faces contiver processos singulares então ele será específico, no entanto o inverso não é necessariamente verdadeiro.

Ainda que esta diferenciação seja aceite os autores têm-se debruçado mais sobre a especificidade do que sobre a singularidade. Para Morton e Johnson (1989) a especificidade do processamento tem sido baseada em 4 critérios fundamentais: (a) os componentes do processamento devem estar disponíveis à nascença - *critério de inatismo*; (b) a capacidade de processamento deve estar localizada numa área circunscrita do cérebro - *critério de localização*; (c) a parte responsável do cérebro não deve estar envolvida em mais nenhuma função - *critério modular*; (d) o processamento deve diferir em alguns aspectos de outros processamentos - *critério singular*.

A validação da hipótese da especificidade passa então pelo estudo dos aspectos directos ou indirectamente ligados àqueles quatro critérios.

Em 1947, Bodamer (in Young e H. Ellis, 1989) utilizou pela primeira vez o termo prosopagnosia que definia a dificuldade de reconhecimento de faces por parte de sujeitos com

certas lesões cerebrais. Com este artigo Bodamer terá dado uma das contribuições mais importantes para a explicação da especificidade do reconhecimento de faces. Esta agnosia não parece poder ser explicada nem por deficiências no tratamento perceptivo mais elementar (e.g., detecção da luminosidade), nem por um desajuste intelectual geral. Segundo Damasio (1985a, 1985b, 1989) parece ser uma perturbação selectiva dos mecanismos destinados ao tratamento das faces o que poderá constituir um argumento importante na consolidação da especificidade, já que aponta no sentido da dupla dissociação (uma determinada lesão cerebral por vezes possibilita a função A, mas não a B e outra lesão possibilita justamente o contrário).

Do ponto de vista desenvolvimental, a idade da diferenciação do processamento de faces difere da de outras funções cognitivas. A precocidade da capacidade de discriminação e reconhecimento de faces é bastante marcante pois aos 9 minutos de vida os recém-nascidos preferem seguir faces esquemáticas em detrimento de outros estímulos (e.g., Goren, Sarty e Wu, 1975). Isto faz supor que haverá um carácter inato no processamento de faces (Bruyer, 1988) o que seria praticamente definitivo em termos da validação da tese da especificidade, no entanto como refere Davidoff (1986b) pode simplesmente tratar-se de uma aprendizagem muito rápida, pelo que a tese do inatismo continua uma hipótese.

Um outro tipo de argumentos resulta de estudos empíricos em que as faces são transformadas em estímulos nada usuais, procurando-se ver o que acontece em termos do seu reconhecimento - são os estudos de Yin (1969, 1970) com faces *invertidas*. Comparando com outros objectos mono-orientados (e.g., automóveis, casas, paisagens, etc.) as faces são mais facilmente reconhecidas, mas quando são invertidas o reconhecimento torna-se muito difícil. Este é mais um argumento que parece atestar a especificidade das faces.

Este conjunto de argumentos parece mostrar que as faces poderão ser tratadas como estímulos visuais especiais. Esta posição evoluiu no sentido da não especificidade devido a duas ordens de fenómenos: por um lado, porque há limites conceptuais para alguns dos argumentos apresentados e por outro lado, a evolução ou renovação teórica dos modelos de reconhecimento de faces tem-se vindo a processar entretanto. Surge então a crítica à especificidade.

Os argumentos avançados por alguns autores como sendo as provas da especificidade do reconhecimento de faces têm sido sistematicamente postos em causa o que levanta algumas questões sobre a solidez da argumentação.

Não há entre os relatos sobre a prosopagnosia descrições convincentes sobre a evidência de que estes doentes sofrem apenas uma perturbação do reconhecimento de faces e não outras perturbações para outros objectos (Bruyer, 1989). O mesmo autor refere que se o problema parece ter uma extensão massiva para as faces isso pode ficar a dever-se à importância das faces na vida quotidiana. Damasio e col. (1986) sugerem então que a prosopagnosia possa estar relacionada com o reconhecimento de objectos "ambíguos", ou seja a grupos de objectos muito numerosos e diferenciados, pertencentes a uma classe muito específica e que têm constantemente que ser individualizados. Numa outra perspectiva Sergeant (1989) refere que estas agnosias devem ser resultado da incapacidade do indivíduo em efectuar representações perceptivas muito precoces (e.g., a partir da luminosidade ou dos contornos).

Também a localização cerebral tem sido posta em

questão já que se se atribua de início a prosopagnosia a lesões no hemisfério direito, contudo o exame *post-mortem* de alguns casos revela que se tratava de pacientes com lesões bilaterais (Damasio, Damasio e Van Hoesen, 1982).

Depois da análise das patologias e das assimetrias as críticas voltaram-se então para o aspecto desenvolvimental. É sabido que o reconhecimento de faces tem um processo desenvolvimental que apresenta uma ruptura que ocorrerá por volta dos 10 anos (Carey, 1981) e que se deve à mudança de estratégias - transição do processamento analítico para o holístico. Curioso é que na infância as crianças sejam relativamente insensíveis à inversão de faces, bem como revelem uma boa capacidade de reconhecer faces de outras etnias o que não acontece com os adultos. Haverá então uma elaboração progressiva de um protótipo facial cada vez mais rígido (Goldstein e Chance, 1980). Este desenvolvimento não é contudo exclusivo das faces já que há indícios de que o mesmo se poderá passar com o reconhecimento de vozes, donde talvez se trate de uma questão de estratégia de processamento e não de tipo de estímulo ou especificidade de processamento.

Por último, e quanto ao estudo de faces invertidas, Davidoff (1986a) refere que a questão da especificidade analisada com base neste fenómeno pode apresentar vários problemas à partida porque outros estímulos igualmente complexos podem manifestar o mesmo fenómeno e a aparente especificidade resultará do facto de termos comparado as faces a esses estímulos sem o cuidado de que fossem estímulos com um índice de dificuldade de reconhecimento idêntico.

Concluindo, a modulação dos processos mentais na perspectiva psicológica contemporânea, que decompõe os processos em sub-unidades identificáveis, surgiu e desenvolveu-se através do processamento de palavras. Para que o mesmo quadro emergisse no reconhecimento de faces foi preciso que dois aspectos se reunissem: por um lado a própria evolução dos modelos de reconhecimento de palavras; por outro lado o crescente interesse pelas faces conhecidas ou familiares, paradigma com interesse relativo até finais dos anos 70.

É neste contexto que nos anos 80 vão surgir vários modelos de processamento e reconhecimento de faces classificados por Young e H. Ellis (1989) em quatro grandes grupos: os que se inserem na perspectiva do *processamento da informação* (e.g., Hay e Young, 1982; Bruce e Young, 1985); os de carácter *computacional* (e.g., Kohonen e col. 1981; Burton, Bruce e Johnson, 1990); os *neurofisiológicos* (e.g., Baron, 1981); e os *neuropsicológicos* (e.g., Rhodes, 1985).

O paralelismo que se encontrou entre os modelos de reconhecimento de faces, palavras e objectos (a que não é estranho a sua raiz comum) apresenta-se de tal forma marcado que talvez seja este o mais duro golpe na tese da especificidade do reconhecimento de faces. Não foi contudo com o intuito de se refutarem teses que eles surgiram, mas com uma intenção frutuosa do fornecimento de quadros conceptuais aos múltiplos estudos que os precederam e lhes sucederam.

### REFERÊNCIAS

- Baron, R. (1981). Mechanisms of human facial recognition. *International Journal of Man-Machine Studies*, 15, 137-178.  
 Berry, D. e McArthur, L. (1986). Perceiving character in faces: The impact of age-related craniofacial changes on social perception.

*Psychological Bulletin*, 100, 3-18.

- Blaney, R. e Winograd, E. (1978). Developmental differences in children's recognition memory for faces. *Developmental Psychology*, 14, 441-442.  
 Bodamer, J. (1947). Die prosopagnosie. *Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten*, 179, 6-53.  
 Bower, G. e Karlin, M. (1974). Depth of processing pictures of faces and recognition memory. *Journal of Experimental Psychology*, 103, 751-757.  
 Bruce, V. (1988). *Recognising faces*. London: Erlbaum.  
 Bruce, V. (1989). Suspicious coincidences. *Cahiers de Psychologie Cognitive*, 9, 1, 45-49.  
 Bruce, V. e Young, A. (1986). Understanding face recognition. *British Journal of Psychology*, 77, 305-327.  
 Bruyer, R. (1988). La reconnaissance des visages. *La Recherche*, 200, 774-783.  
 Bruyer, R. (1989). Disorders of face processing. In A. Young e H. Ellis (Eds). *Handbook of research on face processing*. North Holland: Elsevier Science Publishers.  
 Burton, A., Bruce, V. e Johnson, R. (1990). Understanding face recognition with an interactive activation model. *British Journal of Psychology*, 81, 361-380.  
 Carey, S. (1981). The development of face perception. In G. Davies, H. Ellis e J. Shepherd (Eds). *Perceiving and remembering faces*. London: Academic Press.  
 Carey, S. (1992). Becoming a face expert. In V. Bruce, A. Cowey, A. Ellis e D. Perrett (Eds.), *Processing the facial image*. Oxford: Clarendon Press.  
 Craik, F. e Lockhart, R. (1972). Levels of processing: A framework for memory research. *Journal of Verbal Learning and Verbal Behaviour*, 11, 671-684.  
 Damasio, A. (1985a). Disorders of complex visual processing. In M. Mesulam (Ed). *Principles of Behavioral Neurology*. Philadelphia: F. A. Davis, 259-288.  
 Damasio, A. (1985b). Prosopagnosia. *Trends in Neurosciences*, 8, 132-135.  
 Damasio, A. (1989). Neural mechanisms. In A. Young e H. Ellis (Eds). *Handbook of research on face processing*. North Holland: Elsevier Science Publishers.  
 Damasio, A., Damasio, H. e Tranel, D. (1986). Prosopagnosia: Anatomic and physiological aspects. In H. Ellis, M. Jeeves, F. Newcombe e A. Young (Eds). *Aspects of face processing*. Dordrecht: Nijhoff.  
 Damasio, A., Damasio, H. e Van Hoesen, G. (1982). Prosopagnosia: Anatomical basis and behavioral mechanisms. *Neurology*, 32, 331-341.  
 Davidoff, J. (1986a). The mental representation of faces: Spatial and temporal factors. *Perception and Psychophysics*, 40, 6, 391-400.  
 Davidoff, J. (1986b). The specificity of face perception: Evidence from psychological investigations. In R. Bruyer (Ed). *The neuropsychology of face perception and facial expression*. Hillsdale: Erlbaum.  
 Diamond, R. e Carey, S. (1986). Why faces are and are not special: An effect of expertise. *Journal of Experimental Psychology: General*, 115, 107-117.  
 Ekman, P. (1979). About brows: Emotional and conversational signals. In M. von Cranach, K. Foppa, W. Lepenies e D. Ploog (Eds). *Human ethology*. London: Cambridge University Press.  
 Ekman, P. (1992). Facial expressions of emotions: An old controversy and new findings. In V. Bruce, A. Cowey, A. Ellis e D. Perrett (Eds.), *Processing the facial image*. Oxford: Clarendon Press.  
 Ekman, P. e Friesen, W. (1975). *Unmasking the face*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.  
 Ekman, P. e Friesen, W. (1982). Measuring facial movement with Facial Action Coding System. In P. Ekman (Ed). *Emotion in*

- the human face (Second Edition). Cambridge: Cambridge University Press.
- Ekman, P., Friesen, W. e Ellsworth, P. (1982). What emotion categories or dimensions can observers judge from facial behaviour? In P. Ekman (Ed). *Emotion in the human face* (Second Edition). Cambridge: Cambridge University Press.
- Ellis, A. (1992) Cognitive mechanisms of face processing. In V. Bruce, A. Cowey, A. Ellis e D. Perrett (Eds.), *Processing the facial image*. Oxford: Clarendon Press.
- Erber, N. (1974). Effects of angle, distance, and illumination on visual reception of speech by profoundly deaf children. *Journal of Speech and Hearing Research*, 17, 99-112.
- Fagan, J. (1972). Infants' recognition memory for faces. *Journal of Experimental Psychology*, 14, 453-476.
- Fagan, J. (1976). Infants' recognition of invariant features of faces. *Child Development*, 47, 627-638.
- Flavell, H. (1977). *Cognitive development*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Flin, R. (1980). Age effects in children's memory for unfamiliar faces. *Developmental Psychology*, 16, 373-374.
- Gage, D. e Safer, M. (1985). Hemispheric differences in the mood state-dependent effect for recognition of emotional faces. *Journal of Experimental Psychology: Learning, Memory and Cognition*, 11, 752-763.
- Goldstein, A. e Chance, J. (1980). Memory for faces and schema theory. *Journal of Psychology*, 105, 47-59.
- Goldstein, A. e Chance, J. (1981). Laboratory studies of face recognition. In G. Davies, H. Ellis e J. Shepherd (Eds). *Perceiving and remembering faces*. London: Academic Press.
- Goren, S., Sarty, M. e Wu, P. (1975). Visual following and pattern discrimination of face like stimuli by newborn infants. *Pediatrics*, 56, 544-549.
- Haaf, R. (1977). Visual responses to complex face-like patterns by 15 and 22 week-old infants. *Developmental Psychology*, 13, 77-78.
- Hanley, J. e Cowell, E. (1988). The effects of different types of retrieval cues on the recall of names of famous faces. *Memory and Cognition*, 16, 545-555.
- Hay, D. e Young, A. (1982). The human face. In A. Ellis (Ed). *Normality and pathology in cognitive functions*. London: Academic Press.
- Hay, D., Young, A. e Ellis, A. (1991). Routes through the face recognition system. *Quarterly Journal of Experimental Psychology*, 43A, 761-791.
- Hay, D., Young, A. e Ellis, A. (1991). Routes through the face recognition system. *Quarterly Journal of Experimental Psychology*, 43A, 761-791.
- Humphreys, G. e Quinlan, P. (1986). Object perception. In G. Humphreys e J. Riddoch (Eds). *Object perception: A cognitive neuropsychological approach*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Jones, G. e Smith, P. (1984). The eyes have it: Young children's discrimination of age in masked and unmasked facial photographs. *Journal of Experimental Child Psychology*, 38, 328-337.
- Klatzky, R. e Forrest, F. (1984). Recognizing familiar and unfamiliar faces. *Memory and Cognition*, 14, 60-70.
- Klatzky, R., Martin, G. e Kane, R. (1982). Semantic interpretations effects on memory for faces. *Memory and Cognition*, 10, 195-206.
- Kohonen, T., Lehtio, P. e Oja, E. (1981). Storage and processing of information in distributed associative memory systems. In G. Hinton e J. Andersson (Eds.), *Parallel Models of Associative Memory*. Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates.
- Laughery, K. e Wogalther, M. (1989). Forensic applications of facial memory research. In A. Young e H. Ellis (Eds.), *Handbook of research on face processing*. North Holland: Elsevier Science Publishers.
- Leehey, S., Carey, S., Diamond, R. e Cahn, A. (1978). Upright and inverted faces: The right hemisphere knows the difference. *Cortex*, 14, 411-419.
- Lewicki, P. (1986). Processing information about covariations that cannot be articulated. *Journal of Experimental Psychology: Learning, Memory and Cognition*, 12, 135-146.
- Loftus, E. (1976). Unconscious transference in eyewitness identification. *Law and Psychology Review*, 2, 93-98.
- Malpass, R. (1981) Training in face recognition. In G. Davies, H. Ellis e J. Shepherd (Eds.), *Perceiving and remembering faces*. London: Academic Press.
- McArthur, L. (1982). Judging a book by its cover: A cognitive analysis of the relationship between appearance and stereotyping. In A. Hastorf e A. Isen (Eds). *Cognitive social psychology*. New York: Elsevier.
- McArthur, L. e Apatow, K. (1984). Impression of baby-faced adults. *Social Cognition*, 2, 315-342.
- McGeoch, J. (1932). Forgetting and the law of disuse. *Psychological Review*, 39, 352-370.
- McGurk, H. e McDonald, J. (1976). Hearing lips and seeing voices. *Nature*, 264, 746-748.
- Memon, A. e Bruce, V. (1983). The effects of encoding strategy and context change on face recognition. *Human Learning*, 2, 313-326.
- Morton, J. (1969). Interaction of information in word recognition. *Psychological Review*, 76, 165-178.
- Morton, J. e Johnson, M. (1989). Four ways to faces to be "special". In A. Young e H. Ellis (Eds). *Handbook of research on face processing*. North Holland: Elsevier Science Publishers.
- Patterson, K. e Baddeley, A. (1977). When face recognition fails. *Journal of Experimental Psychology: Human Learning and Memory*, 3, 406-417.
- Rhodes, G. (1985). Lateralised processes in face recognition. *British Journal of Psychology*, 76, 249-271.
- Rock, I. (1973). *Orientation and form*. New York: Academic Press.
- Sergent, J. (1985). Influence of task and input factors on hemispheric involvement in face processing. *Journal of Experimental Psychology: Human Learning and Memory*, 11, 846-861.
- Sergent, J. (1989). Structural processing of faces. In A. Young e H. Ellis (Eds). *Handbook of research on face processing*. North Holland: Elsevier Science Publishers.
- Sheldon, W., Stevens, S. e Tucker, W. (1940). *The varieties of human physique*. New York: Harper and Row.
- Shepherd, J. (1983). Faces in cross-cultural perspective. In J. Derogowski, S. Dziurawiec e R. Annis (Eds). *Expiscations in cross-cultural psychology*. Lisse: Swets and Zeitlinger.
- Stechler, G. (1964). Newborn attention as affected by medication during labor. *Science*, 144, 315-317.
- Strauss, S. (1978). Appearances, disappearances, non-appearances, and reappearances of various behaviours: Methodological strategies of experimentation and their implication for models of development. In T. Bever e J. Mehler (Eds). *Dips in learning and developmental curves*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Summerfield, A. (1979). Use of visual information for phonetic perception. *Phonetica*, 36, 414-331.
- Taylor, A. (1986). *Attitudes towards and stereotypes of male and female*. Tese de Doutoramento, Universidade de Aberdeen.
- Thomson, D., Robertson, S. e Vogt, R. (1982). Person recognition: The effect of context. *Human Learning*, 137-154.
- Watkins, M., Ho, E. e Tulving, E. (1976). Context effects in recognition memory for faces. *Journal of Verbal Learning and Verbal Behavior*, 15, 505-517.
- Winograd, E. (1976). Recognition memory for faces following nine different judgements. *Bulletin of Psychonomic Society*, 8, 419-421.
- Wiseman, S. e Neisser, U. (1974). Perceptual organization as a determinant of visual recognition memory. *American Journal of Psychology*, 87, 675-681.

- of Psychology, 87, 675-681.
- Yin, R. (1969). Looking at upside-down faces. *Journal of Experimental Psychology*, 81, 141-145.
- Yin, R. (1970). Face recognition by brain-injured patients: A dissociable ability? *Neuropsychologia*, 8, 395-402.
- Young, A. e Ellis, H. (1989). *Handbook of research on face processing*. North Holland: Elsevier Science Publishers.
- Young, A., Hay, D. e Ellis, A. (1985). The faces that launched a thousand slips: Everyday difficulties and errors in recognizing people. *British Journal of Psychology*, 76, 495-523.

## ABSTRACT

## FACE RECOGNITION: A RESEARCH REVIEW

The face is an important stimulus, psychologically, ecologically and socially. It supports two main functions: person identification and non-verbal information diffusion. In the experimental research field, face recognition is oriented to three fundamentals' domains: At a neuropsychological level to the face recognition disorders associated of brain injury (e.g., Damasio e col. 1985); at a cognitive level to the word recognition and is development (e.g., Morton, 1969); and at a forensic level to the eyewitness testimony (e.g., Loftus, 1976). This paper presents a

## REUNIÕES CIENTÍFICAS

## 5º CURSO DE FORMAÇÃO EM ACONSELHAMENTO-SIDA PARA CLÍNICOS GERAIS E PSICÓLOGOS

De 18 a 22/10/93 decorreu no Instituto de Clínica Geral (Zona Sul) o 5º Curso de Formação em Aconselhamento-Sida para Clínicos Gerais e Psicólogos, uma acção de formação com 32 horas de iniciativa conjunta do ISPA, Instituto de Clínica Geral da Zona Sul e cadeira de Ciências Sociais e Humanas da Escola Nacional de Saúde Pública.

Frequentaram este curso 26 formandos, sendo 21 Clínicos Gerais/Médicos de Família de vários Centros de Saúde (Sete Rios, Coração de Jesus, Odivelas, Almada, Laranjeiro e Grandola, entre outros) e 5 Psicólogos, entre os quais se encontravam profissionais da Psicologia a trabalharem em organizações não governamentais ligadas à Sida.

Acção de formação única no nosso país, vem dar resposta a necessidades concretas e contribuirá para a valorização profissional dos destinatários. Os seus objectivos são:

— Proporcionar formação em aconselhamento para (1) disponibilizar apoio a pessoas infectadas pelo VIH,

doentes com Sida e suas famílias, bem como a pessoas preocupadas com a possibilidade de poderem estar infectadas; (2) promover e manter a modificação de comportamentos necessária à prevenção e controlo da infecção pelo VIH e, ainda, (3) ajudar as pessoas afectadas a manterem um nível máximo de funcionamento e qualidade de vida o máximo de tempo possível.

— Promover a apreensão dos Princípios, valores e atitudes no aconselhamento relacionado com o VIH/Sida.

Subjacentes aos objectivos identificados desenvolve-se estratégias pedagógicas desenvolvidas ao longo do curso: preparar os formandos para a comunicação de informação complexa que possa ser compreensível pelas pessoas que desenvolvem comportamentos de procura de cuidados de saúde, desenvolver competências relacionais para o apoio a pessoas afectadas e suas famílias, discutir questões éticas pertinentes como o consentimento informado e a confidencialidade, treinar os participantes no reconhecimento das opções que se colocam às pessoas afectadas pelo VIH e explorar atitudes, crenças e medos em relação aos temas da morte, sexualidade e contágio.

research review in the face recognition field. Our decision was to present de context effects, the development course, the processing strategies and the emotion, lip-reading and attribution effects on face recognition.

## RÉSUMÉ

## RECONNAISSANCE DES VISAGES: REVISION DE LA RECHERCHE

Le visage est un important stimulus du point de vue psychologique, ecologique et sociale. Sa fonction est d'identifier les personnes et aussi de diffusion des messages non verbaux si importants pour l'homme. Dans le domaine de la recherche expérimentale l'étude de la reconnaissance des visages est liée à trois aspects fondamentaux: les perturbations qui résultent des lésions cérébrales et du développement de la neuropsychologie (e.g., Damasio e col. 1985); du développement de l'étude de la reconnaissance des mots (e.g., Morton, 1969); et dans le domaine appliqué aux études du témoignage oculaire (e.g., Loftus, 1976). Cet article va présenter une révision de la recherche dans le domaine de la reconnaissance des visages. C'est une révision circonscrite aux problèmes de la codification, du contexte, du développement et du visage comme présentateur de messages non verbaux.

Artigo recebido em Novembro 93

Com uma carga horária total de 32 horas, distribuída por cinco dias, o curso de formação inclui as seguintes áreas temáticas: Epidemiologia da Infecção pelo VIH e da Sida; Virulogia e Manifestações Clínicas da Sida; Diagnóstico Laboratorial da Infecção pelo VIH; Aspectos Psicopatológicos associados; Aspectos Psicológicos relacionados com a Sida; Tipos e Formas de Aconselhamento; Processo e Capacidades de Aconselhamento; Valores e Atitudes no Aconselhamento; Aconselhamento Pré e Pós-Teste; Aconselhamento Familiar; e Modificação de Atitudes e Comportamentos.

A equipa docente, que se ocupou dos seminários temáticos e discussão de casos, foi constituída por: Teresa Paixão (Inst. Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge e Comissão Nacional de Luta Contra a Sida); Kamal Mansinho (Hosp. Egas Moniz); Francisca Avilez (Inst. Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge e Fundação Portuguesa A Comunidade Contra a Sida); João Santos Lucas (Escola Nacional de Saúde Pública); José A. Carvalho Teixeira; Isabel Leal; Ângela Vila-Real; Victor Cláudio (ISPA).

Estes cursos, frequentados até à data por 102 formandos (71 Clínicos

Gerais/Médicos de Família e 31 Psicólogos) representam o reconhecimento da importância e significado da intervenção psicológica na formação dos técnicos de saúde e, também, na prevenção e controlo da infecção pelo VIH. Ao mesmo tempo, têm aberto perspectivas de diálogo aliciante entre os profissionais da Medicina e da Psicologia a propósito de um campo de intervenção da máxima importância e actividade, quer nos cuidados primários de saúde quer em psicologia da saúde.

### 5º COLÓQUIO DE PSICOLOGIA CLÍNICA - SEXUALIDADE E SIDA

Nos passados dias 25, 26 e 27 de Outubro realizou-se o já habitual colóquio anual organizado pelo Departamento de Psicologia Clínica do ISPA, este ano sobre Sexualidades e Sida.

Como foi destacado na Sessão de Abertura, não sendo possível falar de Sida sem falar de sexualidades, pretendeu-se debater os temas a partir de vários pontos de vista psicológicos (e sociais) que superassem e fizessem o necessário contraponto às abordagens biomédica (sobre a Sida) e moralizadora (sobre a sexualidade) que frequentemente dominam as reuniões científicas nestas áreas. Este objectivo foi largamente alcançado ao longo dos três dias, durante os quais foi apresentado conjunto numeroso de comunicações (25), teve lugar uma mesa-redonda com organizações não-governamentais (ONGs) e realizou-se uma workshop sobre Programas de Apoio aos Seropositivos.

Desde o início da década de 80 os psicólogos envolveram-se nos desafios colocados pela Sida, quando se constatou que as suas prevenção e transmissão relacionam-se com um factor comum: o comportamento. Na ausência de uma vacina, o desafio colocou-se desde logo na prevenção de comportamentos de risco e na adopção de comportamentos seguros, designadamente no que se refere aos comportamentos sexuais. Assim, sendo actualmente a prevenção a única estratégia eficaz, foi possível evidenciar ao longo do colóquio que ela exige abordagem multidisciplinar na qual a Psicologia desempenha papel relevante donde o destaque particular para as intervenções dos convidados estrangeiros Robert E. Penn e Charles Nicholas.

Robert E. Penn (Director dos Programas de Prevenção da Sida do Gay's Men Health Crisis de Nova Iorque) apresentou uma conferência intitulada *Positive Sex is Safer Sex*, na qual deu conta das estratégias de planeamento de campanhas de prevenção da Sida realizadas por aquela importantíssima organização comunitária de Nova Iorque e discutiu detalhadamente a questão dos conteúdos das mensagens preventivas, particularmente quando dirigidas a populações específicas e com o objectivo de prevenir o estigma social. Ao mesmo tempo, deu conta das estratégias utilizadas na organização das campanhas de prevenção em função da avaliação das necessidades dos diferentes grupos sociais e culturais. A sua intervenção neste colóquio incluiu ainda a direcção de um workshop sobre Programas de Apoio aos Seropositivos.

Charles Nicholas (da FIRST de Paris), na sua conferência sobre *Toxic Dependência e Sida* enfatizou também a importância dos factores sociais e culturais na eficácia das campanhas de prevenção da Sida, nomeadamente no que se refere às diferentes crenças sobre saúde e doença de diferentes grupos sociais e minorias étnicas.

A influência de factores psicológicos (e sociais) na não-adopção de comportamentos seguros face à Sida em indivíduos e/ou grupos adequadamente informados sobre a infecção pelo VIH foi uma área temática presente em várias comunicações, nomeadamente sobre *Sida Mal dos Outros* (Victor Cláudio, Maria Gouveia Pereira e Patrícia Robalo, ISPA), *Círculo Vicioso/Círculo Virtuoso* (A. Coimbra de Matos, ISPA), *Novas Perspectivas sobre a Identidade Masculina* (Luís Delgado, ISPA), *Da Incerteza* (José Manuel Pereira da Silva, ISPA), *Alexitimia e Adopção de Comportamentos Seguros em Sujeitos Seropositivos para o VIH* (Isabel Trindade e José A. Carvalho Teixeira, ISPA), *Sida e Gravidez: Algumas Considerações* (Isabel Leal, ISPA e Departamento de Psicologia da Maternidade Alfredo da Costa) e *Alguns Parâmetros para a Prevenção da Sida no Espaço Nacional* (Elizabeth Sousa e col., ISPA).

Um componente significativa do colóquio incluiu ainda a apresentação de resultados preliminares de projectos de investigação do Núcleo de Investigação em Psicologia da Saúde do ISPA, nomeadamente sobre Representações

Sociais da Sida em vários Grupos Sociais e Socioprofissionais e sobre representações Sociais da Sida entre os Médicos (Clínicos Gerais Psiquiatras Dentistas e Infeciologistas), orientados pela Isabel Leal e José A. Carvalho Teixeira.

O impacto da Sida sobre a sexualidade e o amor mereceu a atenção necessária em comunicação com *A Humanidade, as Crises e o Amor* (João Carlos Trincão, ISPA), *Família Amor e Sida* (João Azevedo e Silva, ISPA) e *Psicanálise e Sida* (José Martinho, Antena do Campo Freudiano), tendo os aspectos antropológicos sido tratados pelo Luís Silva Pereira (ISPA) em *A Doença e as Metáforas do Medo* e pela Cristiana Bastos (Instituto de Ciências Sociais e City University de New York) em *Representações Sociais da Sida*.

Este conjunto numeroso de intervenções que se centraram em aspectos psicológicos, psicanalíticos, antropológicos e sociais relacionados com a sexualidade e a Sida foi completado ainda por duas comunicações sobre trabalhos pioneiros em matéria de prevenção. Enquanto Margarida Gaspar de Matos (Fac. de Motricidade Humana) comunicou sobre *Adolescentes Sexualidade Prevenção da Sida*, um grupo de professores da Esc. Secundária de Belém-Algés apresentou uma *Experiência Pedagógica na Área da Prevenção da Sida*, testemunhando a importância da intervenção no sistema educativo, nomeadamente na área da educação para a saúde.

Foi ainda muito importante a presença de organizações não-governamentais (ONGs) que, não só participaram numa mesa-redonda como realizaram acções de divulgação das suas actividades, ao longo dos três dias do colóquio. Além da associação "O Abraço", estiveram presentes a Associação VIH/Sida de Lisboa, ADDEPOS e Liga Portuguesa Contra a Sida.

*José A. Carvalho Teixeira*

### I CONGRESSO NACIONAL DE PSICOLOGIA DA SAÚDE

A APPORT, através da sua divisão de Psicologia da Saúde, e o Departamento de Psicologia Clínica do ISPA coorganizaram entre 26-28 de Janeiro de 1994 no Auditório do Arquivo Nacional da Torre do Tombo em Lisboa, o I Congresso de Psicologia da Saúde. Cerca de 400 participantes, entre

psicólogos e outros técnicos de saúde, tomaram parte num programa científico bastante extenso.

As várias escolas de Psicologia estiveram presentes e diversas equipas multidisciplinares apresentaram modelos e resultados de intervenção. O Prof. Charles Spielberger falou-nos da ansiedade e do stress, a Dr<sup>a</sup> Marie Johnston apresentou a situação da Psicologia da Saúde nos países europeus e o Prof. Gualberto Buena-Casal detalhou a situação em Espanha.

Este congresso foi ocasião importante de apresentação de número significativo de trabalhos nas áreas de prevenção (droga, SIDA, tabagismo) e de programas de intervenção em serviços já com alguma tradição no recurso aos psicólogos (maternidades, pediatria, oncologia, cardiologia). Tais trabalhos eram provenientes das várias regiões do País e da vizinha Espanha (mais de duas

dezenas de comunicações).

Nesta iniciativa conjunta do Instituto Superior de Psicologia Aplicada (ISPA) e da Associação dos Psicólogos Portugueses (APPOR) tornou-se claro que os serviços de saúde precisam dos psicólogos, porque estar informado sobre o que faz bem ou mal à saúde é necessário mas não é suficiente para mudar comportamentos. É necessário investigar e intervir sobre as crenças e atitudes em relação à saúde e à doença para promover a mudança efectiva de comportamentos, conducente à promoção da saúde e à prevenção da doença. Isto só será possível através de tecnologias psicológicas e implantando psicólogos nos serviços de saúde, trabalhando ao lado dos outros técnicos de saúde nos campos da educação e da prevenção.

É urgente que em Portugal seja reconhecido — de facto e de direito — o papel da Psicologia e dos psicólogos

nos serviços de saúde, de forma a dar resposta a necessidades criadas pelos próprios desenvolvimentos da Medicina e contribuir para a humanização dos serviços de saúde.

O futuro da Psicologia da Saúde no nosso país, depende em grande parte, da colaboração e organização dos psicólogos interessados nesta área, para juntos definirem qual a identidade do psicólogo da saúde em Portugal, num esforço integrado nas organizações europeias já existentes, como a European Association of Health Psychology cujo apoio este congresso valorizou. Por outro lado, depende do reconhecimento por parte dos vários órgãos e profissionais ligados à Saúde, do papel do psicólogo como profissional de saúde capaz de colaborar em equipas multidisciplinares para ajudar a promover a saúde do cidadão português.

## CALENDÁRIO

### NACIONAL

**II CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE "AVALIAÇÃO PSICOLÓGICA: FORMAS E CONTEXTOS".** Braga, Universidade do Minho, 27-28 de Maio de 1994. - Informações: APPORT, Apartado 392, 4703 BRAGA Codex.

**III SIMPÓSIO SOBRE COMPORTAMENTO ORGANIZACIONAL.** Lisboa, Torres do Tombo, 15-17 de Junho de 1994. - Informações: APP, ISCTE, Av. das Forças Armadas, 1600 LISBOA.

**6º CURSO DE FORMAÇÃO EM ACONSELHAMENTO-SIDA PARA CLÍNICOS GERAIS E PSICÓLOGOS.** ISPA, 20-24 de Junho de 1994. - Informações: Secretaria do ISPA, Rua Jardim do Tabaco, 44, 1100 LISBOA.

**2º CURSO DE FORMAÇÃO PARA PRÉ-GRADUADOS EM PSICOLOGIA DA SAÚDE.** ISPA, 24 e 25 de Junho de 1994. - Informações: Secretaria do ISPA, Rua Jardim do Tabaco, 44, 1100 LISBOA.

**52nd CONVENTION OF ICP.** Lisboa FPCE, 10-14 de Julho de 1994. - Informações: Prof. José Ferreira Marques, FPCE, Alameda da Universidade, 1600 LISBOA.

### INTERNACIONAL

**I CONGRESSO INTERNACIONAL DE PSICOLOGIA CONDUCTUAL.** La Coruña, 12-15 de Julho de 1994. - Informações: AEPC, Apartado de Correos 3061, 18080 Granada, ESPANHA.

**15TH INTERNATIONAL CONFERENCE OF THE STRESS AND ANXIETY RESEARCH SOCIETY (STAR).** Madrid, Espanha, 14-16 de Julho de 1994. - Informações: Dr. Juan J. Miguel-Tobal, Dept. of Psicología Básica, Facultad de Psicología, Universidad Complutense de Madrid, 28023, Madrid, ESPANHA.

**23RD INTERNATIONAL CONGRESS OF APPLIED PSYCHOLOGY.** Madrid, Espanha, 17-22 de Julho de 1994. - Informações: Organizing Committee Secretariat, 23rd International Congress of Applied Psychology, Colegio Oficial de Psicólogos, Nuñez de Balboa, 58, 5, 28001 Madrid, ESPANHA.

**12TH INTERNATIONAL ASS. FOR CROSS-CULTURAL PSYCHOLOGY.** Pamplona, 24-27 de Julho de 1994. - Informações: Colégio Oficial de Psicólogos, IACCP, Monasterio de Yarte, 2 trasera, 31001 Pamplona/Iruna, ESPANHA.

**XVII INTERNATIONAL SCHOOL PSYCHOLOGY COLLOQUIUM.** ISPA/ABRAPEE, PUCCAMP, Campinas, 24-28 de Julho de 1994. "O desafio da psicologia escolar: O futuro da criança na escola, família e sociedade". - Inf. Raquel S. Guzzo, CEAP, Campus I, PUCCAMP, Rodovia Dom Pedro I, Km 136, 13020-940 Campinas, São Paulo, BRASIL.