

Borloti, E., Bezerra, A. C. M., Balbi Neto, R. R. Q. (2010). Mulheres, estressores no relacionamento interpessoal e seu enfrentamento. *Interpersona* 4 (1), 127-156.

Mulheres, estressores no relacionamento interpessoal e seu enfrentamento

Women, stress situation in relationships and coping

Elizeu Borloti

Ana Carolina Marins Bezerra

Rafael Rubens de Queiroz Balbi Neto

*Universidade Federal do Espírito Santo
Vitória, ES, Brasil*

Resumo

Mulheres são mais vulneráveis ao estresse e parte dos estressores advém de relacionamentos interpessoais. Participaram deste estudo 12 mulheres funcionárias do Sistema Único de Saúde em Terapia Comportamental (TC). O objetivo foi descrever as regras que governam o comportamento dessas mulheres quando elas enfrentam situações-problema cotidianas. Os dados foram (1) verbalizações de enfrentamento (EE), transcritas das sessões de TC e (2) respostas na Escala de Modos de Enfrentamento de Problemas (EMEP). EE's foram avaliadas como regra ou não e comparadas com as respostas à EMEP. As mediações do terapeuta foram descritas em suas funções sobre as EE's. A EMEP apontou como freqüente o enfrentamento focado no problema (55%). Entretanto, EE's mais freqüentes foram focados na emoção (47,1%). O enfrentamento de problemas interpessoais pelas participantes é, com

frequência, focado na emoção e guiado por regras de esquiva. Comparada à EMEP, a TC evocou uma descrição mais fidedigna do enfrentamento.

Palavras-chave: enfrentamento; mulher; terapia comportamental

Abstract

Women are more vulnerable to the stress, and part of the stress situation comes from relationships. It has as participants 12 women in Behavior Therapy (BT). The objective was to describe the rules that govern those women's behavior when they stay a situation-problem daily. The data were (1) coping verbalizations (CV), transcribed of the sessions of BT and (2) answers in the Ways to Confront Problems Scale (WCPS). CV's were considered as rule or no and compared with the answers to WCPS. The therapist's mediations were described in their functions on CV's. The WCPS appeared as frequent the coping focused in the problem (55%). However, more frequent CV's were focused in the emotion (47,1%). The coping of problems relationships for the participants is often focused in the emotion and guided by rules of it avoids. Compared WCPS and BT, BT evoked a more trustworthy description of coping.

Keywords: coping; women; behavior therapy

Segundo a Organização Mundial de Saúde e a Organização Pan-Americana de Saúde (OMS/OPAS) (2001), mulheres apresentam mais transtornos de humor do que homens. A depressão atinge duas vezes mais a elas do que a eles (Angst et al., 2002; Maier et al., 1999; Nazroo, Edwards & Brown, 1998; Weissmann et al., 1996; Weissmann et al., 1993) e esta proporção parece se manter ao longo de toda a vida da população (Angst et al., 2002). Em relação aos homens, mulheres em várias cidades do mundo também demonstraram taxas mais altas de depressão (Weissmann et al., 1995). Entretanto, estudos citados por Justo e Calil (2006), com afro-americanos e israelenses, mostraram uma quebra nesta regra de proporção; esta proporção também variou em estudos ontogenéticos, mantendo-se apenas na puberdade e na menopausa (Bebbington, 1998; Noble, 2005).

Problemas de humor são descritos de forma diferente por homens e mulheres. A comunidade verbal atua nos repertórios verbais de ambos os sexos pelos mesmos princípios comportamentais, porém de um modo diferente em função dos papéis masculinos e femininos, diferentes em tempos e locais. Possivelmente em função disto, em nossa cultura, as mulheres tendem a exagerar a gravidade dos seus episódios depressivos, enquanto os homens fazem o oposto. Papéis sociais também estariam relacionados ao modo como se enfrentam os estressores da vida. Nazroo et al. (1998) afirmam que o impacto de um estressor depende de sua influência sobre a identidade de gênero. Assim, as mulheres são mais afetadas por eventos aversivos (por exemplo, educação dos filhos e manutenção do lar e de relacionamentos amorosos).

Dimensões biológicas e psicossociais são tomadas como explicações para estes dados (Justo & Calil, 2006). Weissmann et al. (1995) mostraram que homens e mulheres relatam sintomas diferentes para a depressão e reagem de modo diferente aos antidepressivos, o que pode sugerir possíveis variáveis biológicas relacionadas ao gênero na depressão. De modo geral, para estes autores, entre as explicações cogitadas estariam as diferenças de gênero 1) nos papéis sociais, 2) nos estressores da vida feminina e no modo como a mulher os enfrenta e 3) na neuroquímica cerebral feminina.

Apesar de não haver consenso de que o estresse seja a explicação dos agravos à saúde mental das mulheres, ele (o estresse) e os modos de enfrentamento dos estressores podem ser categorias de entendimento das respostas do organismo feminino às demandas a que é submetido (Garduño & Marquez, 1995). Em especial, mulheres que trabalham em uma instituição hospitalar do Sistema Único de Saúde (SUS) – as participantes deste estudo – podem experimentar um ambiente que exige muito do organismo, dadas às condições de

funcionamento do SUS (Facchini et al., 2005). Mas o trabalho no SUS apresenta apenas uma parte dos estressores da vida dessas mulheres.

Segundo Burín (1992), as mulheres, em geral, vivem condições cotidianas opressivas. O organismo feminino configura uma condição biológica diferenciada que explica alguns transtornos hormonais (depressão pós-parto e transtornos da menopausa, por exemplo) vividos em um contexto sócio-histórico. É nesse contexto que as mulheres reconhecem e lidam com os afetos delas e dos outros nas relações interpessoais. Assim, as relações interpessoais estressoras no trabalho e na família podem gerar tensões. Dependendo das respostas que o organismo feminino terá às demandas do ambiente doméstico e extradoméstico, o estresse pode acabar sendo produzido, especialmente em situações onde a demanda excede as capacidades individuais de responder a esses estímulos (Araújo, Aquino, Menezes, Santos & Aguiar, 2003). Se a mulher não possuir um repertório comportamental passível de contornar ou enfrentar a situação, um desconforto é ocasionado: “Quando os mecanismos de respostas disponíveis não são efetivos, o estresse se prolonga, o que pode implicar efeitos negativos sobre a saúde, tais como: hipertensão arterial, depressão e ansiedade” (Araújo et al., 2003, p. 425).

Na instituição hospitalar pública onde foi realizada a pesquisa descrita neste artigo, o movimento social de trabalhadoras criou o Grupo de Apoio à Mulher (GAM) e oportunizou a discussão de estratégias de melhoria da qualidade de vida das mulheres. O GAM é composto por funcionárias dessa instituição hospitalar cujo funcionamento gera muitos estressores ocupacionais, por envolver, como no contexto da análise de Fernandes, Ferreira, Abergaria e Conceição (2002), demanda de maior esforço para concentração da atenção, duração da exposição e intensidade do ritmo de trabalho. A organização dos trabalhadores do SUS tem

atentado ao impacto dos problemas desse Sistema na condição de saúde das mulheres que nele trabalham (Facchini et al., 2005).

Além desse fator ocupacional, há, ainda, a exposição da mulher a uma dupla jornada de trabalho: uma em casa (onde não há descanso semanal, nem férias, por exemplo) e uma no emprego propriamente dito, cujas desigualdades ocupacionais podem incidir sobre a identidade de gênero (Nazroo et al., 1998). Segundo Fernandes et al. (2002), isto gera “uma sobrecarga e um desgaste que impõem um permanente esforço de articulação das esferas doméstica e profissional que implicam sérias repercussões sobre a saúde da mulher (...) podendo levar à fadiga crônica e a exaustão física e mental” (p. 202). Diante disso, é preciso considerar que, na busca da amenização do sofrimento e da resolução do problema a ser enfrentado, a mulher elabora soluções que são favoráveis tanto ao trabalho quanto à saúde. Quando essas soluções são desfavoráveis à organização e à saúde dela, instala-se um tipo de sofrimento que passa a ser tido como patogênico (Fernandes et al., 2002).

A partir disso, tornou-se relevante entender de que maneira as mulheres do GAM descreviam e enfrentavam seus problemas, assim como, quais regras governavam seus comportamentos quando elas enfrentavam situações adversas em seu cotidiano ocupacional e doméstico. Os dados para esta pesquisa foram verbalizações ocorridas em sessões de Terapia Comportamental (TC) implementada no GAM como parte das estratégias de melhoria da qualidade de vida das mulheres do grupo.

A abordagem comportamental da resolução de problema se mostrou propícia à TC visto que, segundo Figueirêdo e Borloti (2005), o problema é convertido em uma equação verbal e discutido com o terapeuta de modo a que a manipulação verbal da discussão possa gerar estímulos para a descrição de soluções. Por comportamento verbal entende-se aquele que é emitido por um falante, sob o controle de uma condição antecedente (que pode ser

verbal ou não) e sob o controle de uma condição conseqüente (um reforçador específico ou generalizado) provida por um ouvinte (Catania, 1998; Skinner, 1978). No GAM, tal comportamento pôde ser identificado quando as mulheres falavam sobre problemas enfrentados, em geral, nos relacionamentos interpessoais, profissionais ou domésticos.

Um problema é uma situação na qual falta uma resposta (chamada solucionadora) que produz a solução como conseqüência (Skinner, 1980). A importância de se compreender o modo como as situações-problema enfrentadas pelas mulheres são descritas consiste na crença de que para se construir verbalmente resoluções para um problema em uma situação interpessoal, é necessário que o problema seja descrito e formulado (Catania, 1998). Após descreverem-se verbalmente as contingências do problema, pode-se operar indiretamente sobre o ambiente, pois “ampliando-se o repertório verbal do falante, também poderão ser ampliadas suas habilidades de verbalizar resoluções próprias, que posteriormente governem comportamentos que venham a ser reforçados como solução” (Figueiredo & Borloti, 2005, p. 215-216). Isto ocorre também em simulações de situações de resolução, planejamentos abertos ou encobertos de soluções (Cerutti, 1989; Simonassi, Tourinho & Silva, 2001; Skinner, 1978).

Segundo Skinner (1980), só é possível resolver problemas reconhecendo-se a natureza das dificuldades e, para isto, devemos construir verbalmente resoluções, descrevendo o problema em termos das contingências que o definem, de modo a favorecer a solução. As contingências especificadoras do problema podem ser descritas nas regras que o definem; quando descritas, as regras podem gerar solução ao problema. Pode-se dizer que uma regra controla o comportamento solucionador do problema quando ela se torna um estímulo verbal encoberto, produzido pelo próprio comportamento verbal do falante, na forma de “Se eu fizer isso, então aquilo ocorrerá” (Brownstein & Shull, 1985). Esta é, de fato, a contingência

descrita, definidora da solução como consequência da modificação do ambiente. Porém, para que uma descrição de contingência esteja exercendo controle instrucional sobre o comportamento do falante, ela deve se repetir com uma relativa frequência ao longo de seu comportamento verbal contínuo e mostrar-se congruente com outros comportamentos (Reese, 1989). E quando a resolução ou o enfrentamento de um problema se dá pelo seguimento de regra, diz-se que o comportamento é verbalmente mediado ou controlado por instrução. Um problema difícil parece surgir “quando as contingências mudam, tornando as regras discrepantes das contingências” (Santos, Paracampo & Albuquerque, 2004, p. 414) e, portanto, não indicadoras de solução.

Alguns estudos psicossociais (Frinhani & Souza, 2005; Garcia & Tassara, 2001; Narvaz & Koller, 2006; Traverso-Yépes & Medeiros, 2004) mostram que diante de certos problemas gerados por estressores de conflitos nos relacionamentos com maridos e outros parceiros, as mulheres têm repertórios típicos de enfrentamento, incluindo descrições de contingências que podem funcionar como regras. Do ponto de vista comportamental, de acordo com Savoia (2000), todas essas habilidades que as mulheres desenvolvem para o domínio das situações de estresse podem ser chamadas de *estratégias de enfrentamento*: respostas emitidas com a finalidade de reduzir as propriedades aversivas de uma determinada situação. Tais respostas são funções do repertório individual feminino tipicamente reforçado nas limitações e possibilidades de saúde e energia, suporte social e recurso material (Savoia, 2000). Isto se dá também no enfrentamento de estressores do tipo doença: o câncer, por exemplo, é enfrentado por "normas de gênero" (O'Mahoney & Carroll, 1997) e estratégias que aumentam os níveis de depressão (por exemplo, as de esquiva do problema) foram observadas em pacientes soropositivos ao HIV (Fleishman & Fogel, 1994; Schmitz & Crystal, 2000) e mais em mulheres do que em homens (Seidl, 2005).

Em geral, estratégias de enfrentamento efetivas são focadas num fazer em relação ao problema. Entretanto, a maior parte dos estudos psicossociais de tais estratégias são sobre o que as pessoas dizem que fazem e não sobre o que fazem. Portanto, nos termos que interessam a este artigo, aquilo que os estudos psicossociais chamam de estratégias de enfrentamento será, em termos comportamentais, sinônimo de elaboração verbal de soluções. No caso deste estudo, que trata do modo como mulheres funcionárias do SUS enfrentam situações-problema do cotidiano dos relacionamentos interpessoais doméstico e extra-doméstico, o objetivo é descrever as regras que governam o comportamento de mulheres participantes do GAM, quando elas enfrentam situações problemas no cotidiano. Teve os seguintes objetivos específicos: 1) descrever o modo como as situações-problema enfrentadas pelas mulheres são descritas; 2) classificar essas situações nos termos das contingências que as definem (contingências de reforçamento ou punição); 3) classificar essas situações em termos dos fatores que definem estratégias de enfrentamento; 4) inferir quais estratégias de enfrentamento atuam como regras no controle do comportamento; 5) verificar diferenças entre estratégias descritas na sessão de TC e estratégias medidas por uma escala de modos de enfrentamento.

Método

Participantes

Participaram deste estudo 12 mulheres, funcionárias de setores variados de um Hospital Público Estadual, situado região da Grande Vitória – ES, em sua maioria de religião evangélica e com ensino médio. Compuseram o grupo de TC, e foram selecionadas de uma

amostra maior de mulheres que participaram de uma assembléia geral com 32 funcionárias interessadas na TC, solicitada, como intervenção psicológica em saúde, ao Departamento de Psicologia Social e do Desenvolvimento da Universidade Federal do Espírito Santo (UFES). A assembléia foi convocada por convite aberto fixado nos corredores do hospital; não houve presença de funcionários do sexo masculino.

Instrumentos e procedimentos

As 32 mulheres responderam aos itens do BDI (Inventário de Depressão de Beck) e do ISSL (Inventário de Sintomas de Stress para adultos de Lipp) e os índices de depressão e estresse indicaram as 12 participantes. Das 12, cinco apresentaram depressão profunda e sete apresentaram nível de estresse que necessita de TC. Elas assinaram um termo de consentimento livre e esclarecido para a pesquisa, cujos aspectos éticos foram avaliados e aprovados pelo Comitê Interno da Pós-Graduação em Psicologia. A TC foi planejada em função desse perfil, em 12 sessões semanais de duas horas de duração, conforme estruturação prevista no Projeto de Extensão número 103, protocolado na Pró-Reitoria de Extensão da UFES. Cada sessão, conduzida por um terapeuta qualificado (o primeiro autor do presente artigo), criava as contingências para a coleta dos dados deste estudo em estratégias de análise da preocupação (sessões 1 a 3), solução de problema (4 a 6) e treinamento de habilidades sociais (7 a 11). Os dados foram coletados no auditório do hospital, que possui tratamento acústico, ar-condicionado e cadeiras.

Análise e interpretação dos dados

As 12 sessões de TC foram gravadas em áudio digital, transcritas e impressas com a utilização de um computador. Das transcrições, foram discriminadas as descrições dos problemas, segundo a definição de problema de Skinner (1980), em duas categorias: 1) problemas envolvendo o comportamento dos outros (“OUTROS”), advindos de déficits em habilidades sociais nas relações interpessoais (Exemplos: “Se eu falar algo, ninguém me dará ouvidos”); 2) problemas envolvendo o próprio comportamento (“SI MESMA”), advindos de déficits em habilidades de autocontrole e autoconhecimento (Exemplo: “Não estou conseguindo ter um tempo pra mim”).

Em seguida os problemas foram classificados a partir dos modos como as participantes diziam que eles eram enfrentados, obtendo-se os dois tipos de contingências que os definiam: (1) positivas ou (2) aversivas. As contingências que produziam conseqüências positivas, representadas pela letra CP, eram aquelas nas quais a elaboração verbal de uma solução dada ao problema poderia ser uma resposta solucionadora, dado que a conseqüência descrita poderia ser tida como uma solução. Assim, em geral, durante as sessões, essa resposta era reforçada pelo terapeuta. O reforço social por parte do terapeuta teve a função de aumentar a probabilidade de novas emissões do comportamento relatado e de emissões de comportamento não verbal relacionado ao relato. Um exemplo desse tipo de contingência, envolvendo reforço, está no excerto de sessão a seguir, quando uma das participantes relata sua reação diante da morte de um familiar:

Vi minha irmã voltar ao Criador e eu não fiquei triste, não fiquei caída, apesar de ser uma situação de dor. Deus colocou em minha boca muitas palavras pra levantar o moral da minha família, pra fazê-los entender que quando é chegada a hora não tem jeito mesmo. (Participante)

Jeito bacana de lidar com a morte, né? Quanto mais recursos a gente tem, melhor a gente enfrenta. (Terapeuta)

As contingências que produziam conseqüências aversivas, representadas por CA, eram aquelas nas quais a elaboração verbal de uma solução dada ao problema poderia não ser uma resposta solucionadora, dado que a conseqüência descrita não se configurava como uma solução por ser uma resposta de fuga/esquiva, por não produzir reforçadores ou produzir estímulos aversivos ou a perda de reforçadores. Assim, durante as sessões, a resposta verbal não era seguida por reforçamento social habitual ou era questionada pelo terapeuta. Ambas as intervenções do terapeuta tiveram a função de servir de estímulo discriminativo para a percepção das conseqüências que o comportamento relatado produzia no contexto fora da sessão. Um exemplo desse tipo de contingência está no seguinte excerto de sessão, quando uma das participantes relata o modo como se comporta diante do distanciamento afetivo entre ela e o marido:

Hoje em dia não existe [afeto] não. Já existiu muito... Hoje em dia, sinceramente, da minha parte, não existe. Eu gostaria que voltasse a existir. (Participante)

Talvez o ruim está tão pesado que a gente não consegue enxergar [o afeto]. Eu acho que deve existir. Por exemplo: debaixo das cobertas, de repente o dedão de um encosta no do outro... (Terapeuta)

Partindo da definição de regra (Baum, 1999; Skinner, 1980), os elementos omissos nas descrições de contingências CP e CA foram inferidos e inseridos aos trechos retirados das transcrições. Os elementos omissos foram inferidos do contexto da sessão e acrescentados entre colchetes à possível regra, de acordo com as molduras do tipo “Quando acontece algo, se eu faço/fizer isso, então consigo/conseguirei/sinto/sentirei aquilo” ou “Quando acontece algo, então sinto/sentirei aquilo”.

A Análise do Comportamento considera a possibilidade de haver discrepâncias entre o dizer e o fazer. Portanto, nem toda descrição de contingência, obtida por entrevista ou questionário, atua como regra no controle do comportamento não verbal de quem a descreve.

Assim, neste estudo, a coleta de dados por meio das sessões mostrou uma vantagem adicional em relação à entrevista comum por permitir a observação dos dois critérios (Reese, 1989) para se dizer se uma elaboração verbal de uma solução dada a um problema atuaria como regra: 1) repetir-se no discurso das participantes ao longo das sessões e 2) mostrar-se consistente com os demais comportamentos sendo relatados. Observados tais critérios, as regras assim identificadas foram classificadas de acordo com as quatro formas de enfrentamento propostas na Escala Modos de Enfrentamentos de Problemas (EMEP). Também, as demais descrições de possíveis enfrentamentos (que não se configuraram como regras) foram assim classificadas. Tal escala é composta por 45 questões de múltipla escolha que avaliam o modo pelo qual pessoas enfrentam seus problemas a partir de quatro fatores distintos (Seidl, Tróccoli & Zannon, 2001): (1) estratégias focalizadas no problema, ou seja, uma aproximação em relação ao estressor para solucionar, lidar ou manejar a situação estressora. Inclui itens que envolvem esforços ativos/ cognitivos para que o problema seja reavaliado e percebido de uma maneira positiva; (2) estratégias focalizadas na emoção, presentes tanto em cognições quanto em comportamentos, que podem cumprir função paliativa no enfrentamento do estressor. Inclui questões referentes a reações emocionais negativas como raiva ou tensão, pensamentos fantasiosos ou irrealistas voltados para a solução mágica da questão bem como respostas de esquiva ao problema, e a culpabilização de si e dos outros pelo aparecimento e/ou não resolução da situação; (3) práticas religiosas e pensamentos fantasiosos enfocam pensamentos e comportamentos religiosos que auxiliem na resolução da situação. A correlação desses com o pensamento fantasioso/desiderativo corresponde aos pensamentos irrealistas permeados por sentimentos de esperança e fé; (4) busca de suporte social para a resolução dos problemas. A pessoa tenderia a procurar apoio

instrumental, emocional ou de informação a respeito das estratégias de enfrentamento da situação causadora de estresse.

Além de base para a classificação das regras verbalizadas pelas participantes, a EMEP foi aplicada para mensurar o modo de enfrentamento de problemas mais utilizado pelas participantes. A escala contém 18 itens com estratégias de enfrentamento focalizadas no problema, 15 com estratégias focalizadas na emoção, 7 focalizadas no auxílio das práticas religiosas/pensamento fantasioso e 5 englobando estratégias focalizadas na busca de suporte social. Após respondida, os escores obtidos são contabilizados para que se verifique qual estratégia as participante diziam mais utilizar. O instrumento foi auto-aplicado e as respostas foram dadas em uma escala tipo *Likert* de cinco pontos: (1) Eu nunca faço isso, (2) Eu faço isso um pouco, (3) Eu faço isso às vezes, (4) Eu faço muito isso, (5) Eu faço isso sempre. Portanto, cada agrupamento de itens indica um valor numérico médio dado pela escala de 1 a 5, que representa o valor absoluto de cada modo de enfrentamento de problemas. Os escores obtidos nos itens da EMEP foram agrupados de acordo com os quatro focos da estratégia de enfrentamento (problema, emoção, religião, suporte social). Cada participante obteve um escore mais alto em algum dos quatro focos de enfrentamento e este foi o indicador de qual estratégia de enfrentamento (EE) era supostamente mais utilizada por cada participante. As respostas à EMEP, como relato verbal, podem estar consistentes ou inconsistentes com o comportamento não verbal relacionado ao relato. De fato a escala tipo *Likert* indica o quanto a participante diz que faz certas coisas. Por esta razão, posteriormente, os dados da EMEP foram comparados aos dados verbais das sessões de TC, como uma forma de verificar se os dados obtidos pela escala eram congruentes com os dados obtidos nas sessões.

Resultados

As Tabelas 1 e 2 comparam as situações-problema, o modo como as situações-problema enfrentadas pelas mulheres são descritas como regras, as contingências que as definem e os fatores que as definem como estratégias de enfrentamento.

As Tabelas 1 e 2 somam 20 regras identificadas como governando os comportamentos das participantes, predominantemente originadas em contingências aversivas (16 regras = 70%), especialmente de conflito interpessoal (“OUTROS”). Em geral, os dados mostram que estas elaborações verbais postas supostamente como solução do problema poderiam não ser respostas solucionadoras e, por esse motivo, foram questionadas pelo terapeuta.

Apenas quatro regras (20%) foram originadas em contingências positivas (na qual a elaboração verbal de uma solução dada ao problema poderia ser uma resposta solucionadora) sendo, portanto, seguidas pelo reforço social do terapeuta. Todas elas eram descrições de estratégias de enfrentamento de problemas envolvendo o próprio comportamento (“SI MESMA”). Na Tabela 3 esses dados podem ser melhor visualizados.

Tabela 1. Relações entre regra, contingência e estratégia de enfrentamento para problemas envolvendo os “OUTROS”

Regra	Contingência	EE
[Quando só estão eu e meu marido em casa], se estou com meu marido, [então] não me sinto bem	Aversiva	Emoção
[Quando meus familiares precisarem de ajuda] Se eu parecer forte o tempo todo, então vou poder ajudar meus familiares	Aversiva	Emoção
[Quando alguém me magoa] acaba a confiança [nesse alguém]	Aversiva	Emoção
[Quando minha filha estiver saindo] Se eu tratar minha filha com rigidez, então ela não se envolverá com más companhias	Aversiva	Problema
Quando [diante de uma situação incômoda envolvendo outros, se] não falo sobre o problema é uma forma de estar me defendendo	Aversiva	Emoção
[Quando minhas filhas se comportam mal] Se eu fizer minhas filhas ficarem preocupadas comigo, então elas mudarão de atitude	Aversiva	Problema
Quando [estou em qualquer lugar, se] há a presença de gente estranha, [então isso] me incomoda. Já acostumei a ficar sozinha. [Se fico sozinha então não fico incomodada]	Aversiva	Emoção
[Quando fico sozinha, me sinto só] Quando eu era casada, só ficava na companhia do meu marido [então, quando me separei, me senti muito só]	Aversiva	Emoção
[Quando tenho determinadas atitudes, se eu não me controlo][Se] Eu me afasto das pessoas [então eu evito maiores complicações]	Aversiva	Emoção
[Quando] os parentes não vierem na minha casa, se eu também não vou na deles [então me sinto dando o troco]	Aversiva	Emoção
[Quando observo o comportamento dos familiares do meu marido, sinto que] A família do meu marido não gosta nem de mim, nem das minhas filhas	Aversiva	Emoção

[Quando diante de uma tomada de decisão] Se eu tomar uma decisão, [então] magoarei alguém	Aversiva	Emoção
[Quando em conflito com outra pessoa] Se eu falar algo que bata de frente com a outra pessoa, [então] serei abandonada	Aversiva	Emoção

Nota. EE = estratégia de enfrentamento.

Tabela 2. Relações entre regra, contingência e estratégia de enfrentamento para problemas envolvendo “SI MESMA”

Regra	Contingência	EE
[Diante de uma situação difícil] Se me mantenho ocupada o tempo todo, [então] me livro do problema	Aversiva	Emoção
[Quando diante de um problema] Se eu olho para o problema, isso me ajuda a resolvê-lo	Positiva	Problema
Quando fico sozinha comigo mesma, consigo descobrir coisas novas	Positiva	Problema
Quando [precisando de cuidados] cuido de mim mesma, me sinto melhor	Positiva	Problema
[Quando diante de um problema, se] Eu quero resolver tudo e de uma vez [então] eu não consigo, eu me machuco	Aversiva	Emoção
[Quando preocupada com o passado ou o futuro] Se não vivo cada dia de uma vez, então não vivo o hoje [Na forma afirmativa: Se vivo cada dia de uma vez, vivo o hoje]	Positiva	Problema
[Diante de lembranças ruins] Se eu apago meu passado, [então] eu me livro dele	Aversiva	Emoção

Nota. EE = estratégia de enfrentamento.

Tabela 3. Frequência e porcentagem de estratégias de enfrentamento questionadas e reforçadas nas sessões

EE	Questionadas f (%)	Reforçadas f (%)	Total f (%)
Problema	2 (10)	4 (20)	6 (30)
Emoção	14 (70)	-	14 (70)
Total	16 (80)	4 (20)	20 (100)

Nota. EE = estratégia de enfrentamento.

Os dados mostram a prevalência do controle aversivo nas relações interpessoais das participantes. Familiares e pessoas do ambiente de trabalho compõem o ambiente social estressor que tipifica a punição ou a perda de reforços característica do ambiente da pessoa deprimida ou sob estresse (Coyne, 1976, 1985, 1995; Coyne et al., 1987). A ênfase das estratégias de enfrentamento focalizadas na emoção mostra o déficit de habilidades de enfrentamento dos problemas nos relacionamentos interpessoais (Seidl, 2005). A maioria das verbalizações de enfrentamentos centrados no problema foi seguida reforço social do terapeuta, pois poderiam ser eficazes na resolução do problema. Os enfrentamentos centrados na emoção (70% = 14), em sua totalidade, foram questionados pelo terapeuta.

O outro recurso utilizado para verificar as estratégias de enfrentamento de problemas das participantes foi a EMEP. A Tabela 4 quantifica os tipos de estratégias de enfrentamento ditas serem as mais utilizadas por nove das participantes. Os números representam os escores obtidos por cada participante em cada um dos itens contemplados na EMEP; o número em

negrito corresponde ao maior escore, representando a estratégia dita ser a mais utilizada pelas participantes no enfrentamento dos problemas.

Tabela 4. Escores obtidos nas estratégias de enfrentamento através da Escala Modos de Enfrentamento de Problemas

Participante	Problema	Emoção	Religião	Social	EE
1	4,16	2,40	3,28	2,60	4,16 (problema)
2	1,61	3,46	2,42	3,40	3,46 (emoção)
3	3,22	3,13	3,00	3,20	3,22 (problema)
4	2,77	2,26	3,85	2,40	3,85 (religião)
5	3,60	1,93	3,28	2,40	3,60 (problema)
6	3,83	3,86	3,42	2,00	3,86 (emoção)
7	3,50	2,60	2,42	2,40	3,50 (problema)
8	4,72	2,60	4,28	1,60	4,72 (problema)
9	3,50	2,60	3,71	0,80	3,71 (religião)

Nota. EE = estratégia de enfrentamento.

Ressalta-se que a aplicação de tal escala foi feita ainda nas primeiras sessões e que, devido aos problemas de adesão nessa fase, somente nove participantes responderam à EMEP. Dessas, como podemos conferir na Tabela 4, cinco disseram utilizar mais as estratégias de enfrentamento focalizadas no próprio problema, duas disseram usar mais as estratégias centradas na emoção, duas disseram usar mais as estratégias calcadas em práticas religiosas e nenhuma delas respondeu, de forma predominante, buscar suporte social para o enfrentamento dos problemas.

De acordo com resultados obtidos com a aplicação da EMEP, as participantes utilizam principalmente as estratégias de enfrentamento focalizadas no problema (5 das 9 mulheres que responderam à EMEP disseram enfrentar problemas deste modo) demonstrando condutas

de aproximação do estressor no sentido de lidar com ele. Depois, aparecem os enfrentamentos com práticas religiosas e pensamentos fantasiosos, que mostram que as práticas religiosas e os pensamentos fantasiosos seriam estratégias de enfrentamento importantes no repertório de algumas das participantes. Já os enfrentamentos focados na emoção mostram, como indicado na descrição do instrumento, que os enfrentamentos incluem respostas emocionais negativas como raiva ou tensão, pensamentos fantasiosos ou irrealistas voltados para a solução mágica da questão bem como respostas de esquiva ao problema, a culpabilização de si e dos outros pelo aparecimento e/ou não resolução da situação.

Por outro lado, quando se mostram os resultados das transcrições das sessões de TC, as estratégias focalizadas na emoção foram as mais relatadas, algumas assumindo a função de regra (ver Tabelas 1 e 2). Ao contrário do alto índice de enfrentamentos focados no problema medido pela EMEP, esses modos de enfrentamento não se mostraram parte da maioria das regras que governavam os comportamentos das participantes. A Tabela 5 apresenta o percentual de enfrentamentos relatado nas sessões iniciais e finais da TC.

Tabela 5. Porcentagem de estratégias de enfrentamento relatadas nas sessões terapêuticas

Tipo de enfrentamento	Sessões iniciais	Sessões finais
	%	%
Problema	30	58
Emoção	70	28
Religião	-	7
Suporte social	-	7

Como mostra a Tabela 5, durante as sessões iniciais, em seus relatos, as participantes, ao contrário das respostas dadas na EMEP, enfatizaram as estratégias de enfrentamento focalizadas na emoção em detrimento das estratégias focalizadas no problema. Por sua vez, as estratégias focalizadas na religião obtiveram um baixo escore nos resultados da EMEP (2 das 9 participantes) e não apareceram nos relatos durante as sessões iniciais. As estratégias focalizadas na busca de suporte social não foram relevantes, tanto nos resultados da escala quanto nos relatos durante as sessões iniciais. Nas últimas sessões, houve um número maior de relatos de estratégias que focalizavam o problema (58%), através de ações efetivas, ou seja, que poderiam produzir reforçadores-solução. Em segundo lugar aparecem as estratégias focadas na emoção, seguidas pela religião e suporte social.

As descrições de situações-problemas e seus enfrentamentos (as que atuam como regras e as demais descrições) durante as primeiras sessões, foram emitidos um grande número de relatos que enfatizavam estratégias de enfrentamento focalizadas na emoção, através de seus fatores originais de esquiva, pensamento fantasioso/desiderativo, autculpa e culpabilização dos outros. As transcrições dessas sessões mostram uma intervenção terapêutica que questionava tais descrições, pois não favoreciam a solução do problema descrito. Comparando com a análise das últimas sessões, houve um número maior de relatos de estratégias que enfatizavam o problema em si, através de ações para lidar com ele, manejá-lo ou avaliá-lo de forma diferente.

Os dados em destaque pela EMEP e pelas transcrições das sessões mostram contradição entre as duas formas de relatos de enfrentamentos. Houve divergências entre os resultados dos relatos nas sessões (quando predominou o relato de estratégias de enfrentamento com foco na emoção) e os escores obtidos na EMEP (quando prevaleceu o relato de estratégias focalizadas no problema).

Discussão

O comportamento que define um enfrentamento de uma situação-problema pode ser visto como uma adaptação psicossocial; um comportamento sob controle de contingências ou regras envolvendo controle social. Descrever a função deste controle é explicar a manutenção de um enfrentamento; ou a ausência dele.

Pesquisas sobre estratégias de enfrentamento focalizam mais os contextos de saúde e doença e têm buscado compreender os indicadores de variáveis que controlariam esse repertório. Em geral, aspectos sociodemográficos, médico-clínicos e psicológicos relacionados ao repertório seriam indicadores importantes de certas variáveis. Isto tem sido enfatizado pelos pesquisadores que criaram alguns dos instrumentos de medida das estratégias de enfrentamento, incluindo a EMEP usada nesta pesquisa (Endler & Parker, 1999; Seidl et al., 2001). Nesse sentido, gênero tem sido um importante indicador de variáveis. No caso do câncer (O'Mahoney & Carroll, 1997), por exemplo, o seu portador confronta-se com as "normas de gênero" para enfrentar a doença, que são regras que governam comportamentos que devem ser emitidos em função da condição psicossocial de ser homem ou mulher.

Seidl (2005) observou que o enfrentamento focado na emoção é indicativo de dificuldades emocionais ao lidar com os estressores e que escores elevados na EMEP, nos itens de foco na emoção, mereceriam atenção psicossocial. Por exemplo, Fleishman e Fogel (1994) e Schmitz e Crystal (2000) descobriram que as estratégias focalizadas na emoção estiveram associadas à depressão em pacientes soropositivos ao HIV.

Os dados deste estudo mostram que há uma forte relação entre estratégias focadas na emoção e controle aversivo. Por sua vez, o controle aversivo provido pelo comportamento dos outros em relações interpessoais é típico do contexto ambiental de controla o humor depressivo (Coyne, 1976, 1985, 1995; Coyne et al., 1987). Considerando que, em geral, as estratégias focadas na emoção são tipicamente femininas (Seidl, 2005), elas estariam relacionadas às dificuldades no enfrentamento dos estressores que incidem sobre a condição de gênero (responsabilidade em manter relacionamentos, por exemplo) e poderiam estar associadas à depressão. Isto poderia gerar a seguinte previsão de dados sobre enfrentamentos: estratégias focadas na emoção seriam mais presentes no repertório comportamental de mulheres deprimidas.

Entretanto, comparando os dados fornecidos pela EMEP com os fornecidos pelas transcrições das sessões de TC, observa-se que há uma diferença entre eles. É possível que as estratégias de enfrentamento que foram verbalizadas durante as sessões possuíssem maior correspondência com o comportamento não verbal correspondente emitido no cotidiano fora das sessões, diante das situações-problema, sendo, portanto, regras (Reese, 1989). Possivelmente a EMEP tenha sido uma situação de coleta que enviesou a resposta das participantes: elas podem ter respondido o que era socialmente esperado como correto. Desta maneira, podemos supor que a forma como uma entrevista, escala ou questionário for aplicada na coleta de dados, pode se configurar como uma contingência de esquiva da censura social. Por mais que se explique o contrário ao respondente, uma escala ainda pode ser vista como um “teste psicológico” e uma regra pode controlar as respostas aos seus itens. Seidl (2005) discute este aspecto limitado da EMEP, sugerindo complementar a técnica de coleta com perguntas abertas. Este estudo mostra que entrevistas em sessões de intervenção em TC podem se configurar como um tipo de complementação à EMEP ou como uma situação que

permite o acesso mais próximo à relação entre o dizer e o fazer, porque situações-problema podem aparecer na sessão (por exemplo, enfrentar a hostilidade do grupo de terapia) e o modo de enfrentamento pode ser observado e consequenciado pelo terapeuta.

Os dados das transcrições mostram que durante as primeiras sessões as participantes relatavam mais estratégias de enfrentamento focalizadas na emoção, através de seus fatores originais de esquiva, pensamento fantasioso/desiderativo, autculpa e culpabilização dos outros. Os dados mostram um controle por regras de esquiva dos problemas envolvendo os outros e regras contendo pensamentos irrealistas em relação aos outros. A explicação do enfrentamento ineficaz como resposta solucionadora, portanto, é a explicação da função dos comportamentos de esquiva que compõem a grande classe de respostas de esquiva, definida como “estratégias de enfrentamento focadas na emoção”. Se em nossa cultura há reforçamento da manutenção da emissão destas estratégias por mulheres, uma mudança cultural envolve o planejamento de práticas culturais que façam o mesmo em direção aos enfrentamentos focados no problema. A TC pode ser vista como um tipo de prática cultural neste sentido, na qual os relatos de enfrentamentos focados na emoção foram consequenciados com questionamento. A intervenção alterou as descrições dessas estratégias, aumentando a frequência dos relatos de estratégias focadas no problema. Os dados mostram que há uma relação entre estratégias focadas no problema e contingências que produzem consequências reforçadoras. Os escores de depressão no Inventário Beck de Depressão (BDI) mostram, no início das sessões, a relação entre depressão e descrição de estratégias focadas na emoção, uma vez que elas não são descrições de soluções aos problemas. Na análise das últimas sessões, já houve um número maior de estratégias que enfatizavam o problema em si, através de ações efetivas, ou seja, que poderiam produzir reforçadores-solução. Com isso, podemos concluir que o grupo de TC foi eficaz para aumentar a probabilidade de que as

participantes solucionassem seus problemas com estratégias focadas no problema em si, incentivando condutas de aproximação em relação ao estressor, visando lidar ou manejar a situação, pois as descrições tiveram características de regras controlando comportamentos não verbais correspondentes.

Seidl (2001) aponta para o quanto é comum às mulheres lançarem mão de práticas religiosas/pensamento fantasioso na resolução de seus problemas, independente do tipo de estressor. Algumas das participantes também verbalizaram na EMEP a importância da religião e de segui-la conforme seus dogmas. Entretanto, isto não pareceu relevante na formação de regras efetivas no controle do comportamento diante de situações-problema. Assim como na pesquisa dessa mesma autora, as estratégias focalizadas na emoção obtiveram um escore menos relevante em relação aos outros, enquanto o fator “suporte social” atingiu um grande índice de utilização, demonstrando o que já havia sido observado por outros pesquisadores (Thoits, 1995): o apoio de pessoas significativas pode representar um papel importante em situações de estresse.

Isto aponta um outro fator de incongruência entre relato verbal e comportamento não verbal. Apesar de não relatado que o suporte social seria foco para o enfrentamento de problemas, o fato de as participantes estarem procurando um grupo de apoio é a emissão de um enfrentamento de problemas por meio do suporte social. Este suporte pode não ter sido o suficiente para algumas das mulheres, que deixaram de frequentar o grupo do meio de seu andamento sem justificar. Segundo Albuquerque et al. (2004), o abandono ou o deixar de seguir instruções tende a ocorrer quando há perda de reforçadores. Possivelmente, essas mulheres não estavam se encaixando no perfil do grupo ou esse perfil não foi suportivo o suficiente.

As sessões semanais acabaram apurando o autoconhecimento das participantes, que pode ter sido inadequadamente medido pela EMEP. As pesquisas sobre a relação entre o seguimento de regras e emissão de respostas não verbais correspondentes concluíram que regras que descrevem as contingências de reforço podem facilitar a adaptação do comportamento às mesmas (Santos, Albuquerque & Paracampo, 2004) e, conseqüentemente, uma relação diferenciada no enfrentamento do estresse e da depressão. Estudos posteriores podem confirmar ou refutar a hipótese de que a interação continuada entre pesquisador-grupo ou pesquisador-participante por meio de sessões ou encontros de coleta de dados nos quais se emprega a entrevista clínica possa ser um meio mais privilegiado para a obtenção das descrições de enfrentamentos do que escalas, questionários ou entrevistas comuns. Enfim, uma técnica verbal, como a EMEP é adjetivada, coleta apenas o que é dito verbalmente pelos participantes de uma pesquisa e a própria interação continuada pode evocar o “problema” que caracteriza as interações do cotidiano das participantes, seja na relação com o pesquisador, seja na relação com os demais participantes.

Conclusão

As regras que governam o comportamento de mulheres participantes do GAM, quando enfrentam situações-problema no cotidiano são tipicamente regras de esquiva de relacionamentos interpessoais que se traduzem como enfrentamentos focados na emoção. Isto tem relação direta com o estado de humor e a reação de estresse, cuja alteração pode ser obtida com a mudança nas contingências que definem tais regras/enfrentamentos.

Referências

- Albuquerque, N. M. de, Paracampo, C. C. P. & Albuquerque, L. C. (2004). Análise do papel de variáveis sociais e de conseqüências programadas no seguimento de instruções. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 17(1), 31-42.
- Angst, J., Gamma, A., Gastpar, M., Lépine, J. P., Mendlewicz, J. & Tylee, A. (2002). Gender differences in depression: Epidemiological findings from the European Depres I and II studies. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neurosciences* 252(5), 201-209.
- Araújo, T. M., Aquino, E., Menezes, G., Santos, C. O. & Aguiar, L. (2003). Aspectos psicossociais do trabalho e distúrbios psíquicos entre trabalhadoras de enfermagem. *Revista de Saúde Pública*, 37(4), 424-433.
- Baum, W. (1999). Comportamento verbal e linguagem. In W. Baum (Ed.), *Compreender o Behaviorismo: Ciência, comportamento e cultura* (M. Silva, M. Matos, G. Tomanari e E. Tourinho, Trads.) (pp. 125-153). Porto Alegre: Artes Médicas. (Original published in 1994)
- Bebbington, P. E. (1998). Sex and depression. *Psychological medicine*, 28(1), 1-8.
- Brownstein, A. J. & Shull, R. L. (1985). A rule for the use of the term "Rule-governed behavior". *The Behavior Analysis*, 8(2), 265-267.
- Burín, M. (1992). Nuevas perspectivas en salud mental de mujeres. In A. M. Fernández (Ed.), *Las mujeres en la imaginación colectiva: Una historia de discriminación y resistencias* (pp. 314-330). Buenos Aires: Paidós.

- Catania, A. C. (1998). The taxonomy of verbal behavior. In E. A. Lattal & M. Perrone (Eds.), *Handbook of research methods in human operant behavior* (pp. 405-433). New York/London: Plenum.
- Cerutti, T. D. (1989). Discrimination theory of rule-governed behavior. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, *51*(2), 259-276.
- Coyne, J. C. (1976). Depression and the response of others. *Journal of Abnormal Psychology*, *85*(2), 186-193.
- Coyne, J. C. (1985). Studying depressed persons' interactions with strangers and spouses. *Journal of Abnormal Psychology*, *94*(2), 231-232.
- Coyne, J. C. (1995). Toward an interactional description of depression. *Psychiatry*, *39*(1), 28-40.
- Coyne, J. C., Kessler, R., Tal, M., Turnbull, J., Wortman, C. & Greden, J. (1987). Living with a depressed person. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *55*(3), 347-352.
- Endler, N. S. & Parker, J. D. A. (1999). *Coping inventory for stressful situations (CISS): Manual* (2. ed.). Toronto: Multi-Health Systems.
- Facchini, L. A., Nobre, L. C. da C., Faria, N. M. X., Fassa, A. G., Thumé, E., Tomasi, E. et al. (2005). Occupational Health Information System: Challenges and perspectives in the Brazilian Unified Health System (SUS). *Ciência & Saúde Coletiva*, *10*(4), 857-867.
- Fernandes, J. D., Ferreira, S. L., Albergaria, A. K. & Conceição, F. M. (2002). Saúde mental e trabalho feminino: Imagens e representações de enfermeiras. *Revista Latinoamericana de Enfermagem*, *10*(2), 199-206.

- Figueirêdo, M. G. & Borloti, E. B. (2005). Resolução de problemas na atenção ambulatorial da esquizofrenia. *Psicologia: Teoria e Prática*, 7(2), 207-238.
- Fleishman, J. A. & Fogel, B. (1994). Coping and depressive symptoms among people with AIDS. *Health Psychology*, 13(2), 156-169.
- Frinhani, F. M. & Souza, L. (2005). Mulheres encarceradas e espaço prisional: Uma análise de representações sociais. *Psicologia: Teoria e Prática*, 7(1), 61-79.
- Garcia, M. L. T. & Tassara, E. T. de O. (2001). Estratégias de Enfrentamento do Cotidiano Conjugal. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 14(3), 635-642.
- Garduño, M. Á. A. & Marquez, M. S. (1995). The role of stress in exhaustion among female workers. *Cadernos de Saúde Pública*, 11(1), 65-71.
- Justo, L. P. & Calil, H. M. (2006). Depressão – O mesmo acometimento para homens e mulheres? *Revista de Psiquiatria Clínica*, 33(2), 74-79.
- Maier, W., Gansicke, M., Gater, R., Rezaki, M., Tiemens, B. & Urzua, R. (1999). Gender differences in the prevalence of depression: A survey in primary care. *Journal of Affective Disorders*, 53(3), 241-252.
- Narvaz, M. & Koller, S. H. (2006). Mulheres vítimas de violência doméstica: Compreendendo subjetividades assujeitadas. *Psico (Porto Alegre)*, 37(1), 7-13.
- Nazroo, J. Y., Edwards, A. C. & Brown, G. W. (1998). Gender differences in the prevalence of depression: Artifact, alternative disorders, biology or roles? *Sociology of Health & Illness*, 20(3), 312-330.
- Noble, R. E. (2005). Depression in women. *Metabolism: Clinical and Experimental*, 54(5S1), 49-52.

- O'Mahoney, J. & Carroll, R. (1997). The impact of breast cancer and its treatment on marital functioning. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 4(4), 397-415.
- Organização Mundial de Saúde, Organização Panamericana de Saúde (2001). *Relatório sobre a saúde mental no mundo. Saúde Mental: nova concepção, nova esperança*. Retrieved in November 10, 2009, from <http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/smental.pdf>
- Reese, H. (1989). Rule and rule-governance. In S. C. Hayes (Ed.), *Rule-governed behavior: Cognition, contingencies, and instructional control* (pp. 3-84). New York: Plenum.
- Santos, J. G. W., Albuquerque, L. C. de & Paracampo, C. C. P. (2004). Análise dos efeitos de histórias de variação comportamental sobre o seguimento de regras. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 17(3), 413-425.
- Savoia, M. G. (2000). *Transtornos do pânico: Desencadeantes psicossociais*. São Paulo: ESETec.
- Schmitz, M. & Crystal, S. (2000) Social relations, coping, and psychological distress among persons with HIV/AIDS. *Journal of Applied Social Psychology*, 30(4), 665-685.
- Seidl, E. M. F. (2005). Enfrentamento, aspectos clínicos e sociodemográficos de pessoas vivendo com HIV/AIDS. *Psicologia em Estudo*, 10(3), 421-429.
- Seidl, E. M. F., Tróccoli, B. T. & Zannon, C. M. L. (2001). Análise fatorial de uma medida de estratégias de enfrentamento. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 17(3), 225-234.
- Simonassi, L. E., Tourinho, E. & Silva A. (2001). Comportamento privado: Acessibilidade e relação com comportamento público. *Psicologia Reflexão e Crítica*, 14(1), 133-142.
- Skinner, B. F. (1978). *O comportamento verbal*. (M. Vilalobos, Trad.) São Paulo: Cultrix. (Original published in 1953)

- Skinner, B. F. (1980). *Contingências do reforço: Uma análise teórica*. São Paulo: Abril Cultural. (Original published in 1969)
- Thoits, P. A. (1995). Stress, coping and social support processes: Where are we? What next? *Journal of Health and Social Behavior, Extra Issue*, 53-79.
- Traverso-Yopez, M. & Medeiros, L. F. de (2004). Tremendo diante da vida: Um estudo de caso sobre a doença dos nervos. *Interações*, 9(18), 87-108.
- Weissmann, M., Bland, R., Canino, G., Faravelli, C., Greenwald, S., Hwu, H. et al. (1996). Cross-national epidemiology of major depression and bipolar disorder. *JAMA*, 276(4), 293-9.
- Weissmann, M., Bland, R., Joyce, P., Newman, S., Wells, J. & Wittchen, H. (1993). Sex differences in rates of depression: Cross-national perspectives. *Journal of Affective Disorders*, 29(2-3), 77-84.
- Weissmann, M., Ferry, J., Harris, N., Louis, D., Delmonico, F. & Spiro, I. (1995). Post-transplantation lymphoproliferative disorders in solid organ recipients are predominantly aggressive tumors of host origin. *American Journal of Clinical Pathology*, 103(6), 748-755.

Corresponding author: <borloti@hotmail.com>

Original received: September 15th, 2009

Revision received: November 19th, 2009

Accepted: December 23rd, 2009